

COLLECTION

PROBLÈMES SOCIAUX
ET INTERVENTIONS SOCIALES



Maternité précoce, violence et résilience

Des jeunes mères témoignent

Sylvie Lévesque

Préface de
Claire Chamberland

 Presses
de l'Université
du Québec

COLLECTION

PROBLÈMES SOCIAUX ET INTERVENTIONS SOCIALES

**FONDÉE PAR HENRI DORVIL (UQAM)
ET ROBERT MAYER (UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL)**

L'analyse des problèmes sociaux est encore aujourd'hui au cœur de la formation de plusieurs disciplines en sciences humaines, notamment en sociologie et en travail social. Les milieux francophones ont manifesté depuis quelques années un intérêt croissant pour l'analyse des problèmes sociaux, qui présentent maintenant des visages variables compte tenu des mutations des valeurs, des transformations du rôle de l'État, de la précarité de l'emploi et du phénomène de mondialisation. Partant, il devenait impératif de rendre compte, dans une perspective résolument multidisciplinaire, des nouvelles approches théoriques et méthodologiques dans l'analyse des problèmes sociaux ainsi que des diverses modalités d'intervention de l'action sociale, de l'action législative et de l'action institutionnelle à l'égard de ces problèmes.

La collection *Problèmes sociaux et interventions sociales* veut précisément témoigner de ce renouveau en permettant la diffusion de travaux sur divers problèmes sociaux. Pour ce faire, elle vise un large public comprenant tant les étudiants, les formateurs et les intervenants que les responsables administratifs et politiques.

Cette collection était à l'origine codirigée par Robert Mayer, professeur émérite de l'Université de Montréal, qui a signé et cosigné de nombreux ouvrages témoignant de son intérêt pour la recherche et la pratique en intervention sociale.

DIRECTEUR

HENRI DORVIL, PH. D.

École de Travail social, Université du Québec à Montréal

CODIRECTRICE

GUYLAINE RACINE, PH. D.

École de Service social, Université de Montréal

Maternité précoce, violence et résilience

Membre de
L'ASSOCIATION
NATIONALE
DES ÉDITEURS
DE LIVRES

Presses de l'Université du Québec

Le Delta 1, 2875, boulevard Laurier, bureau 450, Québec (Québec) G1V 2M2

Téléphone: 418 657-4399

Télécopieur: 418 657-2096

Courriel: puq@puq.ca

Internet: www.puq.ca

Diffusion/Distribution:

CANADA Prologue inc., 1650, boulevard Lionel-Bertrand, Boisbriand (Québec) J7H 1N7
Tél.: 450 434-0306 / 1 800 363-2864

FRANCE AFPU-D – Association française des Presses d'université
Sodis, 128, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 77 403 Lagny, France – Tél.: 01 60 07 82 99

BELGIQUE Patrimoine SPRL, avenue Milcamps 119, 1030 Bruxelles, Belgique – Tél.: 02 736 68 47

SUISSE Servidis SA, Chemin des Chalets 7, 1279 Chavannes-de-Bogis, Suisse – Tél.: 022 960.95.32



La Loi sur le droit d'auteur interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».

Maternité précoce, violence et résilience

Des jeunes mères témoignent

Sylvie Lévesque

Préface de
Claire Chamberland



Presses de l'Université du Québec

**Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales
du Québec et Bibliothèque et Archives Canada**

Lévesque, Sylvie, 1976-

Maternité précoce, violence et résilience : des jeunes mères témoignent
(Collection Problèmes sociaux et interventions sociales ; 72)

Comprend des références bibliographiques.

ISBN 978-2-7605-4220-4

I. Mères adolescentes. 2 Femmes victimes de violence. 3. Résilience
(Trait de personnalité). I. Titre. II. Collection: Collection Problèmes sociaux
& interventions sociales ; 72.

HQ759.4.L482 2015 306.874'3 C2014-942425-6

Les Presses de l'Université du Québec
reconnait l'aide financière du gouvernement du Canada
par l'entremise du Fonds du livre du Canada
et du Conseil des Arts du Canada pour leurs activités d'édition.

Elles remercient également la Société de développement
des entreprises culturelles (SODEC) pour son soutien financier.

Conception graphique

Richard Hodgson

Image de couverture

iStockphoto

Mise en pages

Interscript

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2015

- › Bibliothèque et Archives nationales du Québec
- › Bibliothèque et Archives Canada

© 2015 – Presses de l'Université du Québec

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés

Imprimé au Canada

Pour Laurane et Marion

PRÉFACE

Claire Chamberland
*Professeure émérite
École de service social
Université de Montréal*

C'est pour moi un honneur que d'écrire la préface de ce livre, car la recherche qui y est décrite est importante, pertinente et réalisée par une chercheure exceptionnelle et attachante. C'est en effet le fruit d'un travail qui s'est déroulé de 2004 à 2011. J'y ai participé à titre de directrice de thèse. Quelle chance! D'abord, ce fut une belle rencontre avec une femme dont les valeurs sont profondément humaines et qui est très impliquée auprès des femmes à qui cette recherche est dédiée. Le contexte dans lequel ce projet a été réalisé mérite d'être souligné. Au début, Sylvie était mère d'une fille. Puis, en cours de route, naissait sa plus jeune. Cette double maternité a non seulement généré plusieurs enjeux de conciliation famille-travail-étude, ce qui est en soi un triple exploit, mais a aussi significativement marqué le parcours de cette recherche. Sylvie partageait avec les participantes l'expérience de devenir mère, de s'approprier cette identité, mais aussi de se questionner sur ce que veut dire «être une bonne mère». Elle se sentait à la fois proche de ces femmes, mais aussi différente, puisque le contexte dans lequel se déroulait sa propre maternité différait substantiellement de celui des participantes à la recherche. Cela a donné lieu à des moments de supervision qui, je vous l'assure, ne sont pas qu'intellectuels.

D'entrée de jeu, cette recherche pourrait être qualifiée de sensible et sensée. Sensible, elle l'est par les choix épistémologique et méthodologique qui ont été faits pour privilégier la parole des mères. Sylvie a rendu

visibles les intentions, rêves, valeurs, préoccupations, savoirs et actions de ces femmes. En cela, elle a pratiqué bien concrètement ce que l'on appelle une approche participative. Elle s'est dégagée des savoirs déjà construits par les « experts » pour sonder des territoires beaucoup plus obscurs, non pas parce qu'ils étaient sombres ou négatifs, mais plutôt parce que rarement éclairés par les études conventionnelles. Sylvie a pu faire émerger des savoirs nécessaires à la compréhension des réalités très « contextuelles » des femmes devenues mères à un âge précoce et des enjeux et défis auxquels celles-ci doivent faire face. La diversité des sources d'information mérite également d'être soulignée : des entretiens individuels et de groupe ou encore la création d'œuvres collectives qui témoignent des regards des mères sur leur propre situation, mais aussi, et peut-être même surtout, une participation active à des groupes d'activités qui a permis à Sylvie de connaître ces femmes dans la durée et le partage. Cette approche que je qualifierais d'ethnographique est rarement pratiquée dans nos recherches, mais elle apporte une profondeur qu'il me semble important de saluer.

Sensé, ce projet l'est en raison des choix théoriques qui ont fait émerger une représentation de la problématique dynamique et centrée sur les processus, mais aussi complexe vu la prise en compte simultanée des identités multiples ancrées dans des réalités personnelles, interpersonnelles et sociales qui sont loin d'être simples. Sensé, il l'est aussi et essentiellement par sa focalisation sur les trajectoires de résilience. Cet ouvrage renouvelle nos perceptions sur la situation de ces mères courageuses et volontaires, à cent lieues d'une vision stéréotypée et stigmatisante. Étonnamment, la maternité précoce n'est pas qu'adversité, elle s'avère également être un puissant moteur de changement qui active différents processus de résilience. L'expérience de ces femmes en mouvement correspond très bien avec la définition qu'Aldous Huxley en donnait dans *Le meilleur des mondes* : « L'expérience, ce n'est pas ce qui arrive à quelqu'un, c'est ce que quelqu'un fait avec ce qui lui arrive. » Ces femmes font preuve non seulement d'une bonne capacité d'introspection, mais aussi d'une aptitude à se projeter dans l'avenir et à tirer profit de leurs expériences passées. Mais surtout, on constate chez elles une puissante motivation à répondre le mieux possible aux besoins de développement de leur enfant en s'assurant que l'environnement dans lequel il grandit soit le plus sain possible. Cette injonction entraîne des choix de vie difficiles, mais qui ne peuvent se faire que si ces femmes prennent appui sur un certain nombre de conditions favorables, notamment des prises de conscience névralgiques et la mobilisation des ressources disponibles. La résilience est ici personnelle, mais aussi sociale et économique. Cependant, et cela peut paraître paradoxal, leur identité de mère semble prendre une place prépondérante dans la vie de ces femmes, qui négligent parfois d'autres sphères de leur développement. Sylvie propose d'ailleurs à cet égard une réflexion éthique et morale des plus pertinentes.

Enfin, j'aimerais souligner que ce travail, même s'il contribue grandement au développement des connaissances, ne saurait être complet sans son apport pour l'amélioration de la qualité des pratiques. Parmi un ensemble de propositions et constats, notons l'importance de créer un espace réflexif et dialogique entre les mères et les intervenants, l'attention à porter aux difficultés de reconnaissance de la violence conjugale et un questionnement essentiel sur l'intervention de groupe auprès de mères dont l'homogénéité des conditions peut parfois limiter les aspirations.

J'espère que vous éprouverez autant de plaisir à lire ce livre que j'en ai eu à accompagner l'auteure dans la gestation de celui-ci. Bonne lecture!



REMERCIEMENTS

Le présent ouvrage est tiré d'une thèse de doctorat, un travail de longue haleine que je n'aurais probablement jamais mené à bien si j'avais été seule, sans personne pour m'épauler. Merci tout d'abord à Claire Chamberland, ma directrice, qui a toujours répondu à l'appel et qui a su m'encourager, me stimuler, me comprendre et m'épauler. Merci aux jeunes mères et aux intervenantes qui ont accepté de me recevoir pendant de longs mois dans leurs groupes et de partager avec moi leur vécu. Merci d'avoir accepté cette «perte de contrôle», merci de m'avoir accueillie, merci de votre générosité lors de nos échanges et surtout, merci de m'avoir permis de raconter vos histoires. Merci aux collègues, aux amies et à ma famille de m'avoir soutenue, encouragée et motivée.

Merci aux Presses de l'Université du Québec, à leur directrice Céline Fournier, et plus particulièrement à Henri Dorvil et Guylaine Racine, d'accueillir ce nouvel ouvrage dans la collection qu'ils dirigent.



TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	IX
<i>Claire Chamberland</i>	
REMERCIEMENTS	XIII
Liste des figures et tableaux	XIX
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1	
L'ÉLABORATION DU PROJET	5
1.1. Pourquoi ce projet?	5
1.2. Les objectifs de la recherche	7
1.3. La posture épistémologique et le paradigme constructiviste	7
1.4. Des réflexions sur la subjectivité	9
CHAPITRE 2	
QU'EST-CE QUE LA RÉSILIENCE?	
Quelques clés de lecture	11
2.1. Un survol historique du concept de résilience	11
2.2. Les points clés du concept de résilience	13
Des définitions variées	13

Peut-on bien mesurer la résilience?	14
Que savons-nous des processus de résilience dans un contexte de maternité précoce et de violence conjugale?	17
2.3. L'enjeu: la compréhension contextualisée de la trajectoire de résilience	21

CHAPITRE 3

POURQUOI LA VIOLENCE LORS DE LA GROSSESSE ET LA MATERNITÉ PRÉCOCE SONT-ELLES DES ADVERSITÉS?	23
3.1. La violence lors de la grossesse chez les moins de 20 ans	23
La prévalence de la violence	24
Les conséquences répertoriées sur la santé et la grossesse	30
3.2. La maternité précoce	32
La prévalence de la maternité précoce	33
Les conséquences possibles répertoriées pour l'enfant	33
Les conséquences possibles répertoriées pour la mère	34

CHAPITRE 4

LE CADRE CONCEPTUEL	37
4.1. La perspective des parcours de vie	38
4.2. L'intersectionnalité	39
Un bref historique de l'intersectionnalité	40
Les fondements théoriques et les composantes de l'intersectionnalité	42
4.3. Pourquoi combiner ces deux modèles conceptuels?	43

CHAPITRE 5

LES CHOIX MÉTHODOLOGIQUES	45
5.1. L'approche qualitative	45
5.2. Le choix du milieu et l'échantillonnage	47
5.3. Des sources de données multiples	49
5.4. Le recrutement des participantes	52
5.5. La gestion et l'analyse des données	55
5.6. Les critères de qualité de la recherche	56

CHAPITRE 6

LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	59
6.1. Des parcours de vie: description des participantes de l'étude	59
Les mères ayant participé aux entretiens de groupe	59
Les mères ayant participé aux entretiens individuels	60
L'environnement familial	70
Le parcours scolaire	71
Le parcours professionnel	72
Le réseau social	72

6.2. Des trajectoires de résilience	75
L'adversité	75
La grossesse	77
Le contexte de la grossesse.	77
Les motivations liées à la grossesse ou à la poursuite de celle-ci	82
Les sentiments et les réactions à l'annonce de la grossesse	84
Les réactions à l'annonce de la grossesse: ce que disent les autres	85
La paternité: un investissement paternel souvent ambivalent	89
Les effets perçus de la grossesse sur leur vie	90
La maternité précoce est-elle perçue comme une adversité?	93
En résumé: l'importance de la maternité dans le parcours de vie	95
Le contexte relationnel.	96
Le contexte relationnel avant la grossesse.	96
Le contexte relationnel pendant la grossesse et le post-partum	97
Le choix de rapporter des comportements violents sans nommer la violence	98
La violence: présente sous plusieurs formes.	101
La violence: une réalité bidirectionnelle?	102
Un contexte relationnel adverse: plus que de la violence	102
Le contexte relationnel des jeunes mères de l'étude est-il perçu comme une adversité?	104
En résumé: le contexte relationnel comme composante principale de l'adversité	105
Le point tournant	105
La maternité et la création d'un lien affectif avec l'enfant	106
Les processus mis en place pour modifier leur trajectoire	107
Créer un milieu de vie sain pour l'enfant	108
S'activer face au contexte relationnel adverse	109
Mobiliser et utiliser les ressources disponibles	112
Se servir du passé pour aller vers l'avant (réinvestir les compétences et les habiletés acquises).	119
Les facteurs promoteurs de résilience.	120
La prise de conscience des effets positifs des changements: perception des bénéfiques et sentiment de contrôle.	120
La présence d'individus fiables et disponibles	121
L'accès à des lieux d'échange et d'éducation	122
Les facteurs de vulnérabilité	123
Un accès limité aux ressources matérielles et financières.	123
La difficulté de la conciliation travail/école et famille	124
L'unité familiale au détriment de saines relations	125
L'homogénéité sociale au détriment de la mixité sociale	126
Les indicateurs.	126
La présence de bonnes capacités parentales et d'un souci du bien-être de l'enfant.	127
L'absence apparente de problématique de santé mentale	128

La cessation d'un comportement jugé incompatible avec la maternité.	129
La prise de conscience du contexte relationnel adverse et de ses conséquences.	129
L'existence d'un plan d'avenir.	130
CHAPITRE 7	
QUELQUES ÉLÉMENTS DE DISCUSSION	131
7.1. L'analyse des principaux résultats	131
La maternité ou le point tournant.	131
Un moteur de changement	132
Une survalorisation de la maternité?	135
La violence : un obstacle majeur	137
L'étiquette dont personne ne veut	137
La sexualité : une sphère vulnérable.	140
La résilience en contexte de maternité précoce et de violence de la part du partenaire intime : un modèle contextuel	142
Les processus.	143
Les facteurs promoteurs.	148
Les facteurs de vulnérabilité.	152
Les indicateurs d'une trajectoire de résilience : mesure normative ou exceptionnelle?	157
7.2. Les pistes de réflexion méthodologiques	161
7.3. Les pistes de réflexion théoriques	165
7.4. Les pistes de réflexion pour le domaine de l'intervention	170
Un conflit éthique et moral lié à la subjectivité de l'adversité	170
Regrouper ou disperser : trouver le juste milieu.	172
Cibler la violence : mieux percevoir et comprendre ses manifestations.	173
CONCLUSION	175
ANNEXE 1	
Grille d'entretien de recherche individuel	179
ANNEXE 2	
Grille d'entretien de groupe.	185
ANNEXE 3	
Arborescence de la codification	187
ANNEXE 4	
Formulaire de consentement de participation à la recherche	191
BIBLIOGRAPHIE	197



LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 6.1.	Représentation schématique des différentes composantes d'une trajectoire de résilience dans un contexte relationnel adverse et de maternité précoce	76
Figure 6.2	Processus impliqués dans la mise en place d'une trajectoire de résilience chez les mères de l'étude	108
Figure 6.3.	Indicateurs d'une trajectoire de résilience chez les mères de l'étude	127
Tableau 3.1.	Portrait de la violence vécue pendant la période de grossesse à l'adolescence de la part du partenaire amoureux	25
Tableau 3.2.	Conséquences possibles de la violence conjugale répertoriées sur la santé	31
Tableau 3.3.	Taux de grossesse à l'adolescence – Québec	33
Tableau 6.1.	Parcours scolaire et professionnel des participantes	73
Tableau 6.2.	Portrait du milieu de vie et des vulnérabilités rapportées par les participantes	78

Tableau 6.3.	Discordances et omissions entre les propos tenus lors de l'entretien individuel et les réponses obtenues au questionnaire CTS2.....	99
Tableau 6.4.	Portrait des ressources mobilisées rapportées par les participantes	114



INTRODUCTION

La maternité est valorisée au Québec. On l'encourage, on la célèbre, on la glorifie aussi parfois. Certaines diront qu'on la médicalise, qu'on la normalise. Elle est un fait public et social parce qu'elle est apparente, mais aussi parce que, bien souvent, elle est considérée comme un bien commun à commenter, à évaluer ou à comparer. Cette inscription de la maternité comme un fait social ne relèverait pas que du monde extérieur; la femme enceinte ou maternant y participe elle aussi par le biais de l'occupation de l'espace public (p. ex. blogues, sites d'échanges, témoignages, etc.). La mère, aujourd'hui, partage sa maternité et la soumet au regard d'autrui, pour ou contre sa volonté.

Lorsqu'on pense au mot mère, l'image la plus souvent dépeinte est celle de la femme hétérosexuelle, blanche, vivant en couple, ayant planifié sa grossesse, âgée d'environ 30 ans, fatiguée certes, mais épanouie, soutenue et naviguant plutôt sereinement dans la transformation de son identité et dans le développement de ses nouvelles compétences maternelles. Cela correspond certes à la réalité de certaines. Pourtant, il serait erroné de croire qu'il s'agit des caractéristiques communes à la majorité des femmes. Les statistiques nous rappellent qu'au Québec, un peu moins de la moitié des grossesses sont planifiées (Agence de la santé publique du Canada, 2009); qu'en moyenne, la femme québécoise donne naissance à son premier enfant peu après avoir fêté ses 28 ans (Institut de la statistique du Québec,

2012) et qu'environ 10% à 20% d'entre elles souffriront de dépression post-partum (Gavin *et al.*, 2005; National Collaborating Centre for Mental Health & Royal College of Psychiatrists' Research and Training Unit, 2007).

Plusieurs zones de tension sont présentes entre la vision normalisée (idéalisée?) de la maternité et la réalité dans laquelle elle se déroule bien souvent: en contexte de consommation, à un âge précoce, en situation de handicap, au sein d'unions homosexuelles, dans un contexte de violence relationnelle, à la suite d'un traumatisme, dans un contexte de grande précarité, à un âge avancé ou encore à l'extérieur d'un cadre relationnel, pour ne nommer que celles-ci. Ces différentes déclinaisons des maternités possibles présentent des tensions en raison du jugement moral qui continue de peser sur elles (Damant, Chartré et Lapierre, 2012). En s'appuyant sur la prémisse erronée que toutes les transitions à la maternité et les façons d'être mère sont homogènes, on se crée une représentation de la façon dont celle-ci «devrait» être vécue. On applique ainsi les mêmes références normatives à ces maternités pourtant contextuellement distinctes. À notre avis, cette situation est problématique, et ce, pour deux raisons principales. Premièrement, on entretient la vision d'une seule façon de devenir ou d'être mère, laissant peu de place à des façons alternatives de vivre la parentalité. Deuxièmement, on poursuit la dichotomisation du rôle maternel, séparant les mères selon un jugement de «bonnes ou mauvaises» mères, ce qui peut avoir un effet sur leur transition à la maternité, comme nous le verrons plus loin. Or, plusieurs éléments se distinguent dans une trajectoire maternelle et une compréhension plus ancrée dans ces différentes réalités est nécessaire afin de s'extirper d'un modèle unique.

Le présent ouvrage participe ainsi à la bonification des connaissances sur les maternités et la transition vers celles-ci. Il s'intéresse plus particulièrement aux femmes qui sont devenues mères à un âge précoce, dans un contexte de violence commise par le partenaire intime. Si l'on considère ces deux situations selon les effets négatifs possibles qui leur sont associés, force est d'admettre qu'elles représentent une adversité. La maternité précoce, parce qu'elle s'oppose à une vision normative de la maternité, peut être considérée comme un problème de santé publique qui conduit à des inégalités sociales de santé. La violence par le partenaire intime est reconnue comme ayant des effets importants sur la vie des femmes, des hommes et des familles qui la vivent. Ces conséquences délétères sur la santé physique, psychologique et sexuelle ont aussi une incidence cumulative: leurs effets s'additionnent et influencent la trajectoire de vie de l'individu qui en est victime. Le pronostic quant au futur de ces mères et de leurs enfants n'est pas dépeint de façon optimiste, tant dans les connaissances populaires que dans les revues savantes. Pourtant, certaines s'en sortent bien et surmontent ces contextes adverses; on dit de ces mères qu'elles sont résilientes. Or, bien que la résilience soit étudiée depuis de nombreuses années

au sein de différentes populations, peu de recherches ont tenté de comprendre les intersections entre la résilience, la maternité précoce et la violence commise par le partenaire intime du point de vue des personnes concernées. En permettant aux mères interrogées de faire entendre leur voix, cet ouvrage favorise une meilleure compréhension des processus inhérents et des contextes dans lesquels peut se vivre leur maternité. De façon plus ciblée, cet ouvrage cherche à rendre plus explicites les processus liés à la résilience dans leur trajectoire et à comprendre leurs représentations de la maternité précoce et de la violence au sein des couples.

Dans les chapitres qui suivent, nous partageons avec le lecteur une représentation d'une trajectoire de résilience telle qu'elle est vécue par de jeunes mères considérées résilientes ayant donné naissance à leur premier enfant dans un contexte de violence conjugale. Le chapitre 1 aborde de façon très succincte les origines du projet de recherche, ses objectifs et le contexte dans lequel il s'est déroulé. Débutant par une mise en contexte du concept de résilience, le chapitre 2 permet un survol historique de ce concept, de ses principales définitions, des façons de le mesurer qui ont cours actuellement ainsi que des critiques qu'il soulève. Nous poursuivons ce chapitre avec la définition retenue dans le cadre de cet ouvrage et les raisons qui ont conduit à ce choix. Enfin, comme peu d'études s'y sont spécifiquement attardées, nous présentons quelques écrits documentant les trajectoires de résilience lors d'une maternité précoce dans un contexte de violence de la part du partenaire intime.

Le chapitre 3 présente l'état des connaissances actuelles sur la maternité précoce et la violence commise par le partenaire intime lors de la grossesse, en documentant notamment leur prévalence et les principales conséquences possibles répertoriées sur la santé. Dans le chapitre 4, nous exposons le cadre conceptuel sur lequel repose cet ouvrage, soit la perspective des parcours de vie et l'intersectionnalité. L'intersectionnalité, une théorie féministe mise de l'avant par les femmes afro-américaines en réaction à l'homogénéisation des luttes féministes en faveur des femmes du groupe majoritaire, milite pour une reconnaissance des spécificités pouvant être liées aux statuts sociaux (McCall, 2005). La perspective des parcours de vie propose une lecture interreliée et contextualisée s'intéressant à la trajectoire de vie et aux effets cumulatifs des événements pouvant y survenir (Elder, 1985). Le chapitre 5 est consacré à la méthodologie qui a guidé cet ouvrage. De nature qualitative, s'appuyant à la fois sur des observations participantes et des entretiens individuels et de groupe, le corpus recueilli répond à différents principes scientifiques qui sont explicites. Ce chapitre, plus théorique, permet au lecteur de mieux situer les résultats obtenus.

C'est au chapitre 6 que le lecteur pourra trouver le modèle de trajectoire de résilience en contexte de maternité précoce et de violence commise par le partenaire intime, ainsi que les extraits de textes qui soutiennent les analyses effectuées. Ce modèle débute par une représentation de l'adversité pour les jeunes mères rencontrées. Il repose sur l'acquisition du statut maternel et l'établissement d'un lien significatif avec l'enfant. Les quatre processus centraux qui soutiennent la bifurcation vers une trajectoire de résilience sont présentés, de même que les facteurs favorisant l'établissement de cette trajectoire de résilience et ceux qui la vulnérabilisent. Nous terminons ce chapitre avec la présentation d'indicateurs pouvant témoigner de la présence d'une trajectoire contextualisée de résilience chez les mères rencontrées. Le chapitre 7 discute de ce modèle et de ses composantes au regard de la littérature actuelle, ainsi que de ses implications sur les plans méthodologique, de la recherche et de l'intervention.

L'ÉLABORATION DU PROJET

1.1. POURQUOI CE PROJET ?

Choisir le sujet auquel on consacra plusieurs années de sa vie n'est pas une décision simple. Tous ceux qui ont eu la possibilité de faire des études supérieures vous le confirmeront. Dans le cas présent, le choix de ce thème de recherche s'appuie sur une expérience professionnelle de plusieurs années auprès d'adolescents et de jeunes adultes, conjuguée à un intérêt personnel pour la maternité. L'intervention auprès de ces clientèles m'a démontré, à maintes reprises, que des adversités similaires n'entraînaient pas la même réponse et que des processus différents d'adaptation et de résilience se mettaient en place, influencés par l'environnement dans lequel ces personnes vivaient. Conséquemment, les interventions devaient tenir compte de ces réalités : le modèle unique n'y avait pas sa place. Mieux comprendre les processus de résilience et les conditions favorisant son émergence et son maintien m'apparaissait comme une piste pertinente pour le domaine de l'intervention psychosociale et de la promotion de la santé.

Or, pour étudier la résilience, il faut cibler des adversités. Le domaine de la violence entre partenaires amoureux m'étant plus familier (mon mémoire de maîtrise en sexologie portait sur le sujet), il m'est vite apparu qu'il s'agissait d'un terrain où de multiples manifestations de résilience

sont répertoriées (Anderson, Renner et Danis, 2012; Campbell, Sharp et Parsons, 2009), mais pour lesquelles ces processus sont encore peu conceptualisés. Le terrain empirique confirmait ce choix : au Québec, les données recueillies lors d'enquêtes sur la violence entre partenaires intimes sont préoccupantes. Ces enquêtes démontrent que la violence conjugale n'est pas un phénomène isolé : plusieurs femmes et hommes rapportent avoir été victimes de violence de la part de leur partenaire amoureux (Statistique Canada, 2010). Qui plus est, les plus jeunes femmes seraient plus susceptibles d'en vivre que les femmes plus âgées. Elles auraient de surcroît des difficultés à évaluer la présence de violence au sein de leur relation amoureuse (Fernet, 2005). Il a donc été convenu que ce projet ciblerait des jeunes femmes victimes de violence de la part de leur partenaire amoureux puisqu'il s'agissait d'une adversité reconnue, peu controversée et prévalente.

Cependant, parallèlement à cette réflexion sur mon projet de recherche doctoral, je vivais, sur le plan personnel, un événement important : j'allais devenir mère pour la première fois. Je dois reconnaître que ce fut une transition difficile, à laquelle j'étais peu préparée, et qui occasionna plusieurs bouleversements. Surprise par ce raz-de-marée, j'ai voulu savoir si mon expérience était unique. J'ai donc profité de ce « congé » de maternité pour me plonger dans la lecture d'ouvrages portant sur la transition à la parentalité et y ai découvert une littérature foisonnante. Un nouvel intérêt de recherche était né... Combinées, ces deux adversités présenteraient assurément un terrain fertile pour l'étude de la résilience.

Puisqu'il était question de la transition à la maternité vécue par de jeunes femmes, une documentation fouillée de la littérature scientifique sur le sujet s'imposait. Or, une tension est bien présente dans ce domaine où s'opposent plusieurs conceptions (à cet effet, lire les travaux pionniers de Luker, 1996), tant sur le plan de la conceptualisation que de l'intervention (Laurin et Stuart, 2003; Stuart, 2002). Sans occulter cette part importante et indispensable des travaux de recherche critique lors de la problématisation du projet, nous sommes parties du postulat répandu en santé publique selon lequel la maternité précoce est une problématique ayant des répercussions négatives sur la trajectoire des jeunes mères et de leur enfant. La maternité précoce est depuis plusieurs années une cible dans le Programme national de santé publique du Québec et sa réduction est un objectif à atteindre (MSSS, 2003). Toutefois, il est proposé de questionner les jeunes mères sur le sens qu'elles attribuent au fait d'avoir un enfant précocement par rapport aux autres jeunes femmes de leur âge : le perçoivent-elles comme une adversité ? Et qu'en pensent les intervenantes communautaires qui interagissent avec elles ?

1.2. LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Une question centrale guide l'enquête sur le terrain de ce projet exploratoire: «Comment les mères ayant donné naissance de façon précoce en contexte relationnel adverse réussissent-elles à surmonter cette double adversité et à assumer positivement leur rôle parental?»

Comme le lecteur aura la possibilité de le découvrir dans les chapitres suivants, la parole a été donnée aux jeunes femmes. Partant de leur point de vue subjectif, nous avons adopté quatre objectifs pour guider notre démarche de recherche et de réflexion: d'abord, 1) décrire l'expérience de maternité précoce vécue en contexte relationnel adverse telle qu'elle est relatée par les mères vivant ou ayant vécu cette situation; ensuite, 2) analyser le processus dynamique par lequel elles réussissent à surmonter cette double adversité; après quoi et dans le but d'améliorer notre compréhension, 3) identifier les différentes composantes qui interviennent dans ce processus et dégager les plus significatives; et enfin, 4) proposer un modèle théorique intégrateur illustrant la trajectoire résiliente vécue par les jeunes mères de l'étude.

1.3. LA POSTURE ÉPISTÉMOLOGIQUE ET LE PARADIGME CONSTRUCTIVISTE

Dans le cadre de ce projet de recherche empirique, nous avons choisi de partir du point de vue des gens directement impliqués, soit des mères ayant donné naissance de façon précoce dans un contexte relationnel adverse. Il était important de permettre l'expression du sens qu'avait pour elles ce cheminement, de comprendre par leurs mots et leurs gestes les significations qu'elles attachaient à leur parcours de vie et à la trajectoire de résilience qui les distingue. Pour faciliter cette expression, nous estimons qu'une position paradigmatique constructiviste et une méthodologie de recherche qualitative sont les plus appropriées. Un des principaux avantages reconnus des méthodes qualitatives réside en effet dans leur capacité de saisir des phénomènes dynamiques ou processuels dans leur contexte réel (Patton, 1990). La contextualisation permet l'émergence du sens. Ainsi, pour Paillé et Mucchielli (2003): «Le sens naît toujours d'une confrontation d'un phénomène remarqué à des éléments dits contextuels dans lesquels il prend place. Aucun phénomène ne peut exister en lui-même, dans le vide environnemental» (p. 11).

De façon générale, cette recherche exploratoire s'ancre dans le courant paradigmatique du constructivisme (Berger et Luckmann, 1966). Un paradigme est un cadre conceptuel général reflétant un ensemble de

croyances et de valeurs reconnues par une communauté et admises comme étant communes à tous les individus dans le groupe (Kuhn, 1962, cité dans Levy, 1994). Ce paradigme partagé permet donc à un groupe d'appréhender un objet de recherche et d'en structurer son étude, de clarifier des problèmes disciplinaires et de statuer sur des moyens fiables pour mener à bien la production de connaissances. Pour bien comprendre le paradigme constructiviste, il est nécessaire de le décomposer en ses quatre axes, soit les quatre champs qui le composent : l'épistémologie, la méthodologie, l'ontologie et la téléologie.

Dans un paradigme, l'épistémologie renvoie à la signification cognitive, c'est-à-dire à la vision du monde et à la façon d'organiser l'approche de recherche. Dans un paradigme constructiviste, l'épistémologie est pluraliste et non neutre puisqu'elle repose sur les postulats que l'observateur n'est pas neutre, que le monde vécu est en fait une reconstruction et que les événements (et le monde) ne sont pas prédéterminés, mais qu'ils s'inscrivent plutôt dans un processus de changement (Levy, 1994).

Le champ de la méthodologie réfère aux méthodes, aux procédés et aux techniques qui nous permettent d'appréhender le monde ou un phénomène vécu et de formuler des constats à leur sujet (Gendron, 2001). Contrairement à une méthodologie réaliste qui cherche plutôt à manipuler des faits particuliers qui sont observables et mesurables pour conduire à l'élaboration d'une convergence de ces faits, la méthodologie constructiviste cherche à construire des représentations des perceptions du monde vécu et vise la divergence entre les conceptions multiples et émergentes de l'expérience et des phénomènes (Levy, 1994).

Le champ ontologique s'intéresse à la nature, à la constitution et à la structure de la réalité. Ainsi, alors qu'une ontologie réaliste s'appuie sur le fait qu'il n'existe qu'une seule vérité et que celle-ci est indépendante, préexistante et ordonnée, l'ontologie constructiviste reconnaît l'existence de multiples perceptions d'une pluralité de mondes vécus (Lehoux, 2004).

Le quatrième champ, la téléologie, renvoie aux multiples intentions et finalités liées à l'objet d'étude qui sont poursuivies par les acteurs (chercheurs). Il réfère à leurs intentions et à leurs intérêts de même qu'aux responsabilités dont ils s'investissent par rapport à leurs travaux (Levy, 1994).

Sur le plan épistémologique, cette recherche exploratoire s'inspire de l'approche compréhensive. L'approche compréhensive est en fait un positionnement intellectuel qui soutient que les faits humains et sociaux (comme celui dont il est question dans cette recherche) sont radicalement distincts des faits des sciences naturelles et physiques puisque les faits humains ou sociaux sont porteurs de significations qui sont véhiculées par des acteurs. Elle soutient également qu'il est possible pour un homme de pénétrer le vécu et le ressenti d'un autre homme, selon le principe de

l'intercompréhension humaine. Que c'est à partir des efforts liés aux moments de saisie intuitive des faits sociaux que sera élaborée, par synthèses successives, une synthèse finale qui donnera une interprétation en compréhension de l'ensemble étudié (Paillé et Mucchielli, 2012).

1.4. DES RÉFLEXIONS SUR LA SUBJECTIVITÉ

Il va sans dire que la subjectivité est un aspect central de ce projet de recherche exploratoire, et ce, pour de nombreuses raisons. Puisque le jugement du chercheur ne se forme pas seulement à partir de ses connaissances formelles ou de ses analyses théoriques, d'autres éléments qui lui sont propres vont contribuer à la production de connaissances. Son expérience personnelle du monde (ou du phénomène étudié), ses sentiments, ses intuitions et ses valeurs seront aussi sollicités (Baribeau, 2005). Dans une recherche comme celle-ci, où la réflexivité est importante, les interactions entre la chercheuse et les participantes peuvent avoir des effets sur la « production de connaissances ». Une prise de conscience de cette subjectivité et la documentation systématique des effets de cette subjectivité sur la recherche sont importantes (Flood, 1999; Poupart, 1997). Comme le dit Flood (1999, p. 35): « *Without some degree of reflexivity, any research is blind and without purpose.* »

Je trouve donc important de soumettre au jugement du lecteur le fait que 1) je ne suis pas neutre; 2) je crois que les trajectoires de résilience ne sont les fruits ni du hasard ni des événements isolés; 3) mon expérience de terrain a été marquante. Ces trois affirmations, que j'explicite ci-après, ont très certainement eu une incidence sur le cours de cette étude.

1. Je ne suis pas neutre: je suis une femme, j'ai deux jeunes enfants et j'estime que la transition à la maternité a été un passage marquant dans ma vie. Malgré le fait que j'ai eu mes enfants dans un contexte favorable (présence d'un conjoint, revenus adéquats, réseau social fiable), la maternité a engendré des bouleversements dans ma vie personnelle, conjugale, sociale et professionnelle. Comme j'estime mon expérience commune et similaire à celle de nombreuses autres femmes, je crois qu'il est aussi normal de s'attendre à ce que la vie d'une adolescente soit bouleversée par cette maternité sans que cela soit le signe d'une inaptitude parentale ou d'une détresse psychologique.
2. Je crois que les trajectoires de résilience ne sont les fruits ni du hasard ni des événements isolés: dans le cadre de mes expériences professionnelles comme intervenante, j'ai été amenée à côtoyer de nombreux individus qui ont réussi à surmonter des adversités impressionnantes et leur trajectoire laissait deviner des influences complexes.

3. Mon expérience au sein de deux organismes travaillant auprès de jeunes mères a été extrêmement riche parce qu'elle m'a permis de mieux comprendre comment peut se dérouler une maternité précoce, les obstacles qu'on rencontre, les difficultés vécues, mais aussi les changements positifs que cela peut faire vivre, les joies qui s'y rattachent, les interactions sociales qu'on y vit. Mais cette expérience a aussi été choquante à plusieurs reprises et ce que j'ai pu observer m'a parfois déstabilisée, comme mère et comme femme. La façon de corriger physiquement un enfant, les cognitions erronées qu'avaient certaines mères, les différentes manifestations d'interactions parent-enfant et les propos que certaines mères tenaient à l'endroit de leurs enfants sont autant d'éléments qui m'ont parfois bouleversée. Comme cela sera indiqué plus loin, ce ne sont pas toutes les mères fréquentant les deux organismes en question qui ont pris part à l'étude. Une minorité d'entre elles ont été interrogées, que ce soit lors des entretiens individuels ou de groupe. Par contre, c'est avec la totalité des mères que je passais mes journées et que je discutais de façon informelle.

C'est dans ce cadre que certaines scènes dont j'ai été témoin pourraient influencer ma lecture de la situation de la maternité précoce, notamment en créant un clivage entre les mères présentant une trajectoire résiliente et celles qui présentent des difficultés. Je suis très soucieuse de ne pas contribuer à ce clivage *bonne mère/mauvaise mère*, de contextualiser ces événements et de ne pas *contaminer* ma lecture de la situation. J'ai noté ces événements et j'en ai discuté avec des collègues, principalement pour réduire la charge émotionnelle qui y est attachée. J'ai aussi consulté de nombreux écrits destinés aux intervenants qui travaillent auprès des mères en situation de vulnérabilité, qu'elle soit financière ou autre, pour mieux saisir l'étendue des défis qui se présentent à elles.

Un autre aspect lié à la subjectivité mérite d'être mentionné : il s'agit de l'intersubjectivité. Il faut garder en tête que les résultats qui sont présentés dans cette thèse sont issus principalement de l'analyse du discours des jeunes femmes interrogées. C'est la rencontre de la subjectivité des participantes jumelée à la mienne. Bien qu'elles aient eu comme consigne principale de raconter leur histoire, il y a fort à parier que cette histoire est influencée par des valeurs, des expériences, des connaissances et l'intériorisation de normes sociales, mais aussi en fonction de ce qu'elles croient que l'intervieweur souhaite entendre (Poupart, 1997).

QU'EST-CE QUE LA RÉSILIENCE ? QUELQUES CLÉS DE LECTURE

La résilience est un concept attirant pour de nombreux chercheurs et intervenants. Terme utilisé à l'origine en physique, la résilience réfère à la capacité des matériaux de retrouver leur forme originale ou leur position après avoir été comprimés ou tordus (Goldstein et Brooks, 2005). En sciences sociales et de la santé, la résilience réfère à une force, à une capacité de surmonter les obstacles, de déjouer l'adversité (Masten, 2001). L'histoire de ce domaine de recherche a été marquée par deux principaux courants : le plus ancien met l'accent sur les caractéristiques individuelles et les facteurs pouvant y jouer un rôle, tandis que le second est plutôt marqué par un désir d'ancrer la résilience dans des systèmes écologique et du développement, tout en mettant l'accent sur la notion de processus (O'Dougherty Wright et Masten, 2005).

Pour l'instant, nous nous attardons à l'histoire de ce concept afin de mieux comprendre son évolution. Nous définissons par la suite le concept de résilience, puis nous présentons certains enjeux liés à ce concept.

2.1. UN SURVOL HISTORIQUE DU CONCEPT DE RÉSILIENCE

On peut dire que le concept de résilience résulte en quelque sorte du hasard. Garnezy, l'un des premiers chercheurs à avoir écrit sur ce concept, cherchait plutôt à étudier la nature et l'origine de la schizophrénie. Ses études, qui portaient sur les enfants de parents schizophrènes, ont permis

de constater qu'un nombre important d'entre eux se développaient normalement, malgré les pronostics défavorables liés à la pauvreté chronique, aux expériences de vie stressantes et au risque psychopathologique lié à l'hérédité (Garmezy, 1974). Ses recherches subséquentes, dont le Project Competence, lui permirent de s'attarder à une question centrale dans ses travaux : « Qu'est-ce qui fait la différence entre un enfant qui s'en sort bien et un autre qui ne réussit pas à surmonter l'adversité ? » Dans ce courant de recherche, la résilience était plutôt considérée comme un trait propre à l'individu : la combinaison de caractéristiques physiques (dont la génétique et la chimie corporelle) et psychologiques (dont les facteurs liés à la personnalité) permettait à l'individu d'être résilient (Jacelon, 1997).

Parallèlement à ces travaux, à Hawaï aux États-Unis, Werner met en place la Kauai Longitudinal Study, une étude prospective longitudinale couvrant une période de 40 ans et menée auprès de tous les enfants nés en 1955 sur l'île de Kauai. Les participants, suivis et questionnés à plusieurs reprises entre l'âge de 1 et 40 ans, composent une cohorte multiraciale vivant diverses adversités (Werner, 2005). Avec cette étude de grande envergure, Werner définit les principaux facteurs de risque et de protection présents au sein de cette population. Selon elle, les facteurs de risque pour le sain développement de l'enfant sont la pauvreté chronique, les problèmes de santé mentale des parents, la consommation de drogues des parents, le divorce, les familles dysfonctionnelles et la maltraitance. Les facteurs de protection qui aident l'enfant à se développer sainement se divisent en deux grandes catégories : les attributs personnels (par exemple, un tempérament facile et engageant, une conception de soi positive, la capacité de prévoir et une forte présence de foi) et les sources de soutien (par exemple, la présence d'un modèle de mère compétente qui est sensible aux besoins de son enfant, des liens affectueux avec d'autres pourvoyeurs de soins tels que les grands-parents, une fratrie plus âgée ou des enseignants). Ses travaux lui permettent de tirer les principales conclusions suivantes :

1. les « tampons » (*buffers*) ont une incidence plus importante que les facteurs de risque particuliers dans les trajectoires de vie des enfants qui grandissent en contexte d'adversité ;
2. les individus qui se sont adaptés positivement à l'âge adulte, malgré le contexte d'adversité significative, ont pu compter sur des sources de soutien au sein de leur famille et de leur communauté ;
3. les sources de soutien augmentent les compétences des enfants et leur efficacité, réduisent le nombre d'événements de vie dits stressants à surmonter et permettent de nouvelles opportunités.

Ses constatations ont permis de mettre en lumière l'importance de la prime enfance de même que la possibilité pour plusieurs individus, malgré un stade de développement plus avancé, de pouvoir saisir les opportunités s'offrant dans la communauté.

Ces travaux pionniers dans le domaine de la résilience ont le mérite d'avoir jeté les bases, novatrices pour l'époque, d'une nouvelle conception de la santé mentale et du développement et, conséquemment, de l'intervention qui mettait l'accent sur les processus positifs et non sur la symptomatologie. Ils ont aussi permis des avancées importantes sur le plan conceptuel, idéologique et de la pratique. Cependant, ils n'ont pas permis de comprendre les processus impliqués dans les trajectoires de résilience, ce qui a ouvert la voie à d'autres types d'études. À l'heure actuelle, la plupart des chercheurs tentent non plus de répondre à la question « Qu'est-ce qui permet à un individu de surmonter les obstacles ? », mais veulent plutôt obtenir des réponses à la question « Comment cet individu réussit-il à surmonter les obstacles présents dans une situation donnée d'adversité ? » L'accent mis sur le contexte et les processus impliqués ajoute ainsi à la complexité apparente du concept de résilience.

2.2. LES POINTS CLÉS DU CONCEPT DE RÉSILIENCE

Des définitions variées

Il n'existe pas de consensus sur la définition de la résilience. Le terme étant utilisé dans différents domaines, les définitions proposées pour définir le concept de résilience sont influencées par les paradigmes, les théories et les méthodologies qui y ont cours. On trouve donc une variété de définitions et de façons d'opérationnaliser la résilience. À titre d'exemple, proposons les quatre définitions suivantes qui ciblent des aspects différents, pour illustrer cette divergence :

Construit bidimensionnel qui implique l'exposition à l'adversité et la manifestation de résultats d'adaptation positive.	(Luthar et Goldstein, 2004)
La résilience renvoie au fonctionnement comportemental ou cognitif qui est supérieur à celui prédit par le niveau de limitation socioéconomique.	(Kim-Cohen <i>et al.</i> , 2004)
Interaction complexe et multidimensionnelle entre les facteurs de risque, le fonctionnement biologique et les facteurs de protection qui se combinent pour favoriser ou non un comportement résilient.	(Goldstein et Brooks, 2005)
Phénomène multidimensionnel qui produit l'habileté de se dépasser malgré l'adversité.	(Secombe, 2002)

Une recension des écrits dans ce domaine permet d'ailleurs rapidement de constater qu'il y a divergence entre les chercheurs quant au sens qu'on attribue à ce concept et ses composantes, de même qu'à la façon de l'opérationnaliser. En effet, tout comme la définition de la résilience, la façon de la mesurer diffère souvent d'une étude à l'autre. Fortement liée à une compréhension du concept, elle utilise des indicateurs dont la pertinence peut parfois être remise en question. Par exemple, pour déterminer les adultes résilients au sein d'une cohorte d'enfants abusés et négligés durant l'enfance, McGloin et Widom (2001) utilisent les huit critères suivants : le statut d'emploi, l'occupation d'un domicile fixe, le niveau d'éducation, la présence d'activités sociales, l'état de santé mentale, la consommation d'alcool et de drogues, la présence de criminalité et le niveau de violence autorapporté. Afin de statuer sur la présence de résilience, ils ont recours à une classification de l'individu selon une dichotomisation adaptation/inadaptation. Un score de 1 (réussite) ou 0 (non-réussite) est attribué à chacun des huit critères. Les scores sont ensuite additionnés, allant de 0 à 8. Selon leur système de pointage, une personne démontre de la résilience si elle obtient un score global de 6 et plus (McGloin et Widom, 2001). Or, ce score arbitraire ne s'intéresse pas au contexte social dans lequel évolue l'individu. Comme cela sera discuté plus loin, la pertinence de certains de ces indicateurs ne peut pas être analysée séparément du contexte social dans lequel ces individus vivent sans interférer grandement avec leur capacité de s'interroger sur la présence de résilience.

Peut-on bien mesurer la résilience ?

À l'opposé d'analyses sanguines qui permettent de témoigner de la présence d'un virus dans le corps humain, l'existence d'indicateurs pour attester de la présence de résilience chez un individu repose sur une forme d'évaluation différente. Celle-ci est toujours **inférée** ; son existence est reconnue sur la base de la présence (ou de l'absence dans certains cas) d'autres indicateurs, dans des circonstances précises.

Ainsi, la présence de résilience dans la vie d'un individu¹ est inférée en se basant sur les prémisses suivantes :

1. une adversité significative ou une menace au développement ou à l'adaptation a eu lieu ;
2. le comportement ou le fonctionnement est bon, parce que l'adaptation a été maintenue lors d'une période d'adversité ou parce que le retour à un fonctionnement adéquat a été observé à la suite d'une période d'adversité.

1. Des communautés peuvent aussi être qualifiées de résilientes, tout comme des environnements (Adger *et al.*, 2005 ; Kulig, 2000).

La résilience est donc inférée quand le niveau de risque ou d'adversité est suffisamment élevé pour constituer une menace au développement ou au fonctionnement sain d'un individu, mais que des résultats positifs sont toutefois observés (Riley et Masten, 2005). Il s'agit ainsi de jugements portés sur : 1) l'état de bien-être d'un individu ou son fonctionnement et 2) une situation, un événement ou un contexte donné qui peut être considéré comme adverse. Or, ce jugement sur l'état de bien-être requiert un contexte évaluatif qui est élaboré en fonction du développement normal attendu, des attentes sociales et culturelles et d'un regard historique. Il en va de même pour l'adversité.

Pour Rutter, dont les travaux ont considérablement influencé le domaine du développement de l'enfant et de la résilience, quatre caractéristiques sont centrales à ce concept (Rutter, 1993) :

- la résilience se retrouve dans l'exposition face à un risque et non dans son évitement ;
- les facteurs de risque ou de protection associés à la résilience peuvent découler d'expériences adverses survenues antérieurement ;
- les facteurs de risque peuvent opérer de façon différente selon le stade de la vie de l'individu ;
- l'importance doit être mise sur les mécanismes de risque plutôt que sur les facteurs de risque, puisque le risque, dans une situation donnée, peut devenir protecteur dans une autre situation.

Évidemment, la présence d'inférence et l'évaluation nécessaire pour témoigner de la présence d'adversité et d'un état de bien-être ou de fonctionnement prêtent le flanc à la critique, principalement à cause de leur caractère subjectif. La principale critique que nous formulons relativement à l'opérationnalisation de ce construit est l'absence d'indicateurs sensibles au contexte d'adversité et à la nature dynamique du processus de résilience. Si l'on se base sur l'hypothèse que les facteurs de protection diffèrent selon l'adversité, il convient de penser que certains indicateurs ne mesureront pas de façon optimale la présence d'un processus de résilience. Empruntons un exemple de Michael Ungar (2004a, p. 75) pour illustrer notre propos. Selon cet auteur, des adolescents marginalisés adoptent un comportement agressif pour augmenter le respect que leur portent leurs pairs et accroître leur pouvoir au sein de la communauté, privilèges qui leur seraient autrement refusés. Bien que les conséquences de ces gestes soient discutables, il n'en ressort pas moins qu'ils présentent des avantages à court et à moyen terme pour l'adolescent, tels que l'appartenance à un groupe et une meilleure estime de soi. Or, il est connu que ces derniers sont des facteurs contribuant à une meilleure santé (Ayotte, Lavoie et Riberdy, 2005). Cependant, certains instruments utilisés pour mesurer la résilience utilisent le critère de l'absence de comportements délinquants pour discriminer la présence de résilience, comme l'étude de McGloin et Widom (2001)

réalisée auprès de jeunes adultes abusés et négligés durant l'enfance pré-sentée plus haut. Cette façon de procéder ne rend pas compte à notre avis de la complexité et du contexte dans lequel se développe la résilience.

Lorsqu'on leur en donne la possibilité, de nombreux adolescents participant à des études ont démontré que les mesures standardisées de résilience et de vulnérabilité utilisées ne ciblent pas certains aspects intrinsèques de la santé propres aux groupes marginalisés dont ils font partie. Ce qui est considéré comme un indicateur de vulnérabilité peut en fait être une source de résilience pour l'enfant ou la famille lorsque les expériences des participants sont comprises à partir de leur point de vue (Ungar, 2004a; traduction libre).

Ce qui est estimé problématique dans une opérationnalisation de la résilience répondant à des critères objectifs et mesurables, c'est qu'elle ne permet pas l'émergence des différentes réalités de sens que les gens négocient dans leur autoconstruction comme étant résilients. Ainsi, dans une perspective positiviste, les critères de « succès » sont arbitrairement choisis en fonction de ce qui est défini collectivement comme étant un comportement de santé. On peut par contre croire que des enjeux de pouvoir, d'ethnocentrisme et la capacité de faire entendre sa voix vont influencer le choix des variables au détriment des populations vulnérables. De même, l'idée unique de critères objectifs pour mesurer s'il y a ou non présence de résilience chez un individu semble limitative puisque la littérature démontre qu'il n'existe pas de combinaison universelle de conditions qui sont réputées pouvoir protéger tous les individus (Engle, Castle et Menon, 1996; Fergus et Zimmerman, 2005; Ungar, 2004a, 2004b). En effet, ce qui peut être considéré comme un facteur de protection chez un groupe d'adolescents pourra être vu comme un facteur de risque chez un groupe d'enfants. Nous croyons qu'utilisée seule, cette façon d'inférer la résilience ne donne qu'un tableau incomplet de la situation vécue par la personne vivant en situation d'adversité.

Beaucoup de chercheurs ayant étudié la résilience l'ont située à un niveau individuel, tout en lui reconnaissant des facteurs de risque et de protection se situant à d'autres niveaux, tels que la famille ou le milieu de vie. Cependant, l'importance des différents environnements dans lesquels évolue la personne n'a pas été reconnue implicitement comme jouant un rôle actif dans le processus de résilience, ce que nous tenterons de démontrer par le biais des parcours de vie de jeunes mères ayant donné naissance dans un contexte de violence que nous présenterons plus loin. En effet, certains environnements peuvent être favorables à la résilience, alors que d'autres ne supporteront pas son émergence. La constitution de l'environnement ainsi que les interactions que l'individu a avec son milieu doivent donc être parties prenantes d'une compréhension du processus de résilience.

La définition retenue dans le cadre de cet ouvrage pour mieux comprendre ce concept est la suivante: «La résilience est le résultat des négociations entre les individus et leur environnement pour l'obtention des ressources dans le but de se définir comme étant en santé malgré l'adversité» (Ungar, 2004a; traduction libre).

Cette définition est privilégiée, car elle renferme plusieurs éléments pertinents qui permettent de documenter les éléments de critique précités, soit: 1) la compréhension de la résilience comme un processus dynamique s'ancrant dans une réalité temporelle changeante; 2) un processus qui s'arrime à différents niveaux d'interactions entre l'individu et son environnement; et 3) la compréhension du concept de santé qui émane de l'individu concerné, prenant donc comme point d'assise le contexte dans lequel il évolue.

Que savons-nous des processus de résilience dans un contexte de maternité précoce et de violence conjugale ?

Il existe un vaste corpus de connaissances portant sur la violence et la résilience. Une part importante de ce corpus documente toutefois la violence commise chez des femmes adultes, et de façon plus parcellaire, chez des adolescentes. Force est de constater toutefois que peu d'écrits sur la résilience portent spécifiquement sur ce double cumul de facteurs de risque: des lacunes importantes sur les connaissances relatives aux processus de résilience dans le double contexte d'adversité ciblé sont présentes, du moins en ce qui concerne les publications révisées par des pairs. Appuyant l'idée que des connaissances supplémentaires sont requises, nous sommes contrainte de présenter de façon morcelée l'état des connaissances sur la résilience. Sans en dresser un portrait exhaustif ici, nous présentons quelques études susceptibles d'éclairer notre compréhension des processus menant à une trajectoire de résilience.

Selon Davis (2002), les femmes interrogées dans le cadre d'une étude qualitative portant sur les ressources internes des femmes ayant été victimes de violence ont appris à être résilientes. Cet apprentissage leur a permis non seulement d'endurer la violence ou d'y survivre, mais de se désengager avec succès de la relation violente. Les caractéristiques ou stratégies qui conduisent à la résilience seraient la spiritualité, le sens de l'humour, le recours à un système de soutien, l'espoir et la possibilité de trouver quelque chose dans leur vie qui n'appartient qu'à elles, qui leur est propre (Davis, 2002). Une étude quantitative, menée auprès de 100 femmes victimes de violence conjugale et vivant en contexte de pauvreté, propose pour sa part deux formes de résilience: la résilience cognitive (mesurée par le degré d'estime de soi) et la résilience sociale (mesurée par la satisfaction à l'égard du soutien social ainsi que le soutien jugé problématique, soit

par son caractère non désiré, soit par sa mauvaise qualité notamment). Les résultats obtenus démontrent que la combinaison des deux types de résilience agit à titre de médiateur sur la relation entre la sévérité de la violence et l'anxiété ressentie par la femme. Par contre, l'estime de soi (utilisée ici pour représenter la résilience cognitive) a un poids plus important à titre de médiateur sur cette relation (Williams et Mickelson, 2004). Une étude alliant pour sa part des méthodologies quantitatives et qualitatives s'est aussi intéressée à la résilience en tentant de comparer trois groupes de femmes: 1) des femmes vivant en maison d'hébergement pour violence conjugale, 2) des femmes ayant mis un terme à une relation de violence conjugale depuis un an et 3) des femmes jugées par les intervenantes des maisons d'hébergement comme ayant eu une réponse résiliente à la violence conjugale (selon des critères non définis). Les résultats de l'étude ne permettent pas d'établir de différence entre les trois groupes quant à la trajectoire vécue en lien avec la violence. Les mécanismes liés à la résilience, soit ici le fait de mettre un terme à une relation violente, sont les caractéristiques personnelles de la femme (démontrer de la force, du courage) et la recherche de soutien social (Werner-Wilson, Zimmerman et Whalen, 2000).

Une méta-analyse a été consacrée à la documentation des liens pouvant exister entre la religion et la spiritualité d'un côté et la violence conjugale de l'autre. Recensant les résultats de six articles publiés portant sur ces sujets, les auteures de cette méta-analyse proposent que la force et la résilience (non définie) seraient attribuables à la religion ou à la spiritualité selon deux modes d'actions: 1) se tourner vers Dieu ou Allah ou une autre ressource spirituelle pour surmonter les obstacles ou aider à la prise de décision; et 2) obtenir du soutien social du groupe d'appartenance religieuse ou du réconfort des prières ou de la méditation (Yick, 2008).

Une étude qualitative menée auprès de femmes ayant vécu leur enfance dans un environnement familial marqué par la violence conjugale propose un modèle théorique de la résilience. En contexte d'une adversité ayant eu comme conséquence majeure qu'elles se sentaient impuissantes, les enfants qu'elles étaient alors ont développé des stratégies pour résister à ce sentiment d'absence de pouvoir. Élaborées d'abord comme une réaction spontanée à la suite d'un incident de violence, ces stratégies se sont raffinées et ont été utilisées par les femmes interrogées tout au long de leur vie. Ces stratégies se divisent en deux grandes catégories, selon qu'elles les amènent à *résister* à l'environnement violent pour se protéger et endurer la violence ou à *s'opposer* à la violence pour prévenir activement celle-ci ou y mettre un terme. Parmi les stratégies déployées pour *résister* à la violence, on trouve: 1) créer des lieux physiques et mentaux pour s'échapper,

comme se cacher dans la salle de bain, le placard ou s'inventer des histoires familiales fantaisistes, lire des livres; 2) tenter de comprendre ce qui se passe dans la famille; 3) se créer des réseaux de soutien social; et 4) tenter de mettre de l'ordre dans les situations familiales chaotiques, comme ranger la maison. Dans les stratégies déployées pour s'opposer à la violence, on trouve: 1) développer et mettre en place un plan pour assurer sa sécurité et celle des membres de sa famille, comme appeler le 911 ou cogner chez les voisins; 2) intervenir auprès de l'agresseur: tenter de le raisonner, le faire cesser, se placer entre lui et leur mère; et 3) protéger et réconforter leur mère et la fratrie. Une composante intéressante de cette étude réside dans la prise de conscience des torts possibles de la violence sur les enfants qui en sont témoins: 7 des 12 participantes qui ont rapporté avoir déjà vécu de la violence dans leurs relations amoureuses à l'âge adulte ont mis un terme à ces relations violentes lorsqu'elles ont réalisé que leur comportement pouvait influencer cette situation de victimisation et qu'elles participaient, malgré elles, à cette transmission de la violence (Anderson et Danis, 2006).

Une étude qualitative exploratoire, menée à Chicago auprès de 10 jeunes mères âgées de 16 à 20 ans, d'origines ethniques diverses et ayant donné naissance ou étant enceintes au moment de l'entretien, permet d'appréhender certains éléments de résilience propres à la maternité précoce vécue en contexte de violence commise par le partenaire intime. Les mères recrutées dans le cadre de cette étude avaient subi une des formes suivantes de violence: huit avaient vécu de la violence au sein de leur communauté, six avaient été témoins de violence conjugale entre leurs parents, sept avaient été victimes de violence physique familiale et huit avaient été victimes de violence de la part de leur partenaire amoureux. Du nombre, quatre avaient vécu toutes ces formes de violence. Sur les 10 jeunes mères interrogées, 4 sont identifiées comme étant résilientes. L'analyse de leurs discours permet de mettre en lumière le constat suivant: les mères résilientes, comparativement aux autres mères jugées non résilientes, ne semblent pas profiter des facteurs de protection pouvant être présents sur les plans familial, communautaire et sociétal. Les facteurs de protection relevés sont plutôt issus des composantes intra-individuelles, partagées par les quatre femmes identifiées comme résilientes. Elles démontreraient ainsi des habiletés communes dans différents domaines (établir des liens avec différents individus, des proches ou des gens plus distants, afin d'obtenir du soutien; résoudre des problèmes et planifier des actions au lieu de réagir de façon impulsive; être motivée par la réussite et se projeter au-delà du contexte actuel; être capable d'introspection et pouvoir donner un sens aux événements vécus), mais aussi des habiletés à défendre leurs droits, et feraient preuve d'indépendance (Kennedy, 2005).

Dans le cadre d'une étude portant sur de jeunes mères en situation de défavorisation économique, Lutz (2005) propose un modèle théorique mettant en lumière le double processus vécu par les femmes dans le but de créer un lien avec leur bébé et de naviguer dans la relation violente avec leur conjoint. La plupart des mères rencontrées étaient hésitantes à dénoncer la violence dont elles étaient victimes, par crainte d'être jugées ou stigmatisées. Afin de préserver leur image publique, elles adoptaient différentes stratégies leur permettant d'afficher une image positive d'elles-mêmes en tant que femmes enceintes vivant une relation amoureuse saine. Conséquemment, ces femmes rapportaient l'impression de mener une double vie, des vies parallèles (Lutz, 2005). Les processus imbriqués et parfois contradictoires au cœur de leur trajectoire peuvent être divisés en cinq étapes. Dans la première étape nommée par Lutz *Poursuivre le rêve*, la femme conserve son idéal de la famille unie et maintient une image positive de son conjoint, malgré la présence de violence. Cette étape serait suivie d'*Endurer pour le bien de la famille*, où l'unité familiale est l'élément central sur lequel se focalise la future mère. À cette étape, poursuivre la relation et travailler à créer la famille idéale et la maison idéale sont considérés comme les meilleures options. Les besoins individuels ne sont pas prioritaires. Cependant, l'espoir que les choses vont changer commence à faiblir. Lors de la troisième étape, *S'engager dans une balance dynamique*, la femme est tiraillée entre, d'un côté, une désillusion et un sentiment de désespoir face au partenaire et à la relation conjugale, et de l'autre, le désir d'être bien et la peur associée au fait de ne pas être capable d'y arriver seule. C'est lors de cette étape que la femme commence à dévoiler la violence dont elle est victime à certains de ses proches, en étant très sensible à leurs réactions. La quatrième étape, *Réconcilier les rêves de la grossesse avec la réalité*, recentre les priorités de la femme sur la survie et sur la nécessité de s'occuper d'elle et du bébé à naître. Elle est consciente que sa relation n'est pas saine. Bien qu'elle prenne conscience des effets désastreux de la violence conjugale sur sa grossesse et qu'elle en soit préoccupée, la femme ne met pas nécessairement un terme à la relation violente. Lors de la dernière étape, *Dévoiler et intégrer deux vies*, la femme nomme clairement sa relation comme étant abusive. Elle consacre toute son énergie à s'occuper de son enfant. Elle demeure préoccupée à l'idée d'être seule, mais le désir d'un bien-être émotionnel prime cette crainte. À cette étape, une décision réfléchie est prise quant à l'issue de la relation; celle-ci est terminée, en voie de l'être ou maintenue sous certaines conditions.

Cette courte présentation de quelques clés de lecture portant sur la résilience en contexte de violence, et pour de rares études, en contexte de violence et de maternité précoce, illustre le fait qu'il existe un intérêt dans le milieu de la recherche pour tenter de décrire les mécanismes impliqués

dans un processus de résilience. Elle démontre aussi cependant que la conceptualisation de la résilience est morcelée et qu'elle se situe majoritairement au niveau de l'individu, si ce n'est que pour inclure l'apport du soutien social comme élément environnemental. Il s'agit là d'une limite majeure pour le domaine des connaissances sur la résilience et de l'intervention en prévention et promotion de la santé.

2.3. L'ENJEU : LA COMPRÉHENSION CONTEXTUALISÉE DE LA TRAJECTOIRE DE RÉSILIENCE

Nous avons mentionné à maintes reprises que des discours complémentaires sur le concept de résilience sont nécessaires afin de répondre aux limites soulevées par les chercheurs dans ce domaine (Fergus et Zimmerman, 2005; Ungar, 2004a). Ces discours alternatifs permettraient d'accroître la compréhension des processus par lesquels émerge la résilience et d'obtenir des résultats porteurs de sens pour les gens concernés. En ce sens, une compréhension plus qualitative du processus de la résilience est vue comme un apport de connaissances complémentaires et non opposées à celles qui existent déjà. De plus, il est suggéré qu'une compréhension du construit de résilience qui repose sur le pouvoir discursif, et non sur des mesures objectives de la santé, aura nécessairement des conséquences sur la façon d'intervenir auprès des populations visées afin de promouvoir la santé (Ungar, 2001). Cependant, il est important de rappeler que le sens accordé au concept de résilience est lui-même ancré culturellement et contextuellement, puisqu'il repose sur des concepts de santé et de bien-être qui sont aussi définis culturellement et contextuellement. Comme l'écrivait Kaplan, cité dans Ungar (2004a) :

Une limite importante du concept de résilience est qu'elle repose sur les jugements normatifs liés à certains comportements attendus. Si les comportements sont jugés non désirables, les habiletés requises pour atteindre ces comportements dans une situation d'adversité ne sont pas considérées comme de la résilience. Pourtant, il est possible que les comportements socialement définis comme étant désirables puissent être subjectivement étiquetés comme indésirables alors qu'à l'inverse, un comportement indésirable d'un point de vue social soit subjectivement évalué comme étant désirable. D'un point de vue subjectif, un individu peut manifester de la résilience, mais d'un point de vue social, ce même individu manifeste de la vulnérabilité (Kaplan, 1999; traduction libre).

Il devient donc nécessaire de décrire les composantes de l'adversité relevées dans le cadre de cette étude afin de pouvoir y camper la trajectoire de résilience étudiée. Comme nous l'avons mentionné précédemment, pour étudier le processus de résilience, il est primordial de le situer dans un

contexte empirique présentant une adversité (Masten et Coatsworth, 1998). Dans le cadre de cet ouvrage, l'adversité est représentée par la présence d'un contexte relationnel adverse jumelé à une expérience de maternité précoce. Il s'agit en fait d'un cumul d'adversités: une relation amoureuse marquée par les conflits ou la violence de la part du partenaire intime lors de la grossesse et une maternité précoce. Nous y consacrons le chapitre suivant.

POURQUOI LA VIOLENCE LORS DE LA GROSSESSE ET LA MATERNITÉ PRÉCOCE SONT-ELLES DES ADVERSITÉS ?

Le chapitre 3 présente de façon succincte l'état des connaissances sur le contexte relationnel adverse marqué par la violence lors de la grossesse et par la maternité précoce, et énonce les raisons pour lesquelles elles sont considérées comme des adversités, du point de vue des conséquences possibles sur la santé de l'enfant et de la mère.

3.1. LA VIOLENCE LORS DE LA GROSSESSE CHEZ LES MOINS DE 20 ANS

Un contexte relationnel adverse marqué par la présence de violence de la part du partenaire amoureux représente une adversité, notamment en regard des conséquences sur la santé qu'elle peut occasionner lors de la période de la grossesse. À l'instar du concept de résilience, la violence entre partenaires intimes – un concept qui peut prendre diverses significations – est mesurée différemment selon les chercheurs et les devis de recherche privilégiés. Cette absence d'uniformisation se fait aussi sentir lors d'études portant sur la violence lors de la grossesse, rendant ardue la tâche de mesurer avec exactitude les associations pouvant exister entre ces deux

phénomènes. Pour contrer ces difficultés, une institution américaine, les Centers for Disease Control and Prevention recommandent l'utilisation de la définition suivante pour décrire le phénomène de la violence se manifestant lors de la période de la grossesse (Petersen *et al.*, 1998a):

Violence physique, sexuelle ou psychologique/émotionnelle, ou menaces de violence physique et sexuelle infligée à une femme durant la période pré-grossesse, la grossesse ou la période post-grossesse ou une combinaison de ces périodes. La période pré-grossesse est définie comme étant un an avant la grossesse et la période post-grossesse, de six semaines à un an après la grossesse (p. 5).

Pour mieux saisir la complexité de cette problématique où coexistent deux situations de vulnérabilité, nous présentons les résultats émanant de ce domaine de recherche quant à sa prévalence, les conséquences sur la santé et les facteurs de risque qui y sont associés.

La prévalence de la violence

Chez les femmes adultes, les études rapportent des taux de prévalence de violence conjugale lors de la grossesse variant de 1 % à 63 % (James, Brody et Hamilton, 2013). Nous appuyant sur différentes études, nous pouvons avancer que 5 % à 67 % des jeunes mères ayant donné naissance à un enfant durant l'adolescence subissent de la violence de la part de leur partenaire amoureux. Le tableau 3.1 présente, à titre indicatif, un portrait de l'ampleur de cette problématique et une courte description des études consultées (échantillon, outils utilisés, etc.).

Ces données décrivent principalement les manifestations de violence physique, puisqu'il s'agit de la forme de violence commise par le partenaire intime qui est la plus documentée dans les différentes études. Cependant, la littérature disponible dans ce domaine indique que de nombreuses formes de violence coexistent (Dobash *et al.*, 2000), ce qui incite raisonnablement à croire que les jeunes femmes qui sont victimes de violence physique lors de leur grossesse pourraient aussi être victimes de violence économique, psychologique ou sexuelle.

D'autres données nous éclairent aussi sur la persistance de cette problématique lors du post-partum. Une étude menée par Harrykissoon, Rickert et Wiemann (2002) semble indiquer que cette période présenterait un risque accru pour la violence physique perpétrée par le partenaire intime. Dans une étude prospective de 24 mois suivant la naissance de leur enfant, 41 % des 570 jeunes mères interrogées ont été victimes de violence physique. La prévalence la plus haute est observée lors des trois premiers mois suivant l'accouchement (21 %). De plus, pour 78 % des femmes ayant rapporté de la violence à trois mois post-partum, cette violence n'était pas présente avant l'accouchement (Harrykissoon, Rickert et Wiemann, 2002).

TABLEAU 3.1.
Portrait de la violence vécue pendant la période de grossesse à l'adolescence de la part du partenaire amoureux

Auteurs, année de publication	Pays	Échantillon	Période de référence	N	Violence physique rapportée
Wiemann <i>et al.</i> , 2000	États-Unis	Mères adolescentes âgées de 12 à 18 ans ayant accouché à l'University of Texas Medical Branch-Galveston Outil : version modifiée de l'AAS*	Avril 1994 à février 1996	724	11,9% indiquent avoir été victimes de violence.
Quinvilan et Evans, 2001	Australie	Adolescentes âgées de 12 à 17 ans qui reçoivent des services des campus hospitaliers King Edward Memorial, Osborne Park et Joondalup Health Campus Outil : entretien semi-structuré, avec guide d'entretien de 5 questions	1 ^{er} janvier 1997 au 30 juin 1999	537	29,2% rapportent avoir été victimes de violence.
Covington <i>et al.</i> , 1997	États-Unis	Adolescentes âgées de 12 à 19 ans qui reçoivent des services prénataux dans un département de santé de la Caroline du Nord Outil : outil dérivé de l'AAS	Janvier à décembre 1993 Avril 1994 à avril 1995 2 groupes : – Interrogation de routine (1 fois, première visite) – Interrogation systéma- tique (3 fois, 3 moments de la grossesse)	129 117	5,4% des 129 jeunes mères interrogées rapportent être victimes de violence (une seule interrogation). 16,2% des 117 jeunes mères interrogées rapportent vivre de la violence (3 interroga- tions au cours de la grossesse).

TABLEAU 3.1.

Portrait de la violence vécue pendant la période de grossesse à l'adolescence de la part du partenaire amoureux (suite)

Auteurs, année de publication	Pays	Échantillon	Période de référence	N	Violence physique rapportée
Lindhorst et Oxford, 2008	États-Unis	Adolescentes de moins de 17 ans ayant décidé de mener à terme leur grossesse dans l'État de Washington Outil : CTS2** (7 questions portant sur la violence physique)	Étude longitudinale de 14 ans (14 collectes de données) Début du suivi en juin 1988	229	67,2 % rapportent une expérience de victimisation lors de la période s'étendant de la grossesse à l'âge adulte (durée non spécifiée). Lors de la dernière collecte, 15 % rapportent vivre de la violence.
Mylant et Mann, 2008	États-Unis	Mères adolescentes autochtones ayant reçu des services du American Indian Teen Pregnancy and Parenting Program Outil : AAS	Étude rétrospective entre 2000 et 2005	49	37,5 % indiquent avoir été victimes de violence durant leur grossesse. 75 % de celles-ci identifient leur amoureux comme l'agresseur.

Quiniivan et Evans, 2005	Australie	Adolescentes de moins de 18 ans recrutées lors de leur première visite prénatale en centre hospitalier Outil : entretien semi-structuré, avec guide d'entretien de 5 questions	Étude de cohorte prospective Période non mentionnée	136	29,4 % ont été victimes de violence durant leur grossesse (n = 40). Violence physique : 34 cas Violence sexuelle : 4 cas Violence combinée : 2 cas
Curry, Doyle et Gilhooley, 1998	États-Unis	Adolescentes enceintes âgées de 13 à 19 ans recrutées à une clinique prénatale Outil : AAS	Étude prospective Période non mentionnée	559	37 % ont rapporté être victimes de violence.
Gessner et Perham-Hester, 1998	États-Unis	Mères adolescentes recrutées parmi l'ensemble des femmes ayant donné naissance à un enfant vivant en Alaska (cibent 200 des 900 femmes qui donnent naissance chaque mois) Sous-population adolescente dérivée de cet échantillon plus large Outil : 1 question sur la violence physique	Étude populationnelle rétrospective (questionnées 3,9 mois après l'accouchement) Entre 1991 et 1994	910	9 % à 10 % des jeunes mères ont vécu de la violence durant leur grossesse. 6 % à 10 % des jeunes mères ont vécu de la violence après l'accouchement.

TABLEAU 3.1.

Portrait de la violence vécue pendant la période de grossesse à l'adolescence de la part du partenaire amoureux (suite)

Auteurs, année de publication	Pays	Échantillon	Période de référence	N	Violence physique rapportée
Sussex et Corcoran, 2005	États-Unis	Adolescentes enceintes et jeunes mères âgées de 13 à 18 ans qui participent à un programme de traitement des dépendances Outils : – Question pour les moins de 18 ans – AAS pour les 18 ans et plus	Étude prospective sur une période de 18 mois 3 moments de collecte des données (T1, T2, T3)	286	T1 : 26,5 % des répondantes indiquent éviter quelque un par crainte de violence ou par peur. T3 : 36,9 % des répondantes rapportent éviter quelque un par crainte de violence ou par peur.
Daoud <i>et al.</i> , 2012	Canada	Femmes ayant donné naissance dans les 5 à 14 mois précédant l'enquête (octobre 2006 à janvier 2007) Sous-population adolescente dérivée de cet échantillon plus large Outil : Canadian Violence against Women Survey (10 questions) Identifiée comme victime si elle a répondu oui ; identifiée comme situation de violence conjugale si l'agresseur est le partenaire, l'époux ou le copain	Étude populationnelle rétrospective	Données pondérées qui représentent 76 500 femmes	40,7 % des mères âgées de moins de 20 ans rapportent avoir vécu de la violence. (La proportion de mères âgées de moins de 20 ans représente 3,1 % de l'échantillon total sondé.)

* AAS = Abuse Assessment Scale

** CTSS = Revised Conflict Tactics Scales

Ces données sont particulièrement intéressantes lorsqu'on les compare à celles obtenues dans l'étude de Raneri et Wiemann (2007) selon laquelle être victime de violence dans les trois mois suivant l'accouchement augmente la probabilité de devenir enceinte de nouveau dans les 24 mois qui suivent (Raneri et Wiemann, 2007).

Pour certains chercheurs, la violence entre partenaires intimes lors de la grossesse peut être le reflet de cette problématique qu'est la violence conjugale, mais peut aussi être liée aux enjeux de la grossesse elle-même (Gazmararian *et al.*, 1995; Nasir et Hyder, 2003). Ainsi, la plupart des cas de violence débuteraient avant la grossesse et s'intensifieraient durant cette période (Agence de la santé publique du Canada, 2009; Bernier *et al.*, 2005). Cependant, d'autres études démontrent que la grossesse n'est pas en soi un facteur de risque pour la violence (McGrath, Hogan et Peipert, 1998; Santé Canada, 1999; Widding Hedin, 2000).

Les chiffres obtenus dans les études citées varient considérablement : prenons l'exemple frappant d'écart allant de 5 % à 67 % quant à la prévalence de la violence entre partenaires intimes. Plusieurs explications peuvent être avancées pour expliquer ces disparités : 1) la violence est définie de façon différente, rendant la comparaison difficile ; 2) les études ont recours à des devis différents (p. ex. populationnelle, auprès d'une clientèle utilisant des services cliniques, longitudinale, transversale) ; et 3) la détection est faite à un moment différent d'une étude à l'autre. À cet égard, il est intéressant de constater que, lors de l'étude de Covington et de ses collaborateurs (1997), le taux de prévalence triple lorsqu'une interrogation systématique est effectuée à trois moments différents de la grossesse.

Les outils ou les questions utilisés pour détecter la présence de violence ne sont pas uniformes au sein des études répertoriées (Abuse Assessment Scale, Revised Conflict Tactics Scales, question non standardisée, question isolée sur la violence conjugale dans un ensemble de questions portant sur différents sujets, etc.), tout comme la définition retenue de ce qu'est un acte violent. Certaines études se limitent aux gestes de violence physique, d'autres incluent la peur du partenaire, d'autres encore considèrent la violence psychologique et sexuelle. Des études cumulent ces types de violence sous un concept général (présence ou absence de violence), alors que d'autres présentent leurs données selon la catégorie à laquelle le geste commis appartient (présence de violence physique, absence de violence sexuelle). De même, la gravité de la violence est parfois qualifiée (p. ex. violence extrême), alors qu'il n'en est pas fait mention dans d'autres études.

De plus, certaines études sont de nature longitudinale et suivent une cohorte de femmes sur une période donnée, les questionnant donc à plus d'une reprise. D'autres études sont de nature transversale et interrogent les femmes à un seul moment. Certaines études s'intéressent à des groupes

de femmes présentant des caractéristiques communes (p. ex. situation de défavorisation, appartenance à un groupe culturel), alors que d'autres interrogent, par exemple, toutes les femmes ayant donné naissance dans une région donnée ou dans un centre hospitalier donné dans une période ciblée. Ces variations importantes entraînent nécessairement des données dont la portée peut être plus ou moins limitée et dont l'interprétation doit être nuancée.

Enfin, certaines études ciblent la période de la grossesse elle-même, d'autres se concentrent sur certains trimestres et d'autres encore englobent aussi le post-partum. De plus, la détection est parfois effectuée par le professionnel de la santé traitant, parfois par un intervieweur externe et quelques fois par un support informatique. Ce manque d'uniformisation pose des limites importantes aux recherches sur la violence lors de la grossesse, rendant difficile la tâche de mesurer avec exactitude les associations pouvant exister entre ces deux phénomènes. De même, l'imprécision parfois présente quant aux périodes de la grossesse elle-même empêche les chercheurs de pouvoir comparer les résultats de leurs études avec la littérature existante (Petersen *et al.*, 1998b).

Ces études permettent cependant de conclure que la violence entre partenaires intimes lors de la grossesse, qu'elle se déroule à l'adolescence ou plus tardivement, n'est pas un phénomène isolé et mérite une attention soutenue; ses conséquences sur la santé sont préoccupantes, comme en témoigne la section suivante.

Les conséquences répertoriées sur la santé et la grossesse

On peut concevoir la santé de plusieurs façons. La santé dans le cadre de cette étude s'inspire de la définition proposée par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (Organisation mondiale de la santé, 1986). Ainsi, la santé serait la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques.

La violence entre partenaires intimes influence la santé des femmes qui en sont victimes sur plusieurs plans: santé physique, santé psychologique, santé sexuelle et reproductrice. De même, bien que la violence puisse avoir des effets directs et immédiats sur la santé de la femme, elle peut aussi avoir des conséquences sur sa santé future. En effet, les études mentionnent que, pour la majorité des femmes, les atteintes à la santé psychologique peuvent se prolonger sur de très longues périodes, allant même jusqu'à 17 ans après les gestes de violence (Campbell et Soeken, 1999; Coker *et al.*, 2002; Krug *et al.*, 2002).

Le tableau 3.2 présente succinctement les conséquences possibles des atteintes à la santé des femmes victimes de violence.

TABEAU 3.2.

Conséquences possibles de la violence conjugale répertoriées sur la santé

Dimensions de la santé	Conséquences possibles (directes et indirectes)
Physique	Traumatismes thoraciques ou abdominaux Syndrome de douleurs chroniques Zébrures et ecchymoses Invalidité Fractures Lacérations et ulcérations Lésions oculaires Fibromyalgie Troubles gastro-intestinaux Syndrome du côlon irritable Capacité fonctionnelle réduite
Psychologique	Consommation abusive d'alcool et de drogues Dépression Angoisse Troubles alimentaires Troubles du sommeil Sentiments de honte et de culpabilité Phobies et troubles paniques Mauvaise estime de soi Sentiment de peur et d'insécurité État de stress post-traumatique Troubles psychosomatiques Comportements et idéations suicidaires Comportements automutilatoires
Sexuelle et reproductrice	Troubles gynécologiques, dont l'infertilité Endométrite Dysfonctions sexuelles Comportements sexuels à risque Infections transmissibles sexuellement incluant le VIH Grossesse non désirée et interruptions volontaires de grossesse

Source : Violence physique : Coker *et al.*, 2002; Krug *et al.*, 2002; Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2005; Ulrich *et al.*, 2003; violence psychologique : Campbell et Soeken, 1999; Coker *et al.*, 2002; Krug *et al.*, 2002; Société des obstétriciens et gynécologues du Canada., 2005; violence sexuelle et reproductrice : Campbell et Soeken, 1999; Krug *et al.*, 2002; Martin *et al.*, 1999; 2001; Quinvilan et Evans, 2001; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2005.

De façon plus ciblée, en ce qui concerne la grossesse, la présence de violence peut être liée à un travail prématuré, un retard de croissance utérine, une rupture placentaire, une hémorragie ante partum, une détresse fœtale, la mort fœtale ou la mort périnatale. De plus, le bébé n'est pas exclu de ces conséquences négatives : les bébés nés de mères victimes de violence durant leur grossesse ont un plus faible poids à la naissance (Berenson *et al.*, 1994 ; Wiemann *et al.*, 2000) et obtiennent un score moins élevé au test d'Apgar (mesure de l'état de santé du bébé lors des premières minutes de vie). Les nouveau-nés de mères adolescentes victimes de violence répertoriés dans l'étude de Quinlivan et Evans rapportent plus de problèmes néonataux que les nouveau-nés de mères adolescentes n'ayant pas été victimes de violence durant la grossesse (Quinlivan et Evans, 2001). En outre, il importe de ne pas passer sous silence le fait que les femmes qui subissent des mauvais traitements avant ou pendant la grossesse ont un risque accru d'être victimes de violence après la naissance de l'enfant (Martin *et al.*, 2001 ; Stewart, 1994).

Les conséquences négatives de la violence sur la grossesse durant l'adolescence ne diffèrent pas de celles répertoriées pour la femme adulte (Rinard Renker, 2002). Cependant, il est permis de croire que les jeunes mères sont davantage affectées par ces conséquences, étant donné la plus grande vulnérabilité dans laquelle elles peuvent se trouver (Parker *et al.*, 1993 ; Rinard Renker, 2002).

3.2. LA MATERNITÉ PRÉCOCE

La venue au monde d'un premier enfant représente, pour de nombreuses femmes, un défi. Elles ont à s'adapter à de nouvelles réalités, assumer des responsabilités inconnues jusqu'alors et, dans certains cas, modifier leur conception d'elle-même. Ces changements majeurs dans une trajectoire de vie entraînent des bouleversements qui pourraient avoir des conséquences encore plus importantes lorsqu'elles se produisent à un jeune âge. Socialement, l'idéologie dominante tend à concevoir la venue d'un enfant comme un projet de couple, se déroulant idéalement lorsque les études de la femme sont terminées et sa carrière entamée (SmithBattle, 2005). Pour le domaine de la santé publique, la maternité précoce est une préoccupation en regard des coûts sociaux et économiques liés aux conséquences répertoriées chez l'enfant et la mère.

La prévalence de la maternité précoce

Au Québec, la maternité précoce est un phénomène qui va diminuant. Sa prévalence demeure toutefois préoccupante puisque la réduction du nombre de grossesses à l'adolescence est un objectif ciblé par le Programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS, 2003, 2008b) ainsi que par la Politique de périnatalité 2008-2018 (MSSS, 2008a).

La grossesse avant l'âge de 20 ans peut être analysée en fonction des trois principaux phénomènes qui la constituent, soit les naissances totales (ce qui inclut à la fois les naissances vivantes et les mortinaissances), les interruptions volontaires de grossesse (IVG) et les avortements spontanés (fausse couche) (MSSS, Éco-Santé, 2010). Il est à noter que l'âge à la grossesse est établi en fonction de l'âge à l'aboutissement de celle-ci, et non de l'âge à la conception. Le tableau 3.3 présente les taux (pour 1 000 femmes du même groupe d'âge) pour ces trois phénomènes.

On constate à la lecture de ce tableau que l'interruption volontaire de grossesse est l'issue la plus courante pour les grossesses adolescentes. Il est intéressant de noter toutefois que, selon des données canadiennes datant de 1997, bien que le taux d'IVG soit plus élevé chez les adolescentes plus âgées, ce sont les adolescentes âgées de 15 à 17 ans qui sont le plus susceptibles de mettre un terme à leur grossesse. Le taux d'IVG plus élevé chez les jeunes filles de 18-19 ans reflète le nombre plus élevé de grossesses au sein de ce groupe (Dryburgh, 2008). Conséquemment, c'est aussi au sein de ce groupe plus âgé que le plus grand nombre de grossesses menées à terme se retrouve.

TABLEAU 3.3.

Taux de grossesse à l'adolescence – Québec, 1999-2003

Taux annuel moyen pour 1 000 femmes	Naissances totales	IVG	Avortements spontanés	Total des grossesses
14-17 ans	4,3	13,3	0,6	18,2
18-19 ans	24,5	39,0	2,4	65,9

Source : MSSS, Éco-santé Québec, 2010.

Les conséquences possibles répertoriées pour l'enfant

La maternité précoce est souvent considérée comme une adversité si l'on tient compte de ses conséquences pour l'enfant comme angle d'analyse. Le jeune âge de la mère est, au Québec, reconnu comme l'un des deux

déterminants majeurs du développement et de l'adaptation sociale des enfants. Il constitue, avec la pauvreté, la pierre d'assise des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (MSSS, 2004). Selon la littérature qui documente les conséquences de la maternité précoce chez l'enfant, le jeune âge de la mère est l'un des facteurs qui fait augmenter le risque pour l'enfant d'éprouver des problèmes de comportement, des retards de développement et des résultats scolaires plus faibles (Maynard, 1996; Wakschlag et Hans, 2000). Un nombre important de bébés nés de mères adolescentes risquent davantage d'avoir un faible poids à la naissance, de présenter une anomalie physique, de mourir au cours de leur première année de vie ou d'être atteints d'une maladie grave pendant l'enfance (MSSS, 2008a). Ces conséquences possibles sont aussi liées aux conditions difficiles dans lesquelles se déroulent parfois ces grossesses.

Les pratiques parentales des mères adolescentes, leurs connaissances sur le développement de l'enfant et la qualité des interactions mère-enfant se distinguent négativement, selon certaines études, de celles des mères plus âgées (Charbonneau, 1999; Corcoran, 1998). Les mères ayant donné naissance de façon précoce éprouveraient aussi moins de satisfaction quant à leur rôle maternel. Ces pratiques, liées au manque de connaissances, pourraient avoir des répercussions négatives sur le développement du lien d'attachement avec l'enfant et sur son sain développement.

Les conséquences possibles répertoriées pour la mère¹

Lorsqu'on regarde du côté de la femme elle-même, on peut considérer la maternité précoce comme une adversité relative à son développement et qui aura, cela va sans dire, des conséquences sur le cours de la vie. Les mères ayant donné naissance de façon précoce seraient plus nombreuses à être confrontées au décrochage scolaire, à l'abandon de certains projets de vie, à la précarité d'emploi, à l'occupation d'emplois peu payants et requérant peu d'habiletés et, dans bien des cas, au début du cycle de dépendance financière aux prestations d'aide sociale (Corcoran, 1998; Goulet *et al.*, 2001). Elles ont aussi souvent à jongler avec la monoparentalité

1. Les résultats obtenus lors d'études réalisées auprès de jeunes mères ou de leurs enfants doivent cependant, à notre avis, être interprétés avec prudence. Plusieurs limites méthodologiques présentes au sein de ces études compromettent considérablement la portée de leurs résultats. L'une de ces limites importantes est la difficulté d'isoler la maternité précoce du contexte social et économique dans lequel elle se déroule bien souvent. Plusieurs des conséquences délétères de la maternité précoce peuvent être attribuables aux conditions de vie qui composent le quotidien de ces mères, conditions qui sont présentes souvent avant la naissance de l'enfant.

puisque peu de pères sont présents dans les années qui suivent la naissance de l'enfant (Charbonneau, 1999; Corcoran, 1998). La marginalisation sociale est une réalité vécue par plusieurs d'entre elles.

Sur le plan de la santé physique, des études rapportent que les adolescentes seraient plus susceptibles de présenter des problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement que les femmes adultes. Ceci pourrait être expliqué en partie par les problèmes fréquents d'alimentation, de consommation de drogues ou d'alcool ou par un certain désintéressement qu'elles peuvent éprouver à l'égard de leur grossesse (Tarabulsy *et al.*, 1999).

Toutefois, ces résultats négligent partiellement ou totalement les contextes de vie de ces adolescentes et semblent démontrer une compréhension imparfaite du sens accordé à la maternité dans leur vie. Dans son ouvrage phare sur la maternité précoce, Luker propose de concevoir la maternité adolescente au sein d'un discours social plus large. Son argumentaire s'appuie sur la prémisse que la maternité précoce ne conduit pas les jeunes femmes à la pauvreté, mais que la pauvreté incite les jeunes femmes à avoir un enfant précocement (Luker, 1996). Selon elle, deux principaux facteurs contextuels exercent une influence susceptible d'amener les adolescentes à devenir enceintes. Le premier, qu'elle appelle le *désavantage hérité*, stipule que les adolescentes provenant de familles défavorisées, de milieu rural, de minorités stigmatisées ou de foyers monoparentaux sont plus susceptibles de devenir mères à l'adolescence rapidement dans leur trajectoire de vie que les adolescentes qui proviennent de milieux plus favorisés.

L'autre facteur qu'elle avance est la *culture de découragement/sans espoir* au sein de laquelle plusieurs adolescentes sont immergées. Devenir mère à un âge plus jeune est susceptible de se produire chez des jeunes femmes qui perçoivent négativement leur futur, qui n'ont pas ou peu d'aspirations professionnelles et pour lesquelles le parcours scolaire n'est pas une route facile couronnée de succès (Luker, 1991). C'est donc l'absence d'options intéressantes qui guiderait les adolescentes vers la maternité. La représentation typique selon laquelle les jeunes femmes deviennent enceintes, quittent l'école à cause de leur grossesse et conséquemment se retrouvent en situation de pauvreté ne serait ainsi pas représentative du séquençement des événements tels qu'ils surviennent dans la vie des mères donnant naissance de façon précoce à leur enfant (Luker, 1991, 1996). Pour Luker, la conceptualisation de la maternité précoce comme une problématique sociale et un enjeu de santé publique est plutôt une manifestation collective de notre malaise face à la sexualité adolescente survenant plus tôt, se vivant hors du cadre normatif du mariage ou d'une relation conjugale établie et impliquant un plus grand nombre de partenaires dits occasionnels, se distinguant ainsi de celle des générations précédentes. Les tendances actuelles en matière de sexualité adolescente mettent au défi les valeurs des générations plus âgées sur la sexualité (Luker, 1991, 1996).

LE CADRE CONCEPTUEL

Afin de mieux comprendre les trajectoires de résilience, on doit s'intéresser aux différents milieux de vie de la jeune mère: son milieu familial, son cercle d'amis, son environnement de travail, son école, son quartier, le centre communautaire ou de santé qu'elle fréquente, etc. On présuppose, à l'instar de ce que la littérature avance, que les interactions que la jeune mère entretient avec les personnes et les institutions de ces différents milieux peuvent contribuer à la mise en place d'un processus de résilience l'amenant à surmonter les adversités auxquelles elle fait face. Cependant, il apparaît qu'une compréhension des processus de résilience doit s'ancrer dans une fenêtre temporelle comprenant plusieurs événements et transitions. En effet, le caractère dynamique de la résilience ne pourrait être saisi par un devis de recherche ne se centrant que sur le présent de la personne concernée.

De même, il serait erroné de croire que toutes les mères de l'étude vivent l'adversité et y réagissent de la même façon. Le genre, la classe sociale et l'origine ethnique, entre autres, vont influencer leur trajectoire de résilience: les mères doivent être perçues comme étant à l'intersection de multiples identités qui s'influencent les unes les autres et qui, toutes ensemble, façonnent leurs expériences et leurs interactions en perpétuelle évolution (Reid, Pederson et Dupéré, 2006). L'intersectionnalité est en ce sens importante pour saisir les différentes situations et les inégalités sociales et de santé qu'elles peuvent vivre. Dans cette optique, le cadre conceptuel qui guide cette recherche s'appuie sur deux cadres de référence

théoriques: la perspective des parcours de vie ou paradigme du cours de la vie (*life course paradigm*) (Giele et Elder Jr, 1998) et l'intersectionnalité (Collins, 2000 [1990]; McCall, 2005; Shields, 2008; Weber, 1998).

4.1. LA PERSPECTIVE DES PARCOURS DE VIE

Ce paradigme a été développé en s'appuyant sur deux modèles théoriques. Le premier modèle renvoie aux approches écologiques ou structurelles qui soit considèrent l'impact de l'environnement social sur l'individu (comme Bronfenbrenner avec le modèle écologique), soit s'attardent à un niveau plus macrosocial (voir Durkheim et le fonctionnalisme). Le second s'inspire des modèles théoriques se centrant sur les acteurs individuels ou certains sous-groupes, comme l'interactionnisme symbolique de Blumer. Le paradigme des parcours de vie tente d'intégrer les approches structurelles et dynamiques nécessaires à la compréhension des phénomènes complexes s'ancrant dans divers niveaux écologiques et comprenant des changements dynamiques.

La perspective des parcours de vie repose sur quatre postulats: 1) la vie se déroule dans le temps et l'espace; 2) les vies sont interreliées; 3) la vie est influencée par le libre arbitre du genre humain¹; et 4) les événements sont inscrits dans le temps (Bernard, 2006; Giele et Elder Jr, 1998). La perspective des parcours de vie offre la possibilité de situer l'expérience individuelle dans une perspective sociohistorique plus large, ce qui est important à notre avis pour l'étude des phénomènes sociaux que sont la maternité précoce et la violence entre partenaires intimes. Cette influence sociohistorique et l'apport des environnements dans lesquels évoluent les individus et les événements qui façonnent leur trajectoire y sont centraux. De façon plus détaillée, ces quatre postulats sont explicités ici:

1. *La situation dans le temps et l'espace*: renvoie au contexte culturel, social et historique dans lequel vit l'individu. Les comportements individuels et sociaux sont complexes et constitués de différents niveaux de contextes sociaux et physiques. Tant les aspects généraux qu'uniques d'une situation individuelle, dans le temps et l'espace, affectent l'expérience personnelle; celle-ci peut conséquemment être considérée comme étant socialement et individuellement façonnée de diverses manières à travers le temps.
2. *Des vies interreliées*: renvoie à l'intégration sociale, notamment au sein de groupes ou d'institutions. Tous les niveaux d'action sociale, qu'elle soit culturelle, institutionnelle, psychologique ou sociobiologique, interagissent et exercent une influence mutuelle sur les autres actions

1. Traduction du concept *human agency* (Vandoorne, 2009).

sociales. Pour Bernard (2006), les parcours de vie individuels sont profondément affectés par les parcours de vie des membres de notre famille, et vice-versa. Nos actions sont déterminées par les actions des gens à qui nous sommes liés et influencent à leur tour les actions de ces mêmes individus (Heinz et Marshall, 2003).

3. *Le libre arbitre du genre humain*: renvoie à l'orientation des buts individuels et au sentiment du contrôle qu'on possède sur sa vie. Les motivations des individus et des groupes pour répondre à leurs propres besoins et la capacité d'agir qu'ils jugent posséder résultent en une prise active de décisions ainsi qu'en l'organisation de leur vie centrée sur l'atteinte de ces buts. Les vies humaines ne sont pas seulement influencées ou déterminées par les circonstances sociales ou la biologie; l'individu y prend une part active par le biais de ses choix et de ses actions, à l'intérieur du cadre exercé par les opportunités et les contraintes des circonstances sociales et historiques (Heinz et Marshall, 2003).
4. *Une inscription dans le temps*: les antécédents et les conséquences des transitions de la vie et des événements peuvent varier selon le moment de leur survenue dans la vie d'un individu. Tant le moment où survient un événement que les configurations séquentielles des événements, c'est-à-dire l'ordre dans lequel ceux-ci se produisent, affecteront le cours de la vie d'un individu. Dans les sociétés, il existe aussi des attentes quant au moment où devraient se produire les différents événements et des sanctions normatives sont souvent appliquées quand ces événements se produisent à un tout autre moment (Heinz et Marshall, 2003).

Dans le cadre de cet ouvrage, la perspective des parcours de vie nous permettra de mieux situer les adversités rencontrées par les jeunes mères participantes, mais aussi les processus qui conduisent à l'émergence d'une trajectoire de résilience. En leur permettant d'ancrer leurs témoignages dans des contextes familial, social, professionnel et sociétal, en permettant l'émergence de leur voix quant au sens qu'elles attribuent aux événements qualifiés d'adverses et aux stratégies d'adaptation déployées, à leur motivation et à leur capacité d'agir, nous postulons que les trajectoires de résilience dont il sera question permettront une meilleure compréhension de ce phénomène.

4.2. L'INTERSECTIONNALITÉ

Le second point d'ancrage théorique de cet ouvrage est l'intersectionnalité, appelée aussi la théorie intersectionnelle. Ce modèle théorique permet de comprendre et d'aborder les différentes dimensions des inégalités sociales qui se manifestent à la fois à l'échelle des institutions et de l'expérience

individuelle des femmes qui vivent à l'intersection de multiples inégalités (Reid, Pederson et Dupéré, 2006). L'intersectionnalité est issue du courant féministe, plus précisément des féministes de groupes racialisés, qui se sont élevées contre l'hégémonie des discours féministes (blancs) qui incluaient dans leurs propositions toutes les femmes, sans considérer les différences qui pouvaient exister entre elles (Collins, 2000 [1990]). On rapporte dans les écrits de Julia Ana Cooper datant de la fin des années 1800 des idées centrales à l'intersectionnalité :

Lorsque plus loin [...], notre train a fait un arrêt à une station en décrépitude. Je vois deux petites salles miteuses avec « Pour les femmes » se balançant sur le cadre de l'une d'elles et « Pour les gens de couleur » sur l'autre. Je me suis demandée à laquelle j'appartenais (Cooper, 1892, p. 96, citée dans Harper, 2009 ; traduction libre).

Les sections suivantes présentent brièvement les événements et le contexte ayant conduit à l'émergence de ce modèle théorique suivis des fondements théoriques de ce modèle.

Un bref historique de l'intersectionnalité

À ses débuts, aux États-Unis, l'intersectionnalité s'intéresse aux luttes des femmes noires, aux prises avec deux identités sociales distinctes : être une femme et être noire (Harper, 2009). Les ouvrages publiés par Cooper à la fin des années 1800 abordent la vulnérabilité des femmes noires face à la discrimination et à la violence et critiquent les mouvements de femmes blanches pour le droit de vote. Cooper leur reproche d'ignorer les intérêts politiques des femmes noires, de dénoncer le vote des hommes noirs et leur refus de se positionner contre le racisme. En somme, elle estime que ces mouvements et les femmes qui les dirigent contribuent à la politique d'exclusion qui existe alors aux États-Unis. D'autres auteures vont suivre cette voie et contribuer au développement du cursus sur lequel s'appuie aujourd'hui l'intersectionnalité. Parmi elles, hooks, Crenshaw et Collins ont, par le biais de leurs écrits, contribué à remettre en question les prémisses de base du féminisme telles que la famille comme premier lieu d'oppression pour la femme ou encore que le patriarcat bénéficie également à tous les hommes (Harper, 2009). Pour hooks (1981, 1994), le mouvement des femmes a commis une erreur importante en considérant le sexe et la race comme deux enjeux différents. Selon elle, la théorie féministe n'a pas porté un intérêt suffisant à la façon dont les systèmes de patriarcat, le capitalisme et la suprématie blanche ont eu des répercussions sur la vie des femmes marginalisées ou racialisées. Elle remet aussi en question la notion de patriarcat comme fondation de la violence commise à l'endroit des femmes puisque selon elle, toutes les formes de violence dans une société entre ceux qui dominent et ceux qui sont dominés sont

interreliées (hooks, 1981, 1994). Pour sa part, Crenshaw, a été, en 1989, la première auteure à utiliser le terme d'intersectionnalité. Elle cherchait à mieux comprendre comment le genre et la race s'entrecroisent pour élaborer les aspects politiques, structureaux et représentationnels de la violence faite aux femmes (Crenshaw, 1989, 1991). Les travaux de Collins ont pour leur part tenté de mieux comprendre comment, à l'intérieur d'une société, le pouvoir est organisé, qualifiant ce phénomène de « matrice de domination ». Sur cette matrice se retrouvent une multitude d'identités issues de l'appartenance à des groupes sociaux; elles interagissent les unes avec les autres pour créer des situations de vie qui sont qualitativement différentes en fonction de la position occupée sur la matrice (Collins, 2000 [1990]).

En Europe, des féministes universitaires ont aussi travaillé la théorie de l'intersectionnalité, mais dans une perspective différente (Anthias, 2005; Prins, 2006; Yuval-Davis, 2006). Pour elles, il s'agit davantage d'un cadre analytique constructiviste qui pourrait permettre, dans une perspective postmoderniste, d'abandonner les catégories sociales préalablement fixées pour étudier la violence (Davis, 2008; Harper, 2009). Pour les féministes européennes, la matrice classique de domination et d'oppression systémique utilisée en Amérique du Nord, qui conçoit les gens comme faisant partie d'un groupe fixe et permanent avec des formes définies d'identités, ne permet pas l'émergence d'un racisme tel celui vécu par certaines personnes, comme le racisme qui peut exister entre différents groupes ethniques qui seraient rassemblés sous la catégorie *Noirs* ou encore le racisme envers des Juifs blancs par d'autres Blancs. Elle ne favorise pas non plus l'autoconstruction de l'identité dans une situation sociale ou l'utilisation de cette identité puisque les catégories sociales sont prédéterminées. Contrairement à la théorie de l'intersectionnalité développée aux États-Unis, la théorie intersectionnelle européenne s'intéresse à la façon dont les femmes négocient leurs identités dans leurs interactions quotidiennes et occupent leur situation sociale. Elle veut dégager la façon dont les femmes donnent du sens à leur vie et à ce qui se crée dans leurs interactions de tous les jours, avec de « vraies » personnes, dans de « vrais » systèmes qui créent et recréent des divisions sociales dans la société (Harper, 2009).

Bien que des conceptions différentes de cette théorie existent – jusqu'à savoir s'il s'agit réellement d'une théorie ou plutôt d'un paradigme – et que des limites soient soulevées d'un côté comme de l'autre, les écrits sur ce modèle conceptuel tendent à démontrer sa pertinence dans les études s'intéressant au vécu des femmes (McCall, 2005). Elle est jugée essentielle pour mieux saisir la complexité de la violence commise à l'endroit des femmes et la recherche d'une plus grande justice sociale (Hankivsky et Cormier, 2009).

Les fondements théoriques et les composantes de l'intersectionnalité

Signalons tout d'abord que l'intersectionnalité renvoie à une théorie transdisciplinaire qui vise à saisir la complexité des identités et des inégalités sociales dans le cadre d'une approche intégrée (Bilge, 2009). Trois prémisses façonnent l'intersectionnalité: 1) aucun groupe n'est homogène; 2) les gens doivent être situés dans des structures sociales capables de refléter les relations de pouvoir façonnées par ces structures; et 3) des effets multiplicatifs sont liés au fait de s'identifier avec plus d'un groupe social, c'est-à-dire d'adopter plusieurs identités sociales (Kelly, 2009; Mahalingam, Balan et Haritatos, 2008).

L'intersectionnalité est conceptualisée afin de refléter les relations mutuellement constitutives entre les différentes identités sociales; c'est l'idée que les identités sociales que sont le genre, la race et la classe sociale, entre autres, interagissent pour donner un sens et une expérience qualitativement différents (Warner, 2008). L'intersectionnalité reconnaît que les individus et les groupes opprimés vivent aux marges de la société, avec un accès inéquitable aux ressources (Kelly, 2009; Mullings et Schultz, 2006; Weber et Parra-Medina, 2003). Ces identités sociales varient en fonction l'une de l'autre et leurs avantages ou leurs désavantages ne sont pas simplement cumulatifs en vertu du principe de la condamnation multiple; leurs interactions, leurs articulations et leur simultanéité doivent être considérées de façon holistique. Il ne suffit pas d'opposer la femme à l'homme, la blanche à la noire, la riche à la pauvre: il faut dégager les relations entre les groupes sociaux définis par ces différentes dimensions (McCall, 2005). Ce que vit une femme blanche homosexuelle de milieu défavorisé est distinct de l'expérience de la vie que peut avoir une femme noire hétérosexuelle de milieu aisé.

Il serait erroné de dire que les identités sociales sur lesquelles «doivent» s'interroger les chercheurs souscrivant aux prémisses de la théorie intersectionnelle font l'unanimité. En fait, la plupart des écrits s'intéressant à l'intersectionnalité font habituellement référence au noyau que constituent le genre, la race et la classe sociale. Celles-ci constitueraient le *minimum standard* (Davis, 2008) auquel s'ajoute de plus en plus fréquemment l'orientation sexuelle. Selon Weber (1998), les identités sociales sont:

- *Contextuelles*: Leur signification varie en fonction d'une période historique, mais aussi entre les pays et les régions durant une même période.
- *Socialement construites*: La culture dominante définit la règle et les autres sont les opposés, par exemple Blancs/Non-Blancs ou hétérosexuels/homosexuels. Cette catégorisation induit aussi parfois une catégorisation, comme bon ou mauvais, digne de valeur ou pas, etc.

- *Symbole de relations de pouvoir*: Les dimensions permettent à un groupe d'être supérieur dans la hiérarchie et de dominer les autres groupes dans le but de conforter sa position et d'avoir un plus grand accès aux ressources.
- *Produites et inscrites dans les structures sociales et dans les vies individuelles*: Ces dimensions ne se manifestent pas uniquement dans la vie personnelle des gens; elles sont soutenues par les institutions qui forment les sociétés. Ainsi, développer une identité positive et des sentiments de respect de soi est plus facile pour le groupe dominant dont les propres expériences tiennent lieu de modèle public quant aux comportements et aux attitudes que tous devraient avoir.
- *Exprimées simultanément*: Les individus vivent leur vie et développent leur identité en fonction de leur situation au sein de ces dimensions, qu'ils soient dans un groupe dominant, dominé ou les deux. Ces dimensions en sont des traits immuables: ce sont des constructions sociales qui offrent du pouvoir et des options dans certaines situations et qui limitent les options dans d'autres situations (Shields, 2008).

4.3. POURQUOI COMBINER CES DEUX MODÈLES CONCEPTUELS ?

Nous croyons que cette double position théorique est importante pour bien saisir les significations liées à l'adversité et aux trajectoires de résilience des jeunes mères rencontrées dont la résilience s'inscrit dans une trajectoire ancrée dans un tissu social structuré autour de diverses positions sociales. Nous pensons que les trajectoires, les représentations et les répercussions de différents événements, dont la grossesse et l'arrivée d'un enfant, varient notamment en fonction du genre (Koivunen, Rothaupt et Wolfram, 2009) ou de l'âge (Charbonneau, 2003) et que ce modèle conceptuel combiné permettra d'en témoigner. Nous émettons aussi l'hypothèse que le vécu des jeunes mères doit être constamment influencé par les multiples identités sociales qu'elles adoptent ou doivent adopter selon les situations (adolescente, femme, mère, mineure, majeure, étudiante, travailleuse, assistée sociale, pourvoyeuse de soins, prestataire de services, etc.) et qu'il importe de considérer l'apport des catégories sociales dans leur analyse. Nous pensons que jumelée à une perspective des parcours de vie, la théorie intersectionnelle nous permettra de mieux saisir la complexité présente dans un processus de résilience, de proposer un modèle théorique plus représentatif du vécu des femmes rencontrées lors de ce projet de recherche et de dégager des recommandations pour l'intervention et la recherche dans le domaine de la promotion de la santé.

LES CHOIX MÉTHODOLOGIQUES

Le ton dans ce chapitre est différent de celui des chapitres précédents. Alors que les premiers renvoient principalement à ce qui a été étudié, trouvé, démontré et explicité par d'autres, fussent-ils chercheurs ou intervenants, ce qui se retrouve dans ce chapitre et les suivants m'est intimement lié. Le contenu et la façon d'en rendre compte sont plus personnels puisqu'ils découlent notamment de la posture épistémologique adoptée pour conceptualiser l'objet d'étude et recueillir les données, mais aussi des axes d'analyse privilégiés pour en extraire des résultats, en rendre compte et les transmettre en mots. À partir d'ici, j'utiliserai donc le *je* et tenterai de rendre le plus explicite possible mes présupposés, mes valeurs et mes conflits internes de même que ma démarche et mon raisonnement.

5.1. L'APPROCHE QUALITATIVE

Pour permettre de faire émerger le sens d'une trajectoire de résilience en contexte de double adversité et mettre de l'avant les processus de résilience qui s'y dessinent, j'ai privilégié une méthodologie de collecte et d'analyse de données qualitatives. Définie trop souvent en opposition à la recherche quantitative, la recherche qualitative ne vise pas à quantifier ou à mesurer une manifestation donnée, mais plutôt à permettre une démarche interprétative en recueillant des données souvent verbales

(Aubin-Ager *et al.*, 2008). Ainsi, « [l]a visée de l'analyse qualitative est de donner un sens et de comprendre des phénomènes sociaux et humains complexes » (Mukamurera, 2006, p. 111).

La recherche qualitative n'est pas un tout homogène et plusieurs approches sont possibles. Selon Creswell (2007), elles seraient au nombre de cinq : la théorisation ancrée, l'approche narrative, l'ethnographie, l'approche phénoménologique et l'étude de cas. Chacune présente des caractéristiques qui lui sont propres ; par exemple, la théorisation ancrée privilégie une approche du sujet non documentée au préalable. L'approche narrative s'intéresse au vécu d'un ou deux individus, recueille des données sur un sujet donné (événements, actions, etc.) par le biais de leur discours et détaille leur expérience dans une perspective développementale des étapes de vie chronologiquement liées. L'ethnographie s'intéresse pour sa part à un groupe ; le but poursuivi est la description et l'interprétation des valeurs, des comportements, des croyances, des interactions et du langage commun à un ensemble d'individus. L'approche phénoménologique s'intéresse au vécu commun à plusieurs individus d'une situation donnée (par exemple, le deuil, l'insomnie, le cancer, etc.) afin d'en dégager le sens commun, l'essence universelle. Enfin, le chercheur qui utilise une approche d'étude de cas implique plutôt l'étude d'un enjeu ou d'une problématique par le biais d'un ou de plusieurs cas au sein d'un même système (Creswell, 2007). Bien que cette catégorisation soit parfois contestée et varie au fil des auteurs, le point à souligner est qu'il n'existe pas une façon unique de faire de la collecte et de l'analyse de données qualitatives. C'est la question de recherche qui guide les choix méthodologiques. En fonction des objectifs poursuivis, le chercheur mettra en place les outils les plus susceptibles de le mener à bien dans sa quête de sens.

Dans le cadre de ce projet, les données qualitatives recueillies ont été obtenues par le biais d'entretiens individuels et de groupe de même qu'une insertion dans le milieu, soit une enquête de terrain (Beaud et Weber, 2003). Pour Agar (1997), être là, faire de l'observation participante est ce qui rend la recherche possible puisque le matériel brut est présent dans les activités quotidiennes des gens qui nous intéressent. C'est, à ses yeux, la seule façon d'entrer en contact et d'établir des relations avec eux, de participer avec eux à ce qu'ils font et d'observer ce qui se passe (Agar, 1997). De façon plus précise, l'enquête de terrain et les entretiens de même que leur analyse qualitative ont permis de : 1) mieux comprendre les défis liés à la maternité précoce en contexte relationnel adverse ; 2) mieux saisir les processus de résilience chez les mères adolescentes vivant dans un contexte relationnel adverse par la collecte de notes d'observation, par des discussions avec des informateurs clés (les intervenantes des centres fréquentés),

par la rédaction de comptes rendus de discussions de groupe et de comptes rendus d'entretiens individuels; et 3) proposer un modèle théorique de ces processus en partant du point de vue des personnes interrogées.

5.2. LE CHOIX DU MILIEU ET L'ÉCHANTILLONNAGE

Cette étude exploratoire est un projet de recherche autonome. Pour mener à bien sa réalisation, il a été primordial d'établir des partenariats avec différents milieux œuvrant auprès de la clientèle visée. Un premier contact a été fait par l'envoi de lettres explicatives adressées aux responsables de certains organismes ciblés en région montréalaise. Un appel téléphonique auprès de ces responsables a suivi cet envoi pour expliquer de façon détaillée le projet de recherche et la collaboration demandée de la part de ces organismes. Leur collaboration est essentielle, car dans le cadre de ce projet de recherche, ce sont les intervenants de ces organismes qui abordent le thème de la recherche avec les jeunes mères (qu'ils jugent correspondre aux critères d'inclusion cités plus bas) afin d'atténuer le sentiment d'intrusion dans leur vie privée (Canadian Institutes for Health Research, 2005). Malgré un intérêt pour l'angle abordé dans la recherche, plusieurs organismes ont choisi de ne pas y participer: de nombreuses recherches et évaluations au Québec ciblent les jeunes mères et celles-ci sont très souvent sollicitées pour participer à des études.

Avec l'aide de personnes-ressources entretenant des liens privilégiés avec des responsables d'organismes visant la clientèle des jeunes mères, il m'a cependant été possible d'obtenir la collaboration de deux organismes établis depuis plusieurs années et travaillant auprès des jeunes mères. Le premier, qui est situé à Montréal, offre des services médicaux, sociaux et juridiques à une clientèle composée d'adolescents et de jeunes adultes. Parmi les services offerts, un volet destiné plus particulièrement aux jeunes parents leur permet d'avoir accès à du soutien et à des ressources: intervenantes, halte-garderie, sorties, ateliers, repas, etc. Le second organisme, situé à Terrebonne, dans la région de Lanaudière, offre sensiblement les mêmes services: accompagnement, suivi téléphonique et à la maison, activités de groupe, halte-garderie, activités et ateliers, préparation de repas communautaires, etc.

Tenter de comprendre les processus de résilience en contexte de double adversité à partir du point de vue des jeunes mères résilientes nécessite un échantillon suffisamment varié pour les représenter adéquatement. Conséquemment, l'échantillon par homogénéisation de cas multiples est la stratégie d'échantillonnage la plus susceptible d'y parvenir puisqu'elle a pour objectif d'étudier un phénomène commun à différents individus tout en favorisant la diversification au sein du groupe (Pires, 1997). Cette stratégie d'échantillonnage permet aussi de maximiser l'étude

extensive du sujet choisi et facilite la généralisation empirique par saturation. La notion de diversité des cas est ici importante; le profil des participantes qui seront sélectionnées sera varié pour pouvoir offrir un maximum de représentations diversifiées. Je vise une représentation de réalités plurielles dans lesquelles peuvent se vivre la maternité précoce et l'exposition à la violence conjugale.

Le nombre d'entretiens nécessaires pour étudier en profondeur ce phénomène n'a pas été fixé à l'avance. De même, il a été décidé de faire alterner enquête de terrain et entretiens avec analyse pour favoriser la diversification au sein des sujets choisis et orienter les entretiens subséquents. Concrètement, les mères sélectionnées pour m'aider à étudier le processus de résilience l'ont été en fonction des deux jugements suivants:

1. le jugement de la mère elle-même sur sa situation en se basant sur les critères de sélection, énumérés ci-après;
2. l'avis de l'intervenante du milieu quant au respect des critères de sélection.

Pour pouvoir être retenues afin de participer à ce projet de recherche, les femmes doivent être âgées de plus de 18 ans au moment de l'entretien¹ et avoir donné naissance à un enfant vivant alors qu'elles étaient âgées de moins de 20 ans. Elles doivent aussi être en mesure de s'exprimer aisément en français ou en anglais. Outre ces critères usuels, il est nécessaire que les participantes rapportent avoir été (ou être) dans un contexte relationnel difficile; aient le sentiment d'avoir réussi à surmonter l'adversité; soient dans un état de bien-être (physique et mental) qu'elles jugent satisfaisant et s'estiment à l'aise dans leur rôle de mère. Certains de ces critères de sélection ne permettent aucune ambiguïté dans la sélection des participantes: par exemple, être âgée de plus de 18 ans au moment de l'entretien de recherche ou avoir donné naissance à un enfant à moins de 20 ans. Par contre, d'autres critères de sélection pourraient prêter le flanc à la critique puisqu'ils sont difficilement mesurables et reposent sur des perceptions. Citons par exemple éprouver le sentiment d'avoir réussi à surmonter l'adversité, être dans un état de bien-être satisfaisant ou se sentir à l'aise dans son rôle de mère.

Dans plusieurs domaines de recherche, l'autoévaluation par la personne concernée est considérée comme un indicateur-substitut intéressant. Plusieurs chercheurs l'utilisent comme substitut à l'administration de tests ou de longs questionnaires, complexes à administrer et parfois stigmatisants pour les populations ciblées, comme c'est le cas dans l'évaluation de l'état de santé (Eriksson, Undén et Elofsson, 2001; Lundberg et

1. Ce critère a été imposé par le Comité d'éthique sur la recherche de la Faculté de médecine et s'est avéré non négociable malgré les limites qu'il crée en matière de sélection des participantes et de production des connaissances.

Manderbacka, 1996). Si l'on se fie à ces résultats, il apparaît vraisemblable de croire qu'une jeune mère sera en mesure d'évaluer si elle se trouve, ou non, dans un état de bien-être satisfaisant, tant sur le plan de la santé physique que sur celui de la santé mentale. Globalement, ce critère désigne une personne qui ne souffre pas d'une maladie mentale ou d'une condition physique majeure l'empêchant de fonctionner. Le critère « être à l'aise dans son rôle de mère » réfère à l'atteinte de compétences et d'aptitudes parentales permettant de s'occuper convenablement de son enfant et de répondre à ses principaux besoins. Il fait aussi référence au fait que l'enfant n'a pas été signalé à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) ou pris en charge par elle.

Ces critères de sélection ont été expliqués de façon détaillée aux intervenantes impliquées dans ce projet. Ils ont été présentés plus superficiellement, mais illustrés lors de la présentation du projet de recherche aux jeunes mères fréquentant les organismes lors des visites sur le terrain. Ils ont de nouveau été expliqués individuellement à chacune des jeunes mères référées. Dans le respect du caractère constructiviste de cette recherche, de la nécessité de contextualiser les trajectoires de résilience et de l'importance de partir du point de vue des mères quant à leurs représentations, je crois que ces critères, lorsqu'ils sont conjointement jugés remplis tant par la mère que par l'intervenante qui la réfère au projet, sont suffisamment solides pour permettre la sélection de participantes qui pourront m'informer sur ce phénomène.

5.3. DES SOURCES DE DONNÉES MULTIPLES

J'ai privilégié le recours à différentes sources de données afin de mieux saisir la complexité du phénomène à l'étude. Ainsi, l'enquête de terrain dans un milieu que fréquentent les jeunes mères permet la tenue d'observations participantes, jumelées à des discussions informelles avec les intervenantes qui œuvrent auprès de ces jeunes mères, à des entretiens de groupe et à des entretiens individuels.

Il était important pour moi que la présence d'un chercheur au sein du groupe soit acceptée par les participantes et que les buts de la recherche et de la collecte de données soient compris avant l'obtention de leur assentiment. Dans cette optique, pour chacun des terrains, j'ai procédé à une visite préalable à l'insertion dans le groupe. Lors de cette visite, je me suis présentée, autant sur le plan personnel (mère de jeunes enfants) que sur le plan professionnel (sexologue intéressée par le domaine de la santé publique et ayant des expériences de travail auprès de clientèles vulnérables en intervention et en recherche) en expliquant les raisons de ma présence. J'ai discuté avec chacun des groupes de ma position au sein du groupe, c'est-à-dire en tant qu'observatrice qui participera partiellement

aux activités. Les participantes des deux milieux se sont dites à l'aise avec ce processus et ont accepté la présence d'une étrangère au sein de leur groupe pour une période déterminée.

À la fin de chaque journée passée dans le milieu, j'ai noté mes réflexions et mes commentaires sur les interactions et les événements observés durant la journée dans un journal de bord. Je n'ai pas inscrit ces notes dans une grille prédéfinie, mais je les ai plutôt rédigées sous une forme narrative. J'ai privilégié cette méthode pour l'exercice de débriefage (*debriefing*) qu'elle permettait et pour sa souplesse. C'est aussi dans ces notes que j'indiquais les informations recueillies sur les trajectoires des jeunes mères, sur la maternité précoce et sur les obstacles rencontrés dont me faisaient part les intervenantes de ces deux centres. Ces informations recueillies auprès d'intervenantes d'expérience (l'une y travaille depuis plus de 12 ans et l'autre, 10 ans) sont de précieuses sources de données, même si elles ne sont pas toujours rattachées directement aux histoires des mères ayant participé à cette étude. Le point de vue qu'elles expriment n'est pas celui des jeunes mères, mais plutôt le leur, c'est-à-dire celui d'une intervenante qui côtoie année après année de jeunes mères.

Le premier terrain s'est déroulé de septembre à décembre 2006, soit pendant quatre mois. J'ai participé à raison de deux jours par semaine, le mercredi et le vendredi, à des ateliers et à des repas communautaires. Le groupe présent lors de ces deux journées était le même, soit près d'une quinzaine de personnes au total. La très grande majorité des parents présents à ces journées étaient des mères. Le second terrain a eu lieu de février à juin 2008, soit une période de cinq mois. Là encore, j'ai assisté à raison de deux jours par semaine, le mardi et le mercredi, à des ateliers et à des repas. Les jeunes mères présentes lors de ces deux journées n'étaient pas les mêmes; une douzaine de mères étaient présentes à chacune de ces journées.

Après avoir passé plusieurs semaines dans les milieux en observation participante, j'ai expliqué à nouveau aux mères les raisons de ma présence et annoncé la fin prochaine de l'observation et mon départ du groupe. J'ai indiqué que j'allais réaliser avec certaines d'entre elles des entretiens individuels et des entretiens de groupe. J'ai clarifié la méthode de sélection des participantes de même que les conditions entourant les entretiens.

Les entretiens individuels se sont déroulés après quelques semaines d'immersion dans l'organisme, à l'exception de deux participantes référées par une thérapeute. Les participantes choisissaient le lieu qui leur convenait le mieux pour l'entretien. Certains entretiens ont eu lieu dans un bureau fermé de l'organisme, d'autres dans les résidences privées des participantes et quelques-uns dans un café ou un restaurant. Une grille d'entretien

ouvert servait de canevas de base; des questions supplémentaires ou de clarification étaient ajoutées lorsque cela était pertinent. (*Pour une description plus poussée du guide d'entretien, se reporter à l'annexe 1.*)

Après avoir reçu une brève description du projet de recherche et du déroulement de la rencontre, les participantes signaient le formulaire de consentement et l'entretien débutait, enregistré sur support numérique. Une fois les questions posées, la participante était invitée à ajouter des éléments ou des réflexions qu'elle jugeait pertinentes pour bien saisir sa trajectoire. Je leur demandais alors de remplir un court questionnaire composé de questions tirées de la version française de la Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) (Straus *et al.*, 1996) afin de contraster ce regard subjectif avec les événements vécus durant la période périnatale. La littérature mentionne des écarts entre ce qui est rapporté oralement lors d'entretiens cliniques et ce qui est rapporté par les mêmes personnes lors de la passation de questionnaires (Ulrich *et al.*, 2006). Je jugeais intéressant d'aborder, même de façon superficielle, cet écart rapporté. La CTS est un outil qui a été largement utilisé depuis sa création en 1979 lors des enquêtes épidémiologiques sur la violence conjugale, dans plus de 20 pays. Son usage le plus fréquent est lié à l'obtention de données sur la violence physique entre partenaires intimes, bien que son utilisation soit aussi recommandée dans certains contextes cliniques. Une version plus récente, la Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), tente de dissiper les critiques qui avaient été formulées envers la première version, notamment en ajoutant des sous-échelles liées à différents types de violence, dont la violence sexuelle, et en modifiant l'ordre de présentation des questions (Straus *et al.*, 1996). Les personnes interrogées répondent à l'aide d'une échelle de Likert en 7 points, qui permet d'établir la fréquence des comportements. (Par exemple, un comportement donné s'est-il produit une fois au cours des 12 derniers mois, 2 fois, de 3 à 5 fois, de 6 à 10 fois, ne s'est-il pas produit au cours des 12 derniers mois, mais s'était-il déjà produit, etc.) La majorité des répondantes ont rempli le questionnaire individuellement, alors que je l'ai fait en compagnie de deux autres jeunes mères qui préféreraient que je leur pose les questions oralement. Une répondante a choisi de ne pas y répondre. Après quoi, une fois l'enregistrement terminé, je posais quelques questions sur l'état d'esprit de la mère interrogée; je rappelais l'existence de services pour l'aider, si elle en ressentait le besoin. Ces services sont, outre l'organisme qu'elle fréquente, la présence d'une thérapeute disponible par téléphone pour l'aider à gérer les émotions qu'aurait pu faire naître l'entretien, sans frais. Les entretiens ont duré de 45 minutes à une heure et demie. Un montant de 20\$ était remis aux participantes à titre de dédommagement.

Les jeunes mères qui participaient aux groupes de discussion l'ont aussi fait de façon volontaire. Elles y avaient été invitées par leur intervenante et un service de gardiennage était offert pour leurs enfants, en collaboration avec l'organisme hôte de notre seconde observation participante où les rencontres se déroulaient. Celles-ci avaient lieu l'après-midi et un goûter leur était servi. Leur durée s'échelonnait de deux heures à deux heures et demie. Dans le cadre des entretiens de groupe, j'ai eu recours à la création artistique individuelle, par le biais d'un collage, pour illustrer le processus de résilience². Il semble, à l'instar des idées avancées par certains auteurs, que la création artistique joue un rôle de miroir pour l'individu, permettant à ce dernier de regarder autrement sa situation (Hogan, 2001; Plante, 2005). Les participantes qui le désiraient pouvaient présenter au groupe l'œuvre qu'elles avaient créée et qui représentait leur trajectoire. Enfin, des questions plus précises sur les ressemblances et les différences vécues dans leur parcours permettaient de clore la discussion. Ce sont les paroles des mères lorsqu'elles présentaient leurs œuvres et les propos tenus durant la discussion qui ont constitué le matériel d'analyse. (*Pour une description plus poussée du déroulement de la rencontre, se reporter à l'annexe 2.*) Bien que cette activité ait permis de produire un matériel (œuvre) qui pourrait être analysable, cette piste a été écartée en raison des compétences requises pour le faire et du trop grand nombre d'interprétations possibles.

5.4. LE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTES

Deux types de recrutement ont été effectués dans le cadre de cette étude. Le recrutement le plus fréquent, soit pour les deux groupes de discussion et pour 8 des 10 entretiens individuels, s'est fait par l'entremise de l'intervenante du milieu d'observation. Les deux autres participantes aux entretiens individuels ont été recommandées par une thérapeute, qui est un contact personnel. Concrètement, même si l'étudiante-chercheuse est présente au sein du groupe, le contact est fait par l'intervenante qui informe la jeune femme qu'elle juge correspondre au profil recherché pour l'étude. Cette approche est privilégiée pour minimiser le sentiment d'intrusion qui pourrait être ressenti, l'intervenante étant déjà au courant du vécu de la jeune femme. Si cette dernière est intéressée, ses coordonnées sont communiquées à la chercheuse qui la contacte. La jeune femme peut aussi obtenir les coordonnées de l'étudiante-chercheuse, si elle préfère

2. L'auteure tient à remercier ici Pierre Plante, Ph. D., professeur au Département de psychologie à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et art-thérapeute œuvrant auprès d'une population d'enfants et d'adolescents au sein de l'organisme Assistance d'enfants en difficulté (AED) de Hochelaga-Maisonneuve pour son aide dans l'élaboration de cette section et pour ses commentaires.

établir elle-même la communication. Une rencontre préparatoire, en personne ou par téléphone, d'environ 10 minutes précède l'entretien de recherche. Cette rencontre permet à la participante de prendre connaissance des thèmes qui seront abordés, des buts de la recherche, de la nature de sa participation et de la notion de libre consentement ainsi que de convenir d'un moment et d'un lieu propices à la tenue de l'entretien. Il est expressément stipulé que la participation est libre et volontaire et qu'elle n'a aucun lien avec les services reçus de la part de l'organisme qu'elle fréquente, si cela s'applique.

Au moment de la sélection des participantes, la notion de temps entre la naissance du bébé et la participation à l'étude n'est pas considérée comme une variable à contrôler. Puisque le recrutement se fait principalement par le biais des organismes de soutien aux jeunes parents, les mères référées ont de jeunes enfants au moment de leur participation à l'étude. Dans les deux organismes visités, les règlements internes mentionnent que le soutien est offert principalement pour une période de deux ans quant aux activités régulières et pour une période plus longue pour les activités occasionnelles. Cette réglementation peut être assouplie dans le cas de jeunes mères qui présenteraient un état de vulnérabilité plus grand ou qui seraient de nouveau enceintes. Conséquemment, l'écart de temps entre la naissance de l'enfant (ou des enfants) et l'âge au moment de l'entretien est plus limité.

Au fil du déroulement du projet, j'ai décidé d'élargir le cadre du recrutement pour avoir accès à des mères plus âgées au moment de l'entretien, mais qui avaient donné naissance à leur premier enfant alors qu'elles étaient adolescentes. Cette décision permet d'avoir un registre plus large d'expériences et d'entamer une réflexion sur la notion de temps et son rôle dans les trajectoires de résilience. La difficulté de recruter des mères qui correspondent aux critères de sélection et qui sont en contact avec des intervenantes sur une base régulière limite la participation des mères plus âgées. L'échantillon final n'est donc guère représentatif dans sa constitution quant à la notion d'écart de temps entre la naissance et le moment de l'entretien. Il s'agit d'une limite à considérer dans l'interprétation des résultats.

La très grande majorité des jeunes mères approchées ont choisi de participer à cette étude. Au total, 22 jeunes mères ont été ciblées par une intervenante et référées avec leur accord à l'étudiante-chercheuse. Lors de la rencontre préparatoire à l'entretien, l'une d'entre elles a changé d'avis et a décidé de ne pas participer à cause du temps que cela lui demanderait. L'une des répondantes, qui participait à un groupe de discussion, s'est ravisée au cours de l'entretien et a demandé à ce que ses propos et

sa création artistique représentant son parcours ne soient pas utilisés. La transcription de cet entretien a été faite dans les jours qui ont suivi la tenue du groupe de discussion et les propos qu'elle y a tenus n'ont donc pas été transcrits. Elle a quitté le groupe de discussion avec sa création artistique à la fin de celui-ci. Elle n'a pas donné les raisons de son retrait de l'étude et je ne l'ai pas interrogée non plus. Une seconde jeune mère, qui avait accepté de participer à l'étude, n'a toutefois pas pris part à celle-ci, sur la base de mon jugement personnel. Elle m'avait été recommandée par l'intervenante du groupe de jeunes mères qu'elle fréquente. J'ai pris cette décision à son domicile, le jour où je m'y suis rendue pour l'interroger. Elle était en larmes, à la suite d'un conflit avec son ex-conjoint. D'ailleurs, celui-ci l'a appelée à quelques reprises et est venu chez elle au moment où j'y étais. Il lui a expliqué qu'il avait voulu vérifier si ce qu'elle lui disait était vrai : qu'elle était avec une femme, pour un entretien de recherche. Elle souhaitait faire l'entretien, notamment parce que je m'étais déplacée, mais ne voulait pas parler de son ex-conjoint et de leur histoire, surtout parce qu'il était encore présent et faisait des allées et venues entre l'extérieur et la maison avec leur enfant. J'ai décidé de ne pas l'inclure dans l'étude, car j'ai jugé qu'elle était fragilisée par le conflit avec son ex-conjoint et la tension encore présente, et que le fait de ne pas inclure la dimension du contexte relationnel adverse ne rendait pas justice à la totalité de son expérience vécue lors de sa grossesse précoce. Je lui ai expliqué les raisons pour lesquelles l'entretien n'aurait pas lieu et lui ai manifesté mon désir de la voir aborder le sujet des négociations autour du droit de visite avec l'intervenante du groupe. Je lui ai assuré que le tout resterait confidentiel, « entre nous », à moins qu'elle ne désire le contraire.

Il est à noter que lors des observations participantes qui se sont déroulées dans des organismes communautaires offrant des services aux jeunes parents, j'ai eu l'occasion de côtoyer plusieurs jeunes mères ne présentant pas de trajectoire de résilience. Sans devenir une source de données permettant des analyses comparatives, ces observations m'ont permis de mettre en perspective, de contextualiser et d'enrichir l'information partagée par les jeunes mères de l'étude. Ces moments passés en compagnie de jeunes mères présentant des trajectoires différentes et les échanges informels que nous avons eus ont enrichi ma réflexion et sont un matériel important pour cette étude exploratoire. Les réflexions et les interrogations qu'ils ont suscitées sont présentes en toile de fond lors de l'analyse des résultats et influencent ma perception de la maternité précoce. Bien qu'il ne soit pas mentionné dans le chapitre 6 consacré à la présentation des résultats, ce matériel issu des observations participantes sera mis de l'avant dans le dernier chapitre de cet ouvrage.

Comme pour la majorité des projets de recherche impliquant des êtres humains, celui-ci a requis un certificat éthique. Ce projet a obtenu l'accord du Comité d'éthique sur la recherche chez les êtres humains de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (certificat numéro CERFM-77(06) 4#215).

5.5. LA GESTION ET L'ANALYSE DES DONNÉES

Les propos des participantes tenus lors des entretiens individuels ou de groupe ont été enregistrés sur bande audio, avec leur accord, puis retranscrits *in extenso*. L'analyse des données a été faite de façon séquentielle (Becker et Geer, 1960; Paillé et Mucchielli, 2003), c'est-à-dire en alternant les séances de collecte de données et les périodes d'analyse, de façon à éviter la surcharge analytique et à augmenter la validité de l'analyse (Paillé et Mucchielli, 2003). La méthode d'analyse retenue pour le corpus de données s'inspire très fortement de la théorisation ancrée. Elle est constituée de six étapes : la codification, la catégorisation, la mise en lien des catégories conceptuelles, l'intégration, la modélisation et la théorisation.

1. La **codification** réfère à l'identification des unités de sens qui émergent des propos des participantes. Cette première codification vise à dégager, à nommer et à thématiser les propos développés à l'intérieur du corpus pour ensuite les qualifier par des mots et des expressions reflétant les propos d'ensemble (Paillé, 1994). Certaines citations peuvent avoir subi un double classement lorsque plus d'un sens pouvait être attribué aux propos tenus par la participante. On peut trouver un exemple de cette codification à l'annexe 3.
2. La **catégorisation** vise à faire surgir des unités de sens générées précédemment des catégories permettant une compréhension accrue du phénomène. La catégorie est définie ici comme une production textuelle se présentant sous la forme d'une brève expression et permettant de nommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche (Paillé et Mucchielli, 2003).
3. La **mise en lien des catégories conceptuelles** consiste à postuler, à isoler ou à approfondir un lien entre deux ou plusieurs catégories obtenues à l'étape précédente (Paillé et Mucchielli, 2003). Il s'agit de documenter les liens, de dégager et d'explicitier l'expérience ou la trajectoire vécue, en se basant sur les catégories principales obtenues et en s'appuyant sur les données empiriques et sur les écrits théoriques de la résilience de même qu'en considérant le cadre conceptuel des parcours de vie et de l'intersectionnalité.

4. L'**intégration** permet de circonscrire les catégories conceptuelles centrales dans le processus étudié, à cerner les points importants de sa compréhension émergente de la situation à l'étude et les traits saillants de son analyse, dans le but de dépasser la simple nomenclature des phénomènes pour tendre vers la constitution d'une proposition de compréhension (Paillé et Mucchielli, 2003). Il s'agit de mettre en place les éléments de la thèse, d'émettre les premiers jets de la théorisation.
5. La **modélisation** (ou la transposition schématique) consiste à passer d'un plan linéaire à un regroupement ou à une constellation en lien avec une argumentation (Paillé et Mucchielli, 2003). Il s'agit d'organiser les catégories subsidiaires autour du noyau conceptuel central, en organisant ou en réorganisant les catégories en fonction des relations qui les unissent jusqu'à ce qu'elles dressent un tableau satisfaisant des données et offrent une version analytique de la trajectoire résiliente (Fernet, 2005).
6. La **théorisation** est le moment où sont retravaillées les catégories conceptuelles qui semblaient encore floues ou qui présentaient des lacunes afin de leur assurer une densité conceptuelle satisfaisante et d'améliorer la spécificité conceptuelle de la trajectoire de résilience proposée (Fernet, 2005; Paillé et Mucchielli, 2003). Il s'agit aussi, lors de cette étape, de délimiter les concepts de base de la théorie afin qu'ils soient les moins abstraits possibles et qu'ils évoquent clairement des états, des liens, des actions ou des structures sociales concrètes (Fernet, 2005).

La démarche d'analyse favorisée est itérative. Concrètement, cela veut dire que dès qu'un entretien était réalisé, il était retranscrit, puis codé et catégorisé. Au fur et à mesure que s'additionnaient les entretiens, une mise en lien conceptuelle était proposée. Cette connaissance du matériel et des tendances qui s'en dégagent permet ainsi d'approfondir certains thèmes dans les entretiens subséquents ou de clarifier certains points. Cela permet aussi de comparer le matériel obtenu avec les nouvelles données émergentes. (*Pour le lecteur intéressé, l'arborescence de la codification se trouve à l'annexe 3.*)

5.6. LES CRITÈRES DE QUALITÉ DE LA RECHERCHE

Il existe différents critères pour juger de la qualité d'une recherche, qu'elle soit quantitative ou qualitative. En recherche qualitative, il n'y a pas de consensus parmi les chercheurs quant à la façon de les nommer et de les utiliser (Mucchielli, 1996). Ceux qui ont été retenus pour juger de la

qualité de ce projet d'étude sont au nombre de quatre : la crédibilité, la transférabilité, l'imputabilité procédurale et la confirmabilité (Creswell, 1998; Lehoux, 2004).

Le critère de **crédibilité** réfère au degré de concordance et d'isomorphisme établi entre le produit issu de processus de construction de connaissances et les multiples réalités des participants et des personnes ayant une expérience de vie similaire (Gendron, 2001). Son équivalence suggérée, en recherche quantitative, est la validité interne (Lehoux, 2004). Tous deux visent une authenticité. Pour être en mesure de respecter ce critère, les résultats préliminaires ont été présentés aux participantes de l'organisme fréquenté dans le cadre de la deuxième observation participante, lesquelles ont ainsi pu s'assurer que le contenu présenté reflétait ce qu'elles vivent.

Le critère de **transférabilité** est parallèle au critère de validité externe (Lehoux, 2004); il vise à s'assurer que les connaissances générées lors de la recherche qualitative sont transférables à d'autres contextes qui possèdent des caractéristiques similaires. Dans le cadre de ce projet d'étude, j'ai tenté de fournir la description la plus complète possible au lecteur du contexte social, culturel, politique et temporel duquel il émerge afin qu'il puisse juger du degré de concordance avec son propre milieu. Cette description comprend une courte recension des écrits portant sur : 1) la problématique de la violence durant la grossesse; 2) la maternité précoce; et 3) la résilience dans ce contexte de double adversité ou d'adversité simple (principalement la violence conjugale en période de grossesse), de même qu'une description des participantes à l'étude et des milieux dans lesquels se déroule la recherche.

L'**imputabilité procédurale**, qui réfère en recherche quantitative au critère de fidélité (Lehoux, 2004), renvoie à la description de l'évolution du projet et du processus de recherche afin de rendre compte des procédures globales mises en place afin que les interprétations et les propositions qui émergent de l'étude soient vraisemblables (Gendron, 2001). Dans le cadre de ce projet d'étude, ce critère a été respecté par l'élaboration de grilles d'analyse et de codification ainsi que par la présentation d'extraits des comptes rendus *in extenso* tout au long de l'analyse pour exemplifier le propos.

La **confirmabilité** quant à elle renvoie au processus visant à ce que les données, les interprétations et les propositions qui émergent de la recherche soient ancrées dans des données empiriques et ne soient pas le fruit du hasard ou n'émanent pas des chercheurs. Son équivalent en recherche quantitative pourrait être l'objectivité. Dans ce projet, l'atteinte de ce critère sera obtenue par la présentation explicitée des présupposés de la chercheuse et dans la réflexivité mise en place tout au long du projet de recherche.

LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre se divise en deux sections. Dans la première, nous présentons les participantes de l'étude et les moments clés de leur parcours de vie. Conformément aux objectifs de l'étude, une attention soutenue est portée aux deux contextes d'adversité que vivent les répondantes. Une partie importante de ce chapitre est donc consacrée à la documentation du phénomène de la violence dans les relations amoureuses dans un contexte de maternité précoce. La seconde section de ce chapitre présente le modèle théorique de la résilience élaboré à partir des résultats obtenus. Chacune de ses composantes est détaillée et appuyée par des extraits *in extenso* des propos tenus et des notes d'observation.

6.1. DES PARCOURS DE VIE : DESCRIPTION DES PARTICIPANTES DE L'ÉTUDE

Les mères ayant participé aux entretiens de groupe

Au total, 12 mères prennent part aux deux groupes de discussion. Trois d'entre elles participent aussi aux entretiens individuels. Elles sont âgées, au moment des rencontres, de 18 à 24 ans. Outre les points d'inclusion à la recherche qu'elles présentent, elles ont la caractéristique d'avoir dans la majorité des cas un seul enfant : neuf d'entre elles ont un enfant et les

trois autres en ont deux. Les parcours sont variés: certaines sont à l'école, d'autres travaillent et d'autres sont à la maison. Elles disposent, selon leurs perceptions, de peu de revenus; la majorité bénéficie de prestations gouvernementales.

Les mères ayant participé aux entretiens individuels

Le portrait de chacune des mères ayant participé aux entretiens individuels est ébauché ici. Dans le chapitre suivant, leurs trajectoires seront détaillées et les similarités et différences observées entre leur parcours de vie seront dégagées.

Alizée

Au moment de notre entretien, Alizée a 20 ans et son fils est âgé de 10 mois. Elle vit temporairement chez sa mère et son beau-père, avec son conjoint et son fils.

Alizée est née d'une mère héroïnomane. Retirée de la garde de sa mère par les services sociaux, elle a été adoptée par sa grand-mère maternelle, chez qui elle a vécu toute son enfance et son adolescence. Au cours de son enfance, elle était rarement en contact avec sa mère qui éprouvait alors de graves problèmes de toxicomanie. Lors de son adolescence, ses contacts avec sa mère ont été plus fréquents, celle-ci tentant d'arrêter de se droguer. Elle n'a jamais eu de contact avec son père.

Alizée a eu une enfance marquée par la vie dans une famille d'accueil: sa grand-mère a en effet accueilli plus de 90 enfants. C'est une période caractérisée par les va-et-vient d'enfants et un manque de stabilité dans la structure familiale. Elle fréquente l'école primaire du quartier puis l'école secondaire, où elle dit de ses résultats qu'ils sont « dans la moyenne ». À l'âge de 15 ans, tout en continuant d'aller à l'école, elle occupe quelques emplois peu lucratifs pour subvenir à ses besoins. Elle dit de son enfance et de son adolescence qu'elles ont été marquées par les privations et la difficulté de s'offrir autre chose que le strict minimum.

Elle quitte officiellement la maison familiale à 16 ans pour avoir plus de liberté, mais reste en contact avec sa grand-mère, qu'elle aime tout particulièrement. À cette époque, elle s'intéresse surtout aux sorties dans les clubs et à la drogue. Elle sort tous les soirs et fait la fête jusqu'au matin. Elle fait la rencontre d'un copain qui l'entraîne dans des activités illégales. Il est violent avec elle, tant physiquement que psychologiquement, et elle a peur de lui. Elle devient enceinte, au grand bonheur de son copain, mais décide d'interrompre volontairement sa grossesse après que celui-ci l'ait poussée dans les escaliers. Elle est consciente des dangers de cette relation pour elle et son bébé et ne souhaite pas donner naissance à un enfant dans ce contexte.

Durant cette période, elle se dit malheureuse et dépressive; elle s'automutile pour se sentir en vie et atténuer la douleur du quotidien. Elle fait une tentative de suicide pour en finir avec la vie. Elle est réanimée et hospitalisée pendant quelques jours, puis quitte l'hôpital sans filet de soutien de la part des services de santé. Dans le but de repartir à zéro, elle quitte Montréal, avec l'aide financière de sa grand-mère, pour une autre ville canadienne où elle s'inscrit à l'école. Elle cesse de se droguer et sollicite de l'aide auprès d'organismes de soutien en santé mentale. Elle prend soin d'elle, reprend du poids et se sent mieux dans sa peau.

Elle rencontre un jeune homme avec qui elle s'engage dans une relation. Très vite, cette relation devient chaotique, avec beaucoup de conflits qui ont pour origine la toxicomanie de son copain et le manque de confiance. Elle dira de lui qu'il est un « *player* » et qu'il collectionne les filles. À 18 ans, elle devient enceinte de lui et décide de garder le bébé, malgré l'ambivalence du père. De retour à Montréal, seule, elle sollicite de l'aide auprès de différents organismes et met au monde son fils. Elle reçoit aussi de l'aide de sa mère et de sa grand-mère. Après plusieurs tergiversations, le père du bébé la rejoint et s'installe aussi à Montréal. Leur relation est encore marquée par des conflits fréquents, mais tous deux ont le désir de travailler à ce qu'elle s'améliore. Ils le font à l'aide d'un intervenant.

Alizée se sent privilégiée d'avoir un fils qui donne un sens à sa vie.

Diane

Au moment de l'entretien, Diane a 21 ans. Elle a une petite fille de trois ans et un bambin d'un an. Elle habite avec le père de ses enfants.

Diane est née en Ukraine, au sein d'une famille qui deviendra monoparentale à la naissance de son jeune frère, quatre ans plus tard. Son père abandonne alors la famille et ne donne plus signe de vie. Elle ignore encore où il se trouve actuellement et ne le recherche pas. Sa mère meurt alors qu'elle est âgée de neuf ans. À ce moment, elle et son jeune frère sont placés dans un orphelinat où ils resteront pendant de nombreux mois. Ils sont ensuite adoptés par leur tante maternelle qui a immigré au Canada.

Arrivée au Québec, Diane va à l'école pendant trois ans pour apprendre le français, puis se prépare pendant deux ans, en milieu scolaire, pour le marché du travail. Elle dit de son séjour en milieu scolaire qu'il a été particulièrement difficile et marqué par les railleries. Elle ne s'y consacre que partiellement, car sa priorité à ce moment est de s'assurer du bien-être de son petit frère. Parallèlement, elle travaille, depuis l'âge de 13 ans, à temps partiel dans un restaurant pour aider sa famille qui vit dans des conditions socioéconomiques difficiles. Elle quitte l'école dès qu'elle le peut, soit à 16 ans.

Cette année-là, elle rencontre son conjoint qui est âgé de 31 ans. Comme il est musulman pratiquant, elle se convertit à l'islam et décide de porter le voile. À 17 ans, elle fait une fausse couche, au soulagement de son conjoint qui ne veut pas d'enfant. Elle redevient rapidement enceinte et décide de garder le bébé, malgré la relation qui se complique avec son conjoint. La grossesse est marquée par l'anxiété et un manque d'accès aux ressources existantes. Après de nombreuses démarches infructueuses, elle réussit à obtenir un suivi de grossesse qui débute alors qu'elle en est à son sixième mois de grossesse. Comme elle ne connaît pas ses droits ni les rouages du système de santé québécois, elle est contrainte de régler de nombreux frais injustifiés tout au long de ce suivi.

Après la naissance de leur fille, son conjoint est plus ou moins présent; il passe beaucoup de temps avec ses amis et s'absente souvent pendant plusieurs jours d'affilée sans lui dire où il est, ni ce qu'il fait. Elle doit de plus assumer seule toutes les dépenses liées à la famille (logement, nourriture, couches, vêtements, médicaments, etc.), même si elle est bénéficiaire de l'aide sociale et dans une situation financière difficile. Son conjoint travaille, mais ne lui offre pas de partager les dépenses. Il envoie de l'argent à sa famille à l'étranger.

Diane devient de nouveau enceinte un an plus tard et accouche d'un garçon alors qu'elle a 20 ans. Elle est contente de la présence de ses enfants, malgré les difficultés qu'elle connaît. Bien que la relation soit difficile avec son conjoint qui menace de la quitter et d'aller se marier en Irak (son pays d'origine), Diane place ses préoccupations conjugales au second rang, derrière le bien-être de ses enfants, qui sont sa priorité. Elle envisage de rester auprès de ses enfants jusqu'à ce que son fils ait cinq ans et commence l'école. Après quoi, elle souhaite retourner sur le marché du travail.

Shany

Au moment de l'entretien, Shany a 32 ans. Elle a une fille de 14 ans et une autre de 9 ans. Elle habite avec son nouveau conjoint.

Shany a vécu avec ses parents jusqu'à l'âge de sept ans, au moment de leur séparation. Sa mère se retrouve alors seule à élever ses trois filles. Son père devient relativement absent du tableau familial, malgré l'espoir qu'entretient Shany de le voir revenir ou de se manifester lors d'occasions spéciales. La famille vit dans une situation de pauvreté, marquée par les épisodes de dépression de la mère.

Shany va à l'école, où elle est une très bonne élève. Elle termine sa 5^e secondaire et entre au cégep, dans un programme technique qu'elle abandonne, faute d'intérêt. Elle est hésitante face à son avenir et cherche une direction à donner à sa vie. Elle devient enceinte à 18 ans et décide de garder l'enfant parce que c'est « *la meilleure porte de sortie pour avoir une vie* ». Pour son

conjoint de 19 ans, avoir un enfant est un moyen de cimenter le couple. Ils sont donc tous deux heureux de cette grossesse, malgré son caractère non planifié. La grossesse est plutôt difficile et l'adaptation à la nouvelle vie ne se fait pas sans heurts. Il y a plusieurs séparations suivies de reprises de la vie commune. Celle-ci est marquée par la méfiance, une absence d'investissement de la part du père et la fuite. Shany est malheureuse durant cette période et estime que la venue au monde de l'enfant a contribué à mettre en relief les inégalités de pouvoir au sein de son couple. Elle se retrouve à la tête de nombreuses responsabilités, alors que lui continue sa vie comme si rien n'avait changé.

Elle accouche d'une deuxième fille cinq ans plus tard, du même père, avec qui elle est toujours en relation. Elle qualifie cette relation de violente et réussit à y mettre fin quatre ans plus tard. Cette relation, marquée par les nombreuses séparations et les retrouvailles, a éloigné d'elle plusieurs de ses amies qui la jugeaient négativement, avec pour conséquence un isolement grandissant. Son réseau social est inexistant. Elle poursuit actuellement un travail de réflexion sur elle et occupe un petit emploi, en attendant de terminer une formation professionnelle. Elle a rencontré un nouveau conjoint avec qui elle a une relation égalitaire et sans violence.

Élizabeth

Au moment de l'entretien, Élizabeth a 20 ans. Elle a eu son premier fils à 16 ans et le second, à 18 ans. Elle vit avec ses deux enfants, en compagnie du père de son deuxième fils.

Élizabeth a vécu avec ses deux parents et sa jeune sœur, jusqu'à l'âge de 12 ans, au moment où ils se sont séparés. Sa mère a quitté la région pour aller vivre un « *trip de jeunesse* » et son père a rencontré sa nouvelle conjointe par le biais d'Internet. Après quelques mois, il emménage avec cette femme, qui ne veut pas entendre parler de ses enfants. Il laisse ses deux filles dans un appartement qu'il paie mensuellement et s'assure aussi de leur laisser de l'argent pour couvrir leurs besoins. Il s'installe dans la maison de sa nouvelle conjointe, à plus d'une heure de l'endroit où résident ses filles. Il leur rend visite toutes les deux à trois semaines.

Élizabeth, âgée de 12 ans et inscrite en 1^{re} secondaire, s'occupe de sa sœur de 10 ans. Elle prépare ses repas, marche avec elle jusqu'à l'école, nettoie l'appartement et lave leurs vêtements. Elle et sa sœur ne sont pas signalées à la DPJ, même si la situation est connue de l'entourage familial et des parents de certaines amies. Elles reçoivent parfois de l'aide de la part de la mère d'une amie, qui souhaite les adopter, ce à quoi leur père s'oppose farouchement. Élizabeth poursuit son parcours scolaire et, à 15 ans, rencontre son amoureux lors d'une fête d'amis. Il est alors âgé de 21 ans. Sur le

plan familial, sa petite sœur commence à se droguer et leur cohabitation devient difficile. Son père, dont la relation amoureuse s'est terminée, veut retourner vivre avec elles. Elle emménage avec son copain chez les parents de ce dernier et devient enceinte quelques mois plus tard. Elle est alors âgée de 16 ans. Ils décident de garder l'enfant, même si elle est ambivalente de prime abord face à la situation. La grossesse se déroule bien et ils reçoivent du soutien de la belle-famille. Le couple s'installe dans un logement à eux quelques semaines avant la naissance du bébé.

L'adaptation à la nouvelle vie familiale crée des tensions au sein du couple, puisque le nouveau père refuse ce rôle et se réfugie dans le travail. Il n'est pratiquement jamais à la maison, laissant Élisabeth se débrouiller seule avec le bébé. Ils ont des conflits fréquents et il la menace physiquement, en plus d'être violent psychologiquement et de la contrôler financièrement. À bout de souffle et paniquée par ses nouvelles responsabilités, Élisabeth contacte le Centre local de services communautaires (CLSC) pour recevoir de l'aide; une infirmière viendra la voir régulièrement et la référer à un groupe de soutien aux jeunes mères. Elle quitte son conjoint au bout de quelques mois et va s'installer chez un ami qui offre de la dépanner. Durant cette période, elle commence à sortir et à se droguer tous les week-ends, lorsque son fils est chez ses beaux-parents. Elle « *dérape* », selon ses dires, pendant une période de plusieurs mois. Par contre, elle continue d'être sobre la semaine et de répondre aux besoins, surtout physiques et matériels, de son fils. Durant cette période de consommation, elle arrête de fréquenter ses anciens amis qui tentent de la raisonner. Elle dit de cette période qu'elle fêtait pour oublier.

Après quelques mois, elle fait la rencontre de son nouveau conjoint et cesse toute consommation. Elle reprend aussi contact avec ses anciennes amies. Elle développe un lien d'attachement avec son fils et s'ennuie de lui lorsqu'il n'est pas avec elle. Élisabeth devient enceinte quelques mois après avoir rencontré son nouveau conjoint et accouche de son deuxième fils alors qu'elle a 18 ans. Durant sa deuxième grossesse, elle est retournée à l'école et a terminé sa 5^e secondaire. Aujourd'hui, elle continue de fréquenter l'organisme pour les jeunes mères, dont elle estime qu'il a été déterminant dans sa vie, surtout à partir du moment où elle s'est ouverte et a partagé ses difficultés avec les autres mères. Lorsqu'elle en aura la possibilité financière, elle aimerait aller au cégep pour suivre une formation.

Isabelle

Au moment de l'entretien, Isabelle a 21 ans. Elle vit avec son fils de 16 mois, qu'elle a eu à 19 ans. Elle est monoparentale et prévoit se marier bientôt avec son nouveau conjoint.

Isabelle a vécu une enfance très rangée au sein d'une famille mormone, très pratiquante. En désaccord avec les principes qui régissent la vie familiale, elle quitte la maison à l'âge de 14 ans en claquant la porte. Elle vivra quelque temps chez des copines puis chez des amis et va enfin habiter chez ses grands-parents maternels. Elle a droit à plus de liberté et vit alors une « *vraie adolescence* », selon ses termes. Elle se sent par contre déchirée entre son goût de liberté et son attachement à sa famille, entre ses agissements et les règles religieuses qui ont encadré son enfance. Elle demeure quelques années chez ses grands-parents, continue l'école dans un centre spécialisé pour les décrocheurs et travaille à temps partiel. Elle dit de cette période qu'elle n'y est pas vraiment heureuse, qu'elle ne se sent pas bien dans sa peau. Elle consomme de la drogue de façon régulière, sort souvent dans les clubs. Elle a plusieurs relations éphémères durant cette période.

Elle devient enceinte d'un homme qu'elle fréquente et qualifie cette relation de malsaine, car elle se sent objectifiée et soumise au contrôle de celui-ci. Le père ne veut pas, en début de grossesse, reconnaître que l'enfant à naître pourrait être le sien, ce qui est rassurant pour Isabelle qui veut élever seule son enfant. Il se ravise toutefois durant la grossesse, ce qui crée, encore aujourd'hui, un stress très grand pour Isabelle. Elle a peur que le père ne demande la garde partagée. Elle fait tout ce qui est en son pouvoir pour l'éviter. Elle élève son fils seule, mais reçoit de l'aide de sa famille et de son église, qu'elle a recommencé à fréquenter lors de sa grossesse. Elle a aussi pu bénéficier de programmes comme OLO et d'un logement dans une habitation à loyer modique (HLM). Elle apprécie l'aide financière que ce logement lui procure, mais pas l'environnement violent et agressif dans lequel elle doit élever son enfant. Elle a rencontré un nouveau conjoint, avec qui elle souhaite fonder une famille et se marier.

Louise

Au moment de l'entretien, Louise a 20 ans. Elle a eu son premier enfant à 17 ans et le second à 19 ans, du même père. Elle vit seule avec ses deux enfants.

Louise a vécu avec sa mère, chef de famille monoparentale. Comme sa mère travaille beaucoup pour arriver à boucler les fins de mois, elle se fait souvent garder chez sa grand-mère maternelle, chez qui elle et sa mère vont habiter pendant quelques années. Son enfance et son adolescence se déroulent bien; elle va à l'école et y réussit bien, sans trop de difficultés. Au secondaire, elle fréquente des amis qu'elle dit peu recommandables, parce qu'elle est attirée par les gens qui font des mauvais coups. Elle a plusieurs personnes autour d'elle, mais peu de véritables amis. Le plus souvent, elle est en compagnie de son amoureux, qu'elle fréquente depuis plusieurs années. Elle s'absente souvent de l'école pour être avec lui. Elle n'a pas d'attache dans son milieu scolaire et se sent bien uniquement lorsqu'elle est avec son amoureux, plus âgé qu'elle.

Elle subit un avortement à 16 ans, puis redevient enceinte peu de temps après. Elle décide alors de garder l'enfant, mais cache sa grossesse à son entourage, sauf au père de l'enfant, principalement par crainte de se faire juger. Après une réaction marquée par la déception, sa mère lui offre de les héberger, son enfant et elle, pour les dépanner pendant quelques mois. Louise met l'enfant au monde et continue donc d'habiter chez sa mère. La relation avec son conjoint, qui n'habite pas avec eux, commence à battre de l'aile, mais ils emménagent quand même ensemble dans un appartement lorsque le bébé a six mois.

Elle décide de retourner à l'école, mais le problème de la garderie devient un obstacle avec lequel elle doit jongler. Sa relation avec son conjoint va de mal en pis : leurs rythmes de vie opposés (elle va à l'école le jour alors que lui travaille la nuit), son absence d'investissement auprès de son fils (elle s'en occupe toute seule) et le manque de respect qu'il lui témoigne (il invite des amis pour fêter la nuit à la maison, même si elle et leur fils essaient de dormir) mettent beaucoup de tension sur la relation. Ils se disputent souvent dans des conflits qui dégénèrent en bagarres.

Louise devient de nouveau enceinte un peu plus d'un an après la naissance de son fils. Le couple se sépare peu de temps après la naissance de sa fille, une séparation dont elle a pris l'initiative. Elle ne veut pas que ses enfants soient témoins de scènes de conflits quotidiens. Elle estime être mieux maintenant qu'elle est seule, car elle sait à quoi s'attendre.

Marie-Sophie

Au moment de l'entretien, Marie-Sophie a 33 ans. Elle est mère de trois enfants, nés de pères différents, dont le dernier est son conjoint actuel. Elle a donné naissance à sa première fille à l'âge de 15 ans.

Marie-Sophie a grandi auprès de sa mère, avec son frère aîné et sa sœur cadette puisque ses parents se sont séparés alors qu'elle était encore toute petite. Les enfants avaient parfois des contacts avec leur père ou la famille de celui-ci. Elle a eu une enfance qu'elle qualifie de difficile, marquée par la violence conjugale entre ses parents lorsqu'ils étaient encore ensemble et de nombreux déménagements (parfois même jusqu'à trois fois dans la même année scolaire).

Lorsqu'elle a rencontré son amoureux à l'âge de 13 ans (lui en avait 16), elle s'est vraiment « accrochée » à lui et s'est beaucoup investie dans cette relation qui constituait pour elle une stabilité. À cet âge, elle n'avait pas d'amis d'enfance ou d'amis proches, sinon des connaissances, en raison des déménagements fréquents de sa famille. Sa grossesse a été planifiée ; c'était une solution qui, à ses yeux, lui permettrait de demeurer avec son

amoureux, maintenant que sa mère avait déménagé à plus d'une heure de son lieu de résidence. Elle souhaitait aussi, selon ses dires, faire réagir sa mère avec qui elle était en opposition.

Marie-Sophie emménage chez son amoureux, qui habite alors chez son oncle. Déjà à ce stade, la relation est tumultueuse et marquée par des intérêts différents. Pour elle, c'est de se créer un petit nid, alors que pour lui, c'est de sortir, se divertir et rencontrer d'autres filles. Il a plusieurs relations extraconjugales. Après la naissance de leur fille, il ne s'investit pas auprès du bébé et refuse de lui prodiguer les soins usuels. Lorsque son bébé a quatre mois, Marie-Sophie quitte son amoureux et retourne vivre chez sa mère. La séparation est houleuse et elle doit recourir à des avocats pour pouvoir récupérer ses affaires et les meubles du bébé. Elle entreprend des démarches pour recevoir de l'aide de différents organismes, retourner à l'école et se trouver un appartement. Elle met deux ans à terminer ses études secondaires, puis s'inscrit à un diplôme d'études professionnelles (DEP), qu'elle complète au même rythme que les autres étudiantes. C'est une période difficile sur le plan de l'organisation, mais aussi très gratifiante parce qu'elle réussit à relever des défis.

Marie-Sophie aura un autre bébé à 21 ans avec un homme manipulateur et possessif qu'elle quittera quatre ans plus tard. Elle est aujourd'hui dans une relation qu'elle qualifie de saine avec son conjoint actuel, avec qui elle a eu un fils.

Maude

Au moment de l'entretien, Maude a 22 ans et un fils de deux ans et demi. Elle est toujours avec son amoureux, qui est de 20 ans son aîné.

Maude a grandi au sein d'une famille traditionnelle, entourée d'un frère et d'une sœur. Bien que la famille soit souvent dans une situation financière précaire, elle a des souvenirs d'une enfance calme, marquée par quelques déménagements. Déjà à cet âge, elle joue parfois un rôle de mère ou de protectrice pour sa sœur et son frère et n'hésite pas à se faire punir à leur place pour leur éviter d'être rudoyés. Elle a plusieurs amies au secondaire, malgré sa timidité. Elle est une élève dans la moyenne, mais a dû recommencer à deux reprises sa 2^e année de secondaire.

À l'adolescence, elle fait la rencontre de son amoureux; leur relation devient vite sérieuse. Cette relation est acceptée difficilement par son père qui s'y oppose, car son copain, qui a 20 ans de plus qu'elle, a des problèmes de jeu et une situation financière instable. Leur relation se poursuit malgré la désapprobation paternelle, et il vient habiter lui aussi chez la tante de Maude, là où vit sa famille à la suite d'une faillite. Maude devient enceinte

pour la première fois à 18 ans, mais perdra le bébé qui mourra *in utero* à 30 semaines de grossesse. Cette mortinaissance est une épreuve difficile à surmonter pour elle. Elle est de nouveau enceinte quelques mois plus tard et met au monde un garçon alors qu'elle a 19 ans. Pour elle, cela est tout à fait normal : sa grand-mère a eu sa mère à 16 ans, sa propre mère l'a eue à 19 ans et sa tante a eu son fils à 18 ans. Pour élever son fils, elle s'est rapprochée de sa mère et reçoit du soutien de celle-ci. L'aide reçue par le biais de l'organisme de soutien aux jeunes mères qu'elle fréquente depuis trois ans a aussi été très précieuse.

La relation avec son conjoint est difficile et ils ont beaucoup de difficultés liées aux questions d'argent. Bien qu'ils habitent ensemble et qu'elle ne travaille pas (elle est bénéficiaire de l'aide sociale), Maude assume seule toutes les dépenses liées au logement, à leur fils et aux déplacements. Cela crée des tensions et des conflits. Suivant les conseils de ses amies et après avoir consulté des gens, elle tient tête à son copain et exige qu'il contribue au paiement de leur futur loyer, ce qui la satisfait. Elle obtient aussi qu'il participe à des rencontres de Gamblers Anonymes (GA).

Mimi

Mimi a 23 ans. Elle a eu son premier fils à 19 ans et son second à 21 ans, du même père. Elle est encore en couple avec le père de ses enfants.

Mimi a vécu une enfance paisible, avec sa sœur de huit ans son aînée et ses deux parents. À l'adolescence, les choses se compliquent pour elle : elle rapporte qu'à cette période, elle n'a pas confiance en elle et se trouve laide et peu intéressante. Elle éprouve de la difficulté à nouer des relations d'amitié avec les autres filles, avec qui elle ne se trouve pas d'affinités. Elle se sent plus à l'aise avec les garçons. Lors de son adolescence, elle fait, selon ses dires, « beaucoup de *niaiseries* » et consomme de la drogue et de l'alcool en grande quantité. Ces comportements lui attirent des ennuis. L'implication et le soutien de ses parents lui évitent un placement. À l'école, ses notes sont dans la moyenne, mais elle sait déjà qu'elle ne veut pas y aller trop longtemps.

Elle rencontre son conjoint alors qu'elle a 17 ans. À partir du moment où il emménage chez elle, la relation devient sérieuse et ils décident de ne plus se protéger. Elle devient enceinte deux ans plus tard. Sa grossesse est marquée par trois déménagements, jumelée à une dépression de la part de son amoureux. Ils se séparent alors qu'elle est enceinte de six mois. Elle vivra ses premiers mois comme mère chez ses parents, avant de retourner vivre avec le père de son enfant. Ils habitent alors avec trois autres colocataires, dans un petit appartement. Cette colocation est difficile à vivre pour Mimi, d'autant plus que la consommation de drogues est présente et entraîne des

problèmes financiers. Cette situation crée des conflits avec son conjoint, qui se drogue aussi. Lorsque son fils est âgé de six mois, elle apprend avec surprise qu'elle est de nouveau enceinte. Elle décide de garder l'enfant, après de nombreuses remises en question.

Mimi, qui a terminé une formation à la suite d'un DEP, ne travaille pas et choisit de rester à la maison, avec ses enfants. Elle ne souhaite pas que ceux-ci fréquentent la garderie. Malgré des débuts houleux, la situation avec son conjoint s'est améliorée; celui-ci travaille et participe aux tâches de la maison.

Sky

Au moment de l'entretien, Sky a 22 ans et une fille âgée de 3 ans.

Sky est enfant unique et a vécu au sein de l'union reconstituée par sa mère et son beau-père jusqu'à leur séparation alors qu'elle avait 14 ans. Elle conservera cependant de bons liens avec lui et sa famille, qu'elle considère comme la sienne. Sky estime avoir eu une belle enfance, même si elle fut marquée par des disputes entre ses parents et la séparation de sa mère et de son beau-père au début de son adolescence, une épreuve qu'elle qualifie de très difficile.

Sa grossesse n'est pas planifiée. Elle survient alors qu'elle a 19 ans et fréquente le cégep. Son copain, avec qui elle sort depuis quelques années, a 10 ans de plus qu'elle (il a 32 ans au moment de la grossesse). Sa grossesse est bien accueillie dans sa belle-famille, mais est plus difficile à accepter pour la sienne. Comme sa mère et son beau-père ont tous deux eu des enfants relativement jeunes (24 ans et 17 ans), ils décident de la soutenir. Sky vit chez sa mère, où son conjoint emménage, pour le temps de la grossesse et les quelques mois qui suivent, avant de déménager dans une coopérative d'habitation. Leur relation est perturbée par l'arrivée du bébé et subit différents stress, dont les manifestations rappellent à Sky les épisodes de violence dont elle a été témoin enfant. Ils se séparent pendant quelques mois et décident ensuite de travailler sur les causes de leurs conflits pour y remédier. Ils sont aujourd'hui ensemble et leur relation va mieux.

Pour Sky, outre les difficultés relationnelles, les obstacles liés à une maternité précoce sont en grande partie le renoncement à l'école et au plan de carrière qu'elle avait. Elle estime que le soutien de sa mère est un élément très important, tout comme l'aide reçue de la part de l'organisme communautaire qu'elle fréquente. La possibilité de se créer un réseau d'amies avec de jeunes mamans l'a aidée à sortir de son isolement et à évaluer sa situation. Malgré l'affection qu'elle leur porte, elle n'a jamais discuté avec elles des conflits et de la violence qu'elle peut vivre dans sa relation amoureuse.

L'environnement familial

Les parcours de vie des participantes rencontrées diffèrent largement, comme l'a démontré la lecture de leurs trajectoires résumées. Certaines ont grandi au sein de familles traditionnelles, d'autres au sein de familles monoparentales ou séparées, d'autres ont été adoptées par des membres de leur famille, alors qu'une autre s'est élevée seule ; il n'y a pas de modèle unique. Ce tableau très hétérogène ne permet pas, pour l'échantillon recruté dans le cadre de cette étude, de parler d'un type d'environnement familial qui serait plus prédominant qu'un autre.

Un bon nombre de participantes ont cependant vécu des bouleversements sur le plan de l'histoire familiale. Elles ont été nombreuses à raconter les difficultés liées à la séparation de leurs parents et les répercussions de celle-ci sur leur vie. Les séparations ont entraîné une série de modifications dans le cours de la vie de l'enfant qu'elles étaient alors : déménagements, changement d'école, perte du réseau social, perte de contact avec un des parents ou la famille élargie, chagrin et incompréhension ou pauvreté, comme en témoigne Marie-Sophie :

Moi, quand j'allais à l'école, j'avais un sandwich avec une tranche de baloney dedans, de la moutarde, une pomme et un jus. C'était ça mon lunch pour l'école pour la journée : pas de collation, pas de dessert. Des toasts avec du sucre dessus, j'en ai mangé souvent. Des toasts au ketchup pour déjeuner, j'en ai mangé souvent. (Marie-Sophie)

Pour un certain nombre d'entre elles, la violence conjugale entre les parents fait partie du tableau de leur enfance :

Ben j'ai vu mon père faire des crises, brasser ma mère. Je me souviens d'un soir, comme ça s'est fait, les voisins sont venus nous chercher en pleine nuit, nous ont amenés chez eux. Je me souviens des choses comme ça parce que ça m'a marquée. Ma mère a déménagé souvent, j'ai eu dans une année scolaire, la pire, à changer d'école trois fois. Dans la même année scolaire. (Shany)

De façon surprenante, cela n'est pas toujours mentionné comme étant une difficulté qu'elles ont dû traverser, mais cette violence ressort plus souvent comme une trame de fond relationnelle qu'elles ne veulent pas faire subir à leurs enfants, comme elles ont dû le subir elles-mêmes dans leur enfance. Beaucoup de participantes mentionnent cet aspect de la relation de leurs parents lorsqu'elles discutent de leurs propres motivations à ne pas être dans une relation où il y a présence de violence. C'est notamment le cas d'Alizée, qui mentionne les conséquences négatives de la violence conjugale dont elle a été témoin sur sa perception d'une relation amoureuse :

And also my mom, she was always in abusive relationships. Her boyfriends would beat her up in front of me, so for a while when I was a kid I thought this is what men are suppose to do. If a man tells you he loves you, man he's weak, like a real man will just, you know... So I thought the wrong thing about men. (Alizée)

Les problèmes de consommation de drogues et de santé mentale sont aussi présents chez les parents de certaines d'entre elles, tant pour la mère que pour le père. Shany, dont la mère avait des troubles de santé mentale, illustre leurs conséquences délétères sur son parcours de vie :

J'ai été élevée par ma mère. On en a arraché pas mal, on vivait dans la pauvreté. He... C'est pas mal ça, une enfance difficile. J'ai grandi sans papa, avec une maman qui était plutôt dépressive à ses heures. Pas trop facile. Donc, ça a été ça mon enfance. (Shany)

La représentation que se font les participantes de leur environnement familial est très différente de l'une à l'autre. Pour l'une, l'environnement familial est considéré comme très bon et elle souhaite pouvoir le reproduire auprès de ses propres enfants. Pour d'autres, il est bon, mais elles ont des opinions et des points de vue différents de leurs parents sur certains aspects, notamment sur les méthodes éducatives. D'autres encore jugent leur environnement familial négativement ou de façon ambivalente : certains éléments sont bien, mais d'autres sont néfastes et leur ont causé du tort. Dans l'ensemble, l'instabilité familiale se dégage comme une tendance centrale de leur environnement familial.

Le parcours scolaire

Le parcours scolaire des participantes rencontrées lors des entretiens individuels présente, globalement, des similarités. La majorité des femmes rapportent un parcours scolaire « dans la norme » : elles obtenaient des résultats dans la moyenne, s'intéressaient plus ou moins à l'école et ne visaient pas d'études postsecondaires. Six d'entre elles étaient étudiantes (secondaire ou diplôme d'études professionnelles) lors de l'annonce de la grossesse. De façon plus concrète, quatre d'entre elles ont obtenu leur diplôme secondaire et six n'ont pas terminé leurs études secondaires. Deux ont commencé leurs études collégiales, sans les terminer, et deux autres se sont inscrites à des études en vue d'obtenir un diplôme d'études professionnelles, sans les terminer. Elles ne rapportent pas d'aspirations scolaires très définies au moment où survient la grossesse, comme l'explique Shany :

J'ai fait mon secondaire. J'ai fini mon secondaire 5. J'ai été au cégep, j'ai été acceptée en éducation spécialisée, mais j'ai abandonné en deuxième session. Parce que je n'avais aucune idée quoi faire de ma vie et... Premièrement, j'ai toujours détesté l'école. Ça, l'école pour moi, ça a toujours été pas le choix il faut y aller. Je réussissais très bien, je performais bien à l'école, mais j'aimais pas l'école. Et au cégep, ça a été comme : Non ! Je voyais les gens qui avaient une passion, qui avaient hâte d'aller sur le marché du travail et moi, je disais non... Je n'étais pas là-dedans du tout. Alors j'ai abandonné le cégep et je suis allée travailler à temps plein. (Shany)

Ce qui se dégage des propos tenus par les participantes, au moment où survient la grossesse, c'est que l'obtention d'un niveau de scolarisation plus élevé que le secondaire ou un diplôme d'études professionnelles n'est pas un but ultime à atteindre. Toutefois, comme nous le verrons plus tard, cette vision se modifie après la naissance de l'enfant.

Le parcours professionnel

Au moment de la grossesse, quatre répondantes occupaient des emplois précaires, une travaillait dans son domaine d'étude (elle possède un diplôme d'études professionnelles) et une autre avait un emploi qu'elle jugeait payant, mais avec des conditions difficiles. Une seule participante rapporte s'être engagée dans des activités illicites. Certaines mentionnent qu'au moment de l'annonce de leur grossesse, elles se trouvaient à une période de leur vie où elles étaient indécises quant à leur avenir sur le plan scolaire et professionnel. Les deux aspects principaux de leur parcours professionnel, soit l'école et le travail, sont présentés dans le tableau 6.1. Comme l'illustrent les données présentées dans ce tableau, les jeunes mères, à l'exception de Maude, ne sont pas dans un parcours de développement professionnel, que ce soit par le biais de l'école ou du travail au moment de l'entretien. Elles choisissent plutôt d'être à la maison avec leurs enfants. La majorité d'entre elles expriment cependant le désir de travailler ou de retourner à l'école lorsque leurs enfants seront plus âgés (habituellement vers cinq ans). Les deux mères plus âgées sont sur le marché du travail et, pour l'une des deux, inscrite dans un programme de formation professionnelle.

Le réseau social

La majorité des jeunes mères rencontrées, tant lors des entretiens individuels que lors des entretiens de groupe, avaient, au moment de la période de la grossesse, des amies et amis autour d'elles. La catégorisation de ces amitiés est cependant assez différente d'une mère à l'autre : quatre contextes se dégagent. Certaines entretiennent des amitiés solides avec quelques personnes (un noyau d'amies), d'autres ont plusieurs connaissances qu'elles fréquentent, d'autres prennent comme réseau social les amis de leur copain. Enfin, une minorité d'entre elles rapportent ne pas avoir ou ne pas vouloir d'amies. Pour les participantes qui sont dans une relation amoureuse depuis plusieurs mois, le copain est très important et prend beaucoup de place dans le réseau social.

L'annonce de la grossesse se fait relativement bien auprès du cercle d'amis, selon les propos rapportés par les participantes. Dans deux cas, la grossesse est gardée secrète et n'est pas dévoilée aux amies, mais les

TABLEAU 6.1.

Parcours scolaire et professionnel des participantes

Nom et âge au moment de l'entretien	Au moment de l'annonce de la grossesse		Après la grossesse	
	École	Travail	École	Travail
Alizée (20 ans)	<ul style="list-style-type: none"> - Abandon du programme secondaire régulier - Scolarité DEP en cours 	Travail payant, conditions difficiles		
Élizabeth (20 ans)	<ul style="list-style-type: none"> - Scolarité secondaire en cours 		<ul style="list-style-type: none"> - Terminé programme secondaire régulier 	<ul style="list-style-type: none"> - Travail précaire 3-4 mois
Isabelle (21 ans)	<ul style="list-style-type: none"> - Abandon du programme secondaire régulier - Abandon du programme professionnel (DEP) 	Travail précaire		<ul style="list-style-type: none"> - Ne veut pas travailler; élever son enfant est important.
Louise (20 ans)	<ul style="list-style-type: none"> - Terminé programme secondaire régulier 		<ul style="list-style-type: none"> - Début cégep (abandon) 	<ul style="list-style-type: none"> - Souhaiterait faire un programme au cégep et peut-être aller à l'université; avoir une carrière. - Reste à la maison avec les enfants.

- Veut finir son DEP éventuellement.
- Reste avec son enfant à la maison.

- Veut aller au cégep éventuellement.
- Reste à la maison avec ses deux enfants.

- Souhaiterait faire un programme au cégep et peut-être aller à l'université; avoir une carrière.
- Reste à la maison avec les enfants.

TABLEAU 6.1.

Parcours scolaire et professionnel des participantes (suite)

Nom et âge au moment de l'entretien	Après la grossesse		Travail	Au moment de l'entretien
	Au moment de l'annonce de la grossesse	École		
Marie-Sophie (33 ans)	– Scolarité secondaire en cours	– Terminé programme secondaire régulier – Terminé programme professionnel (DEP)	Travail	– Travaille.
Maude (22 ans)	– Abandon du programme secondaire régulier			– Commence un DEP.
Mimi (23 ans)	– Terminé programme secondaire régulier et professionnel (DEP)		Travail dans son domaine	– Veut élever ses enfants jusqu'à cinq ans et retourner travailler.
Shany (32 ans)	– Fini 5 ^e secondaire, début cégep (abandon)		Travail	– DEP en cours – Travaille à temps partiel.
Sky (22 ans)	– Terminé programme secondaire régulier – Abandon du programme collégial		Travail précaire	– Voudrait avoir une carrière (pas de plan concret de retour à l'école). – Reste à la maison avec son enfant.
Diane (21 ans)	– Abandon du programme secondaire régulier		Travail précaire	– Veut élever ses enfants jusqu'à cinq ans et retourner travailler.

huit autres participantes l'apprennent à leur réseau social, qui réagit bien en dépit de la surprise que cette nouvelle occasionne. Cependant, pour de nombreuses jeunes mères, la maternité bouleverse leur réseau social et elles assistent à son effritement. Dans certains cas, ce sont les amies qui s'éloignent de la jeune mère, alors que dans d'autres cas, cet effritement du réseau social est décidé par la jeune mère qui souhaite éloigner d'elle les personnes qu'elle juge ne plus correspondre à la vie qu'elle veut mener :

Moi, j'ai tenu mon point jusqu'au boutte et j'ai flushé mon monde qui était nocif pour moi. Ça me servait à quoi d'avoir ça autour de moi? [...] Je pense que c'est normal que tu fasses le ménage dans ton monde. Pas garder tous tes amies. S'il y en a oui, tant mieux. Moi je te parle de mes vraies vraies vraies amies que j'ai gardées du secondaire, j'en ai que deux. Pis si elles sont encore là, c'est soit parce qu'elles ont eu des enfants ou soit parce qu'elles me respectent dans mes choix. Je pense que c'est ben correct comme ça [...] Tout le monde qui consommait pour le trip et qui consommait à tous les jours, j'ai tout flushé ça et mis dehors de ma vie. (Participante, groupe 2)

Dans la quasi-totalité des cas, soit 9 répondantes sur 10, les jeunes mères rapportent s'être senties isolées et sans réseau social avec qui échanger après leur accouchement.

6.2. DES TRAJECTOIRES DE RÉSILIENCE

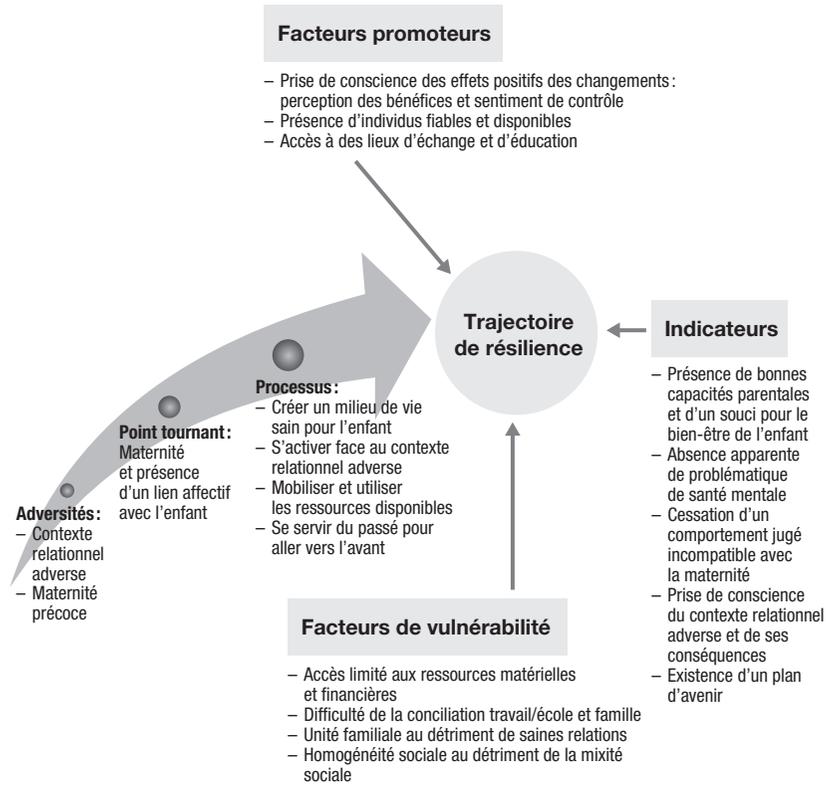
Cette section permet de prendre connaissance des principaux résultats qui se dégagent de l'analyse du discours et des observations effectuées sur le terrain. Représentés sous forme de modèle intégré dans la figure 6.1, les éléments constitutifs permettent de mieux comprendre comment cette trajectoire de résilience se déploie pour les jeunes mères rencontrées dans le cadre de cette étude. Le sens attribué aux adversités que sont la violence de la part du partenaire intime et la maternité précoce, l'importance de la maternité et d'un lien affectif avec l'enfant comme point tournant et la mise et place de quatre processus centraux pour modifier la trajectoire sont au cœur d'un continuum. Cette trajectoire de résilience est fragilisée ou, à l'inverse, promue par différents facteurs. Des indicateurs, présents dans le discours des mères, permettent de conclure à la présence de résilience.

L'adversité

L'adversité est une composante essentielle pour pouvoir parler de trajectoire de résilience. Nous appuyant sur les écrits scientifiques, nous avons émis comme prémisses de ce projet que la maternité précoce et un contexte relationnel marqué par la violence constituaient des adversités. Dans le cadre de cette étude exploratoire, nous avons cherché à comprendre ce que les mères rencontrées estiment être un événement adverse dans leur

FIGURE 6.1.

Représentation schématique des différentes composantes d'une trajectoire de résilience dans un contexte relationnel adverse et de maternité précoce



vie. En effet, il ne faut pas tenir pour acquis que, parce qu'un événement est jugé négativement de façon normative (telle une grossesse précoce ou la présence de violence dans ses relations amoureuses), il sera vécu de façon négative par toutes les répondantes (Fergus et Zimmerman, 2005). À partir de leurs témoignages et des observations effectuées lors des deux terrains, nous proposons que plusieurs événements puissent être étiquetés comme adverses. Certains événements adverses sont de nature situationnelle, alors que d'autres sont chroniques. Plusieurs événements adverses étaient antérieurs à la grossesse, certains sont limités à la période de la grossesse, alors que d'autres ont débuté à cette période et se sont

poursuivis après l'accouchement. L'examen des parcours de vie présentés précédemment permet de situer schématiquement ces événements, en se basant sur les représentations des jeunes mères rencontrées.

Plusieurs des adversités vécues par les jeunes femmes rencontrées dans le cadre de cette étude l'ont été de façon plus singulière, comme le retrait de la garde de son enfant par la DPJ à une mère héroïnomane ou l'abandon d'une autre et de sa jeune sœur par leurs parents à l'âge de 12 ans. Bien qu'il soit établi que ces événements peuvent avoir des conséquences importantes sur le parcours de vie d'une enfant, ils ne seront pas abordés ici de façon détaillée. Cependant, nous aimerions faire ressortir le constat que pour la majorité des jeunes mères rencontrées, les diverses adversités présentes dans leur vie ont commencé très tôt. Le tableau 6.2 présente l'ensemble des principales vulnérabilités des participantes, en relation avec leur milieu de vie.

Nous choisissons pour la suite de cette section de décrire plus longuement les événements adverses qui sont communs à l'ensemble des mères rencontrées, soit : 1) la maternité précoce ; et 2) le contexte relationnel adverse qui inclut la violence entre partenaires intimes. Nous proposons de partir du point de vue des femmes interrogées et d'utiliser leurs mots pour décrire ces adversités et les perceptions qui s'y rattachent. Cette section documente la question de la maternité précoce comme composante de l'adversité chez les jeunes femmes ayant participé à l'étude par le biais des entretiens individuels et de groupe, en s'appuyant aussi sur les observations effectuées lors des deux terrains et des rencontres avec les répondantes clés. Dans cette section, le contexte de la grossesse sera abordé, soit le caractère désiré et planifié de la grossesse, la réaction de la jeune femme lors de la confirmation de la grossesse et les motivations face à cette grossesse, de même que les réactions de l'entourage face à cette grossesse. Par la suite, il sera brièvement question des effets, positifs et négatifs, de la grossesse sur leur vie tels qu'ils sont perçus par les mères de l'étude. Ce point tournant dans leur parcours de vie sera ensuite analysé plus longuement. Pour conclure, il sera question de l'importance de la maternité dans leur parcours de vie.

La grossesse

Le contexte de la grossesse

La grossesse était-elle planifiée ? Les circonstances entourant la survenue de la grossesse s'étalent, chez les participantes de l'étude, sur un continuum d'absence totale de planification où la future mère est la première surprise, à celle dont la maternité précoce a été mûrement réfléchie. Entre

TABLEAU 6.2.

Portrait du milieu de vie et des vulnérabilités rapportées par les participantes

Nom fictif et âge	Milieu familial d'origine	Milieu de vie actuel	Âge à la naissance du bébé	Vulnérabilités au cours de sa vie	Vulnérabilités durant la grossesse
Alizée (20 ans)	<ul style="list-style-type: none"> – Mère héroïnomane – Père absent – Adoptée par la grand-mère maternelle (famille d'accueil) 	Temporairement chez sa mère et son beau-père, avec son conjoint et leur fils	19 ans	<ul style="list-style-type: none"> – Instabilité familiale – Violence conjugale entre mère et conjoints – Dépression (autodiagnostiquée) – Tentative de suicide – Automutilation – Avortement – Fausse couche 	<ul style="list-style-type: none"> – Consommation de drogues – Violence intime – Pauvreté – Séparation
Diane (21 ans)	<ul style="list-style-type: none"> – Mère monoparentale – Orphelinat – Adoption par sa tante 	En appartement avec son conjoint et leurs enfants	18 ans (1 ^{er}) et 20 ans (2 ^e)	<ul style="list-style-type: none"> – Mort de sa mère – Immigration – Fausse couche 	<ul style="list-style-type: none"> – Anxiété liée au manque de soins – Violence conjugale (menaces, absences répétées, isolement) – Pauvreté

Shany (32 ans)	<ul style="list-style-type: none"> - Mère dépressive et monoparentale - Père peu présent et violent 	En appartement avec ses deux filles et son conjoint actuel	18 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Violence conjugale entre ses parents - Séparation de ses parents - Dépressions répétées de sa mère - Déménagements fréquents 	<ul style="list-style-type: none"> - Inégalités de pouvoir au sein du couple - Séparations nombreuses - Monoparentalité officielle - Violence physique - Isolement et absence de réseau dus à la violence
Élizabeth (20 ans)	<ul style="list-style-type: none"> - Deux parents jusqu'à 12 ans - Vit seule avec sa sœur à partir de 12 ans 	En appartement avec son conjoint actuel et ses deux enfants	16 ans (1 ^{er}) et 18 ans (2 ^e)	<ul style="list-style-type: none"> - Décès de sa grand-mère - Séparation de ses parents - Abandon par sa mère et son père - S'élever seule et s'occuper de sa sœur cadette à 12 ans 	<ul style="list-style-type: none"> - Désinvestissement du conjoint - Violence et contrôle - Consommation de drogues
Isabelle (21 ans)	Deux parents	En appartement (HLM) avec son fils	19 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Conflits avec parents - Départ de la maison familiale 	<ul style="list-style-type: none"> - Consommation de drogues - Monoparentalité - Peur constante que le père demande un droit de garde - Faible estime de soi - Pauvreté

TABLEAU 6.2.

Portrait du milieu de vie et des vulnérabilités rapportées par les participantes (suite)

Nom fictif et âge	Milieu familial d'origine	Milieu de vie actuel	Âge à la naissance du bébé	Vulnérabilités au cours de sa vie	Vulnérabilités durant la grossesse
Louise (20 ans)	Mère monoparentale	En coopérative d'habitation avec ses deux enfants	17 ans (1 ^{er}) et 19 ans (2 ^e)	– Avortement à 16 ans	– Absence d'investissement du conjoint envers les enfants – Violence intime – Pauvreté
Marie-Sophie (33 ans)	Mère monoparentale	Dans sa maison avec son conjoint, leur fils et ses deux filles	15 ans (1 ^{er}), 21 ans (2 ^e) et fin vingtaine (3 ^e)	– Déménagements très fréquents durant l'enfance – Dépression de la mère	– Absence d'investissement du conjoint envers sa fille – Violence psychologique – Monoparentalité – Pauvreté – Faible estime de soi
Maude (22 ans)	Deux parents	En appartement avec son conjoint et leur fils	19 ans	– Mortinaissance à 18 ans	– Conjoint avec des problèmes de jeu – Violence psychologique et sexuelle – Pauvreté

Mimi (23 ans)	Deux parents	En appartement avec conjoint et leurs deux fils	19 ans (1 ^{er}) et 21 ans (2 ^e)	<ul style="list-style-type: none"> - Faible estime de soi - Consommation de drogues (elle et conjoint) - Dépression du conjoint - Séparation - Dettes et pauvreté
Sky (22 ans)	Mère et beau-père (qu'elle considère comme son propre père)	En appartement avec son conjoint et leur fils	19 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Violence conjugale entre ses parents - Séparation de ses parents (mère et beau-père)

ces deux extrêmes se situent les autres mères, dont la grossesse résulte de l'absence d'utilisation de moyens contraceptifs efficaces, comme en témoignent les extraits d'entrevues suivants :

Non, pas planifié. Ce n'est tellement pas moi là. Je le dis là, je ne comprends même pas ce qui est arrivé, c'est tellement, mais tellement pas moi là. Je peux consommer de la drogue, faire ben des affaires, mais ça... Je ne le sais même pas comment c'est arrivé. Sérieux. Ça n'aurait jamais dû arriver. (Isabelle)

Nous, c'était planifié. Hum... Quand on a décidé. Le père de ma fille, c'était mon premier chum. Tu sais première relation. Ça faisait quand même deux ans et demi qu'on était ensemble. Quand je sortais avec mon chum, elle [mère] a décidé qu'on allait aller vivre à Shawinigan. C'est quand même assez loin et moi pour me rebeller, pour voir mon chum, notre solution c'était que j'allais tomber enceinte et qu'on irait habiter ensemble. Donc j'ai volontairement arrêté la pilule. Ça n'a pas été long : deux mois après j'étais enceinte. (Marie-Sophie)

It was definitively not planned. We were immature, we didn't use protection. We knew the risk was there but we didn't care I guess. (Alizée)

Malgré ces contrastes dans la planification de la grossesse, elles expriment toutes un intérêt marqué à l'idée de devenir mère. Devenir mère est un idéal qu'elles chérissent et valorisent. D'ailleurs, aucune des mères interrogées n'a mentionné qu'elle avait envisagé une vie sans enfant.

But in the end, I've always wanted to have kids since I was 2 you know. As a kid, I was always pretending to have a baby in the pousse-pousse, yeah. (Sky)

The second I knew I was pregnant, there was no doubt I wanted to have him. I didn't know how his dad was going to react towards the situation but I knew I wanted the child. I wanted to be a mom for as long as I can remember. (Alizée)

Les motivations liées à la grossesse ou à la poursuite de celle-ci

Le désir de devenir mère à cette étape de leur vie est alimenté par différents facteurs. Parmi les mères de notre échantillon, les motivations peuvent être classées en trois catégories. Pour quelques mères, il s'agit un peu de la suite logique des choses. Avoir un enfant jeune, pour elles, n'est pas une problématique sociale. C'est le modèle qu'elles ont eu et qui est présent dans leur entourage. Elles ont grandi avec l'idée qu'avoir un enfant avant la fin de l'adolescence n'est pas une aberration. Leur conception de la maternité est jumelée avec la précocité de la survenue de celle-ci dans leur vie. Les citations suivantes expriment cette motivation d'avoir un enfant tôt dans leur vie :

Comme je te dis, c'était dans ma famille là. C'était comme ça. Ma tante a 40 ans, elle a eu son fils... Il a 21 ans. Tu sais, elle aussi elle avait moins que 20 ans quand elle a eu son premier garçon. Une autre de mes tantes, une autre sœur de ma mère, elle a eu son fils à 16 ans aussi. On est toutes comme... Il y a juste ma sœur qui elle est rendue à presque 20 ans, elle n'a pas d'enfant et elle n'est pas

prête à en avoir encore, mais tu sais. Moi, comment j'ai perçu ça, c'est que fallait pas que tu aies un enfant à 20 ans, mais que c'était correct. Et je le savais que mes parents n'étaient pas pour me chicaner, mais tu sais, me faire la morale. (Maude)

Tout. Ça représentait tout. J'ai toujours voulu devenir mère depuis que j'ai six ans. Je voulais me marier et avoir des enfants à 18 ans. Plus vite que je vais les avoir, c'est mieux qu'après. [Pourquoi?] Parce qu'on est en santé et tout. Pour moi, après 30 ans, on n'est pas en bonne santé pour avoir des enfants et tout. Pas de patience. (Diane)

Pour d'autres répondantes, c'est plutôt l'absence de plan d'avenir, qu'il soit professionnel ou personnel, qui constitue le désir d'avoir un enfant. La maternité comblerait cette absence de plan. En effet, plusieurs jeunes femmes de l'étude indiquent au cours des entretiens qu'elles n'avaient pas réfléchi à leur avenir professionnel, qu'elles n'avaient pas envisagé ce qu'elles souhaitaient faire sur le plan professionnel, comme Maude le relate :

Peut-être parce que j'avais fini l'école, j'avais pas mon secondaire 5, mais je ne voulais pas aller au cégep, je voulais faire un DEP, en quoi je le sais pas, mais j'étais rendue comme... Comment je pourrais dire ça? Un entre-deux? J'ai fini l'école, mais il me reste à aller m'inscrire pour aller faire un DEP. Donc, je fais quoi? (Maude)

Dans cette même veine, pour Shany, la venue du bébé permettra de donner un sens à sa vie et lui permettra d'exercer un rôle, soit celui de mère.

À ce moment-là, je pense vraiment que c'était de donner un sens à ma vie. C'était vraiment ça. J'ai toujours aimé les enfants, mais... c'était vraiment l'idée qu'enfin, je ferais quelque chose de ma vie. C'était vraiment égoïste, c'était vraiment pour me fixer quelque part. Tu as un enfant, tu n'as pas le choix d'être mère. En quelque part, on est fière d'être mère. C'était vraiment pour me trouver. Vraiment là, c'était clair. (Shany)

Enfin, pour une autre mère qui l'exprime très clairement, c'est l'ignorance de ce qui se produit après la grossesse, la décision de se laisser porter par la vie. Ainsi, c'est dans un contexte de méconnaissance de la réalité liée au rôle de parent que Louise a pris la décision de poursuivre sa grossesse :

I really thought I could do it. I had no idea. I thought it would be simple. Take care of a little baby, dress it cute, do his hair. Like I had no idea how much maintaining a child needs and how many needs they have. You have to feed the kid every two or three hours when they are born... I had no idea. Like I didn't know any of that. So I said I'll have a kid, like it was... [...] Thinking that this would be easier, to have a kid. I just didn't know what was ahead of me. (Louise)

Ces trois motivations ne sont pas mutuellement exclusives. Certaines des mères rencontrées ont recours à plus d'une explication pour décrire leur motivation face à la grossesse.

Les sentiments et les réactions à l'annonce de la grossesse

Encore une fois, l'annonce de la grossesse suscite différentes réactions. Les propos rapportés semblent indiquer une réaction en deux temps : une première réaction à la réponse positive au test de grossesse, puis une seconde réaction, quelques jours plus tard, quand la confirmation de la grossesse a cheminé dans l'esprit des mères. Pour beaucoup de jeunes mères, ce sont des réactions qui font place à des émotions différentes. Ainsi, pour les jeunes femmes dont la grossesse n'était pas planifiée, la confirmation d'une grossesse est un choc, malgré sa plausibilité étant donné l'absence de contraception. Élisabeth raconte dans l'extrait suivant son incrédulité face à une possible grossesse :

Ben, je ne voulais pas le croire au début. Avant de passer des tests de grossesse, ça a été long. Je me levais le matin, je vomissais, j'avais mal au cœur. Ma belle-mère me regardait : « Ce n'est pas normal que tu vomisses à tous les jours. Tu devrais passer un test. » Ben non, c'est juste une indigestion. Pis là je m'inventais des excuses-là. (Élisabeth)

De même, les jeunes filles dont la grossesse était planifiée ou désirée expriment aussi avoir vécu un choc à l'annonce de la grossesse, comme en témoigne une participante à l'entretien de groupe :

Parce qu'avant de tomber enceinte, c'était je veux un bébé, je veux un bébé, je veux un bébé. Non, ce n'est pas vraiment inconsciemment. Mais... quand j'ai eu le test dans mes mains, ben c'était fait là, mais c'est ça, le ciel venait de me tomber sur la tête. (Participante, groupe 2)

Cette période d'incertitude face à une grossesse éventuelle a suscité chez certaines mères, dont Alizée, une prise de conscience face à la relation amoureuse et au contexte favorable pour avoir un enfant :

Même avant de savoir que j'étais enceinte, quand j'ai acheté le test, je me suis dit : Si je ne le suis pas, tant mieux, je continue ma vie et je ne l'appelle pas et j'arrête de me faire mal avec un gars qui me traite mal et je vais arrêter de lui faire mal moi aussi parce que c'est comme ça cette relation-là. Pis si c'est positif le test, je garde l'enfant et je change ma vie complètement. (Alizée)

Malgré le choc initial ou le déni qui accompagnait l'annonce de la grossesse, la quasi-totalité des participantes de l'étude ont indiqué par la suite avoir ressenti de la fierté et de la joie à l'idée de devenir mères. Elles sont nombreuses à se réjouir de la venue prochaine du bébé, comme le dit cette répondante lors d'un entretien de groupe :

Ça a été vraiment un choc là. Après ça là, plus que j'y pensais, plus que je prenais plaisir à ça. (Participante, groupe 1)

Les participantes de l'étude, qui ont indiqué avoir subi une interruption volontaire de grossesse (deux participantes), avaient déjà décidé, avant de redevenir enceintes, qu'elles ne recourraient pas de nouveau à cette intervention et qu'elles mèneraient à terme toute grossesse éventuelle. Maude et Louise témoignent de cette position :

Pour moi, il n'était pas question que j'interrompe ma grossesse ou quoi que ce soit là. J'avais déjà, avant de tomber enceinte du premier, j'avais déjà averti mon copain que si ça arrivait, il était pas question, pas question que j'arrête ma grossesse. En tombant enceinte du deuxième, il savait très bien que j'étais pour le garder. C'était définitif. C'était ça, pis c'était ça. Pas d'autre chose que ça. (Maude)

So when I got pregnant with my son I didn't had a choice, like I didn't want to go through that again. So I decided to keep the baby. (Louise)

Une seule participante, Louise, raconte ne pas avoir partagé cette nouvelle avec qui ce soit d'autre que le père de l'enfant :

I didn't just hide it from my mom, I hid it from everybody. Almost everybody. Even my close friends I was afraid to tell them and stuff. I felt isolated. It was just me and the father of my child that I could be close to and tell how I felt and everything. When I think about it, hiding it from my friends, I must have felt ashamed. I'm not sure why I did that. Even the father of my kid, he hid it from his family too. (Louise)

Les réactions à l'annonce de la grossesse : ce que disent les autres

Dans tous les témoignages partagés par les mères, le conjoint n'était pas contre l'idée de mener la grossesse à terme. Ainsi, dans la majorité des cas, les futurs pères ne semblent pas catastrophés à l'annonce de la grossesse. Ils ont, pour la plupart, une réaction de surprise, suivie souvent par la fierté et la joie. Une mère raconte que son conjoint était ambivalent et lui a laissé le choix de décider, une autre, qui ignore lequel des deux hommes qu'elle fréquentait à l'époque est le père, rapporte une démission des deux face à leur éventuelle paternité, alors que toutes les autres mères rapportent que le père était content à l'annonce de la grossesse. Par contre, ce qu'on constate en écoutant leurs histoires, c'est qu'une fois passée la surprise jugée heureuse par les femmes interrogées et leur conjoint, le père semble se désinvestir ou démontrer de l'ambivalence plus tard dans la grossesse.

Il n'y a pas de réaction unique parmi l'entourage familial à l'annonce de la grossesse. Certaines mères qui ont elles-mêmes donné naissance précocement sont mécontentes d'apprendre que leur fille est enceinte, alors que d'autres ne sont pas surprises. De même, certaines mères ayant eu leurs enfants plus tardivement acceptent facilement la nouvelle, alors que d'autres y réagissent très fortement. Les propos rapportés par les participantes laissent entrevoir une gamme de réactions et d'émotions vécues

par les mères : joie, colère, désespoir, déception, craintes. Ce qui est commun à l'ensemble des jeunes mères interrogées, c'est la difficulté d'annoncer cette grossesse à leur propre mère, notamment parce qu'elles craignaient sa réaction. Certaines, comme Louise, ont préféré attendre que leur mère le découvre par elle-même :

Well, for my mom [...] She wasn't happy about it at all and I was very afraid to tell her. Like, she only knew when I was about seven months pregnant. I knew it from two months but I had to kind of hide it because I was still going to school everyday. Luckily, my stomach didn't show before the seventh month. That's when my mom asked me: "Are you getting fat or are you pregnant?" Like I didn't even tell her, I just let her answer it herself. We didn't talk for a bit after that and I just continued going to school, going to work. (Louise)

Non, au début quand j'ai dit que j'étais enceinte, elle n'était pas trop contente. Elle a dit: «C'est ta décision, tu es une adulte. C'est toi qui prends la décision, mais moi je ne suis pas contente, car je pense que ce n'est pas une bonne chose. Tu devrais finir tes études et tout.» (Diane)

Ma mère, c'est moi qui lui ai appris. Sur le coup, elle n'était pas fâchée, elle avait de la peine. Elle pleurait, elle pleurait. Elle était vraiment désespérée. C'était: «Qu'est-ce qu'on fait?» (Marie-Sophie)

J'ai pu constater, lors des observations participantes, que plusieurs mois après la naissance de l'enfant, les grands-mères maternelles semblent impliquées dans la vie de leurs petits-enfants et offrent du soutien, parfois occasionnel et parfois plus régulier, à leurs filles. Ce phénomène est aussi présent dans les cas où elles n'approuvaient pas la décision de leur fille de devenir mère si jeune.

Paradoxalement, alors que la réaction de leur mère est importante pour elles, peu des femmes rencontrées ont accordé de l'importance à ce que pensait ou disait leur père de leur grossesse :

Mon père était fâché que je tombe enceinte jeune, mais en même temps je lui ai dit: «T'as pas de décision à prendre pour moi. T'es parti de ma vie ça fait déjà longtemps.» Avec mon père, c'est resté comme ça. (Élizabeth)

En fait, dans beaucoup de cas, elles n'en ont tout simplement pas parlé avec lui, laissant à leur propre mère le soin de l'en informer. Les femmes, qui ont privilégié cette forme de transmission pour l'annonce de leur grossesse, indiquent ne pas avoir eu beaucoup d'écho de sa réaction, comme le raconte Mimi :

Q. *Pis ton père?*

R. *Je ne le sais pas vraiment. [Silence] Je ne lui ai pas annoncé moi-même, je pense que c'est ma mère qui lui a dit. (Mimi)*

Les échos qui leur sont parvenus sont divers : un des pères privilégiait une interruption volontaire de grossesse, mais ne le dira jamais à sa fille (qui a toutefois été informée par un tiers de cette opinion) et un autre mentionne espérer des petits-fils, puisque lui n'a eu que des filles.

Quatre des femmes rencontrées en ont parlé directement avec leur père; l'un d'entre eux était en colère, l'autre ne pouvait imaginer ce que ferait sa fille avec un enfant, car il la jugeait uniquement bonne à jouer, un autre a indiqué qu'il ne voulait pas qu'elle passe le bébé «à la balayeuse» et le dernier était «super» content, pour reprendre les termes employés par les jeunes mères. Les pères des jeunes mères semblent cependant très peu impliqués dans le processus, à partir du moment où il y a annonce de la grossesse. Leur rôle est accessoire et leur opinion semble avoir moins de valeur, aux yeux des futures mères, que celle de leur propre mère.

Peu de femmes ont commenté les réactions de leur belle-famille à l'annonce de leur grossesse; ces réactions ne semblent pas significatives pour les répondantes. Ce qui semble se dégager, c'est qu'encore une fois, les réactions sont diverses, allant de la recommandation d'interrompre la grossesse à un soutien financier et matériel, en passant par la joie de devenir grands-parents.

Comme moi, j'avais la belle-famille, ils disaient: «Fais-toi avorter. Il n'assumera pas, ta ta ta.» Hey, c'est de ton petit-fils que tu parles là! (Participante, groupe 1)

Mes beaux-parents eux étaient contents: c'était le premier de la famille. Ils avaient hâte d'avoir un bébé dans la famille. Eux m'ont aidé. Ils m'ont tout tout donné ce que j'avais besoin pour le bébé: la bassinette, les meubles, le linge, les couches. Ils m'ont tout fourni. (Élizabeth)

Sa mère n'était pas au courant parce qu'il ne savait pas comment le dire à sa mère. Alors je lui ai dit: «Laisse-moi le dire à ta mère. Je veux lui parler.» Je n'avais jamais rencontré sa mère et on était au téléphone et je lui ai dit que j'étais enceinte. Sa mère s'est mise à pleurer et a dit: «Oh my God, I can't wait to meet you, all the things I've heard from you.» (Alizée)

Pour trois des jeunes mères interrogées, les liens entre elles et la belle-famille demeurent sains, cela même s'il y a eu séparation, et elles estiment en recevoir le soutien et l'approbation. Pour Marie-Sophie, dont la grossesse a suscité une réaction de colère chez ses beaux-parents à l'égard de leur fils, l'attitude à son égard était positive:

Il est arrivé à ce moment-là et ses parents se sont mis à l'engueuler: «À quoi as-tu pensé?» En tout cas, ça a été quand même assez dur, sauf qu'ils n'étaient pas pour l'avortement. Ma belle-mère, elle n'était pas pour l'avortement, mais son conjoint aurait voulu que je me fasse avorter. C'est comme ça que ça s'est fait. Je suis restée en super bons termes avec sa mère. Elle m'a acheté du linge de bébé, elle avait hâte d'avoir un enfant [...] J'avais plus de contact avec sa famille que lui: sa mère, son frère, son père. (Marie-Sophie)

Ce qui semble avoir été le plus blessant pour les mères de l'étude, ce sont les regards et les jugements qui leur sont adressés par des gens qu'elles ne connaissent pas, soit la réprobation sociale. Elles en ont d'ailleurs discuté longuement, tant dans les entretiens que lors de discussions informelles.

Selon leurs propos, les remarques ou les regards que des gens sont blessants. Elles se sentent mal à l'aise, dévalorisées par leurs commentaires ou leurs regards, comme en font foi les extraits suivants :

People always think like: Oh, poor kid, what she is going to put him through type of thing. Whenever I walk in the streets, maybe it's because I look young, but people look at me: Oh, look at her with her kid. They always look at you as if you did a mistake. They always look at you like it's such a mistake and you are throwing your life away. But to me, I'm not throwing my life away, I'm creating a life. I'm indulging myself by loving another person, you know what I mean? But people always look at you as if it's such a mistake, like you are too young. You are not going to school... But I wasn't going to school, even before I had the baby. It's not because of him I'm not going to school, you know what I mean? I don't think people have the right idea on young mothers. (Alizée)

Même quand j'étais enceinte, à 15 ans, combien de fois je me suis fait dire « une enfant qui va avoir un enfant ». Je me suis fait dire ça maintes et maintes fois. J'étais pas bien avec ça. C'étaient des regards pas fins, du jugement. Ça, j'avais de la misère avec ça quand j'étais enceinte, je trouvais ça... Le plus dur, ce n'était pas d'avoir une grosse bedaine; c'est le regard des gens méprisants. Je me sentais comme une courailleuse. Une petite fille qui couchait à droite et à gauche et qui s'est ramassée enceinte. (Marie-Sophie)

Quand j'étais enceinte, ils me regardaient tellement croche. J'étais comme neuf mois enceinte et ils étaient en train d'essayer de me convaincre d'avoir un avortement. Come on, it's a little late. I'm nine months pregnant, why are you giving me a morale on what I am doing now? (Alizée)

Dans la majorité des cas où elles se sentent jugées, ce sont des femmes qui sont à l'origine de ces remarques ou de ces regards. Selon elles, le fait qu'elles soient jeunes peut donner l'impression aux gens qu'ils ont parfaitement le droit d'exprimer publiquement leur désapprobation de la situation qu'ils observent, comme l'énonce Louise :

And they think of themselves as wiser because they are older. I think they think we don't know what we are doing with our kids. And they have to put in their opinion when we are out with our children. And tell us how to take care of our kids or what we should do with them. Like I think they get, hum, they have a lot more guts to come up to young mother and say something than they would to older mother and say something. (Louise)

Une seule mère rapporte ne pas avoir senti de jugement ou entendu de remarques blessantes lors de sa grossesse ou à la suite de celle-ci :

Mais tout le monde a été très gentil autour de moi. Tout le monde était là pour moi. Mais eux autres voyaient tout ce que moi je ne voyais pas à ce moment-là. Je n'étais vraiment pas bien dans ma peau et tout le monde le voyait, sauf moi. Mais tout le monde a bien réagi, j'ai pas eu de problème. (Shany)

La paternité : un investissement paternel souvent ambivalent

Les participantes de l'étude rapportent un investissement paternel différent de ce qu'elles avaient imaginé, ou espéré, comme le résument les propos tenus par une participante lors d'un entretien de groupe :

La famille parfaite. J'ai catché assez vite que je ne l'aurais jamais, mais j'ai toujours espéré qu'elle reste. Il venait, il ressortait, il venait, il ressortait. Séparation, j'ai accouché, j'étais toute seule. (Participante, groupe 1)

Les mères interrogées mentionnent qu'elles ont dû souvent se débrouiller seule, que le père «prenait la fuite», en s'investissant encore plus dans le travail ou dans des loisirs qui se déroulent à l'extérieur de la maison et dans lesquels la mère n'était pas impliquée.

Il n'était jamais là. On ne se voyait pas. Je me couchais le soir, il arrivait pendant que je dormais et quand je me levais, il était déjà parti. Je lui disais, mais il fallait que je saute une coche pour qu'il passe la journée avec nous autres. Là, il le faisait, mais il repartait après. Comme si le petit était de trop. Là, on dirait qu'il était bloqué. (Élizabeth)

Pis lui, il ne vivait pas ça de la même façon, c'était encore la même chose. Les autres filles, continuer à travailler, se ramasser dans un party au lieu de revenir à la maison. Et moi je le cherchais. Je trouvais ça dur. (Marie-Sophie)

Dans d'autres cas, le père était présent physiquement, mais ne participait pas aux soins comme elles l'auraient désiré :

C'était toujours moi qui s'est [sic] levée et c'est une des raisons pour laquelle [sic] je suis partie. Son père ne s'est jamais levé la nuit, ne l'a jamais fait manger, boire, changer la couche. Il courait à chaque fois, il ne s'en occupait pas du tout. (Marie-Sophie)

Lui, il avait tellement besoin de sa liberté que la moindre petite chose qui pouvait se sentir attaché... Si par exemple, je lui demandais de se lever une nuit. Moi je me levais une nuit et lui, la nuit après, ça le rendait hors de lui. Souvent, je me rendais compte qu'il n'était pas patient. Il n'aurait pas frappé la petite, mais je le savais qu'il n'était pas patient. Donc là, je me levais en arrière de lui parce qu'un bébé, quand tu n'es pas patient, il va pleurer encore plus. Donc, ça, ça n'a vraiment pas été facile. Je ne pouvais pas lui demander de faire des choses moindrement... Il ne donnait pas le biberon dans ses bras, il n'était pas capable. Il l'assoyait dans son banc et il lui donnait le biberon comme ça, dans son banc. [Montre avec des signes] Il n'était pas capable du contact. Je ne sais pas pourquoi, il mettait un frein à tout ça. (Shany)

Comme nous le constatons à la lecture de ces extraits, l'investissement et le soutien paternel sont décalés par rapport aux attentes qu'en avaient les mères.

Les effets perçus de la grossesse sur leur vie

Plusieurs jeunes mères rapportent comme effet positif de la maternité l'amélioration de leurs rapports avec leur propre mère et l'implication de celle-ci dans la vie de leur enfant. Elles ont vu, pour plusieurs, leurs rapports s'améliorer avec leur propre mère et estiment être devenues plus proches, plus «égales» avec celle-ci. Maude illustre cette complicité nouvelle :

Pis autant maintenant j'ai une super belle relation avec ma mère, depuis que j'ai eu mon fils. C'est super, on s'est rapprochées, on s'appelle au moins une fois par jour. (Maude)

Les répondantes estiment toutefois que l'effet le plus positif attribuable à la venue au monde de leur enfant est lié aux changements qu'elles ont introduits dans leur vie. Bien que la situation de départ de chacune soit différente, elles considèrent que le fait de devenir mère les a amenées à changer ce qu'elles sont et la façon dont elles vivent. Ces changements sont faits pour mieux répondre aux besoins du bébé, pour corriger une situation qui n'était pas favorable à sa venue au monde ou encore pour mieux s'adapter à leurs nouvelles responsabilités.

La seconde où, tu sais dans ce temps-là je fumais, je fumais la cigarette, du weed, whatever et la seconde où j'ai vu que le test était positif, je n'ai plus retouché à rien [...] Depuis que je suis enceinte, ma vie a changé. J'ai arrêté de fumer cette seconde-là, j'ai arrêté de fumer du weed, j'ai arrêté de voir..., j'ai changé ma garde-robe complètement. Avant, j'avais des vêtements genre «gangsta» si tu veux et maintenant j'essaie de m'habiller plus comme une mère devrait s'habiller. (Alizée)

Avant, j'étais quelqu'un qui se cherchait tout le temps d'un bord et de l'autre. Je changeais tout le temps, je ne restais jamais à la même place. Je partais à l'aventure là. Je n'étais pas stable. Quand j'ai eu mon fils dans le fond, j'ai mis les freins. (Participante, groupe 2)

Elles sont aussi nombreuses à parler du sentiment qu'elles éprouvent d'être comblées par la parentalité, la perception d'avoir quelqu'un dans leur vie qui sera là pour elles, et pour qui elles seront aussi présentes. Le fait d'être indispensables au bien-être et à la survie d'un autre ressort aussi du discours de certaines mères comme un effet positif, car cela leur fait prendre conscience d'une valeur et d'une importance qu'elles ne s'attribuaient pas avant la naissance du bébé.

Personne ne peut avoir ça avec mon gars. Je parle de personne, je parle du père là, qui n'était pas là, qui ne comprend pas. Moi, je les comprends. Je suis là et je subviens à leurs besoins et je m'en occupe. Je me sens importante en tant que maman. (Participante, groupe 1)

Mais quand j'ai eu mon fils, je me suis dit OK, il y a au moins une personne dans ma vie qui va m'aimer tout le temps. Pas qui va être à moi, et je le sais que ma mère va m'aimer tout le temps, mais c'est pas un amour pareil que mon fils. Même si mon fils dit: «Je t'aime maman d'amour», même s'il ne comprend pas le mot aimer, c'est qu'il le dise, ça me fait toujours chaud au cœur. (Maude)

Les propos des répondantes illustrent bien les trois principaux effets positifs que la maternité a eus sur leur vie. Plusieurs d'entre elles ont vu leur relation avec leur propre mère s'améliorer et reçoivent un soutien de cette dernière. Les habitudes de vie qu'elles adoptaient avant la grossesse ou la venue au monde du bébé sont modifiées favorablement chez de nombreuses mères. Finalement, elles sont nombreuses à rapporter une nouvelle perception de soi plus positive en lien avec leur rôle de mère.

Différents effets négatifs sont aussi rapportés en lien avec la maternité par les mères participant à l'étude. Le premier renvoie à l'absence de liberté avec laquelle elles doivent composer, comparativement à leur situation avant la venue du bébé:

Je trouvais ça dur de ne plus pouvoir sortir, car ma sœur, elle est proche de moi, je la voyais partir les fins de semaine avec ses chums, ils allaient en camping, ils partaient pour la Ronde une journée, pis ça partait tous en char. En char, dans ce temps-là, c'était quelque chose. Moi, je restais chez nous parce que j'avais un bébé. [Silence] (Marie-Sophie)

Il y a des choses qui n'ont pas été faciles dans le fait d'avoir un enfant. Il y a les amis qui continuent à sortir eux autres, mais moi, je ne peux pas, je viens d'avoir un enfant. (Shany)

En plus des nouvelles obligations, du manque de temps pour soi et des difficultés financières, un autre effet négatif de la maternité rapporté par les mères de l'étude renvoie à leur image corporelle. De nombreuses mères interrogées rapportent avoir eu des difficultés à accepter leur corps à la suite de la naissance de leur enfant et à retrouver l'aisance avec le corps qui les caractérisait. Elles se disent maintenant plus pudiques, moins belles et moins satisfaites de leur apparence physique. Pour Shany, c'est un effet majeur, qui l'a affectée pendant plusieurs années:

C'est sûr et certain que j'ai eu un gros deuil à faire de mon physique. Ça m'a pris des années. Physiquement, ça a été une grosse débarque. (Shany)

Lors des entretiens de groupe, elles ont été plus nombreuses que lors des entretiens individuels à aborder cet aspect, principalement parce qu'elles étaient amenées à commenter les ressemblances et les différences qu'elles observaient entre leur vécu et celui des autres mères. Pour beaucoup de femmes qui ne l'avaient pas mentionné initialement, cet

aspect semblait important et partagé. Plusieurs des œuvres créées lors des réunions de groupe contiennent une référence à cet effet négatif, comme en témoigne l'œuvre ci-après.



Cette participante à l'entretien de groupe dont l'œuvre précède l'explique dans les termes suivants :

Pis après ça, après ma grossesse, ça a été comment embellir. Avant, je n'avais pas de problème, c'était correct de se regarder dans le miroir, je me peignais et merci bonsoir. Je me trouvais belle. Maintenant, je passe une couple d'heures. Je ne m'aime pas. Il y a des enfants qui sont sortis de moi. Je n'aime pas mon corps. Je ne suis plus à l'aise. J'ai perdu beaucoup de confiance par rapport à toute ma vie. (Participante, groupe 1)

Une autre participante mentionne que l'un des aspects qu'elle retient de sa grossesse, c'est :

La grosseur. Le pot de Bio-oil™ pour les vergetures... (Participante, groupe 2)

L'analyse de leurs propos laisse aussi percevoir une méconnaissance des changements physiologiques normaux liés à la grossesse, notamment les informations liées à la prise et à la perte de poids, à l'élasticité de la peau et à la présence de vergetures. Au moment où elles deviennent enceintes, elles ne possèdent pas ces connaissances et n'ont pas accès à des sources d'information qui pourraient les aider à mieux comprendre ce qui se passe dans leur corps et les transformations qu'il subit. Rappelons qu'elles étaient âgées de 15 à 19 ans au moment où elles ont appris qu'elles étaient enceintes. Questionnée sur ce qu'elle avait trouvé difficile dans sa grossesse, Marie-Sophie répond :

Ben, je veux dire, je te dirais que c'est de me retrouver à 15 ans avec des vergetures. J'avais pas la conscience qu'en étant enceinte, ton corps change. J'avais l'impression qu'en accouchant, je remettais mes petits jeans, je rentrais dans du petit 26 de taille. Je pesais 102 livres quand je suis tombée enceinte. Donc 37 livres... Je ne suis jamais redescendue à ça [...]. Ça j'ai trouvé ça dur. (Marie-Sophie)

Un autre effet négatif lié à la maternité est sa répercussion sur la vie sexuelle. D'emblée, peu de femmes ont abordé ce sujet, que ce soit dans les entretiens individuels ou de groupe. Certaines l'ont effleuré, comme la participante du groupe 1 dont le témoignage suit :

J'avais pas le goût d'avoir aucune relation, je ne voulais pas qu'il me touche, je ne voulais pas qu'il me voie toute nue. J'ai trouvé ça dur les vergetures et tout le kit. Tout ce qui vient avec la maternité. J'étais traumatisée après. (Marie-Sophie)

Par contre, lorsque le sujet était amené, elles en discutaient un peu plus ouvertement. Plusieurs ont mentionné ressentir beaucoup de pression de la part de leur partenaire parce qu'elles ne sont pas assez disponibles ou intéressées par des activités sexuelles. D'autres mentionnent que les changements qui se sont opérés dans leur corps pendant la grossesse ou après l'accouchement contribuent à créer un fossé entre elles et leur partenaire.

C'est principalement lors des conversations informelles tenues avec elles lors des neuf mois de terrain que j'ai eu l'occasion de discuter et d'entendre discuter de sexualité et des répercussions de la maternité sur la vie sexuelle. Selon ma compréhension de leurs propos, l'adaptation à leur nouvelle condition de mère s'est faite de façon plutôt isolée : leur entourage (les filles de leur âge) ne vivait pas la même chose qu'elles et elles ont peu de gens avec qui parler ou comparer cet aspect de leur vie. Les images qui sont projetées un peu partout des filles de leur âge ne trouvent pas écho dans leur réalité. Cet isolement, conjugué à la méconnaissance des changements physiologiques et psychologiques associés à la grossesse, a contribué à garder intacts leurs questionnements sur la « normalité » de ce qu'elles ressentent et vivent sur le plan de leur sexualité. Elles ne savent pas comment devrait se dérouler une vie sexuelle après la naissance d'un enfant et s'interrogent sur le désir qu'elles doivent éprouver.

Le portrait n'est donc pas que rose ; les jeunes mères rencontrées rapportent aussi des effets négatifs sur leur vie attribuables à la maternité. La perte de liberté et la lourdeur des responsabilités qui leur incombent représentent un défi important auquel elles doivent faire face. Les modifications corporelles qui entourent la grossesse, comme la prise de poids, les changements dans leur désir sexuel et la perception du partenaire ont aussi été difficiles pour certaines d'entre elles.

La maternité précoce est-elle perçue comme une adversité ?

Contrairement à ce qu'on aurait pu croire, beaucoup de jeunes mères n'identifient pas la précocité de la maternité comme un événement adverse lorsqu'elles sont questionnées à ce sujet en entretiens individuels ou de groupe. Elles identifient la maternité comme une étape difficile, un apprentissage, mais ne l'associent pas d'emblée à l'âge pour statuer sur son degré d'adversité. D'autres participantes, les deux mères les plus âgées de

l'échantillon, ont un regard différent sur la question et estiment que le jeune âge est un obstacle supplémentaire dans cette transition importante entre le statut de femme sans enfant et celui de mère. Le discours des mères peut donc être réévalué rétrospectivement.

Les mères interrogées dans le cadre de cette étude reconnaissent que leur parcours est difficile et sont conscientes qu'elles ont à affronter des difficultés plus grandes que celles auxquelles font face d'autres mères, qui ne vivent pas dans les mêmes conditions qu'elles. Ceci étant dit, la maternité à un âge précoce n'a pas pour elles la même signification que pour les professionnels de la santé et des services sociaux ou les intervenants communautaires avec qui elles sont en contact : la notion de risque lié à la maternité précoce, pour elles ou leur enfant, est vide de sens. Leur discours laisse entendre, au contraire, que la maternité a été un moteur de changement positif, malgré les effets négatifs qu'elles lui attribuent aussi. Il ne fait donc pas de sens pour la majorité d'entre elles de dire que le fait d'avoir été mères de façon précoce est une adversité. Ayant eu la chance de passer plusieurs mois avec de jeunes mères, j'ai eu l'occasion de discuter souvent de cet aspect avec elles lors d'échanges informels. De ces entretiens, il ressort que l'attribution des difficultés vécues à d'autres facteurs qu'à l'âge contribue à « justifier » leur décision d'avoir poursuivi la grossesse à ce moment de leur vie. En outre, il semble que le fait de nommer la maternité précoce comme une adversité rendait « réelle » cette adversité.

Les observations que j'ai pu faire et les propos tenus lors des entretiens m'indiquent qu'elles ont souvent à se battre contre l'étiquette « jeune mère = mauvaise mère ou mère à risque ». Pour beaucoup d'entre elles, une de leurs principales motivations est de démontrer que cela est faux et de prouver à leur entourage qu'elles sont de bonnes mères. Dire que le fait d'être jeune constitue un obstacle à la parentalité pourrait donc nuire à leur objectif. De même, elles ont toutes choisi de poursuivre leur grossesse, malgré leur jeune âge. Dire que leur jeune âge a constitué un obstacle supplémentaire dans leur parcours pourrait signifier qu'elles ont pris une décision qui a conduit à un contexte de maternité qui n'est pas « idéal », ou encore qu'elles n'ont pas pris la bonne décision.

En fait, j'ai souvent été témoin de comparaisons avec les « normes » ou été prise à témoin avec mes propres enfants pour justifier que l'âge n'est pas un facteur de risque quant aux compétences parentales : Mon bébé fait-il ses nuits ? À quel âge mon aînée a-t-elle été propre ? Est-ce que ça m'arrive de perdre patience et de hausser le ton pour parler à mes enfants ? Ma plus jeune ne marche pas encore ? Comme elles savaient que j'ai eu mes enfants plus tardivement qu'elles, le fait que les comportements de nos enfants ou que nos comportements face à eux soient souvent comparables contribuait à réduire l'importance de l'âge à la naissance de l'enfant et discréditait même le fait de le considérer comme un facteur

de risque. À la question «La maternité précoce est-elle perçue comme une adversité?», la réponse est donc ambivalente. Elle est négative pour les jeunes mères, mais positive pour les mères plus âgées qui ont eu leur enfant précocement. Elle est positive pour la littérature scientifique, mais un peu des deux pour les intervenantes qui accompagnent ces jeunes. Cette étude démontre que la maternité précoce est une forme d'adversité, sans toutefois être un obstacle absolu; elle permet à plusieurs jeunes mères de se mobiliser et de surmonter les enjeux et les défis qui y sont associés.

En résumé : l'importance de la maternité dans le parcours de vie

La maternité occupe une place centrale dans la vie des jeunes femmes rencontrées au cours des deux années de collecte de données. C'est d'ailleurs un aspect frappant pour l'observatrice que j'étais. Au-delà des propos rapportés lors des entretiens individuels et de groupe, c'est l'importance donnée au fait d'être mère et à la maternité comme projet de vie qui m'a surprise. Pour moi, la maternité occupe une sphère importante dans ma vie, parallèlement à ma vie professionnelle, étudiante, conjugale, sociale et personnelle. Elle a des répercussions dans toutes les autres sphères de ma vie, évidemment, mais n'a pas diminué mon désir de me réaliser sur le plan professionnel ou de poursuivre mes études, en visant un équilibre et une conciliation travail-famille-études.

Lors d'un échange informel, j'avais lancé que ce n'est pas parce que j'avais eu une première fille, puis une seconde quelques années plus tard que cela m'empêchait d'aller à l'école ou de travailler. Une mère m'avait regardé, puis m'avait dit: «*Tu vois, pour nous, c'est le contraire. C'est parce qu'on a un enfant qu'on n'a plus le goût d'aller à l'école ou de travailler.*» Ces différents échanges m'ont beaucoup éclairée sur l'importance donnée à la maternité par certaines femmes, dont font partie les mères de l'étude. Ce que je constatais lorsque j'assistais aux réunions de groupe, c'est qu'elles avaient leurs enfants à temps plein avec elles, malgré les possibilités d'avoir accès à un service de garde subventionné. Elles trouvaient d'ailleurs très étrange que ma fille aînée ne soit pas avec moi, tant lors du premier terrain que du second, et que je ne voie pas d'inconvénient à la placer à la garderie durant ses premières années de vie. Les mères que j'ai côtoyées lors des deux terrains souhaitent rester à la maison avec leurs enfants et les élever, du moins jusqu'à leur entrée dans le milieu scolaire. Retourner à l'école ou sur le marché du travail tout en ayant des enfants en bas âge contrecarrerait leur idéal de la parentalité¹.

1. Je traiterai de ce point plus longuement dans la section portant sur les facteurs de vulnérabilité associés à la résilience.

Le contexte relationnel

Cette section s'intéresse au contexte relationnel dans lequel s'inscrit la grossesse pour les femmes rencontrées et est divisée en six sous-sections : 1) le contexte relationnel avant la grossesse ; 2) le contexte relationnel pendant la grossesse et le post-partum ; 3) le choix de rapporter des comportements violents sans nommer la violence ; 4) la violence : présente sous plusieurs formes ; 5) la violence : une réalité bidirectionnelle ? ; et 6) un contexte relationnel adverse : plus que de la violence. Cette discussion nous aidera à comprendre si le contexte relationnel des jeunes mères de l'étude est perçu comme une adversité.

Le contexte relationnel avant la grossesse

Pour la majorité des femmes rencontrées, tant lors des entretiens de groupe que lors des entretiens individuels, la grossesse s'est déroulée dans le cadre d'une relation stable qu'elles jugeaient importante ; une seule a eu son enfant à la suite d'une relation éphémère. Pour de nombreuses femmes interrogées, cette relation a été leur première « vraie » relation amoureuse.

En fait, lui c'est mon premier amour. Je l'ai connu à l'âge de 13 ans, pendant un an à peu près, jusqu'à ce que j'aie 15 ans. On s'est laissé, ça n'a pas marché. J'ai eu des chums de mon côté, il a eu des blondes et à 18 ans, on est revenu ensemble. Et on a décidé de faire un enfant. C'était mon premier amour, c'était sérieux. Je l'aimais et je le sais qu'il m'aimait. Mais on n'était pas fait l'un pour l'autre. Moi, j'avais besoin d'être sécurisée et d'être dirigée dans la vie, et lui avait besoin de liberté. Je l'étouffais, tu comprends ? Donc, c'est ça. (Shany)

Le père de ma fille, c'était mon premier chum. Tu sais, ma première [avec emphase] relation. Ça faisait quand même deux ans et demi qu'on était ensemble. (Marie-Sophie)

Les relations amoureuses dans lesquelles se sont inscrites les grossesses sont différentes d'une femme à l'autre. Certaines décrivent ces relations comme étant « correctes » ; elles répondent à leurs attentes et elles s'y sentent relativement bien. D'autres reconnaissent qu'avant la grossesse, il y avait des problèmes au sein de leur relation.

Je suis allée vivre chez mes parents. Pis là, mon chum est tombé en dépression. Pis on s'est laissé presque toute la grossesse de mon fils. (Mimi)

I used to work at the casino so I had decent money. So I told him: "I will pay for your ticket." But he said: "I don't want to leave just now, I'm having fun with my friends." I was like, you tell me you want to be a dad but then you tell me you don't want to come back. Throughout the first months of my pregnancy, we just had fights all the times because he didn't come back. (Alizée)

Ça a commencé à aller mal directement là parce qu'il m'a laissée deux semaines quand j'étais enceinte de ma première. J'étais enceinte de sept mois, je pense, et il m'a laissée pendant deux semaines. C'est là que ça a commencé à être rock-and-roll. Mais en fait, ça a été difficile tout au long de ma grossesse avec lui. Il n'était pas prêt à ça, il ne voulait pas... (Shany)

La durée de la relation au moment de la grossesse varie. Pour certaines, il s'agit de relations de plusieurs années, alors que pour d'autres, cela fait quelques mois ou semaines qu'ils sont ensemble. Peu d'entre elles vivaient avec leur partenaire intime au moment de la grossesse. Seulement 4 femmes sur les 10 rencontrées lors des entretiens individuels menaient déjà une vie commune avec leur conjoint. Dans deux des cas, les conjoints sont plus âgés (12 ans de plus dans un cas et 20 ans de plus dans l'autre). Une participante, alors âgée de 16 ans, vit chez ses beaux-parents qui l'hébergent et une autre, qui a 18 ans, vit en appartement avec son conjoint sensiblement du même âge qu'elle. Une seule participante rapporte avoir été victime de violence physique de la part de son partenaire amoureux avant la grossesse. Par contre, le discours de certaines d'entre elles laisse entrevoir des comportements qui pourraient être qualifiés de violence psychologique : tromperies, contrôle, mensonges et infidélités. Les analyses des trajectoires démontrent que l'évaluation du contexte relationnel tel qu'il est perçu par les jeunes femmes au moment de l'annonce de la grossesse ne semble pas constituer un critère sur lequel repose leur décision de garder ou non l'enfant.

Le contexte relationnel pendant la grossesse et le post-partum

Ce qui étonne dans l'analyse des données se rapportant au contexte relationnel, c'est l'ambivalence dont semblent faire preuve certaines mères interrogées quant à l'utilisation du mot violence pour caractériser soit leur relation, soit certains comportements de leur partenaire. Lors de l'élaboration du devis de recherche guidant cette étude, il avait été convenu d'avoir recours au concept de violence pour sélectionner les participantes. Sur le terrain, la réalité fut différente de ce qui avait été prévu. Je me suis vite aperçue que le mot violence rebutait les participantes et créait une distance entre elles et moi. Voyant bien que cela freinerait le projet, j'ai modifié le matériel explicatif et j'ai plutôt choisi de parler de « *relation amoureuse pas toujours rose, avec ses hauts et ses bas* ». Comme prévu initialement, j'abordais la question de la relation amoureuse lors de la rencontre précédant l'entretien de recherche (présélection) en posant quelques questions ouvertes à la participante pour tenter de saisir ce que représentaient pour elle *les hauts, mais surtout les bas* d'une relation. C'est donc sur la

base de cette information, jumelée aux autres points retenus dans les critères de sélection, que les mères étaient approchées, puis sélectionnées. Toutes les relations des mères, qui estimaient que *leur relation amoureuse n'était pas toujours rose, avec ses hauts et ses bas*, présentaient des éléments permettant de conclure à la présence de comportements violents.

Le choix de rapporter des comportements violents sans nommer la violence

À la fin des entretiens individuels et des entretiens de groupe, les mères ont eu à remplir une version française adaptée du questionnaire Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). Cette échelle permet de rapporter les comportements violents qui se sont manifestés au cours d'une période donnée et de statuer sur la présence de violence au sein de leur relation intime. Or, dans de nombreux cas, la CTS2 remplie par la mère ne démontrait pas la présence de violence. Cependant, l'entretien individuel ou de groupe de plus d'une heure qui venait de se dérouler, de même que la rencontre préparatoire à l'entretien, comportaient la description précise de comportements pouvant entrer dans une des catégories répertoriées par la CTS2, à savoir la violence physique, psychologique ou sexuelle.

Il est arrivé à plus d'une reprise que la jeune mère me rapporte des propos illustrant des gestes violents selon les critères utilisés dans la littérature scientifique pour définir la violence entre partenaires intimes. Ces propos ne se rapportent toutefois pas aux questions portant sur les difficultés relationnelles survenues lors de la période de la grossesse, sur la vie de couple pendant la grossesse ou durant le post-partum dans le questionnaire (p. ex. « Mon partenaire a sacré après moi ou m'a insultée; mon partenaire a insisté pour avoir des rapports sexuels avec moi, même si je ne le désirais pas et le lui ai dit, sans utiliser de force physique »). Il y a une discordance entre ce qu'elles identifient comme étant violent et ce qu'elles rapportent comme ayant été difficile dans leur relation conjugale, comme le montre le tableau 6.3.

Cet exercice de comparaison entre les données recueillies dans le cadre des entretiens et celles obtenues par la CTS2 met en lumière la difficulté pour certaines femmes de reconnaître dans leur quotidien des paroles ou des gestes empreints de violence, quel que soit le type de violence. De plus, plusieurs comportements abusifs rapportés par les jeunes mères sont absents de la CTS2, ce qui montre les limites associées à l'usage unique d'un questionnaire standardisé pour témoigner d'un vécu de victimisation dans un cadre relationnel.

TABLEAU 6.3.
Discordances et omissions entre les propos tenus lors de l'entretien individuel
et les réponses obtenues au questionnaire CTS2

Participant*	Présence de violence psychologique subie		Présence de violence physique subie		Présence de violence sexuelle subie		Ce que la CTS ne rapporte pas sur un contexte relationnel adverse
	CTS	Entretien	CTS	Entretien	CTS	Entretien	
Élizabeth	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Contrôle financier, dénigrement, humiliation.
Mimi	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Problème de consommation conjoint (non-respect des engagements et participation aux responsabilités familiales).
Marie-Sophie	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Relations extraconjugales, menaces de représailles si elle le quitte, ne lui permet pas de récupérer ses effets personnels et ceux du bébé, pas d'aide financière.
Maude	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Problème de jeu (dépendance financière, non-respect des engagements et participation aux responsabilités familiales).
Shany	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Décourages fréquents, relations extraconjugales.

TABEAU 6.3.
Discordances et omissions entre les propos tenus lors de l'entretien individuel et les réponses obtenues au questionnaire CTS2 (suite)

Participant*	Présence de violence psychologique subie		Présence de violence physique subie		Présence de violence sexuelle subie		Ce que la CTS ne rapporte pas sur un contexte relationnel adverse
	CTS	Entretien	CTS	Entretien	CTS	Entretien	
Diane	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Absences de plusieurs jours sans nouvelles, menaces de s'installer ailleurs et de fonder une autre famille, pas d'aide financière, dénigrement de son corps et rejet de l'intimité sexuelle.
Alizée	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Départs fréquents, absences répétées, relations extraconjugales.
Sky	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	
Louise	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Manque de respect envers ses besoins (p. ex. amener des amis à la maison la nuit pour faire la fête, ne pas l'aider à s'occuper du bébé).

* Isabelle n'a pas voulu remplir le questionnaire écrit. Elle est donc exclue pour cette section de l'analyse.

La violence : présente sous plusieurs formes

Lors des entretiens individuels ou du processus de création artistique se déroulant lors des entretiens de groupe, une minorité des femmes ont rapporté avoir été victimes de conduites physiques violentes : se faire bousculer, se faire lancer des objets ou se faire menacer avec des objets. Élisabeth, qui a vécu des épisodes de menaces de violence physique, raconte l'un deux :

Je me faisais contrôler et il a voulu me frapper [...] Donc il a voulu me frapper, mais ça a passé sur le mur en arrière. Après il a pris sa botte en acier, cap d'acier et il a foncé sur mon amie. Il était rendu... Il trouvait ça normal. J'ai vécu ça pendant deux mois. Il ne m'a jamais frappée après, mais tu sais, les signes étaient là. Là, j'étais rendue une conne, je sais pas rien faire, je ne sais pas comment m'occuper de mon enfant, je ne sais pas comment faire du ménage. Les soupers, ben ce n'était jamais bon. (Élisabeth)

La violence psychologique, les menaces et le contrôle semblent par contre des formes de violence plus présentes chez les femmes ayant participé à l'étude :

J'étais avec mon chum, mon ex, sauf que j'étais en solo quand même pendant la grossesse. Pis maintenant encore. Jamais là pour m'aider, autant financièrement que moralement. Tout le temps là pour me contrôler... Violence conjugale, psychologique, c'était tout ça. La peur. (Participante, groupe 1)

Il m'a dit : « T'as pas d'affaires à aller avec le petit. T'as pas le droit d'aller loin comme ça. Tu ne m'as pas appelé, je n'étais pas au courant. » Je t'ai laissé une note au moins là. Ça a commencé comme ça, il m'a traité de noms et à me dégrader. Encore une fois, je me suis bloquée et je suis restée dans la maison pendant un autre mois sans sortir ni appeler personne. (Élisabeth)

Un domaine dans lequel des conduites violentes sont présentes pour beaucoup de femmes, mais peu rapportées, est la sphère de la sexualité. D'emblée, lorsqu'elles étaient questionnées sur les difficultés vécues dans le cadre de leur relation amoureuse et sur les gestes commis envers elles par leur conjoint, aucune n'a parlé de la sphère sexuelle. Lorsqu'elles ont été questionnées spécifiquement sur cet aspect, plusieurs ont rapporté des comportements violents, que ce soit pendant la grossesse ou le post-partum (jusqu'à un an après l'accouchement). Cette constatation est particulièrement frappante à la lecture des réponses au questionnaire CTS2 rempli par les participantes : trois d'entre elles rapportent avoir subi des comportements sexuels violents. Lors des entretiens, ce sont cinq d'entre elles, soit la moitié, qui rapportent avoir subi des comportements sexuels violents. Ainsi, de nombreuses participantes rapportent avoir été contraintes d'avoir

des rapports sexuels alors qu'elles n'en manifestaient pas le désir. D'autres ressentent de la pression pour avoir une vie sexuelle plus active, comme l'illustrent les extraits suivants :

Q. *Ressentais-tu de la pression ?*

R. *Oui, beaucoup. Beaucoup. Même encore aujourd'hui, j'ai pas... C'est pas revenu à 100%. C'est pas... J'ai pas besoin de ça pour vivre. Moi, si j'en ai pas pendant un mois, ça ne me dérange pas, mais c'est peut-être parce que j'ai eu... C'est dur à dire, mais ce que je voulais. J'ai eu mon enfant alors. C'est cruel à dire, mais c'est peut-être ce qu'il pense aussi [...] C'est pas revenu à 100%, pis j'ai toujours l'impression qu'il fait toujours des farces par rapport à ça.* (Diane)

Pendant comme deux mois et demi, j'ai porté une serviette sanitaire tous les jours, pis c'est ça qu'il a trouvé le plus dur. De ne pas avoir... J'avais beau essayer de trouver d'autres moyens de lui faire plaisir, mais [silence] c'est dur. (Maude)

La violence : une réalité bidirectionnelle ?

Les réponses obtenues à la CTS2 semblent témoigner d'une violence bidirectionnelle au sein des couples que forment (ou formaient) les jeunes mères lors de leur grossesse. Ces dernières indiquent en effet avoir elles-mêmes recours à des comportements violents, quoique dans une moindre mesure que ceux rapportés pour leur conjoint. Ces comportements se retrouvent de façon dominante dans la sphère de la violence psychologique. Une minorité de femmes interrogées indiquent avoir eu des comportements violents physiquement, mais aucune ne rapporte avoir eu des gestes violents sexuellement. Ces comportements féminins violents n'ont pas été mentionnés lors des entretiens, individuels ou de groupe. Il importe toutefois de mentionner que les questions de l'entretien ne portaient pas spécifiquement sur la violence dont elles sont les auteures. En fait, dans les entretiens, lorsqu'elles parlent de situations violentes dans lesquelles elles étaient impliquées, c'est en référence à des conflits auxquels elles participaient, en utilisant le « nous », comme le démontre Louise : « *It was hard, we were always fighting* » (c'est moi qui souligne). Il n'est donc pas possible de dégager, à partir des données obtenues, une tendance quant à la bidirectionnalité de la violence présente lors de la grossesse chez les jeunes mères rencontrées.

Un contexte relationnel adverse : plus que de la violence

D'autres gestes et attitudes du conjoint constituent les assises de ce qui a été nommé ici un contexte relationnel adverse. Il ne s'agit pas de gestes catégorisés comme étant violents selon les principaux indicateurs actuellement utilisés pour les enquêtes dans le domaine de la violence conjugale. Ces situations rapportées sont toutefois associées à un contexte susceptible

de générer des conflits au sein de la relation. De même, ces différents comportements et leurs conséquences sur la santé mentale des mères interrogées justifient, à notre avis, que ces gestes soient considérés comme participant à la création d'un contexte relationnel adverse. À titre d'exemple, la participante suivante rapporte des absences de son conjoint du domicile familial pendant plusieurs jours sans l'avertir, la laissant seule avec les enfants et inquiète :

Q. *Qu'est-ce que tu veux dire exactement? Est-ce qu'il part plusieurs journées?*

R. *Oui, des fois, c'est plusieurs journées, trois jours, cinq jours.*

Q. *Et toi, pendant ce temps-là, as-tu des nouvelles?*

R. *Des fois, il appelle, il dit: «Je vais bien», mais des fois, non. (Diane)*

Le stress économique induit par le partenaire est aussi un aspect présent pour beaucoup de mères. Ainsi, une autre mère parle des responsabilités financières importantes qu'elle doit assumer seule, malgré le fait qu'elle bénéficie de l'aide sociale, alors que son conjoint travaille. Elle explique aussi durant l'entretien que son conjoint a un problème de jeu et qu'il lui est arrivé de prendre l'argent qui devait servir à payer des factures et autres dépenses de la maison pour le jouer.

Q. *Avant ça, il ne t'aidait pas? C'est toi qui assumais toute seule?*

R. *Oui, Pour ma protection, pour moi. Je me disais si jamais il vient qu'on se laisse, je n'aurai pas à courir pour avoir des sous après lui. Il était d'accord avec ça. Il trouvait ça normal là [...] Je subvenais au logement, pas à tous nos besoins, mais le loyer est à mon nom, les comptes sont à mon nom. Il me paie un sac de couches une fois de temps en temps. (Maude)*

Un manque d'empathie est aussi observé dans plusieurs cas. Ainsi, comme l'illustrent les extraits d'entretiens avec deux mères, le conjoint manifeste peu d'égards face à leurs besoins :

R. *Elle [l'infirmière à l'unité de naissance] a envoyé mon copain pour faire la carte de l'hôpital. Trois fois, il a descendu, mais il n'a jamais trouvé la place. Il était fâché avec elle, il a lancé la carte et il est parti. J'étais toute seule.*

Q. *Pendant ton accouchement, il n'était pas là?*

R. *Non, c'était moi, seule. Il est revenu après, quand j'avais accouché. (Diane)*

I had been starting college and I was going to school throughout the day and when I would come home, he would be leaving to work overnight. So he would come home from his work at like 1 or 2 in the morning, he would bring over a whole bunch of friends. That were super loud, they would go make music in the room and start singing and playing videogames loud loud. And I would be trying to sleep and my son, who was sleeping in the same room as me, would wake up. So he woke up my son, me and I would have to woke up for school and leave at six. And that was every day. I didn't get any rest at all and he wouldn't respect the fact that I had school, I want to graduate from college. (Louise)

La sphère sexuelle peut aussi être un domaine où se manifestent des gestes participant à la création d'un contexte relationnel adverse. L'infidélité et les relations extraconjugales en sont un exemple :

J'ai accouché le 23 décembre, donc j'ai passé Noël à l'hôpital. Pis lui, ben au lieu d'être avec moi, il s'est retrouvé dans un bar avec des filles pis en tout cas, ça a commencé un gros paquet de tromperies, il m'a trompé un paquet de fois. (Marie-Sophie)

Enfin, une dernière participante fait référence à un climat de tromperie, de mensonges et de culpabilisation :

And then he'd be telling me stuff like he is at work and I would be OK. But then I would go to the club and see him with another girl, you know what I mean? Aren't you supposed to be at work? [...] So we had fights about his drinking, other girls and phone numbers. Then he started blaming me, telling me I was the one who was behaving bad. (Alizée)

Le contexte relationnel des jeunes mères de l'étude est-il perçu comme une adversité ?

Pour la totalité des mères ayant participé à l'étude, le contexte relationnel est perçu comme une adversité importante entourant la grossesse, plus que le fait de donner naissance de façon précoce à un bébé.

[...] Parce que du moment que tu l'as décidé d'être enceinte et que tu l'es enceinte, c'est plus facile que d'être avec quelqu'un que tu n'as pas nécessairement décidé qu'il va prendre le contrôle de ta vie [...] Je me dis qu'à partir du moment où tu as décidé d'être enceinte et tu l'acceptes parce que si tu t'es pas fait avorter, c'est que tu as décidé de le garder, c'est plus facile de dire je vais vivre avec mes responsabilités que de te faire insulter par un chum qui contrôle ta vie. Je le sais pas, une journée tu as le goût de mettre ta petite minijupe pis ton chum te dit qu'il ne veut pas que tu mettes ta minijupe parce que tu as l'air d'une pute, c'est plus facile d'accepter que tu te lèves quatre fois la nuit pour ton bébé. C'est plus facile de te lever pour ton bébé quatre fois dans la nuit que de te faire empêcher par quelqu'un qui a décidé pour toi. (Marie-Sophie)

Lors des observations sur le terrain, nous avons eu à maintes reprises, elles et moi, l'occasion de discuter de leurs relations intimes. Ces échanges m'ont permis de constater que chez les mères de l'étude, mais aussi chez d'autres jeunes mères que j'ai pu rencontrer, la présence d'un contexte relationnel adverse constitue un boulet qu'elles doivent traîner. Cette relation amoureuse difficile contribue à augmenter leur vulnérabilité. Ce contexte relationnel adverse amène aussi des émotions et des sentiments négatifs qui contribuent à fragiliser davantage la jeune mère. Ainsi, il n'était pas rare que les rencontres dans les deux organismes visités débutent par un tour de table informel qui permettait à chacune de nous dire brièvement comment elle se sentait et de raconter les événements de la semaine.

J'ai été assez surprise de constater que la majorité des échanges et des partages ne portaient pas sur les défis de la maternité ou sur l'enfant comme je m'y serais attendue, mais plutôt sur les difficultés qu'elles vivent dans leur relation amoureuse. Il semble donc y avoir un intérêt de la part du groupe de pairs à accompagner et à conseiller la jeune mère qui vit une situation amoureuse difficile, puisque cette situation est identifiée comme une grande adversité à cette étape de leur trajectoire.

En résumé: le contexte relationnel comme composante principale de l'adversité

Les données recueillies sont éloquentes: le contexte relationnel dans lequel se déroule la période périnatale est, pour la totalité des jeunes mères que nous avons rencontrées, une adversité. L'une des difficultés majeures qu'elles vivent est de nommer spécifiquement les attitudes et gestes violents sous ce vocable. Paradoxalement, elles sont conscientes que leur relation n'est pas saine et leur cause du tort. L'analyse de leur discours permet de mettre en lumière le fait que la pluralité des formes de violence qu'elles rencontrent au sein de leur relation intime ne correspond pas à la définition parfois trop contraignante des gestes de violence, définition proposée par des instruments de dépistage ou d'identification. Cet écart ne facilite pas sa reconnaissance. La relation amoureuse qui les vulnérabilise est cependant considérée par plusieurs comme un boulet dont elles s'imaginent pouvoir difficilement se libérer, notamment à cause de l'arrivée de l'enfant et du désir profond de lui offrir une famille unie. Au contraire, le rôle maternel est vécu comme un choix difficile, mais assumé, qui apporte son lot de changements perçus comme positifs. Ces facteurs de résilience seront abordés dans les sections suivantes.

Le point tournant

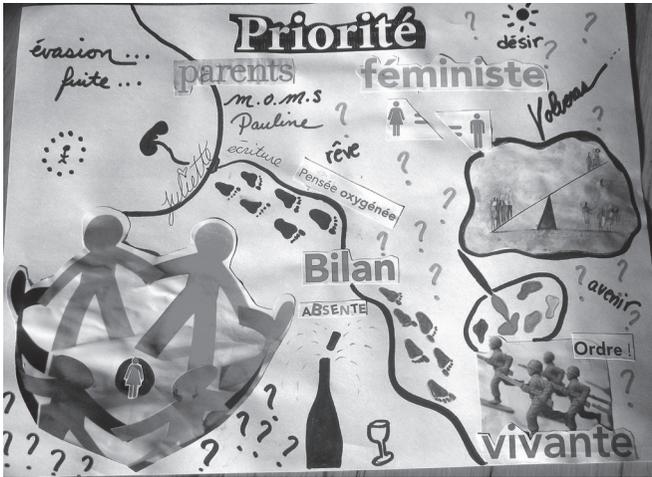
Pour les jeunes mères rencontrées, la maternité a été un point tournant dans leur vie. Le fait de devenir mère et d'avoir la responsabilité d'un enfant a bouleversé le cours de leur existence et leur a fait prendre conscience de l'incidence de chacun de leurs gestes et de chacune de leurs décisions sur la vie d'un autre, comme l'illustrent les citations tirées des entretiens individuels et des entretiens de groupe:

Quand ton enfant arrive au monde, je ne sais pas, tu te sens plus mature, plus responsable. Tu as quelqu'un à t'occuper. Tu ne peux pas le laisser là et t'en aller à Tombouctou. (Participant, groupe 2)

Moi, je pense qu'un enfant, c'est vraiment quelque chose de majeur. Ça te fait réaliser ben des affaires là. Il n'y a plus juste toi, il y a quelqu'un d'autre. (Participant, groupe 1)

OK, go, c'est là, c'est le temps. Moi j'avais donc le désir d'arrêter de consommer, mais... Hey, tu vois le test, tu fais comme OK... On part, tu sais? C'est comme un coup de pied. (Participante, groupe 1)

La participante d'un entretien de groupe représente ce point tournant sur son œuvre par une ligne qui divise sa page en deux. D'un côté, c'est avant la grossesse et de l'autre, c'est la vie avec un enfant.



Elle explique son œuvre en ces termes :

Après ma fille, c'est d'autres questionnements. J'ai juste changé mes couleurs pour essayer de montrer que je pensais peut-être à, je ne sais pas évasion, fuite, mais pas nécessairement le côté négatif parce que j'ai voyagé, mais j'avais des questionnements sur le futur, sur mon avenir. Quand ma fille est arrivée, ben c'étaient d'autres questionnements rattachés à elle: qu'est-ce que je vais faire, mes rêves? Des désirs, l'avenir... pis ben c'est ça, j'ai mis de l'ordre. Un petit soldat là pour faire la bataille. (Participante, groupe 1)

La maternité et la création d'un lien affectif avec l'enfant

Mes échanges avec les mères lors des terrains et des entretiens me permettent de constater que la grossesse provoque dans certains cas ce cheminement vers un changement de trajectoire. C'est toutefois « **la rencontre avec leur enfant et la création d'un lien affectif avec celui-ci** » qui vient consolider ce désir d'améliorer sa situation. Ainsi, certaines femmes ont apporté des changements importants dans leur trajectoire dès l'annonce de la grossesse. Pour d'autres, les changements se sont mis en branle lorsque le bébé est arrivé.

Moi, quand j'ai eu ma fille, j'étais dans la consommation et quand j'ai vu le test de grossesse aussitôt, je me suis dit il faut que j'arrête. Je n'ai jamais assimilé tout ça. Tout le temps de ma grossesse, je pensais d'arrêter, mais c'est quand je l'ai eue dans les bras, la première fois que je l'ai eue dans les bras, ça m'a changé ma vie à moi. (Participante, groupe 1)

Pour une participante, le déclic s'est fait plus tard. Après une année à répondre minimalement aux besoins de son fils, tout en continuant à « tripper » lorsqu'il n'était pas avec elle, un lien s'est formé entre elle et son fils, et c'est ce qui l'a amenée à modifier sa trajectoire.

Ben quand il était là, je ne consommais pas. La semaine, je consommais zéro zéro... ça arrivait que des fois, le soir j'invitais des amis pis que je buvais, mais je me levais quand même le lendemain matin. Pis il n'a jamais rien manqué. Je ne peux pas dire qu'il y a une journée où... où il n'a pas mangé. C'est jamais arrivé. Il a toujours eu ses trois repas, son lit, il a toujours tout eu. Même si j'étais fatiguée ou amochée, il a toujours tout eu. J'étais là pour lui donner ses besoins. Je n'étais pas là pour... tu sais toute l'affection, il n'en a peut-être pas eu assez... Tu sais, je l'aimais, mais ce n'était pas ma priorité [...] Le père de mon fils le prenait un week-end sur deux. Pis ensuite j'ai eu la garde légale. Pis là je ne voulais plus que mon fils parte chez son père. J'étais bien avec mon fils. Je l'aimais là mon gars. Là, je lui donnais tout. C'était lui qui passait avant moi. Ça avait tout reviré de bord. (Élizabeth)

Ainsi, bien que la notion de temps nécessaire à la création d'un lien affectif profond avec l'enfant puisse différer d'une mère à l'autre, c'est la prise de conscience de cet attachement qui semble amener les jeunes mères à se mobiliser pour assumer positivement leur rôle parental. Cet attachement affectif envers leur bébé s'appuie, en partie, sur la reconnaissance de ses besoins et sur leur capacité physique et émotionnelle à y répondre, donc sur la reconnaissance de leur compétence maternelle. Leur contexte relationnel, en opposition, n'est pas un domaine où elles obtiennent de la reconnaissance de la part du conjoint. L'identité maternelle, en raison du sentiment d'utilité et de valeur qu'elle leur procure, devient centrale dans la représentation de leur identité. La maternité prend alors tout son sens et la bifurcation vers une trajectoire de résilience se met en place.

Les processus mis en place pour modifier leur trajectoire

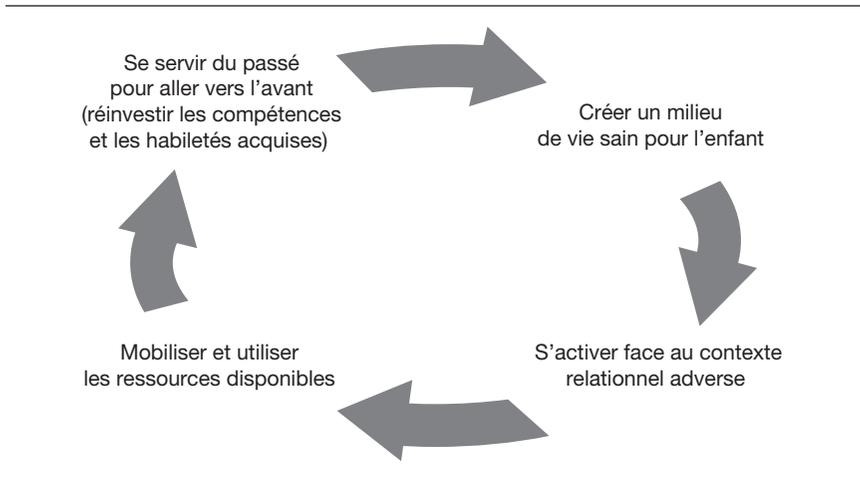
Puisqu'il est question de trajectoire de résilience, il faut percevoir les processus comme des points d'ancrage pour la mise en place d'une telle trajectoire dans la vie des jeunes mères rencontrées. Ces différents éléments se sont ajoutés les uns aux autres pour (co)créer une trajectoire de résilience, en interaction avec leurs environnements. Ils peuvent survenir de

façon simultanée, l'un après l'autre, dans un ordre d'apparition différent ; les données ne nous permettent pas de proposer un modèle unique relativement au déploiement chronologique des processus de résilience.

La figure 6.2 présente les quatre processus qui ont émergé de l'analyse du discours des répondantes, soit : 1) créer un milieu de vie sain pour l'enfant ; 2) s'activer face au contexte relationnel adverse ; 3) mobiliser et utiliser les ressources disponibles ; et 4) se servir du passé pour aller vers l'avant (réinvestir les compétences et les habiletés acquises).

FIGURE 6.2

Processus impliqués dans la mise en place d'une trajectoire de résilience chez les mères de l'étude



Créer un milieu de vie sain pour l'enfant

Le premier élément commun à toutes les mères rencontrées est le désir de créer un milieu de vie sain pour son enfant. Lorsqu'elles sont questionnées sur leur désir d'apporter des changements dans leur vie, elles sont très nombreuses à mettre de l'avant le bien-être de leur enfant et la responsabilité qui leur incombe à cet égard :

Je veux que mes filles soient en paix, heureuses et épanouies. C'est la seule chose que je désire. C'est en leur montrant, en le faisant moi-même. En leur servant de modèle. (Shany)

Pour atteindre cet objectif, beaucoup d'entre elles ont dû s'éloigner de relations qu'elles jugent toxiques. Pour certaines mères, il s'agissait d'amies, de membres de la famille ou de collègues. Certaines ont dû rompre

avec un comportement qu'elles jugent difficilement compatible avec la maternité et la parentalité, comme la consommation de drogues ou d'alcool. Elles ont aussi dû se recréer un milieu de vie plus sain : se lier d'amitié avec des gens qui partagent les mêmes valeurs et qui ont un quotidien similaire au leur. Pour parvenir à créer ce milieu de vie sain, elles ont dû faire appel à une capacité de discernement, c'est-à-dire être en mesure de juger ce qui est adéquat et ce qui ne l'est pas, en elle et dans leur milieu. Elles ont aussi eu à puiser dans leurs ressources internes, à manifester une force intérieure qui les a aidées à faire des choix et à les mettre en application, comme l'expliquent Élizabeth et Mimi :

Ben, je dirais que ce sont mes pensées : je ne veux pas être comme mes parents. Même aujourd'hui, elle est encore là cette pensée-là et je crois pas qu'elle s'en aille un jour. C'est aussi ce que j'ai toujours réussi, ce que je voulais. Comme par exemple, je voulais finir mon secondaire 5 et j'ai réussi. J'ai voulu lâcher la drogue et je l'ai réussi. J'ai voulu me placer les pieds, je l'ai réussi : tu vois je voulais une auto, je me la suis payée, j'ai voulu avoir un appartement, je me la paie. (Élizabeth)

Je pense que c'est la persévérance, essayer d'avoir ce qu'on veut. Une petite famille, une maison, les enfants, l'auto neuve ou quoi que ce soit. Mais je me dis qu'on va arriver. Comme une échelle, tu montes une marche à la fois et tu vas finir par arriver peut-être à ce que tu as envie ou au moins un peu à ce qui peut ressembler à ce que tu as envie. Si tu n'essaies pas, tu ne sauras jamais. (Mimi)

S'activer face au contexte relationnel adverse

Plusieurs explications ont été avancées par les participantes de l'étude pour illustrer le fait qu'elles sont actives face au contexte relationnel adverse. Pour certaines, il s'agit de ne pas reproduire ce qu'elles ont subi durant l'enfance. Pour d'autres, c'est le désir d'offrir un modèle relationnel égalitaire à leurs enfants qui justifie leur réaction. Certaines mères nomment leur intention de ne pas causer du tort à leurs enfants. Pour d'autres, il s'agit du désir de ne plus se causer du tort. Ces explications s'appuient sur la prise de conscience de la présence de comportements préjudiciables dans leur relation intime, sur la reconnaissance de leurs besoins et sur la mise en place de stratégies pour faire entendre et reconnaître leurs besoins. Ces explications ne sont pas mutuellement exclusives. Plusieurs mères, dans nos échanges et lors des entretiens, ont nommé plus d'une explication. Cependant, elles n'ont pas toutes la même réponse face à ce contexte adverse ; leur niveau d'activation diffère. Ainsi, certaines femmes rencontrées ont privilégié la **mise en place de stratégies de défense** qui leur permettent de réduire les torts causés par le contexte relationnel adverse dans lequel elles se trouvent. D'autres ont lancé un **ultimatum exigeant des changements de comportement** ou d'attitude chez leur conjoint. Si les changements demandés sont réels et se maintiennent dans le temps, elles choisissent de poursuivre la relation.

D'autres ont entamé **des démarches d'aide, en couple**, pour tendre vers une relation amoureuse plus égalitaire et respectueuse. Enfin, plusieurs ont choisi de mettre un terme à la relation et de se séparer.

Des **stratégies de défense** pour réduire l'incidence du contexte relationnel adverse dans lequel elles se trouvent ont été mises de l'avant par certaines jeunes mères. Ainsi, pour Élisabeth, après un épisode particulièrement menaçant de violence, la réaction a été de faire en sorte que son conjoint n'ait pas d'occasions de la critiquer ou de s'en prendre à elle, pendant qu'elle continuait à réfléchir à sa situation avec une intervenante :

Ça a commencé comme ça, il m'a traité de noms et à me dégrader. Encore une fois, je me suis bloquée et je suis restée dans la maison pendant un autre mois sans sortir ni appeler personne [...] J'en parlais avec X [intervenante] et c'est elle qui était au courant. Elle venait faire des rencontres chez moi. Pendant trois ou quatre mois, je pense qu'elle venait. À un moment donné, je me suis levée tôt le matin, j'ai mis mes affaires dans un sac et je suis partie. Du jour au lendemain. (Élisabeth)

L'**ultimatum** constitue une autre solution envisagée par une mère pour que son conjoint modifie son comportement. En effet, pour Maude, c'est l'iniquité entre son conjoint et elle et le fardeau financier qui repose sur ses seules épaules qui la conduisent à poser un ultimatum à son conjoint :

Je me suis dit: Regarde, je vais m'asseoir avec, je vais lui dire de payer la moitié des choses, de m'aider dans mes dépenses de la maison et des couches et tout et tout et s'il ne veut pas, je vais lui dire: «Regarde, si tu ne veux pas, je vais m'en aller.» (Maude)

Des **démarches actives d'aide en couple** ont été la solution préconisée par Alizée pour mettre un terme au contexte relationnel difficile qu'elle vivait avec son conjoint.

We talked a lot about seeing somebody because sometimes we'll just not agree and we need somebody to come and find a juste milieu. But hum... I guess it took a lot of work. We've put a lot of work into our relationship. It took a lot of tears and a lot of pain. And it was probably the hardest relationship I've ever had, but it's now the best relationship I've ever been in. (Alizée)

La **séparation** a été choisie dans plusieurs situations comme l'option la plus salutaire :

Même si le père était là dans le décor comme parure, c'était mon enfant et je pense que c'est lui qui m'a aidé à dire ben regarde à un moment il faut que tu décroches. Tu es mieux d'être toute seule. Ça a pris du temps là. Il y a eu beaucoup de peur dans ça [violence conjugale], beaucoup d'hésitations. Mais j'ai fini par m'en sortir. Je le sais que je suis toute seule avec mon enfant et je suis bien. Je me suis développée et je me suis épanouie dans tout ça aussi. Je me suis retrouvée en tant que femme. (Participante, groupe 1)

Dans de nombreuses situations, la décision de mettre un terme définitif à la relation amoureuse ne semble pas liée aux torts que cause celle-ci à la femme, mais plutôt aux enfants. C'est dans le but de protéger son ou ses enfants d'un environnement toxique pour leur développement que la fin de la relation est envisagée.

It was me who ended the relationship. I said: "You have to move, it's not working. The kids can't see us fighting all the time." It was everyday we would fight. Every single day. And over anything. So it was bad for my son. And when he started acting out, doing what we were doing, like hurt me and stuff, to see him do that... Like I don't want to see him grow up thinking its OK for like men to hit girls. I don't want him to grow up like that at all. I asked him to move. (Louise)

The arguing. It was just too much. We argued in front of our son. I saw a lot of that when I was younger and I didn't want to do that in front of my son. You know, it does really stay with them. They are like sponges so the things I remember from that age... I didn't want him to see his mommy and daddy always fighting. He didn't really see it that way [the boyfriend]. I mean, like I said he wasn't happy about it. (Sky)

Pour une autre participante, c'est le contexte de vie dans lequel elle se retrouve qui la décide de mettre un terme à la relation :

Après les trois premiers mois, je suis revenue ici rejoindre mon chum. Mais il avait des colocs alors c'était plus compliqué. On dirait que j'étais la mère de la maison et je voulais mettre mes ordres. Plus le droit de cigarettes dans la maison. Ça consommait, mais moi je ne voulais plus de consommation dans ma maison. Le ménage, s'il se met à se promener à quatre pattes. Trois gars dans la maison, à un moment donné quatre, là j'étais plus capable. Ça, c'est une période un peu plus difficile. Et tu vois, on a fini par se reséparer.

Q. Pourquoi?

Parce que je n'étais pas capable de vivre comme ça. Je lui disais c'est une famille qu'on veut faire, je sais bien que, comment je peux dire, qu'on n'a pas beaucoup d'argent, mais j'aime mieux aller vivre dans un trois et demi, mettre mon fils dans ma chambre, mais être dans ma famille que vivre avec des gars qui ne me respectent pas. (Mimi)

Ce qui semble par contre caractériser toutes les relations qu'ont les participantes avec leur partenaire, c'est la valse-hésitation liée à une rupture définitive. L'analyse des données permet de relever beaucoup de va-et-vient qui sont attribués à différentes causes, notamment le désir de former une famille unie :

Parce que moi, en n'ayant pas eu de père, je voulais tellement donner cela à ma fille là. Je voulais tellement qu'il participe [...] Moi, dans ma tête, c'était toujours dans l'idée que les deux filles aient leur père. Papa et maman dans la maison. Pour moi, c'était clair que c'était ça. J'ai essayé jusqu'au bout. Jusqu'au bout, j'ai essayé. (Shany)

I was more... cause I felt I had to be a family. For my family's eyes, for my son. And for J, cause that's what he wanted. I just did it for those reasons. (Louise)

Moi, je veux qu'il soit là, c'est important pour les enfants et tout. (Diane)

Ces extraits illustrent le dilemme devant lequel plusieurs participantes de l'étude se sont retrouvées : partir ou rester. Dans les deux cas, le bien-être de l'enfant est invoqué et la mère se sent souvent seule responsable de ce bien-être.

Mobiliser et utiliser les ressources disponibles

Devenir mère amène des changements importants dans la vie d'une adolescente. Le plus important renvoie à la transition entre le statut de personne dépendante à celui de personne dont on dépend. Devenir responsable d'un enfant n'est pas banal, encore moins lorsqu'il s'agit d'une maternité précoce. Les parcours de vie des mères rencontrées dans le cadre de cette étude permettent de constater qu'elles ont mobilisé ou su utiliser leurs ressources internes et les ressources² autour d'elles lorsqu'il y en avait ou sont allées en chercher lorsque ces dernières étaient insuffisantes ou inadéquates. Avant même l'arrivée de l'enfant, plusieurs ont cherché à s'entourer ou à s'outiller pour mieux préparer la venue du bébé.

Quand j'ai su que j'étais enceinte, j'ai appelé dans tous les organismes inimaginables [sic] pour m'aider [...] J'ai appelé le CLSC, je suis carrément venue ici [organisme où se déroule l'entretien], j'ai dit: «Je suis toute seule, je suis enceinte, peux-tu faire quelque chose pour moi?» À tous les organismes que j'appelais, c'est ça que je demandais. Je ne savais même pas c'était quoi le but de l'organisme ou rien, mais c'était ma question que je posais. (Participante, groupe 1)

D'autres ont frappé à des portes lorsqu'elles ont été confrontées à des situations où leurs ressources se sont avérées insuffisantes. Ces ressources sont diverses. Pour certaines, il s'agit d'un soutien financier ou matériel lié à la venue du bébé et des nouvelles responsabilités. Pour d'autres, il s'agit de ressources destinées à accroître leurs capacités parentales, comme Mimi :

J'étais très isolée et quand j'ai décidé de sortir et d'arrêter de penser que tout le monde sont là pour me taper sur la tête ou pour rire de moi, bien à un moment donné tu te fais une carapace et tu ne les entends plus ou tu ne veux plus les entendre. Pis c'est en faisant des amies comme toi, pas qu'eux autres te mettent en valeur, mais elles sont capables de faire sortir tes bons côtés pis... (Mimi)

Les mères qui mentionnent avoir mobilisé et utilisé des ressources externes ont, dans le cadre de leur cheminement comme parent, été amenées à reconnaître certaines limites et manifestent le désir de les surmonter.

2. Le terme «ressources» renvoie ici à l'ensemble des moyens humains, matériels, informationnels et financiers disponibles pour la mise en œuvre des activités planifiées (Office québécois de la langue française, 2003).

Tu as un but, tu vas chercher des ressources pour le faire. Tu es capable, tu as pris la peine d'aller chercher des ressources pour le faire. Pour arriver à ton but. Mais c'est... d'aller chercher des ressources. Il y en a qui vont essayer de faire ça toutes seules. C'est ce que j'ai essayé de faire avant, mais j'ai pas été capable. (Participante, groupe 2)

Elles participent donc à des ateliers de stimulation avec leur enfant, à des ateliers de cuisine collective pour apprendre à cuisiner, etc. :

Tu sais, j'ai eu des problèmes avec mon gars, retard de langage, peu importe, mais je me suis rendu compte que ce n'était pas à cause de moi qu'il faisait ça, que dans les ateliers de stimulation, ils faisaient la même chose que moi. Je me suis enlevé ce fardeau-là de mes épaules. Ce n'est pas ma faute s'il ne parle pas. Non. Il a débloqué et je suis encore plus fière aujourd'hui, car avec mon grand, je suis capable de piquer une jasette, je comprends ce qu'il me dit. (Participante, groupe 1)

Des mères ont mobilisé des ressources pour les soutenir face à des problématiques diverses dans la gestion du quotidien ou pour préparer l'avenir. Que ce soit pour préparer un retour à l'école ou pour se faire aider dans la planification d'un budget, elles ont contacté des individus ou des organismes qui pouvaient les soutenir. C'est notamment le cas de Marie-Sophie, qui a dû faire appel à sa mère pour pouvoir poursuivre sa scolarité :

C'est ma mère qui gardait ma fille, parce que l'appartement que j'ai pris, j'habitais en bas et ma mère restait en haut. C'est ma mère qui gardait ma fille. Dans ce temps-là, vu que je retournais à l'école, j'avais une allocation de l'aide sociale, je pense qu'ils me donnaient 10 \$ par jour pour la gardienne. Moi, je donnais ça à ma mère pour garder ma fille. C'est ce qu'elle me chargeait, alors ça faisait mon affaire. Ça m'a permis de tout finir mon secondaire. Ça m'a pris deux ans et demi à le finir. (Marie-Sophie)

Enfin, des mères ont aussi sollicité de l'aide pour modifier de façon plus permanente leur parcours de vie. Certaines d'entre elles ont fait des demandes pour de l'aide au logement : habitation à loyer modique, coopérative d'habitation, recherche d'appartement dans un quartier mieux desservi par le transport en commun ou avec des services à proximité. Elles ont été informées des différents programmes et prestations gouvernementales favorisant la scolarisation ou la recherche d'emploi et ont donné suite à cette information. Le tableau 6.4 présente de façon détaillée les différentes ressources mobilisées par les participantes. Un simple coup d'œil permet de mettre en évidence la multiplicité des ressources nécessaires pour soutenir l'émergence d'une trajectoire de résilience. Peu abordées jusqu'ici, les ressources internes sont un aspect important de cette trajectoire. Le processus suivant, se servir du passé pour aller de l'avant, cible particulièrement leur apport.

TABLEAU 6.4.

Portrait des ressources mobilisées rapportées par les participantes

Nom et âge	Ressources internes	Soutien familial	Soutien social	Soutien communautaire et organisationnel	Soutien matériel ou financier
Alizée (20 ans)	<ul style="list-style-type: none"> – Fonceuse : a décidé de quitter un lieu connu pour s'expatrier et se reprendre en main – Reconnaissance des avancées, du chemin parcouru – Veut que les gens soient fiers d'elle – Est capable de mettre les choses en perspective (nombre de problèmes, taille des obstacles) – A appris de ses expériences antérieures : réinvestir – Ne veut pas répéter les erreurs de sa mère – Demande l'avis des autres 	<ul style="list-style-type: none"> – Grand-mère maternelle (adoption et soutien) – Soutien partiel de sa mère 	<ul style="list-style-type: none"> – Ses amies étaient contentes pour elle, mais peu de soutien réel dans les moments difficiles – Une amie l'aide dans ses difficultés relationnelles 	<ul style="list-style-type: none"> – Organismes en santé mentale – Organisme de soutien aux jeunes parents (isolement, habiletés parentales, questions légales) – Consulte en couple – Travailleuse sociale du CLSC à l'adolescence 	<ul style="list-style-type: none"> – Grand-mère – Aide sociale

Diane (21 ans)	<ul style="list-style-type: none"> – Endurante (accepte beaucoup de choses qui feraient réagir d'autres gens ; met en lien avec son pays d'origine, la vie là-bas) – Évalue les situations (je fais toujours la balance) – Indépendante (prend les décisions) – Sentiment d'être plus complète avec la venue des enfants – Maturité : le fait d'acquérir de l'expérience l'aide – Confiance en elle – Spiritualité : attribue à Dieu le fait de réussir à vaincre les difficultés 	<ul style="list-style-type: none"> – Mère l'aide parfois – Soutien moral de la belle-famille (qui vit en Irak) 	<ul style="list-style-type: none"> – Organisme de soutien aux jeunes parents (accompagnement dans des démarches légales et des demandes d'aide) – Infirmière du CLSC 	<ul style="list-style-type: none"> – Aide sociale
Shany (32 ans)	<ul style="list-style-type: none"> – Le fait d'avoir réussi à surmonter des difficultés la fait se sentir forte et quasi inébranlable – A appris à se connaître – Veut croire en quelque chose (spiritualité) – A choisi de créer sa vie et de ne pas s'apitoyer sur son sort – Veut être une bonne mère – Se débrouille seule 	<ul style="list-style-type: none"> – Proche de sa sœur et de sa famille 	<ul style="list-style-type: none"> – A consulté une psychologue – Paniers de Noël – CLSC 	<ul style="list-style-type: none"> – Place en garderie avec un bas tarif
Élizabeth (20 ans)	<ul style="list-style-type: none"> – Sens des responsabilités : être une bonne mère – Persévérance 	<ul style="list-style-type: none"> – Belle-famille – Nouveau conjoint hébergée 	<ul style="list-style-type: none"> – Organisme de soutien aux jeunes mères – Infirmière du CLSC 	<ul style="list-style-type: none"> – Sécurité sociale – Emploi-Québec pour école

TABLEAU 6.4.

Portrait des ressources mobilisées rapportées par les participantes (suite)

Nom et âge	Ressources internes	Soutien familial	Soutien social	Soutien communautaire et organisationnel	Soutien matériel ou financier
Isabelle (21 ans)	<ul style="list-style-type: none"> – Désire s'améliorer (p. ex. consulte des livres pour se renseigner) – Valeurs morales de l'Église – Veut croire en quelque chose (spiritualité) – Centrée sur son fils : veut le meilleur pour lui – « Quand on veut, on peut » 	<ul style="list-style-type: none"> – Grands-parents l'ont hébergée pendant l'adolescence – Parents (soutien moral et financier) – Nouveau conjoint 	<ul style="list-style-type: none"> – Amie d'enfance 	<ul style="list-style-type: none"> – Organisme de soutien aux jeunes mères – Église et membres de l'Église – Programme OLO – Infirmière du CLSC 	<ul style="list-style-type: none"> – Aide sociale – HLM
Louise (20 ans)	<ul style="list-style-type: none"> – Veut prouver qu'elle est capable de mener à terme des projets (école) et qu'elle ne ruine pas sa vie – Sens du sacrifice : prête à rester dans une situation pour le bien-être (réel ou imaginé) de l'enfant – A des projets de carrière pour le futur ; se projette dans un plan de carrière – Désire s'améliorer et a conscience de ses limites 	<ul style="list-style-type: none"> – Mère (hébergement pendant un an) et gardienne à l'occasion – Conjoint à l'occasion (n'habitait pas avec elle la 1^{re} année) 	<ul style="list-style-type: none"> – Amie rencontrée à l'école pour soutien moral 	<ul style="list-style-type: none"> – Organisme de soutien aux jeunes parents (actuellement) – Dispensaire diététique de Montréal – Travailleuse sociale du CLSC – Travailleuse sociale de Sainte-Justine 	<ul style="list-style-type: none"> – Aide sociale – HLM – Emploi-Québec pour école

Marie-Sophie (33 ans)	<ul style="list-style-type: none"> – Sens des responsabilités: veut s’occuper de l’enfant, subvenir à ses besoins – Veut continuer l’école (secondaire), puis faire un DEP pour se former – La confiance des gens en elle la pousse à continuer – Ne veut pas vivre les difficultés financières de sa mère. – Persévérance : veut améliorer sa vie – Veut se prouver qu’elle peut y arriver 	<ul style="list-style-type: none"> – Mère (héberge-ment, gardiennage et soutien après la naissance du bébé) – Belle-famille (soutien matériel) – Amies de l’école qu’elle fréquente après la naissance du bébé – Comptoirs vestimentaires – Groupe communautaire de femmes qui lui ont fait des vêtements de bébé – CLSC et OLO (nutritionniste) – Démarches légales (aide juridique) – Médecin de Sainte-Justine 	<ul style="list-style-type: none"> – Aide sociale – Emploi-Québec (pour école et partie des frais de gardiennage)
Maude (22 ans)	<ul style="list-style-type: none"> – Affirmation de soi : a été capable de s’affirmer et d’exprimer ses besoins – Sens de la famille: « c’est le père de mon fils », valeur importante, qui prime sur d’autres besoins – Côté maternel : a toujours été maternelle dans ses rapports avec sa fratrie – Amour de la vie ; « vaut la peine » – Veut être là pour quelqu’un ; responsable 	<ul style="list-style-type: none"> – Mère – Sœur – Tante – Amie d’enfance qui a aussi un enfant – Autres mères rencontrées par le biais d’un organisme – Organisme de soutien aux jeunes mères – Éducation : professionnels invités et émissions de télé (Docteur Nadia, Super Nanny) – CLSC (infirmières) – OLO – Travailleuse sociale du CLSC 	<ul style="list-style-type: none"> – Aide sociale – Garderie – Emploi-Québec (pour retour à l’école)

TABLEAU 6.4.

Portrait des ressources mobilisées rapportées par les participantes (suite)

Nom et âge	Ressources internes	Soutien familial	Soutien social	Soutien communautaire et organisationnel	Soutien matériel ou financier
Mimi (23 ans)	<ul style="list-style-type: none"> - Persévérance - Veut se donner du temps : « monter une marche à la fois » - Accepte les événements de la vie - Accepte de réduire ses attentes pour le bien de tous - Caractère fort : ne veut pas s'attarder à ce que les autres disent - A eu un bon modèle familial - « Je vais passer par-dessus les obstacles » : fils à faire vivre (sens des responsabilités) 	<ul style="list-style-type: none"> - Parents (hébergement, matériel, gardiennage et soutien) - Sœur 	<ul style="list-style-type: none"> - Autres mères rencontrées par le biais d'un organisme 	<ul style="list-style-type: none"> - Deux organismes de soutien aux jeunes mères (avant et après la naissance) - Ateliers sur la stimulation des enfants - OLO 	<ul style="list-style-type: none"> - Aide sociale
Sky (22 ans)	<ul style="list-style-type: none"> - Plus sérieuse face à la vie : veut avoir une vie stable pour son fils - Ne veut pas mettre ses plans de côté pour toujours : veut une carrière plus tard 	<ul style="list-style-type: none"> - Parents (mère et beau-père : hébergement, soutien et gardiennage) 	<ul style="list-style-type: none"> - Amies et mères rencontrées par le biais d'un organisme 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisme de soutien aux jeunes parents - CLSC (mais peu) 	<ul style="list-style-type: none"> - Coopérative d'habitation - Conjoint (financier)

Se servir du passé pour aller vers l'avant (réinvestir les compétences et les habiletés acquises)

Comme en témoigne la lecture des lignes du temps ou la consultation du tableau des vulnérabilités situationnelles et chroniques présentées précédemment (tableau 6.2), les mères rencontrées dans le cadre de cette étude ont vécu diverses adversités avant de donner naissance à leur enfant. Elles ont dû déployer des ressources internes, faire appel à des ressources externes et modifier des aspects centraux de leur vie pour réussir à surmonter ces adversités. Elles en tirent des bénéfiques, notamment des compétences et des connaissances, qu'elles peuvent réinvestir face à d'autres adversités. Ainsi, les mères rencontrées sont nombreuses à parler des qualités qu'elles possèdent, comme Mimi qui parle de son caractère fort en disant que cela lui permet de « *ne pas s'attarder sur ce que les autres pensent* ». Alizée, qui se décrit comme fonceuse, illustre cette qualité en donnant en exemple sa décision de quitter Montréal pour aller vivre dans une ville éloignée afin de repartir à zéro à la suite d'une période particulièrement difficile de sa vie :

Being away and knowing nobody and having nothing to run to, like if you are sad, you have nobody to run to, so you have to deal with your emotions yourself. If you are broke or if you want something, like if you are in the neighbourhood, like you always have friends to run to or like your boyfriend's house or your parent's house you know what I mean. Over there, you have no one to run to but yourself. That changed my entire life. Made me provide for myself, made me discover what I wanted to be, what clothes I wanted to wear, what kind of music I liked, what kind of personality I had, what kind of confidence level I have when I am by myself. That really changed me and it didn't happen du jour au lendemain but after a while, that made me go through my depression and made me become a better person. (Alizée)

Elles sont aussi nombreuses à aborder la capacité de réfléchir à leur situation. À l'instar de Diane, qui rapporte : « *Je fais toujours la balance* » lorsqu'elle est aux prises avec une situation où un choix doit être fait, les répondantes mentionnent que l'évaluation des situations est une ressource interne importante dans l'établissement d'une trajectoire de résilience.

Outre les acquis qu'elles peuvent réinvestir, la notion du « *temps qui passe* » semble être une alliée pour certaines mères. À travers les difficultés rencontrées antérieurement, la prise de conscience que le temps est en soi un facteur à ne pas négliger dans des situations difficiles, que tout ne se règle pas du jour au lendemain, peut aider. Des extraits du témoignage *in extenso* d'Élizabeth permettent de bien illustrer ces deux dimensions, soit le temps comme allié et le réinvestissement des compétences et des connaissances :

Ça a été dur. Oui. Rendue à l'appartement, je me disais : est-ce que je fais la bonne affaire? J'avais une maison, une cour... Mais je n'avais pas d'avenir parce que j'étais contrôlée. Pis c'est pas normal d'être comme ça et je n'étais pas heureuse non plus. Quand je doutais, je me disais que ça va passer avec le temps. (Élizabeth)

Q. *Donc, c'est un peu comme si tu pouvais te raccrocher aux succès que tu as eus?*
R. *Oui, pour me dire que je vais en avoir d'autres succès. C'est certain que j'ai eu des échecs aussi. Mais je les prends moins à cœur parce que... Mettons là, la séparation avec Martin. C'est certain que c'est dur. Mais je sais que je vais m'en sortir, parce que je l'ai déjà vécu [...] C'est une force que j'ai, je me dis que je suis capable de m'en sortir. Tu sais, je me suis sortie d'affaires bien pires que ce qu'il faut que je fasse aujourd'hui.* (Élizabeth)

Ces quatre processus sont centraux pour le déploiement d'une trajectoire de résilience, telle que celle vécue et racontée par les répondantes de l'étude. Ils ne se mettent cependant pas en place sans être influencés par les environnements qui les entourent; des éléments facilitent ou, au contraire, fragilisent ces processus.

Les facteurs promoteurs de résilience

Certains éléments constituent des points d'ancrage sur lesquels peuvent s'appuyer le déploiement et le maintien d'une trajectoire de résilience. Ils sont appelés ici les facteurs promoteurs. Différents des processus, les facteurs promoteurs sont en quelque sorte les « *conditions favorables* » de la trajectoire de résilience vécue par les jeunes mères de l'étude. On peut émettre l'hypothèse que, sans leur présence, beaucoup des processus nécessaires pour bifurquer vers une trajectoire de résilience n'auraient pu avoir lieu. Il s'agit de 1) la prise de conscience des effets positifs des changements, soit la perception des bénéfices et un sentiment de contrôle; 2) la présence d'individus fiables et disponibles; et 3) l'accès à des lieux d'échange et d'éducation.

La prise de conscience des effets positifs des changements : perception des bénéfices et sentiment de contrôle

Un aspect important qui maintient la jeune mère sur une trajectoire de résilience est sa capacité de prendre conscience des conséquences positives des changements apportés dans son existence et le sentiment de contrôle sur sa vie qui en découle. Sentir qu'elles ont fait les gestes appropriés pour mettre un terme à une relation amoureuse difficile, apprécier la satisfaction de pouvoir avoir un logement à son nom et d'offrir un cadre de vie sain à ses enfants incite les mères rencontrées à poursuivre dans cette voie. La possibilité d'analyser ce qu'elles ont vécu, d'examiner la façon dont elles ont surmonté les obstacles et de prendre conscience de ce que cela leur apporte est un moteur important dans leur cheminement. De même, sentir que les gens apprécient les gestes et les choix qui sont faits semble être un facteur important qui contribue à maintenir la jeune femme dans

un cheminement positif. Certaines sont capables de reconnaître leurs bons coups, alors que pour d'autres, cela est plus difficile. La reconnaissance par une autre personne que soi permet alors d'en prendre conscience et de s'approprier, dans une certaine mesure, les points positifs liés à une trajectoire de résilience. Cela donne le goût de poursuivre et renforce l'idée que c'est cette façon de vivre qui est la plus adaptée à leur situation :

Seeing my family and my friends so proud of me helped me keep doing things better so I guess support from the outside really helped doing good. Like once you are doing good, being told you are doing good really helps, you know. (Alizée)

En même temps, quand même les gens autour ils me le disaient: « Je n'en reviens pas. Tu es donc bien bonne, moi, je n'aurais pas été capable de faire ça tout ce que tu as fait, je te lève mon chapeau. » Ça, c'est à la fois une fierté et un défi de me dire il faut que ça continue. Que les gens voient que je progresse et que j'avance. Moi aussi je le voyais là, mais comme je n'avais pas beaucoup confiance en moi, le fait que des gens avaient confiance dans ce que je faisais, c'est ça qui m'a fait être capable de passer au travers de ça. (Marie-Sophie)

La présence d'individus fiables et disponibles

Il a été question plus tôt de ressources que la jeune mère a su mobiliser. Ces ressources sont, entre autres, constituées d'individus. D'après le témoignage des jeunes mères interrogées, la présence de ces individus dans leur environnement social est centrale. Les deux principales caractéristiques associées à ces individus sont le soutien et la disponibilité qu'ils ont manifestés envers les jeunes mères, que ce soit durant la grossesse ou après l'arrivée du bébé. Il n'y a pas une « catégorie » de personnes qui prédomine. D'après les témoignages recueillis et lors des observations participantes, il semble qu'il peut s'agir de membres de la famille, principalement les mères, comme il peut s'agir d'une intervenante, d'une amie ou d'un membre de l'entourage. Il s'agirait de pouvoir compter sur le soutien de quelqu'un au moment opportun.

Ma mère m'a aidée à me partir, c'est elle qui m'a trouvé l'appartement. Si je n'étais pas tombée sur un propriétaire qui m'a trouvé des meubles à l'intérieur de deux semaines, une personne au CLSC qui s'est vraiment occupée de mon cas... pas sûre que j'aurais été capable de passer à travers tout ça. (Marie-Sophie)

Il a été intéressant de constater que ce soutien ne consiste pas uniquement à se sentir épaulée et valorisée. Pour Élizabeth, dont le cheminement vers une trajectoire de résilience a été plus ardu, le soutien qui a été important est venu de ses amies qui n'ont pas toujours été tendres à son égard, mais qui ont toujours été honnêtes et préoccupées par son bien-être et celui de son enfant.

Se faire dire la vérité, ça fait mal des fois. Se faire dire: « Tu changes, tu maigris, tu n'es plus là, tu prends trop de drogues, ton petit, on va te le faire enlever. C'est dur. » [...] Je réagissais, je disais de quoi tu te mêles? C'est mes affaires, ça ne te regarde pas. Mais en même temps, le message il restait quand même. Je l'enregistrais. Sur le coup, il était là le message, mais ça prenait une couple de mois pour que ça fasse son chemin pis que je me regarde dans le miroir pis me dire elle a peut-être raison, c'est pas normal ce que je fais. Je me voyais les yeux cernés et... Oui, pis aujourd'hui, je les remercie parce que si elles ne m'avaient pas dit ça, peut-être que je serais encore là-dedans. (Élizabeth)

La situation est similaire pour une des participantes à l'entretien de groupe, qui raconte que les commentaires d'une amie sur le développement de son enfant et sur sa situation amoureuse l'ont amenée à bouger:

C'est elle dans le fond, c'est à cause de son sarcasme et tout qui m'a fait prendre les choses en main. Je suis allée voir des ressources un peu partout. Je suis allée voir un orthophoniste pour mon enfant, une psychoéducatrice et tout plein d'affaires là. (Participante, groupe 2)

L'accès à des lieux d'échange et d'éducation

Outre le soutien des gens, sentir que l'on fait partie d'un groupe et avoir un endroit pour se retrouver est un élément important pour les mères rencontrées. Pour la majorité d'entre elles, il s'agit du groupe où les terrains d'observation ont été effectués. En effet, la maternité a bouleversé pour plusieurs le cours de leur existence et les a amenées à modifier leur réseau social. Conséquemment, elles se sont retrouvées plus ou moins isolées. Avoir un lieu où rencontrer d'autres jeunes mères pour échanger et pour apprendre sur soi et sur la maternité est un élément qui semble avoir contribué positivement au déploiement d'une trajectoire de résilience.

Pis je pense que c'est encore l'organisme qui m'a beaucoup aidée de ce côté-là en me valorisant et en essayant pas de, je n'avais pas le droit de me dégrader. Il fallait toujours travailler sur ce qu'on aime chez soi, les choses qui peuvent nous avantager. On a travaillé beaucoup sur soi ici et je pense qu'à un moment donné, je débloque et pourquoi m'arrêter de vivre quand on a une vie à vivre et ça finit là? (Mimi)

Q. *Et qu'est-ce que tu allais chercher là?*

R. *Ben, du réconfort, pis on pouvait parler. Ben, moi, même si je ne parlais pas, j'entendais les discussions des autres et ça me faisait voir que je n'étais pas toute seule. Ha, il y en a d'autres qui ont d'autres problèmes, je ne suis pas la seule à avoir des problèmes. Pis bon, le fait de pouvoir tisser des liens avec des filles qui aujourd'hui sont mes amies. Elles ont des enfants, elles sont dans le même beat que moi. (Élizabeth)*

Il est important de garder en tête qu'à l'exception de deux participantes, toutes les mères rencontrées l'ont été par le biais d'un organisme. Pour une des deux mères non recrutées par l'intermédiaire d'un

organisme de soutien aux jeunes mères, l'importance d'un groupe dont elle fait partie était aussi présente. Cependant, ce groupe n'était pas constitué de jeunes mères.

Et pour une fois j'avais des amies. Les filles à l'école, c'étaient des filles de mon âge. Elles n'avaient pas nécessairement des enfants, mais elles étaient de mon âge. Je pouvais tripper des affaires de mon âge. C'est ça qui m'a fait tenir le coup et c'est moi qui décidais finalement si je restais en contact en restant à l'école ou si je perdais le contact en lâchant. (Marie-Sophie)

Par contre, au cours des mois passés en observation participante, j'ai réalisé que pour faire partie d'un groupe, certaines mères étaient prêtes à laisser passer d'autres occasions intéressantes, comme un travail ou une reprise des études. Elles semblaient tellement apprécier les jours où elles se retrouvaient et avoir besoin de ce contact que l'idée de ne plus pouvoir en profiter leur semblait trop chèrement payée. C'est donc en quelque sorte un effet pervers: créer un lieu d'échange où on se sent si bien et si intégré que l'on ne veut plus le quitter, même si cela nous conduit à refuser des offres susceptibles d'améliorer notre condition de vie, du moins d'un point de vue matériel et financier.

Les facteurs de vulnérabilité

Bien que les trajectoires illustrées dans le cadre de ce projet de recherche démontrent la possibilité pour ces jeunes mères de surmonter les événements adverses et d'accéder à un état de bien-être satisfaisant, il n'en reste pas moins que des difficultés demeurent présentes. Les répondantes sont sensibles à la présence de ces limites, qui constituent des *facteurs de vulnérabilité* pour la poursuite de leur parcours de vie. Ces facteurs sont: 1) un accès limité aux ressources matérielles et financières; 2) la difficulté de conciliation travail/école et famille; 3) l'unité familiale au détriment de saines relations; et 4) l'homogénéité sociale au détriment de la mixité sociale.

Un accès limité aux ressources matérielles et financières

Les prestations gouvernementales dont bénéficient la majorité des mères rencontrées ainsi que les salaires gagnés par celles qui occupent un emploi ne leur permettent pas d'accéder à un revenu suffisant pour combler leurs besoins. Les fins de mois sont difficiles et font vivre du stress aux jeunes mères. Le fait de travailler au salaire minimum ou d'avoir un conjoint qui travaille peut parfois priver la jeune mère d'occasions d'améliorer sa situation financière et matérielle.

Je trouve que 26 000\$ [pour une famille de quatre avant impôts], c'est pas beaucoup. Quand tu as une auto ou quoi que ce soit... je viens d'acheter des meubles. Avant, je n'étais pas capable. Ça finissait juste par briser, t'en rachetais

d'autres, on dirait que tu faisais juste tout le temps t'endetter, t'endetter, t'endetter. Juste l'aide alimentaire, les dépannages, ben ça je ne rentrais pas dans leurs cases. Pour eux, on faisait trop d'argent. (Mimi)

L'accessibilité au logement est aussi un facteur qui peut menacer le parcours de vie des jeunes mères. Cela limite leur autonomie, les contraint à devoir s'appuyer dans certains cas sur la famille ou dans d'autres, à demeurer au sein d'une relation amoureuse violente.

Moi, ce que j'ai voulu faire, c'est déménager avec mon gars, mais je n'ai jamais pu faire ça parce que... L'aide sociale ne donne pas d'argent et si tu n'as pas de job, ben si tu n'as pas de job, tu n'as pas de retrait préventif, pas de congé de maternité, alors qu'est-ce que tu fais? Si tu n'as de job pis c'est ton chum qui subvenait à tes besoins pis qu'il te laisse ou que tu le laisses, ben tu ne peux pas rien faire [sic]. Tu n'as pas d'argent, pis l'aide sociale c'est vraiment pas assez pour être capable de trouver un logement. (Isabelle)

Bien que certaines mères aient réussi à obtenir des places dans des coopératives d'habitation ou des HLM, d'autres doivent composer avec un logement qui ne correspond pas vraiment à leurs attentes ou à leurs besoins, souvent trop petit ou mal situé. Les déménagements sont fréquents, dans l'espoir d'améliorer la situation locative. Les logements non subventionnés grugent une partie importante des revenus. Pour une mère qui habite dans un HLM, l'environnement violent et agressif n'est pas entièrement compensé par les avantages que représente un faible loyer subventionné. À l'exception des deux mères plus âgées qui, 15 ans après la naissance de leur premier enfant, sont maintenant propriétaires de leur maison, toutes les mères rencontrées étaient locataires. Une mère raconte les difficultés qu'elle a eues pour se trouver un logement :

Moi en ce moment, je vis chez mes parents. Pas parce que j'en ai envie, mais parce que je cherche des appartements et je rencontre plein de personnes depuis que je suis comme trois mois enceinte, mais personne ne veut me donner d'appartement parce que je suis sur le bien-être. Alors... Je trouve qu'il devrait y avoir un réseau pour nous aider à nous apprendre comment chercher pour un appartement, savoir c'est quoi nos droits. Parce que moi, je le sais pas s'il a vraiment le droit de me refuser parce que je suis sur le bien-être! Je devine que oui parce que tout le monde me refuse, mais ce serait le fun s'il y avait une place où on pourrait nous aider à trouver un appartement. (Alizée)

La difficulté de la conciliation travail/école et famille

Les difficultés de conciliation énoncées par les répondantes se retrouvent sur deux plans : premièrement, sur le décalage entre ce qu'elles désirent et ce qu'elles ont et deuxièmement, sur l'aménagement des services qui

permettent une conciliation entre la vie familiale et le travail ou l'école. Premièrement, mentionnons que les mères rencontrées ne souhaitent pas, dans l'ensemble, que leur enfant fréquente la garderie à temps plein. Elles veulent passer le plus de temps possible avec leur enfant jusqu'à son entrée dans le système scolaire. Leur idéal familial et maternel est donc celui de la mère qui élève ses enfants à temps plein, ce qui implique qu'elle n'occupe pas un travail rémunéré à l'extérieur du domicile familial. Or, cet idéal peut limiter les opportunités de scolarisation ou de travail en favorisant plutôt une présence constante auprès des enfants, comme le leur rappellent souvent certains membres de leur entourage et les services du réseau de santé et de services sociaux avec qui elles sont en contact. Diane raconte dans l'extrait suivant les pressions qu'elle a subies de la part de sa mère, qui avait pour elle un plan de vie différent du sien :

[Ma mère] elle me pousse à aller finir les études, à travailler. Mais quand même je ne peux pas maintenant, je ne veux pas que mes enfants aillent à la garderie. C'est moi qui veux les élever jusqu'à cinq ans. Après cinq ans, je peux faire tout ce que je veux. (Diane)

De même, celles qui souhaitent retourner sur les bancs de l'école ou travailler aimeraient avoir un système de garderie abordable et flexible, c'est-à-dire à temps partiel ou convenant aux horaires atypiques. Or, selon les propos rapportés, le système de garderie subventionné n'offre pas ou peu ce type de place. Elles sont donc placées devant le dilemme suivant : faire garder les enfants à temps plein pour aller à l'école ou travailler ou encore bien rester à la maison avec leurs enfants et mettre de côté les plans de scolarisation et de travail à l'extérieur.

L'unité familiale au détriment de saines relations

Certaines valeurs et idées exprimées par les jeunes mères rencontrées pourraient contribuer, à notre avis, à les maintenir dans une situation de vulnérabilité. En premier lieu, l'importance accordée à la relation amoureuse et à la présence d'un partenaire amoureux, malgré la violence dont il est l'auteur, pourrait amener les jeunes femmes à privilégier le maintien du couple et de l'unité familiale. De même, l'idée de la famille nucléaire comme représentation d'un idéal peut contribuer à maintenir la femme dans une situation relationnelle adverse qui lui cause du tort :

Moi, dans ma tête, c'était toujours dans l'idée que les deux filles aient leur père. Papa et maman dans la maison, pour moi, c'était clair que c'était ça. J'ai essayé jusqu'au bout. Jusqu'au bout j'ai essayé. (Shany)

Une autre situation semble exercer une certaine influence sur la décision de la mère de privilégier l'unité familiale: il s'agit d'une attitude paternelle qui n'est pas directement violente envers l'enfant:

C'est le papa de mon fils. Quand mon fils est avec son père, c'est la joie totale. Papa par ci, papa par là, papa d'amour. Il est super, numéro un avec son garçon, il ne lui crie pas après [...] Je ne l'ai jamais vu taper ou parler tout le temps fort. Jamais. (Maude)

L'homogénéité sociale au détriment de la mixité sociale

L'environnement social pourrait être à la fois un facteur promoteur de résilience et un facteur de vulnérabilité. Le fait de se retrouver entre jeunes mères – que ce soit lors d'un parcours éducatif adapté ou dans les organismes qui offrent des services aux jeunes parents – favorise la socialisation et l'appartenance avec des personnes qui vivent des défis similaires. Paradoxalement, le fait de se retrouver uniquement entre jeunes mères limite certaines opportunités: moins d'occasions d'apprentissage par modélage, normalisation ou banalisation de certaines difficultés vécues, etc. Par exemple, Louise mentionne que c'est en discutant avec une copine rencontrée à l'école qu'elle s'est rendu compte, à la suite des réactions de son amie, que ce qu'elle vivait à la maison n'était pas vécue par toutes les femmes, dans toutes les maisons.

But then one day, I met a new friend and I was talking to her and she was like: "What's all that noise? It's very loud." And I was like: "Oh yeah, some friends, they come over every day." And she was like: "Hey, but that's not right." And she was talking to me... And you know the more we talked and tell her what's happening, she is like: "Oh my gosh, you have to go say something about it. You can't have that. Look at how tired you are and everything." And the more I thought about it, I'm like you are right [...] I know other people have their lives and have hard things to go through too. I don't really know people stories but in my eyes, it could be normal what I've been through. (Louise)

C'est en discutant avec des personnes qui ont des contextes de vie différents que les jeunes mères prennent conscience de certains enjeux liés à leur situation.

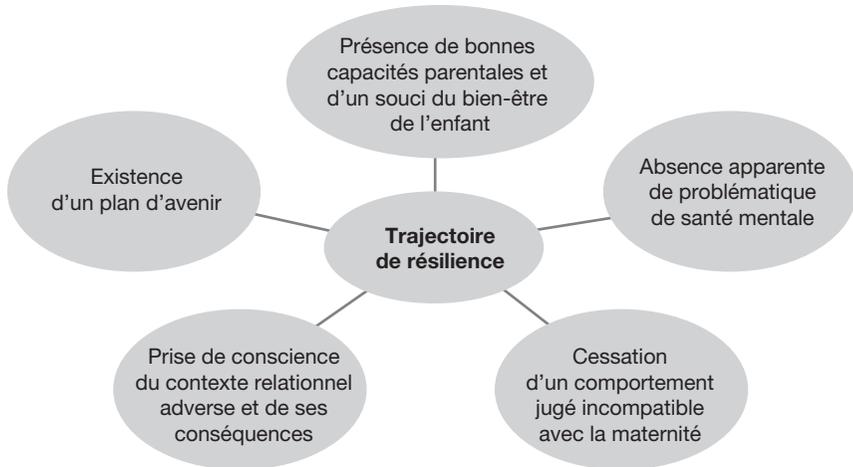
Les indicateurs

À partir de l'évaluation de leur trajectoire ainsi que de l'avis de l'intervenante qui les a référées afin de participer à ce projet de recherche exploratoire, nous avons pu dégager cinq indicateurs présents dans le discours des mères qui témoignent d'une trajectoire de résilience. Ces indicateurs

remplacent, pour le modèle final, les critères de sélection issus de la littérature qui ont permis de recruter l'échantillon de participantes. Ces indicateurs sont présentés dans la figure 6.3.

FIGURE 6.3.

Indicateurs d'une trajectoire de résilience chez les mères de l'étude



La présence de bonnes capacités parentales et d'un souci du bien-être de l'enfant

Un des critères de sélection pour le recrutement des participantes était la démonstration de bonnes capacités parentales, libellée « *se sentir à l'aise dans son rôle de mère* ». Concrètement, cela signifiait qu'il n'y avait pas d'historique d'interventions de la DPJ ou de signalement retenu par cette organisation. Outre ce critère arbitraire vérifié lors de la rencontre précédant l'entretien, la signification de ce que représentent de bonnes capacités parentales et un souci du bien-être de l'enfant est laissée à la mère elle-même. Les mères de l'étude ont été questionnées sur ce qu'est une bonne mère et sur les gestes qu'elles accomplissaient qui faisaient d'elles de bonnes mères :

A good mom to me is somebody that takes time with her kids, play with them, reads to them, teaches them in a way not just to obey but let them be opiniated and let them say what they need to say, what is important for them. So it's just taking time with their kids, disciplining them properly. That is a good mom to me. (Louise)

Être une bonne mère, c'est être capable d'assumer les choix que l'on fait. Oui, on obtient les conseils de tout le monde, mais être capable de faire un juste milieu dans tout ça. De ne pas juste dire oui, telle personne a dit ça, alors je vais le faire comme cela. D'être capable d'y aller à notre façon aussi. Il n'y a pas de mère parfaite non plus. (Participant, groupe 1)

Au-delà de «l'étiquette» de bonne mère, les mères rencontrées dans le cadre de ce projet de recherche ont démontré un intérêt et une mobilisation autour du bien-être de leur enfant. Lors des moments d'observation participante, j'ai pu le constater par l'intérêt qu'elles manifestaient à l'égard des contenus susceptibles d'avoir une incidence sur la vie de leur enfant. Par exemple, lors des ateliers de cuisine collective, elles étaient surtout intéressées lorsqu'il était question des aliments dont avaient besoin leurs enfants pour bien se développer ou des techniques susceptibles d'encourager leurs enfants à goûter de nouveaux aliments. Dans les heures de dîner des jours qui suivaient, elles discutaient de la mise en œuvre de ces techniques et demandaient conseil aux autres mères si elles avaient rencontré des difficultés. Il y avait donc souvent un retour sur le contenu présenté. Il en était de même pour les ateliers offerts par des professionnels de la santé (infirmière, psychologue, etc.): les mères participaient, mettaient en application des apprentissages, faisaient un retour sur leur expérience, échangeaient sur leurs succès, leurs difficultés. J'ai pu constater qu'elles cherchaient à favoriser le mieux-être de leur enfant, notamment en acquérant des connaissances pratiques.

L'absence apparente de problématique de santé mentale

Ce que j'ai constaté, lors des différentes rencontres avec les mères de l'étude et qui m'a été confirmé par les intervenantes qui les ont référées, c'est qu'elles ne présentaient pas, au moment où les terrains et les entretiens ont eu lieu, de symptômes pouvant indiquer un trouble de santé mentale. Plusieurs d'entre elles avaient vécu des moments plus difficiles dans le passé, telle une dépression. Cependant, ces épisodes semblaient loin derrière elles lors de la collecte des données. Leur discours nous a aussi permis de constater que leur état physique et mental leur permet d'accomplir ce qui est important à leurs yeux: s'occuper de leur enfant, rencontrer d'autres mères et échanger, étudier ou travailler, etc. Leur état de santé physique et mentale n'est pas un obstacle dans leur vie, mais bien un «outil» pour se développer et cheminer. Cet indicateur illustre, selon nous, le cheminement vers un meilleur état de santé qui caractérise les trajectoires de résilience.

La cessation d'un comportement jugé incompatible avec la maternité

Comme nous l'avons expliqué précédemment, la quasi-totalité des mères rencontrées avaient un comportement qu'elles jugeaient incompatible avec la grossesse et la maternité. Chez une majorité d'entre elles, un effort a été consenti pour que cesse ce comportement à l'annonce de la grossesse ou à l'arrivée du bébé. L'absence de ce type de comportement devient aussi un indicateur de la trajectoire de résilience. Les extraits suivants illustrent certains des comportements auxquels les mères ont mis un terme pour être plus conformes à la représentation qu'elles se font du rôle maternel :

Avant, j'étais quelqu'un qui se cherchait tout le temps d'un bord et de l'autre. Je changeais tout le temps, je ne restais jamais à la même place. Je partais à l'aventure là. Je n'étais pas stable. (Participante, groupe 1)

J'ai arrêté de consommer, j'ai pris un coup de maturité, je me suis mise à l'ordre et tout. C'est vraiment le jour et la nuit. Ça ne m'a pas manqué. C'est vraiment comme si j'avais juste tourné une page et je commençais à vivre. Pour moi. Pour mon enfant. (Participante, groupe 1)

La prise de conscience du contexte relationnel adverse et de ses conséquences

Les mères qui ont participé aux entretiens individuels et de groupe sont conscientes que leur situation relationnelle n'était (ou n'est) pas un élément positif dans leur vie. Elles savent que le comportement de leur conjoint a des répercussions sur elles et sur leur famille. Elles sont aussi conscientes que les choses pourraient se passer autrement. Marie-Sophie explique comment sa relation amoureuse a eu une incidence sur sa santé mentale et physique tout au long de sa grossesse, à cause de la peur et du stress qui y étaient associés :

Ensuite de ça, je savais très bien le chum que j'avais. Je le voyais aller et j'avais tellement peur d'élever toute seule un enfant. C'était atroce cette peur là, ça m'empêchait de dormir. (Marie-Sophie)

À la fois processus pour modifier sa trajectoire et indicateur pour témoigner d'une trajectoire de résilience, la capacité de reconnaître l'adversité au sein de la relation amoureuse ainsi que les conséquences associées à ce contexte relationnel adverse est centrale.

L'existence d'un plan d'avenir

Les mères rencontrées lors des entretiens réfléchissent à leur futur et ne restent pas inactives. Elles analysent leur situation et prennent des décisions pour atteindre les buts qu'elles se sont fixés, comme l'expliquent Marie-Sophie et Louise :

Je me suis tout le temps dit que ce n'était pas sur le bien-être social que ça va m'arriver. Moi, ma mère, elle a toujours eu des difficultés financières. Mes parents se sont séparés j'avais environ six ans. Dans ce temps-là, ma mère elle ne travaillait pas, elle était mère au foyer parce qu'on est trois chez nous et on est quand même assez rapprochés et c'est ça, beaucoup de difficultés financières et je me suis dit que je ne veux pas ça dans ma vie. Donc il fallait que j'aille à l'école. (Marie-Sophie)

As a family, I have my two kids, maybe one more kid in the future, hum. I am going to try to bring them up with good morals. They know how to make the right choices when they are with their friends or at school. Me, I am going to be in school, I know one program that I want to do for sure. I am going to pursue that and then I want to go to the university. And do a program that will be my full-time job and have my real estate on the side as a part-time top. So I am committed to do that. And just to have a career and two kids that are raised as best as I can raise them. (Louise)

Ces cinq indicateurs réunis permettent d'établir une distinction entre les parcours des mères ayant donné naissance de façon précoce dans un contexte relationnel adverse qui présentent une trajectoire de résilience et celles qui n'en présentent pas, à la lumière de l'analyse du discours des participantes, des intervenantes qui les accompagnent et des observations sur le terrain de ce projet de recherche. Cette distinction entre une mère présentant une trajectoire de résilience et une mère qui n'en présente pas est toutefois fragile. La taille de l'échantillon, l'utilisation de critères d'inclusion reposant sur le jugement de la mère elle-même et de l'intervenante, l'absence de groupe de comparaison incitent à la prudence dans l'identification d'une trajectoire de résilience. Ce point fera l'objet d'une analyse plus approfondie dans le chapitre 7.

QUELQUES ÉLÉMENTS DE DISCUSSION

Le présent chapitre a pour objectif de discuter des principaux résultats de cette recherche exploratoire, résultats que nous avons pu dégager à la suite de l'analyse des données en lien avec les savoirs théoriques et empiriques issus de la littérature. Nous abordons donc les trois principaux enjeux, soit l'importance de la maternité dans la trajectoire de résilience, l'obstacle majeur que constitue la violence dans un contexte de maternité précoce ainsi que le caractère dynamique et contextuel du modèle de trajectoire de résilience ayant pu être dégagé et schématisé. Nous analysons ensuite les résultats de l'étude sous l'angle méthodologique et théorique. Pour terminer, nous présentons les limites de cette étude et ses implications pour le domaine de la recherche et de l'intervention.

7.1. L'ANALYSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

La maternité ou le point tournant

Rappelons que l'élément qui déclenche la mise en branle des processus de résilience chez les mères de l'étude est la maternité et l'existence d'un lien affectif solide avec son enfant. Si, pour plusieurs des femmes rencontrées, l'annonce de la grossesse a provoqué des changements de comportement, c'est la présence de l'enfant dans la vie de la jeune mère qui apparaît comme le point tournant.

Un moteur de changement

La présence de l'enfant dans la vie de la jeune mère est en effet la pierre angulaire sur laquelle repose la volonté de modifier sa trajectoire, qui est commune à toutes les mères rencontrées. C'est un moteur de changement important, abordé dans plusieurs écrits rattachés à la maternité en contexte adverse, qui déclenche le déploiement des processus qui modifieront le parcours de vie des jeunes mères. Selon Charbonneau (2003), la naissance d'un enfant est un événement qui produit par lui-même des changements dans les pratiques de la vie quotidienne. Il entraîne aussi un processus de mobilisation des ressources distinct de celui des autres événements qui définissent la période de l'adolescence. Hélène Manseau (1997) a réalisé un vaste projet de recherche auprès d'adolescentes enceintes en internat dans les centres jeunesse. Ses travaux soutiennent aussi l'idée de la maternité comme moteur de changement, du moins dans la représentation que s'en font les adolescentes rencontrées. Cet événement suscite chez elles l'espoir, malgré la présence d'une certaine ambivalence. Pour celles qui décident de poursuivre leur grossesse, la naissance à venir de l'enfant est perçue comme un événement qui leur permettra de changer de vie. La venue prochaine de cet enfant représente une volonté nommée par plusieurs adolescentes participant à cette étude de rompre avec leur passé et de créer une vie meilleure pour l'enfant à venir (Manseau, 1997). Une méta-analyse d'études qualitatives portant sur la transition au rôle de mère résume bien l'essentiel de cette transition :

Only through making a commitment to mothering, experiencing the presence of the child and being actively involved in caring for her child does a mother open herself to the opportunity to grow and be transformed (Nelson, 2003, p. 467).

Les travaux menés par Venne et Morissette (2009) auprès de femmes toxicomanes qui deviennent mères ont documenté ce passage allant de l'annonce de la grossesse à un an après la naissance de l'enfant. Par le biais d'entretiens, d'observations et d'une revue de la littérature, ces auteures dégagent les principales dimensions psychologiques cognitives et sociales qui facilitent ou entravent le changement identitaire de toxicomane à mère. Selon ces auteures, l'annonce de la grossesse peut générer une crise identitaire, en ce sens où, placée devant le choix de garder le bébé ou d'interrompre la grossesse, plusieurs femmes toxicomanes qui décident de donner naissance à un enfant vont être amenées à réfléchir à leur problème de dépendance aux drogues. Par peur de blesser le fœtus, à cause des regards extérieurs ou pour d'autres raisons, la future mère peut entreprendre de réduire sa consommation. La présence d'un partenaire non toxicomane et qui la soutient et l'influence positive de la famille biologique semblent être des facteurs positifs qui facilitent cette première étape. Durant la grossesse, de nombreuses femmes seront tiraillées entre l'identité positive de mère et l'identité négative de toxicomanes. La période suivant

la naissance du bébé (de 0 à 3 mois) entraînerait un croisement identitaire où « le bébé s'ancre dans une réalité physique et psychologique différée de la mère » (Venne et Morissette, 2009, p. 59). Cette constatation amène, chez plusieurs mères, un sentiment d'urgence de devenir responsable afin de s'occuper de façon compétente du bébé. On assiste alors à la construction d'une identité maternelle, qui demeure toutefois encore fragile. La période suivante, soit celle où l'enfant a de 3 à 12 mois, consolide cette identité de mère, non sans obstacles, difficultés ou rechutes (Venne et Morissette, 2009).

Une seconde méta-analyse d'études qualitatives documentant la maternité précoce note aussi que la construction et le maintien de l'identité de mère, et plus précisément de l'identité de bonne mère, sont des éléments centraux des pratiques maternelles résilientes. Ce serait par le biais de la maternité que les jeunes femmes estiment avoir acquis de la maturité et qu'elles sont devenues des personnes responsables et capables de s'occuper d'autrui (McDermott et Graham, 2005). Comme le rapporte aussi Mercer (2004, p. 226) :

A woman establishes maternal identity as she becomes a mother through her commitment to and involvement in defining her new self. Maternal identity continues to evolve as the mother acquires new skills to regain her confidence in self as new challenges arise.

Mais l'acquisition de cette identité de mère s'ajoute aux identités existantes et qui diffèrent de l'une à l'autre. Devenir mère alors que l'on est encore considérée comme une mineure aux yeux de l'État ou en regard des normes sociales et culturelles ne se fait pas sans heurts pour la majorité des jeunes mères rencontrées. Les propos des répondantes témoignent de cette réalité. Elles décrivent les difficultés associées au fait de devenir mère à moins de 20 ans, comme la peur d'annoncer la grossesse à leur mère et à leur entourage, le choix de cacher celle-ci ou d'abandonner l'école pour ne pas être étiquetées par leurs pairs ou encore les propos désobligeants et les regards réprobateurs des inconnus croisés dans la rue. La maternité dérange lorsqu'elle est vécue en dehors du cadre socialement considéré comme étant le milieu optimal pour avoir un enfant (Luker, 1996; Silva, 1996). Ainsi, les jeunes mères se voient attribuer une compétence moindre et sont jugées négativement comme mères avant même d'avoir mis leur enfant au monde. De même, selon les caractéristiques liées au statut social qu'elle avait avant l'annonce de sa grossesse, la jeune mère ne sera pas jugée de la même façon : en couple stable depuis un certain temps comparativement à une courte relation amoureuse, étudiante comparativement à décrocheuse, employée comparativement à sans emploi, etc. Ces identités sociales qu'elle cumule ajoutent à l'adversité que

représente la maternité précoce, mais modulent la réponse et les stratégies qu'elle devra mettre en place pour être acceptée comme mère compétente aux yeux de son entourage, proche comme élargi.

Le développement de cette identité de mère adéquate, quel que soit l'âge auquel survient cette maternité, serait donc très important dans le déploiement d'une trajectoire de résilience. Les propos des jeunes mères et les observations notées lors des terrains permettent de conclure à la non-reconnaissance de la maternité précoce comme une adversité, du point de vue de la mère. Rappelons que celles-ci estiment que l'âge n'est pas un élément permettant de déterminer si la maternité est un événement adverse; les anecdotes rapportées pour étayer ce propos illustrent des comportements inadéquats de mères plus âgées, des exemples de mères très compétentes malgré leur jeune âge, les avantages liés à leur jeune âge pour créer des liens avec leur enfant et mieux comprendre ce qu'il peut vivre, les similitudes entre elles et moi, pourtant plus âgée à la naissance de mes enfants, etc. Les jeunes mères ne souhaitent pas être définies comme étant «*de bonnes mères pour des adolescentes*», mais rechercheraient plutôt cette reconnaissance dans la globalité du statut de mère, c'est-à-dire incluant aussi le cadre normatif de la maternité (McDermott et Graham, 2005).

Cette reconnaissance à tout prix de leur compétence comme figure maternelle amènerait, selon la méta-analyse effectuée par McDermott et Graham (2005), une distanciation entre elles-mêmes et les autres jeunes mères :

Les jeunes femmes rejettent les stéréotypes négatifs associés aux mères adolescentes en estimant que ces derniers ne s'appliquent pas à elles puisqu'ils ne représentent pas leur réalité. Toutefois, elles ne les rejettent pas en bloc – elles dirigent plutôt ces constructions sociales négatives vers «*d'autres*» jeunes mères (McDermott et Graham, 2005, p. 72; traduction libre).

Cette opposition au discours généralement présent au sein de la société québécoise rejoint ce que Foucault appelle «*l'autre discours*» (Foucault, 1976). Il s'agit, selon lui, d'une stratégie de résistance qui se met en place lorsque des individus s'appuient sur les bases du discours dominant dans le but de créer un discours opposé. Les mères interrogées ici affirment que ce qui définit une bonne mère n'est pas tant son âge que les habiletés, les attitudes et les compétences qu'elle déploie dans les soins donnés à l'enfant pour s'opposer aux préjugés face aux jeunes mères. Elles démontrent, par leur exemple, qu'elles remplissent ces critères et revendiquent le droit d'être aussi catégorisées comme de bonnes mères, démontrant par là que le choix de l'âge comme critère normatif est inadéquat et trompeur. Ces résultats trouvent un écho dans les stratégies répertoriées tant par McDermott et Graham (2005) que par Mitchell et Green (2002). Ainsi, les jeunes mères rencontrées dans le cadre de leurs études tentent elles aussi de se distancier de l'idée qu'elles seraient de mauvaises mères puisqu'elles

sont jeunes. Cependant, elles le font principalement en établissant une division entre les jeunes mères qui sont de bonnes mères et celles qui sont irresponsables et ne se soucient pas de leurs enfants (Mitchell et Green, 2002). Bien que cette façon de se définir leur permette de s'affranchir de l'opprobre associé à la maternité précoce, les jeunes mères contribueraient, par leur discours, à entretenir les préjugés sur celle-ci (Mitchell et Green, 2002). McDermott et Graham (2005) rapportent pour leur part que les jeunes mères se construisent un éventail de discours positifs sur les avantages de la maternité précoce et le fait qu'il est inexact que celle-ci rende inapte à être une bonne mère. Ces auteurs proposent, en s'appuyant sur les écrits développés dans le champ de la sociologie (voir Giddens, 1991), qu'en recréant leurs identités et leurs histoires de vie à travers un processus réflexif, elles se voient tout de même limitées dans leurs choix par les inégalités structurelles et l'absence de discours positifs sur la maternité précoce. Selon elles, l'investissement massif dans l'identité de «bonne mère» serait une stratégie de résilience par laquelle les jeunes mères seraient en mesure de conserver une identité positive et une légitimité sociale.

Tolman (2002) propose pour sa part une lecture de cette dichotomie entre la «bonne» et la «mauvaise» femme en l'ancrant dans une perspective féministe, soutenant que cette dualité est nécessaire pour maintenir les structures patriarcales présentes dans la société nord-américaine. Selon sa lecture, le besoin d'être reconnue comme une «bonne» femme ne serait pas aussi puissant si la peur d'être jugée comme une «mauvaise» femme n'existait pas. Les jeunes mères, pour qui la stigmatisation et les jugements moraux sont encore plus présents du fait que leur vie sexuelle active est reconnue, ressentiraient davantage cette dualité que d'autres femmes. Conséquemment, elles souhaitent davantage démontrer qu'elles possèdent les caractéristiques associées à la «bonne» femme, loyale et fidèle (Tolman, 2002).

Une survalorisation de la maternité ?

Force est de constater que l'importance de la maternité – et l'impulsion qu'elle a donnée aux mères rencontrées pour bifurquer vers une trajectoire de résilience – résulte en une omniprésence de cette identité dans leur vie. Cette identité est si importante et si forte qu'elle occulte cependant les autres identités qu'elles cumulent. On remarque ainsi une tension, d'une part, entre l'image de la mère «idéalisée» présente chez les mères de l'étude, soit la mère qui est là pour ses enfants, qui leur est dévouée et qui place ses propres besoins au second rang, et, d'autre part, les vulnérabilités engendrées par l'omniprésence de cette identité (p. ex. absence du marché du travail, précarité financière, opportunités limitées de scolarisation). Ces tendances ont aussi été dégagées par Mitchell et Green (2002) qui soutiennent, à la lumière des résultats issus d'entretiens qualitatifs auprès de

jeunes mères âgées de 15 à 24 ans, que la relation entre la mère et l'enfant devient extrêmement importante dans la vie de celles-ci. Cette relation prend une place grandissante et est priorisée par rapport à la présence de relations avec des partenaires amoureux potentiels. Elle serait même perçue comme le phénomène stable de leur vie (Mitchell et Green, 2002). En outre, rappelés que les attributs associés socialement à l'image de la bonne mère, soit la patience, le don de soi et le maternage, sont en opposition avec la détermination, l'accent sur soi et la volonté dont doivent faire preuve les jeunes mères afin d'accéder aux opportunités de scolarisation et de carrière qui leur permettront d'atteindre une autonomie financière (Kulkarni, 2007; Sawhill, 2003). À court terme, c'est la construction de cette nouvelle identité qui leur a permis de surmonter les obstacles et a donné une nouvelle direction à leur vie. À plus longue échéance, cela semble cependant constituer un frein à leur scolarisation et à leur insertion professionnelle. En effet, les résultats obtenus ici démontrent que pour beaucoup de femmes, il est plus important de rester auprès de leurs enfants et d'être là pour eux durant la petite enfance que de s'intégrer au marché du travail.

À la lumière des entretiens individuels et de groupe, nous pouvons conclure que la maternité revêt une grande importance dans la vie des jeunes mères puisqu'elles amorcent, dans de nombreux cas, un changement de trajectoire. Il semble que la maternité et l'image qu'elles en ont sont liées à leur contexte de vie et à leur histoire familiale. Que ce soit par désir de recréer ce qu'elles ont vécu ou, au contraire, de s'en distancier, et de participer à la création d'une unité familiale apportant à leurs enfants ce qu'elles auraient souhaité pour elles jadis, les jeunes mères de l'étude sont influencées par leur environnement social. En choisissant de devenir mères précocement, elles se placent toutefois dans une situation de vulnérabilité accrue. D'une part, la lecture sociale de la maternité précoce et le rôle social qui lui est associé semblent les placer dans une situation défavorable sur le plan social et financier. Les différences entre les mères donnant naissance de façon précoce et celles qui le font plus tardivement, après avoir intégré le marché du travail par exemple, influencent leur trajectoire. Bien que le retour au travail puisse occasionner chez ces dernières des difficultés liées notamment à la conciliation travail/famille, on peut penser que leur « poids social », lié entre autres à la reconnaissance sociale et au statut social, s'en trouve accru et leur confère plus de possibilités, tant sur le plan social que financier. D'autre part, leur investissement massif dans cette identité maternelle constitue un frein à d'autres aspects de leur vie. Leurs propos indiquent qu'elles sont conscientes de cette marginalisation, qu'elles développent un discours alternatif et des stratégies pour y faire face, mais qu'elles demeurent toutefois désavantagées sur plusieurs plans, dans une perspective normative.

La violence : un obstacle majeur

Alors que la maternité précoce n'était considérée comme une adversité que par une minorité des mères, la totalité des jeunes mères rencontrées estiment que leur relation amoureuse constituait une adversité. Ce contexte relationnel adverse et ses répercussions entraînent des bouleversements importants dans leur vie.

L'étiquette dont personne ne veut

Le concept de violence déplaît. Que ce soit lors du recrutement, où s'est imposée la nécessité de remplacer le mot violence par « *une relation amoureuse pas toujours rose, avec ses hauts et ses bas* » pour faciliter l'approche des participantes ou encore en raison de la difficulté des jeunes mères rencontrées de se reconnaître comme victimes de violence dans un questionnaire écrit, alors que leurs propos sont remplis d'exemples de gestes violents, j'ai été confrontée à ce refus de porter l'étiquette de victime tout au long de ce projet de recherche. À la lumière des témoignages recueillis et des observations effectuées dans les groupes de jeunes mères, j'ai cru comprendre que ce refus de s'identifier comme victime de violence de la part de son partenaire intime pouvait être lié, d'une part, au fait de ne pas être en mesure de reconnaître l'existence de ces gestes violents et de les catégoriser comme tels et, d'autre part, au désir de se rapprocher des idéaux liés à la maternité et à la parentalité qui est très présent et qui pourrait contribuer à ce qu'elles minimisent la violence dont elles sont victimes.

D'emblée, les jeunes mères approchées dans le cadre de cette étude reconnaissent que leur relation amoureuse constitue une adversité importante dans leur trajectoire. Rappelons que lorsqu'elles sont questionnées sur ce qui représente (ou a représenté) le plus grand défi entre la maternité précoce et la relation amoureuse, toutes les participantes choisissent la deuxième réponse. Elles sont lucides quant aux aspects négatifs de leur relation amoureuse, mais n'identifient pas clairement la violence qui y est présente. Il appert que les jeunes mères de notre échantillon ne sont pas les seules à éprouver des difficultés à reconnaître des gestes de violence au sein de leur relation amoureuse. Une étude menée auprès de 30 nouvelles mères adultes ayant rapporté des gestes de violence sur la base d'outils d'identification validés (Abuse Assessment Scale et Index of Spouse Abuse) lors de leur grossesse confirme aussi cette tendance (Ulrich *et al.*, 2006). Lors d'un entretien mené dans les heures qui suivent la naissance de leur enfant, plus de la moitié des participantes n'interprétaient pas ce qu'elles subissaient comme étant de la violence (Ulrich *et al.*, 2006). Pourtant, les gestes et les comportements de leur partenaire intime, tels qu'elles les rapportent, s'insèrent dans les définitions courantes de la violence conjugale. Ces femmes interrogées ne qualifiaient pas les gestes commis comme

étant de la violence, principalement en s'appuyant sur les éléments suivants: parce que c'est fréquent, parce que c'est normal, parce qu'elles n'y ont pas manifesté d'opposition et parce qu'elles sont satisfaites de leur relation (Ulrich *et al.*, 2006).

L'interprétation des gestes reconnus comme étant violents peut aussi être liée à l'opportunité relative au choix qu'a la femme victime de violence face à sa relation, soit rester et poursuivre la relation ou rompre celle-ci. Comme le font remarquer Eisikovits et Winstock:

Plus les individus identifient la poursuite de la relation comme un choix, plus leurs souvenirs liés aux événements violents sont flous et imprécis. À l'inverse, plus la poursuite de la relation est perçue comme échappant à leur contrôle et induite par les circonstances extérieures, plus leurs souvenirs seront envahissants et obsédants (Eisikovits et Winstock, 2002, p. 697; traduction libre).

Il semble donc y avoir la présence d'un « filtre » qui influencerait leur perception de leur réalité amoureuse et des événements violents qui s'y déroulent. Il faut se rappeler que les mères de notre étude le deviennent à un âge précoce. Pour plusieurs d'entre elles, il s'agit de la première relation amoureuse prolongée dans laquelle elles s'investissent. Les études s'intéressant au vécu amoureux des adolescents démontrent que les taux de violence entre partenaires intimes sont préoccupants et que les processus impliqués pour mettre fin à ces relations amoureuses sont complexes (Glass *et al.*, 2003; Hickman, Jaycox et Aronoff, 2005; World Health Organization et London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010). Dans une étude qualitative exploratoire effectuée auprès d'adolescentes québécoises victimes de violence de la part de leur partenaire amoureux, Fernet (2005) soutient que les représentations romantiques que celles-ci entretiennent à l'égard de la relation amoureuse et du partenaire les inciteraient à préserver leur lien affectif au partenaire, quel qu'en soit le prix. Les adolescentes déploieraient alors différentes stratégies leur permettant de nier et d'éviter les situations de violence, en parallèle avec le maintien de l'espoir d'être aimées de leur partenaire amoureux (Fernet, 2005). Se basant sur les propos des adolescentes interrogées, l'auteure propose une conceptualisation du processus menant à la cessation de la relation amoureuse. Ce processus serait marqué dans un premier temps par la reconnaissance de l'effritement du sentiment amoureux, et donc de la distance entre l'idéal soutenu par les représentations romantiques qu'elles entretiennent à l'égard des relations de couple et leur réalité. Lorsque cette désillusion et l'effritement de l'amour romantique sont intégrés, l'adolescente chercherait à mettre un terme à la relation en s'appuyant notamment sur un réseau social fiable. Ce soutien l'aiderait notamment dans les actions concrètes visant à mettre un terme à la relation amoureuse. Ainsi,

ce n'est pas tant la reconnaissance de la violence que la prise de conscience de l'effritement du sentiment amoureux et de la désillusion face à la relation qui incite les jeunes femmes à mettre un terme à celle-ci (Fernet, 2005).

La juxtaposition de la composante de la parentalité précoce ajoute une complexité accrue à la reconnaissance du caractère violent d'une relation amoureuse et de la décision d'y mettre un terme. Pour un nombre important de jeunes femmes ayant participé à notre étude, les identités de mère et de conjointe devaient, de prime abord, être associées pour conférer une certaine légitimité et une crédibilité accrue à leur maternité précoce. De même, l'idéal que représente la famille a, dans de nombreux cas, été investi très fortement. Toutes les participantes, à l'exception d'Isabelle qui souhaitait dès le départ que le père de l'enfant ne soit pas présent, manifestent le désir de former une famille unie, de vivre « l'idéal familial ». À l'instar de Marie-Sophie, qui savait dès les premiers mois de sa grossesse qu'il ne s'agissait pas du père idéal, ou de Shany qui raconte que, dès le début de sa grossesse, leur relation était « *rock-and-roll* », les participantes à l'étude ont choisi de poursuivre la relation avec le père de l'enfant, du moins pendant quelque temps. L'espoir que la situation se modifie, notamment par le biais de la création d'un lien entre le père et l'enfant, est présent dans le discours des participantes.

Un autre élément commun à beaucoup de mères est aussi présent dans leur discours: il s'agit de la culpabilité ressentie à la décision de « briser la famille » et de « priver » ainsi l'enfant de son père sur une base quotidienne. Tout comme Maude qui discute longuement de l'importance pour son fils d'être avec son père et de la joie qu'il manifeste lorsque son père est présent, plusieurs mères font état de leur malaise à l'idée de mettre un terme à la relation violente parce que cela signifie une diminution des contacts entre l'enfant et son père. Les données présentées par Lutz (2005) laissent elles aussi entrevoir l'importance de la figure paternelle pour les femmes interrogées. Celles-ci rapportent en effet que la présence du partenaire/père est un élément clé valorisé, puisque aucune femme n'a mentionné considérer mettre un terme à la relation durant la grossesse, malgré la violence du partenaire. Au contraire, la relation conjugale a été réinvestie, notamment en raison de l'espoir que la venue au monde du bébé mette un terme à la violence. Les attentes sociales face à la maternité (comme le dévouement et le don de soi pour le bien-être de l'enfant) sont parfois en contradiction avec les attitudes et les réponses attendues socialement de la part d'une femme victime de violence conjugale (p. ex. mettre un terme à la relation, quitter le partenaire violent). Ainsi, les jeunes mères se sentent moins jugées par leur entourage si elles sont dans des relations amoureuses avec le père de l'enfant, et ce, même si cette relation n'est ni saine ni sécuritaire (Kulkarni, 2007). Cette pression sociale

rend plus difficile la décision de mettre un terme à la relation violente (Lutz, 2005). Les résultats obtenus lors de l'analyse des trajectoires des jeunes mères rencontrées trouvent un écho dans ceux de l'étude qualitative exploratoire de Lutz (2005) auprès de 12 mères ayant été victimes de violence de la part de leur partenaire intime durant la période périnatale. Cette chercheuse dégage un modèle théorique qui démontre la dichotomie entre la sphère privée et la sphère publique dans laquelle certaines femmes victimes de violence vivent leur grossesse et les processus mis en place pour mettre un terme à cette violence. Dans le modèle conceptuel qu'elle propose, la sphère publique renvoie à la grossesse, qui est visible et socialement reconnue et valorisée, alors que la sphère privée renvoie à la violence de la part du partenaire intime, qui se vit dans le secret, à l'abri des regards extérieurs. La majorité des femmes interrogées dans cette étude hésitent à dévoiler la violence dont elles sont victimes par peur d'être scrutées publiquement et stigmatisées. Pour préserver leur image « publique », elles s'engagent dans différentes stratégies afin de présenter l'image positive d'une femme enceinte au sein d'une relation heureuse. Conséquemment, les femmes interrogées dans cette étude rapportent avoir l'impression de vivre deux vies en parallèle.

Ces différents résultats et les témoignages des mères que nous avons rencontrées démontrent à quel point la juxtaposition de la grossesse à la problématique de la violence conjugale est complexe et soulève des enjeux importants, tant pour l'intervention que pour la recherche.

La sexualité : une sphère vulnérable

Un autre élément qui ressort de l'analyse des données est la présence de violence sexuelle chez un nombre important de femmes rencontrées et les difficultés particulières liées à ce type de violence. La violence sexuelle de la part de leur partenaire amoureux, dont plusieurs jeunes mères sont victimes, est peu abordée dans la littérature comparativement aux autres types de violence. Pourtant, au sein de l'échantillon limité rencontré dans le cadre de cette étude, c'est une réalité très présente. Il semble, d'après nos données, qu'elle soit plus présente que la violence physique. En effet, la violence sexuelle semble plus taboue qu'une autre forme de violence et peu de jeunes mères abordent ce sujet d'emblée. Bien que cet échantillon ne soit pas représentatif de l'ensemble des jeunes mères vivant avec un contexte relationnel adverse, il est permis de croire que cette sphère de leur vie est plus vulnérable que ne le laissent croire les portraits dégaçés par les études s'intéressant au vécu de violence conjugale. En effet, rappelons que plusieurs mères (5 sur 9) ont rapporté oralement, lors des entretiens individuels, des comportements de violence sexuelle de la part de leur partenaire intime. Pour quatre d'entre elles, ces gestes n'avaient pas

été rapportés dans le questionnaire validé. Par contre, une participante a rapporté, dans la CTS2, la présence de violence sexuelle, alors qu'elle n'en avait pas fait mention lors de l'entretien individuel.

Il est surprenant de constater les discordances importantes découlant des deux façons de recueillir des données. L'idée n'est pas de discréditer les outils quantitatifs permettant de mesurer la prévalence de la violence entre partenaires intimes et ses différentes manifestations. Ces outils ont démontré depuis plusieurs années leur importance cruciale et leur pertinence. Les deux méthodes de collecte des données ont permis le dévoilement de situations non rapportées par l'autre. Cependant, étant donné le caractère plus intimiste des entretiens individuels et la présence de questions ciblées, plusieurs situations de violence sexuelle y ont été rapportées. Des résultats comparables sont mentionnés par Miller et ses collaboratrices (2007). Lors de la transcription des cinq premières entrevues d'une étude qualitative portant sur les comportements violents du partenaire lors de la grossesse, elles ont réalisé que les adolescentes qu'elles interrogeaient répondaient négativement aux questions écrites sur la coercition sexuelle. Par contre, elles laissaient entrevoir une réalité bien différente par la suite lors des entretiens (Miller *et al.*, 2007).

Le choix de l'outil est un élément important à considérer quant au taux de dévoilement de la violence conjugale. Dans une étude documentant l'atteinte des critères d'un programme de dépistage par différents instruments utilisés à cette fin dans les établissements de santé, les différents questionnaires utilisés démontrent, dans la majorité des cas, des différences lorsqu'on les compare avec un questionnaire témoin, développé pour l'occasion (Feder *et al.*, 2009). Mais au-delà du choix de l'outil en fonction de ses qualités psychométriques, il importe d'être prudent, selon Feder et ses collaborateurs (2009), quant à la capacité d'un outil de dépistage de la violence conjugale de rapporter cette violence, comme le ferait un outil de dépistage d'une condition médicale particulière. Pour Fogarty et ses collaborateurs, l'identification des victimes de violence conjugale est un processus complexe, influencé par la capacité de la femme à reconnaître la violence et à la juger problématique, sa décision d'accorder sa confiance au professionnel en lui confiant cette situation ainsi que sa perception de l'ouverture du professionnel à entendre son histoire avec compassion et absence de jugement (Fogarty, Burge et McCord, 2002).

De nombreux guides de pratique clinique insistent sur l'importance d'établir un lien de confiance avant le dépistage ou la recherche de cas (Centre de liaison sur l'intervention précoce et la prévention psychosociales, 2006; Registered Nurses' Association of Ontario, 2005; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2005). Notre expérience, acquise lors de ce projet de recherche exploratoire, et les résultats présentés ci-dessus soulignent le rôle capital joué par le lien de confiance entre

les individus lors du dévoilement de situations de violence conjugale, dans le cadre aussi d'un projet de recherche. Nos conversations informelles, ma présence soutenue et leur compréhension du projet de recherche auquel elles ont accepté de participer (c'est-à-dire comprendre leur trajectoire et non pas les «évaluer») ont très certainement été bénéfiques pour le partage des récits et des événements entourant leur grossesse et la violence qui y était présente.

La résilience en contexte de maternité précoce et de violence de la part du partenaire intime : un modèle contextuel

La trajectoire de résilience qui a été dégagée à partir du récit du parcours de vie qu'ont fait les mères, jumelée aux observations notées lors des périodes de terrain, propose une lecture transversale du vécu des femmes ayant participé à cette étude. Elle met de l'avant quatre grands processus par lesquels les femmes surmontent l'adversité double à laquelle elles sont confrontées. Ces processus ne se déroulent pas de façon isolée; ils s'inscrivent dans une période temporelle, dans un monde social. Des facteurs promoteurs et des facteurs de vulnérabilité interagissent avec ces processus pour faciliter ou, au contraire, entraver leur réalisation. Nous discuterons dans cette section de ces résultats, que nous mettrons en lien avec la littérature.

D'emblée, il n'est pas facile de discuter de ce modèle conceptuel au regard de la littérature existante dans le domaine de la résilience, et ce, principalement en raison des multitudes de contextes dans lesquels la trajectoire de résilience peut être étudiée. Puisqu'il s'agit d'une réponse à une adversité, les processus, les indicateurs et les facteurs qui y sont associés seront liés à cette adversité. Or, comme nous l'avons mentionné précédemment, peu d'études ont ciblé conjointement la maternité précoce et la violence entre partenaires intimes comme sujet. Lorsque des études existent, elles portent majoritairement sur sa prévalence et les corrélats qui y sont associés, mais peu sur les processus de résilience impliqués.

L'absence constatée dans la littérature de modèle intégré en regard du contexte d'adversité qui y est décrit fait que le modèle proposé ici est novateur. Alors que nous disposons de plus en plus d'informations empiriques sur les facteurs promoteurs et de vulnérabilité (souvent désignés sous les expressions «facteurs protecteurs» et «facteurs de risque»), peu d'écrits documentent les processus qui conduisent à l'émergence de trajectoires de résilience (Harrop *et al.*, 2009; Reaching IN... Reaching OUT, 2010). Néanmoins, les différentes composantes du modèle dégagé à partir des données analysées présentent pour leur part des similitudes avec la littérature sur la résilience. À l'instar d'autres auteurs (Garmezy, 1993; Ungar, 2007), les facteurs protecteurs – nous utilisons le terme «promoteur» qui reflète mieux, à notre avis, le rôle joué – et de vulnérabilité se retrouvent

à différents niveaux, soit liés à l'individu, en lien avec la famille et ancrés dans la communauté. Cette «écologie sociale de la résilience» permet de conceptualiser la résilience et les facteurs qui y contribuent comme résultant d'interactions entre l'individu et le monde dans lequel il vit (Harrop *et al.*, 2009; Reaching IN... Reaching OUT, 2010).

Les processus

Un processus, par définition, n'est pas constitué d'une seule étape ni isolé des milieux dans lesquels il se déroule. Dans le cadre de la trajectoire de résilience théorisée à partir de l'expérience de maternité précoce en contexte de violence dans les relations amoureuses, rappelons que les processus dégagés sont : 1) créer un milieu de vie sain pour l'enfant ; 2) s'activer face au contexte relationnel adverse ; 3) mobiliser et utiliser les ressources disponibles ; et 4) se servir du passé pour aller vers l'avant ou réinvestir les compétences et les habiletés acquises. La somme de ces processus génère des changements importants pour les jeunes mères rencontrées, tant dans ce qu'elles sont et ce qu'elles vivent que dans les environnements au sein desquels elles évoluent.

Créer un milieu de vie sain pour l'enfant

«Faire le ménage», éloigner les gens indésirables, se recréer un réseau d'amies, s'informer, s'équiper pour être en mesure d'accueillir le bébé : toutes ces stratégies ont été déployées par les mères rencontrées afin de créer un milieu de vie sain, où l'enfant aura une place centrale. Ce désir, et l'activation de ce désir pour qu'il devienne quelque chose de tangible qui génère des résultats positifs, ne semble cependant pas être limité aux jeunes mères rencontrées. Selon la littérature sur la transition à la parentalité, le passage du statut de femme «sans enfant» à celui de mère engendrerait, au sein de la population générale, une volonté d'introspection et une ouverture pour acquérir de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences liées à la grossesse et à la parentalité (Cowan et Cowan, 1995; Schindler Rising, 1998). Cette transition, l'une des transitions les plus importantes dans un parcours de vie (Katz-Wise, Priess et Hyde, 2010), amènerait aussi chez la femme enceinte une tendance à vouloir améliorer ses habitudes de vie et à créer un environnement sain pour le bébé à naître (Klima, 2003; SmithBattle, 1995). Ce désir de créer un milieu sain pour l'enfant à naître pourrait être plus marqué chez les femmes qui ont des conduites hors normes, comme la consommation d'alcool ou de drogues ou encore la maternité précoce par exemple. Au regard de la norme sociale entourant la maternité, elles se situent souvent plus loin de l'image de la «bonne mère» et moins préparées à la venue de cet enfant

dans leur vie, tant sur le plan psychologique que matériel (Klima, 2003; Venne et Morissette, 2009). Conséquemment, cette période de transition amène plusieurs d'entre elles à vouloir modifier et améliorer rapidement leurs conditions de vie et, le cas échéant, leurs habitudes de vie (Klima, 2003).

Pour plusieurs adolescentes enceintes, la grossesse est une expérience transformatrice, qui nécessite des changements importants pour s'acquitter de la responsabilité parentale qui sera bientôt la leur (SmithBattle, 1995). Cette auteure, qui a interrogé de nouveau les adolescentes qui avaient participé à son étude quatre ans auparavant, soutient que les jeunes mères, dont la grossesse a été perçue comme un événement qui transforme positivement leur vie, ont continué à s'épanouir dans leur rôle de parent et maintiennent l'idée que la maternité leur a permis de «s'inventer un futur rempli d'espoir» (SmithBattle, 1998). Ce processus relevé chez les participantes de l'étude ne semble donc pas être un phénomène isolé; il se généraliserait à de nombreuses adolescentes qui deviennent mères, tout comme il est présent chez les futures mères de la population générale, dans des déclinaisons différentes.

S'activer face au contexte relationnel adverse

Les mères démontrant une trajectoire de résilience rencontrées dans le cadre de cette étude sont conscientes des conséquences négatives du contexte relationnel adverse dans lequel elles se trouvent ou se trouvaient. Elles savent que certains aspects de leur relation leur causent du tort ou peuvent causer du tort à leurs enfants. Bien qu'elles ne qualifient pas toutes leur contexte relationnel de violent, elles sont lucides quant aux aspects délétères de leur relation amoureuse. Comme nous en avons discuté précédemment, la reconnaissance du contexte relationnel adverse au sein d'une relation amoureuse adolescente ne se fait pas uniquement à travers la prise de conscience du caractère abusif de la relation, mais aussi à travers le désenchantement et la déception face à la relation amoureuse elle-même (Fernet, 2005). Kulkarni (2007) propose une autre voie complémentaire par laquelle des jeunes mères victimes de violence reconnaissent le caractère adverse de leur relation intime: lorsque les jeunes mères sont confrontées aux demandes émotionnelles importantes associées au maintien d'une relation amoureuse difficile dans une période où elles ont à s'occuper d'un jeune bébé, le partenaire devient un fardeau. Elles deviennent plus centrées sur la survie et les soins à donner au bébé, alors que leur partenaire devient plus éloigné de leurs priorités (Lutz, 2005). Nous appuyant sur cette prémisse et à la lumière des principaux résultats de la littérature sur la transition à la maternité, à savoir que les nouvelles mères sont soumises à de multiples demandes quant aux soins à donner

au bébé et à l'adaptation à ce nouveau rôle, nous pouvons émettre l'hypothèse que la venue au monde de l'enfant et les responsabilités importantes et exigeantes qui y sont liées peuvent accélérer le processus de reconnaissance du caractère adverse d'une relation amoureuse violente.

Nos analyses permettent de souligner que bien qu'elles reconnaissent le caractère adverse de leur relation, les jeunes mères de l'étude n'ont pas toutes la même réponse face à cette situation; leur niveau d'activation diffère. Certaines mettent un terme à la relation amoureuse, d'autres lancent un ultimatum à leur conjoint violent, en exigeant des changements. Des jeunes mères entament des démarches d'aide en couple, alors que d'autres privilégient le recours à des stratégies de défense pour atténuer les conséquences du contexte relationnel adverse dans lequel elles se trouvent. Ces stratégies ne sont pas mutuellement exclusives; plusieurs jeunes mères recourent à des combinaisons de stratégies. Celles-ci peuvent être mises en lien avec les résultats de l'étude de Fortin et de ses collaboratrices (2007), qui proposent une catégorisation des stratégies de défense et de rationalisation déployées par des femmes victimes de violence conjugale. Les stratégies de défense qu'elles dégagent sont multiples: déni, dissociation, repli, contournement, survie, négociation, restitution, résistance ou contre-pouvoir et rupture. De même, parmi les stratégies de rationalisation, on retrouve la banalisation, la minimisation, la négation de la responsabilité de l'agresseur, l'appel à l'éthique du sauveur et l'appel à une loyauté supérieure. Pour ces auteures, les femmes victimes de violence utilisent ces stratégies en fonction de différents éléments, soit la phase du cycle de la violence dans laquelle elles se trouvent, les stratégies de contrôle du conjoint, la dangerosité de la situation, les enjeux encourus et la protection assurée par le réseau social (Fortin *et al.*, 2007). Ainsi, tant pour les femmes de notre étude que pour celles rencontrées par Fortin et ses collaboratrices, la réponse à un contexte relationnel adverse n'est pas constituée d'une seule stratégie qui se maintient dans le temps. Les jeunes mères utilisent différents moyens, à différents moments. Ces réponses sont conditionnées par le contexte et leur analyse de la situation.

Mobiliser et utiliser les ressources disponibles

Au moment de l'annonce de la grossesse, les jeunes femmes ne sont pas dans une situation favorable à l'arrivée d'un bébé. Sauf exception, elles n'habitent pas dans leur propre logement, ont peu de ressources financières et matérielles et ne sont pas préparées à toutes les responsabilités qu'implique la maternité. Pour certaines, la famille est présente et accepte de soutenir le projet de maternité, alors que pour d'autres, la famille n'est pas un soutien. Toutes les femmes rencontrées ont dû se mobiliser et utiliser les ressources disponibles pour préparer au mieux l'arrivée du bébé. Ces ressources sont diverses, comme en fait foi le tableau 6.4. Peu d'études

ont, à notre connaissance, abordé cet élément comme étant un processus permettant l'émergence d'une trajectoire de résilience. Cependant, des parallèles intéressants peuvent être faits avec les conclusions de certains chercheurs s'intéressant à la résilience dans différents contextes. Une étude qualitative menée auprès de mères adolescentes diplômées d'un programme de formation scolaire à la suite de la naissance de leur enfant et reconnues comme résilientes par leurs enseignants fait ressortir l'importance de quatre éléments communs dont elles font preuve (Carey, Ratliff et Lyle, 1998). Parmi ceux-ci, soulignons l'initiative, telle qu'elle est libellée par les auteurs, qui est très présente. Elle consiste, pour les mères de cette étude, à déployer des attitudes proactives et de prise en charge de leur destinée. Certaines d'entre elles l'appellent la détermination. Parmi les comportements qui ont été codifiés comme résultant d'un sens de l'initiative, mentionnons la recherche de programmes d'organisation pouvant offrir un soutien, la persévérance scolaire et l'implication auprès d'autres jeunes mères. Un lien étroit entre l'initiative et la mobilisation pour l'obtention de ressources peut être établi, à notre avis, compte tenu des actions similaires déployées par les jeunes mères dans ces deux études.

Werner, qui a étudié de façon longitudinale le développement d'enfants ayant grandi dans des environnements adverses, soutient que les attributs¹ individuels des enfants résilients observés ont amené ces enfants à choisir ou à construire des environnements qui, à leur tour, renforçaient ou soutenaient la présence de ces attributs. Selon cette auteure, c'est la présence conjointe de ces attributs et des environnements qui reconnaissent aux enfants leurs compétences et leurs habiletés qui leur permet de surmonter l'adversité (Werner, 2005). À partir de cette conclusion, on peut émettre l'hypothèse qu'en se mobilisant et en mobilisant les ressources disponibles, les jeunes mères de notre étude participent à la création d'un environnement dans lequel elles se sentent épaulées et où elles bénéficient d'appuis concrets qui contribuent à l'amélioration de leur situation et de leur santé.

Se servir du passé pour aller vers l'avant

*L'expérience, ce n'est pas ce qui arrive à quelqu'un,
c'est ce que quelqu'un fait avec ce qui lui arrive.*

Aldous Huxley, extrait du *Meilleur des mondes*.

L'un des constituants du cadre conceptuel retenu pour cette étude est la perspective des parcours de vie (Giele et Elder Jr, 1998). L'adversité, que constituent la maternité précoce et la violence de la part du partenaire

1. Ces attributs sont le sentiment de contrôle, la planification, un concept de soi positif, une forte volonté de réussir, la présence de croyances religieuses et un tempérament enjoué.

intime, est donc analysée au regard du parcours de vie de la jeune femme, comme en font foi les représentations de leur trajectoire. Il est facile de constater, à la lecture de leur parcours de vie résumé dans les vignettes, que cette double adversité n'est pas la première qu'elles rencontrent. Gore et Eckenrode (1994) soulignent d'ailleurs l'importance de ne pas présumer de l'unicité d'une adversité dans la vie d'un individu, puisque les événements se produisant au cours de celle-ci sont interreliés. Un événement (p. ex. séparation des parents) peut en fait entraîner une série de différents événements (p. ex. déménagement, changement d'école, dépression, pauvreté) (Gore et Eckenrode, 1994). La littérature dans le domaine de la polyvictimisation permet de lier plusieurs événements s'étant déroulés dans la prime enfance aux situations adverses vécues à un âge plus avancé (Finkelhor, Ormrod et Turner, 2007). Des études menées auprès de mères adolescentes confirment, dans plusieurs situations, cette accumulation d'adversités. Les adolescentes qui deviennent mères seraient ainsi plus susceptibles d'avoir vécu plusieurs expériences traumatiques, comme l'exposition à la violence (Kulkarni, Kennedy et Lewis, 2010). Ces traumatismes peuvent aussi être liés aux conditions de vie, notamment la difficulté de se trouver un logement ou la consommation par les parents de drogues ou d'alcool (Kubiak, 2005 ; Kulkarni, Kennedy et Lewis, 2010).

Les mères rencontrées dans le cadre de cette étude ont dû, pour la majorité, surmonter plusieurs adversités avant la survenue de la grossesse et ont conséquemment développé des compétences et des habiletés qu'elles ont su réinvestir. Elles sont nombreuses à mentionner qu'elles possèdent des ressources internes (présentées dans le tableau 6.4) qui résultent d'une adaptation réussie à des adversités antérieures. Par exemple, Shany mentionne que les obstacles qu'elle a surmontés lui procurent un sentiment de force et l'impression d'être quasi inébranlable. Pour Alizée, les expériences de vie lui servent « d'école » : elle dit avoir appris de ses expériences et est en mesure d'éviter les mauvais choix par la suite. Élisabeth a fait face à la désertion de ses deux parents avant l'âge de l'adolescence et a dû s'occuper seule d'elle-même et de sa sœur pendant plusieurs années. Elle a développé son autonomie, sa débrouillardise et son sens de l'organisation. Marie-Sophie a vécu plusieurs déménagements et de l'instabilité familiale ; elle a développé une capacité d'adaptation. La somme et l'interaction de ces processus ont permis, chez les mères rencontrées, de faire bifurquer leur parcours de vie vers une trajectoire de résilience. Ces processus sont soutenus par des facteurs promoteurs, qui facilitent leur mise en place.

Les facteurs promoteurs

Des facteurs promoteurs facilitent l'émergence d'une trajectoire de résilience. Dans le cadre de cette étude, il s'agit de: 1) la prise de conscience des effets positifs des changements, soit la perception des bénéfices par la jeune mère; 2) la présence d'individus fiables et disponibles; et 3) l'accès à des lieux d'échange et d'éducation.

La prise de conscience des effets positifs des changements

Plusieurs jeunes mères ont mentionné, tant lors des entretiens individuels que des entretiens de groupe, que les changements qu'elles ont apportés à leur vie ont généré à leur tour d'autres effets positifs dans leur façon de se percevoir. Elles rapportent ainsi se sentir plus complètes, plus responsables. Elles expriment, entre autres, de la fierté pour tout ce qu'elles font pour assurer le bien-être de leurs enfants, et pour le chemin parcouru.

Un élément important de leur discours est le sentiment de contrôle qu'elles ressentent, qui découle de la prise de conscience de leur trajectoire de résilience et du contexte relationnel dans lequel elles se trouvaient. Cet élément trouve un écho, sous d'autres vocables, dans la littérature. Ainsi, la revue systématique effectuée par Harrop et son équipe rapporte que les croyances liées au contrôle seraient un facteur protecteur de la résilience dans les six revues recensées (Harrop *et al.*, 2009). Bien que ces revues ne ciblent pas le contexte de la maternité précoce en contexte de violence conjugale, il est intéressant de constater que la déclinaison du sentiment de contrôle en trois aspects, soit le concept de contrôle interne, le sentiment de contrôle sur sa propre vie ainsi que le sentiment de pouvoir, est rapportée comme jouant un rôle central dans l'établissement d'une trajectoire de résilience. Dans la même veine, les résultats d'une revue exhaustive portant sur les jeunes mères chefs de famille monoparentale démontrent que le sentiment de contrôle, une estime de soi dans son rôle maternel et un sentiment d'autoefficacité permettaient à ces jeunes mères d'avoir recours à des pratiques parentales positives (Murry *et al.*, 2001). Nos données ne nous permettent pas de faire un lien aussi direct entre les retombées sur la perception de soi d'une trajectoire de résilience et la mise en place de pratiques parentales positives. Par contre, nos indicateurs démontrent, chez les mères de l'étude, la présence de capacités parentales positives et un souci du bien-être de leur enfant. La nature du lien qui unit ces deux éléments n'est toutefois pas clairement démontrée.

La présence d'individus fiables et disponibles

Plusieurs jeunes mères l'ont mentionné haut et fort: elles ne savent pas ce qui serait advenu d'elles si elles n'avaient pas reçu tout le soutien social dont elles ont bénéficié dans les moments difficiles et dont elles continuent

de bénéficier encore aujourd'hui, dans une moindre mesure. Elles rapportent avoir pu compter sur du soutien familial, du soutien extrafamilial ainsi que du soutien communautaire et organisationnel. Elles sont aussi nombreuses à mentionner la présence de soutien financier et matériel. Mais au-delà de la catégorisation de la source du soutien, ce qui se dégage de leurs propos est l'importance d'avoir pu compter sur des individus, qui ont été fiables et disponibles, à des moments où elles en avaient besoin.

Plusieurs jeunes mères ont mentionné le rôle important joué par les membres de leur famille, et plus précisément par leur propre mère. Dans le cadre d'une trajectoire de résilience, le soutien de la famille semble en effet un élément important à considérer (Reaching IN... Reaching OUT, 2010). Les facteurs promoteurs de la résilience recensés par Theron et Theron soulignent aussi l'importance des parents et plus particulièrement de la mère (Theron et Theron, 2010). La revue systématique d'Harrop et de ses collaborateurs rapporte pour sa part l'importance de la famille pour contrer les effets négatifs liés aux adversités, qui a été soulignée dans 18 études (Harrop *et al.*, 2009). S'intéressant principalement à la trajectoire d'enfants, les auteurs qualifient cette famille d'unie, chaleureuse, fiable et démontrant une capacité de communiquer. Le soutien de la famille jouerait aussi un rôle tampon face au stress, et l'environnement familial élargi procurerait une certaine protection contre l'adversité (Harrop *et al.*, 2009). Certains des qualificatifs utilisés dans les études répertoriées faisant état du soutien procuré par la famille ne décrivent pas les familles des répondantes de la même façon que celle dépeinte par ces dernières. Plusieurs des participantes à l'étude ont une histoire familiale complexe, parsemée d'embûches et de défis, de troubles de santé mentale, de placements, de séparations et de conflits. Bien que le soutien de l'environnement familial soit revenu à plusieurs reprises dans le discours des répondantes rencontrées, le modèle familial n'était pas toujours considéré comme un exemple à suivre et pouvait, au contraire, constituer un exemple à ne pas reproduire. Cependant, au-delà du modèle qu'elles souhaitent ou ne souhaitent pas reproduire, plusieurs jeunes mères rencontrées rapportent un soutien de la part de leur famille qui serait davantage matériel et de « dépannage » (p. ex. hébergement temporaire, gardiennage occasionnel), plutôt qu'une source de soutien émotionnel, du moins dans les premiers temps.

Plus proche de la réalité familiale décrite par les mères que nous avons rencontrées, une étude qualitative menée auprès de 10 mères afro-américaines résilientes ayant des enfants d'âge scolaire rapporte que ces mères identifient leur famille à la fois à une source de soutien et de stress (Brodsky, 1999). Le fait qu'elles sont ou ont été dépendantes de leur famille leur a permis d'avoir accès à des ressources matérielles et financières qu'elles n'auraient pas eues, mais a aussi occasionné des conflits familiaux et du stress. Selon cette étude, plusieurs des mères rencontrées n'avaient

pas été élevées par leur propre mère, mais en tant qu'adultes, elles avaient recours à celle-ci pour du soutien. Conséquemment, des tensions relationnelles ont pu être exacerbées. Une autre étude effectuée auprès de 65 jeunes mères inscrites dans un programme scolaire où est présente une composante de soutien (rencontres sur les pratiques parentales, transport, services juridiques, service de garde pour les enfants, etc.) s'intéresse aux sources de soutien dont elles peuvent bénéficier (Sadler *et al.*, 2007). Questionnées sur leurs liens avec leurs parents, les jeunes mères estiment avoir des liens positifs dans 46 % des cas, alors que 33 % d'entre elles rapportent être ambivalentes ou avoir une relation négative. Elles sont toutefois près de 60 % à rapporter une amélioration de leur relation avec leur mère à la suite de la naissance de leur enfant.

La section consacrée à l'état des connaissances portant sur les conséquences directes et indirectes de la violence répertoriées sur la santé l'a déjà mentionné : le fait d'être victime de violence de la part du partenaire intime à l'adolescence est lié à la présence possible de symptômes dépressifs et d'anxiété (Holt et Espelage, 2005). Or, selon Carlson et ses collaborateurs (2002), le soutien social perçu de la part de ses parents pourrait agir comme tampon face à cette violence en réduisant la détresse psychologique qui y est associée. Les auteures mettent toutefois en garde le lecteur en précisant que ce tampon pourrait n'être présent qu'à cause de la relative nouveauté de cette violence. Elles émettent l'hypothèse que lorsque la violence se poursuit, les jeunes victimes sont de plus en plus réticentes à en parler à leur entourage, notamment parce qu'elles ne souhaitent pas mettre un terme à la relation. Le soutien social, tant de la part de la famille que des pairs, serait en effet moins efficace pour contrer les conséquences négatives sur la santé mentale sur une période plus prolongée chez les victimes sévèrement violentées (Carlson *et al.*, 2002). À cet égard, nous devons souligner le peu de jeunes mères qui ont rapporté avoir abordé la question de la violence conjugale avec leurs parents. Par contre, il faut préciser que nous ne les avons pas questionnées à ce sujet et ne pouvons donc prétendre à une quelconque tendance en la matière.

Il se dégage de l'analyse des entretiens une tendance à aller chercher à l'extérieur du cercle familial le soutien de type émotionnel, plus particulièrement auprès de pairs qui vivent la même situation. Une situation semblable est rapportée par Zeck et ses collaborateurs dans le cadre d'une étude effectuée en Autriche auprès de mères adolescentes. En comparant deux groupes de jeunes mères, soit celles ayant donné naissance moins de 2,5 années auparavant comparativement à celles qui ont donné naissance entre 2,5 et 5 années auparavant, les auteurs démontrent que l'importance du soutien des parents décroît et est remplacée par le soutien offert par les

pairs (Zeck *et al.*, 2007). Ils émettent l'hypothèse que l'indépendance vis-à-vis de sa famille devient un désir important pour la jeune mère dans l'exercice de sa maternité. Les propos des jeunes mères mettent aussi l'accent sur l'importance, dans le cadre de leur trajectoire, de la présence d'adultes non apparentés, comme des intervenantes ou des bénévoles qui œuvrent dans des organismes qu'elles fréquentent ou qu'elles ont fréquentés; celles-ci deviennent des modèles ou des sources importantes de renseignements et de conseils. Une étude portant sur les sources de soutien de mères adolescentes afro-américaines s'échelonnant sur une période de cinq ans démontre que la présence d'un mentor naturel, c'est-à-dire un adulte qui n'est pas le parent direct de la jeune mère, contribue à décroître chez celle-ci la présence de symptômes dépressifs et de symptômes d'anxiété (Hurd et Zimmerman, 2010). La présence de mentors protégerait les jeunes mères en réduisant l'isolement dans lequel elles peuvent se trouver, en leur procurant des contacts chaleureux, un sentiment d'acceptation et la motivation nécessaire à la réussite (Greenberger, Chen et Beam, 1999; Kulkarni, Kennedy et Lewis, 2010).

L'accès à des lieux d'échange et d'éducation

Le soutien des pairs, la possibilité de se retrouver avec d'autres jeunes mères confrontées à des défis similaires aux siens est un aspect important qui permet l'émergence d'une trajectoire de résilience. Les participantes ont été nombreuses à saluer l'apport de ces lieux dans leur trajectoire et à parler longuement des bénéfices qu'elles retirent à les fréquenter. Ce facteur promoteur a été décrit dans plusieurs études portant sur la résilience, principalement au regard des opportunités d'acceptation et d'affiliation, de la possibilité de développer une identité positive, de la réduction des sentiments de blâme et des occasions de partage, d'échanges et d'aide qu'il permet (Kulkarni, Kennedy et Lewis, 2010; Theron et Theron, 2010; Wexler, DiFluvio et Burke, 2009; Yardley, 2009). Il a été nommé plus spécifiquement dans des écrits s'intéressant à la maternité précoce, où son rôle est central, notamment dans l'établissement d'une identité maternelle positive (McDermott et Graham, 2005; Murry *et al.*, 2001). Nous avons discuté plus tôt du rôle central que joue l'identité maternelle dans la vie des jeunes mères participant à notre étude. Nous avons aussi abordé la notion d'un discours alternatif, alimenté en partie par la fréquentation d'autres jeunes mères. Il est aisé, au regard des expériences racontées par les mères ayant participé à l'étude, de constater l'aspect positif de ces différents facteurs dans le déploiement de leur trajectoire de résilience. Cependant, d'autres facteurs fragilisent cette trajectoire; nous les abordons dans la section suivante.

Les facteurs de vulnérabilité

Pour les jeunes mères rencontrées, des facteurs de vulnérabilité mettent en péril le déploiement d'une trajectoire de résilience. Ils sont au nombre de quatre dans le modèle dégagé, soit : 1) un accès limité aux ressources matérielles et financières ; 2) la difficulté de la conciliation travail/école et famille ; 3) l'unité familiale au détriment de saines relations ; et 4) l'homogénéité sociale au détriment de la mixité sociale.

Un accès limité aux ressources matérielles et financières

Les jeunes mères rencontrées dans le cadre de cette étude ont été nombreuses à aborder la question de la vulnérabilité financière, qui est au cœur de leur quotidien. Ainsi, un accès limité aux ressources matérielles et financières (ce qui est désigné par les participantes de l'étude comme le manque de revenus qui leur fait vivre du stress à la fin de chaque mois et qui fait en sorte que tout doit être calculé, ainsi que la difficulté de trouver un logement adéquat, bien situé et desservi par un moyen de transport en commun fiable) est un obstacle de taille dans leur trajectoire. Il est aussi directement lié aux réflexions et aux décisions de mettre un terme à leur relation amoureuse.

Les liens entre la pauvreté et la violence conjugale sont reconnus et documentés (Krug *et al.*, 2002). Une étude menée en Ontario auprès de 64 femmes ayant subi de la violence conjugale a voulu documenter le vécu de ces femmes au regard des politiques publiques ayant cours dans cette province (Mosher *et al.*, 2004). Ses conclusions démontrent à quel point la survie pour les femmes qui se libèrent d'une relation violente est une lutte de tous les jours. La majorité des femmes qui reçoivent des prestations d'aide sociale n'arrivent pas à combler leurs besoins de base (les leurs et ceux de leurs enfants). Le stress lié à l'argent et l'énergie qu'elles doivent consacrer pour répondre minimalement à leurs besoins de base limitent le temps consacré aux enfants et laissent peu d'opportunités pour des démarches autres, comme une démarche thérapeutique. Les femmes interrogées dans le cadre de cette étude rapportent que leur décision de quitter leur conjoint violent est influencée par leur réponse à la question : « Mes chances de survie sont-elles meilleures au sein de la relation violente ou si je reçois l'aide sociale ? » Ainsi, neuf femmes ont décidé de demeurer au sein de leur relation malgré la violence qu'elles subissent en raison du fait que la séparation occasionnerait une diminution de revenu importante ; sept femmes ont poursuivi leur engagement dans la relation violente (l'argent est nommé comme le ou l'un des facteurs expliquant cette décision) et six femmes envisageaient, au moment de l'entretien, de retourner vivre avec leur conjoint violent à cause du stress financier vécu.

Le logement est également un enjeu ; dans cette étude, plusieurs femmes ont mentionné le fait que se loger constitue aussi une source de stress majeure. D'une part, le montant qu'elles reçoivent de l'aide sociale est bien souvent insuffisant pour avoir accès à un logement adéquat ; d'autre part, les services de protection de l'enfance pourraient leur retirer la garde de leurs enfants si elles n'ont pas de logement adéquat (Mosher *et al.*, 2004). Ainsi, l'accès limité à des ressources financières et matérielles constitue un obstacle important à une existence sans violence.

La difficulté de la conciliation travail/école et famille

Les propos tenus par les participantes documentent aussi un défi auquel elles doivent faire face : celui de concilier leurs aspirations familiales avec leur désir de réalisation professionnelle ou scolaire. Au sein de la population générale, la parentalité peut réduire la participation active d'un ou des parents dans le monde du travail ou de la formation, faute de soutien suffisant permettant de suppléer aux soins à donner à l'enfant. Pour de jeunes mères qui assument seules la fonction de soutien ou qui agissent comme soutien principal des enfants – comme la majorité des mères que nous avons rencontrées –, la possibilité d'intégrer le marché du travail ou de retourner à l'école est très limitée. Plusieurs programmes s'adressant aux jeunes mères ont donc cherché à accroître leur accès à des services de garde de qualité et de nombreuses écoles à vocation particulière ont leur propre service de garde intégré. Par contre, toutes les installations scolaires (p. ex. cégep) et tous les milieux de travail ne sont pas pourvus de ce type de services.

De même, plusieurs jeunes mères ont rapporté un profond sentiment d'ambivalence face à la décision de placer leur enfant dans un service de garde. Cela équivaut pour plusieurs à ne pas assumer adéquatement leur rôle parental, à ne pas être une « bonne » mère. La structure de la majorité des services de garde en CPE ne permet pas aux jeunes mères, selon les propos rapportés, d'y amener leur enfant à temps partiel, que ce soit en termes du nombre de journées réduites par semaine ou de demi-journées. Conséquemment, elles sont donc plusieurs à être confrontées à ces aspirations familiales et professionnelles qui ne peuvent, dans leur contexte actuel, se réaliser parallèlement. Elles doivent choisir entre retourner à l'école ou sur le marché du travail ou encore rester avec leur enfant à la maison. Nous retrouvons dans la littérature des exemples de situations similaires où les jeunes mères sont face à un dilemme : se consacrer entièrement aux soins des enfants ou retourner sur le marché du travail ou à l'école. Une étude qualitative menée au Royaume-Uni auprès de neuf jeunes mères rapporte aussi cette ambivalence dans leurs discours. L'étude rapporte que pour l'ensemble des mères sondées, la maternité a eu comme effet d'interrompre les projets de scolarité et de carrière. Par contre, lorsqu'elles sont questionnées sur leur futur, plusieurs jeunes mères

rapportent qu'elles sont positives et optimistes face à l'idée d'avoir une carrière, mais uniquement lorsque leur enfant sera d'âge scolaire (Seamark et Lings, 2004).

Par contre, une étude menée en Autriche auprès de 131 jeunes femmes ayant donné naissance à leur enfant alors qu'elles étaient âgées de 17 ans ou moins démontre un parcours de vie un peu différent. Cette étude compare deux groupes de jeunes mères (groupe 1 = 0 à 2,5 ans après l'accouchement; groupe 2 = 2,5 à 5 ans après l'accouchement) et révèle que les mères du groupe 2 ont atteint un niveau d'éducation plus élevé que les mères du groupe 1. De même, le nombre de mères qui occupent un emploi rémunéré est le double dans le groupe 2, comparativement au groupe 1. Les auteurs expliquent que les jeunes mères du groupe 2 font garder leurs enfants en plus grand nombre que les mères du groupe 1, principalement par leurs propres parents (Zeck *et al.*, 2007). Il y a aurait donc une certaine ouverture au fur et à mesure que le nourrisson grandit pour entrevoir la possibilité d'un retour aux études ou sur le marché du travail, avant l'atteinte de l'âge scolaire de son enfant. Ceci est un aspect que nous ne pouvons dégager de nos entretiens, compte tenu de la taille de l'échantillon et de l'écart trop important entre les jeunes mères qui composent la très grande majorité de cet échantillon et les deux mères plus âgées qui le complètent. C'est un point qui mériterait d'être étudié dans de futures études, notamment pour ajuster les interventions offertes aux jeunes mères. Nous devons souligner que les auteurs de cet article mentionnent d'entrée de jeu le système de soutien important accordé par leur gouvernement sur le plan de la politique sociale à l'endroit des jeunes mères, pendant et après la grossesse. Cet aspect est certainement central dans les possibilités pour les jeunes mères de concilier à la fois un vif désir d'exercer leur parentalité et d'être les plus présentes possibles auprès de leur enfant et le désir de s'éduquer ou d'occuper un emploi.

L'unité familiale au détriment de saines relations

Pour plusieurs des jeunes mères rencontrées, la décision de mettre un terme à la relation amoureuse empreinte de violence peut signifier une perte importante de contact entre l'enfant et le père. C'est aussi renoncer à l'idéal de la famille, une valeur qui se dégage du discours des répondantes. Comme nous l'avons signalé précédemment, elles sont nombreuses à souhaiter former une famille unie, à présenter une vision favorable de la maternité précoce. Cette valorisation de l'unité familiale et de la relation serait aussi présente au sein des couples de jeunes parents, chez qui la présence de violence n'a toutefois pas été étudiée. L'étude de Zeck et de ses collaborateurs (2007), précitée, permet de constater une différence significative entre les groupes de jeunes mères qui ont donné naissance à leur bébé, dans une période rétrospective de 0 à 5 ans. Les auteurs

constatent une différence importante entre les mères du groupe 1 (0 à 2,5 ans) qui rapportent une satisfaction plus élevée face à la relation amoureuse que les mères du groupe 2 (2,5 à 5 ans). Plus étonnant encore selon les auteurs, les mères rapportent globalement une satisfaction plus élevée face à cette relation amoureuse que ne le fait le groupe témoin de jeunes Allemandes du même âge. Ces données ne trouvent pas, selon eux, appui dans la littérature sur le comportement amoureux des adolescentes ayant donné naissance à un enfant. Nous ajoutons qu'elles sont aussi surprenantes au regard de la littérature portant sur la transition à la parentalité, qui démontre généralement une incidence négative de la naissance d'un enfant sur la satisfaction conjugale (Mitnick, Heyman et Smith Slep, 2009; Moller, Hwang et Wickberg, 2008; Petch et Halford, 2008). Les auteurs émettent l'hypothèse que les mères adolescentes auraient davantage besoin d'une structure familiale pour assurer le développement de leur enfant, ce qui leur ferait rechercher des relations plus stables.

La littérature sur la violence conjugale est riche d'exemples où l'ambivalence entre l'unité familiale et une relation sans violence est rapportée. Plusieurs raisons expliquant la difficulté de mettre un terme à une relation marquée par la violence y sont rapportées: la peur; le manque d'accès à des ressources; le tort – réel ou perçu – que la rupture causerait aux enfants; le fait que quitter la relation symbolise, aux yeux de la femme, l'échec de cette relation; et le désir de certaines femmes que la violence cesse, mais que la relation se poursuive (Murray, 2008; Patton, 2003). Nos répondantes, malgré leur jeune âge, pourraient aussi avoir intégré les pressions sociales exercées sur les femmes quant au rôle important qu'elles jouent dans le maintien de l'unité familiale et à la responsabilité qui est la leur de préserver la relation amoureuse (Murray, 2008). Cependant, la littérature rapporte aussi des moments précis, que l'on peut qualifier de moments clés ou de points tournants, qui pourraient aider les femmes à rejeter la violence dans leur relation amoureuse en période périnatale. Par exemple, il peut s'agir de menaces à l'endroit de la sécurité de leur enfant, des changements dans la fréquence ou la sévérité de la violence ou encore un meilleur accès à des ressources jugées nécessaires (Bhandari *et al.*, 2011; Eisikovits, Buchbinder et Mor, 1998; Koepsell, Kernick et Holt, 2006). D'autres facteurs seraient liés à la décision des mères de mettre un terme à leur relation amoureuse, les deux facteurs pouvant prédire le plus solidement cette décision étant un engagement limité envers la relation amoureuse et une indépendance économique (Koepsell, Kernick et Holt, 2006). Ces auteurs ont aussi trouvé que l'âge de la mère était le seul facteur démographique significativement corrélé avec la décision de quitter le conjoint violent, les jeunes mères âgées de 18 à 24 ans étant plus susceptibles de choisir cette voie que leurs aînées. Les autres facteurs rapportés dans cette étude sont avoir déjà quitté son conjoint à de nombreuses reprises dans le passé, avoir demandé une ordonnance de protection

d'urgence contre le conjoint violent et avoir consulté un professionnel de la santé afin de discuter des mauvais traitements subis durant l'année précédant l'enquête. La durée de la relation ne variait pas entre les femmes de cette étude qui avaient décidé de quitter leur conjoint violent et celles qui ne l'avaient pas fait (Koepsell, Kernick et Holt, 2006).

L'homogénéité sociale au détriment de la mixité sociale

Les jeunes mères ont fait état de la difficulté de maintenir des liens avec leurs amies et de l'isolement social dans lequel la maternité précoce et, dans certains cas, la violence perpétrée par le partenaire intime, les a conduites. Les mères que nous avons rencontrées participaient, pour la très grande majorité d'entre elles, à des activités au sein d'un groupe². Elles appréciaient le groupe au sein duquel elles évoluaient et très peu d'entre elles étaient absentes lors des ateliers ou des rencontres. Un sentiment d'appartenance fort envers l'organisme et les autres mères était facilement constatable.

Plusieurs écrits sur la maternité précoce ou les adversités mentionnent l'importance d'un groupe de pairs (Yardley, 2009), importance que nous avons aussi notée dans les entretiens et lors des observations participantes. Comme le mentionnent McLeod et ses collaboratrices (2006), la majorité des écrits dans le domaine de la littérature sur le soutien social affirment que plus le réseau social de l'individu est étendu et diversifié, plus cela permet à cet individu d'avoir accès à des relations constructives et d'en tirer des bénéfices pouvant affecter positivement sa santé (McLeod, Baker et Black, 2006). La possibilité de rencontrer d'autres jeunes mères, d'échanger avec elles, de se soutenir mutuellement est un aspect important de la trajectoire de résilience des jeunes mères (Yardley, 2009).

Par contre, là encore, il s'agit d'un facteur qui peut être à la fois promoteur de résilience, mais aussi accroître leur vulnérabilité, principalement au regard de la composition de ces groupes. Une étude qualitative menée auprès de jeunes mères ayant reçu des services à la suite de la naissance de leur enfant au Royaume-Uni compare les raisons ayant conduit de jeunes mères à privilégier les services « de groupe » par rapport à celles qui ont préféré des services plus « individuels » (Yardley, 2009). Ainsi, les mères qui optent pour des services de groupe souhaitent rencontrer d'autres jeunes mères pour des motifs de socialisation, alors que les mères qui privilégient le recours à des services individuels estiment, pour plusieurs d'entre elles, ne pas se sentir semblables aux autres jeunes mères

2. Rappelons que toutes les mères rencontrées pour l'étude (à l'exception de deux) ont été recrutées par le biais d'organismes offrant des services aux jeunes parents, où ont aussi lieu les observations participantes. Ce choix méthodologique pourrait avoir entraîné un biais de sélection.

(Yardley, 2009). Les mères qui reçoivent les services de groupe de son étude manifestent, en très grande majorité, le désir de retarder le retour aux études ou au travail pour être avec leur enfant. Les mères qui reçoivent les services individuels souhaitent davantage retourner à l'école ou reprendre le travail dans des délais rapprochés, estimant que cela est compatible avec la maternité. Les limites méthodologiques de cette étude ne nous permettent pas d'appliquer ce raisonnement et ces motivations à l'ensemble des jeunes mères qui optent pour l'un ou l'autre de ces services, lorsqu'ils sont disponibles. Cependant, cette étude met en évidence le fait que les jeunes mères qui choisissent les services de groupe rencontreront davantage de mères qui partagent leurs valeurs et leur opinion sur l'importance de la présence parentale dans les premières années de vie de l'enfant; elles seront dès lors moins exposées à d'autres façons de vivre leur maternité. En s'adressant uniquement à de jeunes parents, les possibilités d'apprentissage et d'échange pourraient être plus limitées par comparaison avec ce qui peut être vécu dans des groupes de parents plus élargis. Un effet non désiré lié à la création de groupes de jeunes mères pourrait être l'isolement social qu'il contribue à perpétuer, non pas en tant qu'individus, mais en tant que groupe social. De même, la possibilité de développer des liens au sein de leur quartier et de leur communauté par le biais de groupes de parents est moins présente lorsqu'il s'agit de groupes plus centralisés de jeunes parents. De façon générale, les activités postnatales pour les nouveaux parents sont organisées par le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de leur territoire. Les jeunes mères rencontrées qui participaient aux groupes de parents habitaient dans un rayon géographiquement plus étendu puisqu'il s'agissait d'organismes à vocation régionale.

Pour conclure cette section, soulignons de nouveau que les jeunes mères ont parfois des choix difficiles à faire et font face à des opportunités limitées. Ces choix et ces opportunités sont influencés, entre autres, par les milieux et les politiques publiques. Ils peuvent limiter la trajectoire de résilience de la jeune mère ou lui nuire.

Les indicateurs d'une trajectoire de résilience : mesure normative ou exceptionnelle ?

Les indicateurs reflètent les valeurs sociales constituant la norme à une période donnée, mais aussi les valeurs sociales des chercheurs qui s'intéressent à ce sujet (Blum, 1998). Ils sont directement liés aux processus et aux facteurs, tant promoteurs que de vulnérabilité, associés à la trajectoire de résilience étudiée. Dans le cadre de cette étude, différents indicateurs ont émergé de l'analyse des entretiens et des observations sur le terrain. Ces indicateurs, au nombre de cinq, sont des représentations pouvant, à notre avis, témoigner d'une trajectoire de résilience parmi les mères

rencontrées. Ces indicateurs sont fortement liés aux critères de sélection à partir desquels nous avons retenu les jeunes mères souhaitant participer à l'étude, en nous basant sur la littérature dans le domaine de la violence conjugale et du développement de l'enfant. Outre les critères liés à la langue et à l'âge au moment de la participation au projet de recherche, rappelons que ces critères étaient d'avoir donné naissance à un enfant vivant à moins de 20 ans et juger avoir été (ou être) dans un contexte relationnel difficile, ces deux critères combinés permettant de témoigner d'une adversité. Les trois critères suivants permettaient de témoigner d'une adaptation réussie face à l'adversité, soit le sentiment d'avoir réussi à surmonter l'adversité, être dans un état de bien-être (physique et mental) satisfaisant et se sentir à l'aise dans son rôle de mère.

Ainsi, en partant du discours des jeunes mères et de leur interprétation de leur trajectoire, nous jugeons que les mères rencontrées témoignent d'une trajectoire de résilience puisque: 1) elles démontrent de bonnes capacités parentales et un souci du bien-être de leur enfant; 2) elles ne présentent pas de problématique apparente de santé mentale; 3) elles ont rompu avec un mode de vie qu'elles jugeaient difficilement compatible avec la maternité; 4) elles ont conscience du contexte relationnel adverse et des torts qu'il cause; et 5) elles ont un plan d'avenir. Or, nous savons que ces indicateurs peuvent être critiqués, principalement parce que certains d'entre eux ne témoignent pas d'un fonctionnement supérieur à celui attendu socialement de la part d'un parent, mais s'insèrent plutôt dans la norme sociale associée à ce que devrait être un bon parent. Globalement, le domaine de la résilience se divise en deux catégories sur le plan des indicateurs. D'un côté, certains sont d'avis que les indicateurs utilisés doivent témoigner d'un fonctionnement supérieur à la norme, par exemple des résultats scolaires supérieurs à la moyenne pour des enfants ou encore des réalisations professionnelles supérieures à ce qui est normalement attendu de la part d'un adulte, entre autres (Tusaie, 2004). Selon Masten et ses collaborateurs (2004), un indicateur qui est « dans la norme » ne témoigne pas de la présence de résilience, à moins d'un risque ou d'une adversité extrême.

D'un autre côté, d'autres chercheurs estiment que l'indicateur ne peut être séparé du contexte (Luthar et Cushing, 1999) et qu'il doit comporter l'appréciation subjective de la personne elle-même sur sa situation, tant sur l'adversité que sur sa capacité à la surmonter (Ungar, 2004b). Dans les deux cas, une évaluation du niveau de risque et d'adversité auquel fait face le sujet doit être effectuée; bien peu peuvent prétendre reposer uniquement sur des critères objectifs. Les données recueillies dans le cadre de cette étude le démontrent bien: la maternité précoce, jugée comme une adversité d'un point de vue de santé publique, n'est pas perçue de la même manière selon les jeunes mères rencontrées. Pour notre part, nous croyons

aussi que les indicateurs doivent être conceptuellement pertinents au regard de l'adversité étudiée. Nous pensons également qu'il n'est pas nécessaire de démontrer une supériorité face à la norme, mais plutôt un comportement socialement considéré comme adapté pour témoigner d'une trajectoire de résilience face à une adversité reconnue (Luthar, Cicchetti et Becker, 2000; Rutter, 1999). Nous estimons qu'il serait peu pertinent, par exemple, de se pencher sur le quotient intellectuel de la mère pour témoigner de son adaptation réussie en contexte de violence conjugale et de maternité précoce. En revanche, nous estimons que l'absence de troubles de santé mentale, qu'ils soient rapportés par la jeune mère elle-même ou par l'intervenante qui la réfère, peut constituer un bon indicateur d'une trajectoire de résilience. Nous estimons que la présence de bonnes capacités parentales et qu'un souci du bien-être de son enfant témoignent de compétences sociales et de l'accomplissement de rôles sociaux satisfaisants pour témoigner d'une adaptation réussie.

Cela nous amène à discuter d'une autre question centrale qui se rapporte à ces indicateurs : permettent-ils réellement de statuer hors de tout doute que la jeune mère présente une trajectoire de résilience et donc de distinguer, sans risque de se tromper, une trajectoire de résilience d'une trajectoire sans résilience ? La réponse à cette question est complexe et repose sur différents éléments. Le premier élément est la notion de temps. Pour la grande majorité des participantes à cette étude, l'écart entre le moment où elles ont donné naissance à leur enfant et le moment où elles ont partagé leur témoignage est relativement court si l'on considère la durée moyenne d'une vie. La reconnaissance d'indicateurs témoignant d'une trajectoire de résilience se fait donc sur une période limitée. Or, rien n'indique que les mères rencontrées sont suffisamment équipées pour maintenir cette trajectoire sur de plus longues périodes. Ces indicateurs seront-ils encore présents dans 5 ou 10 ans ? Force est d'admettre que nous n'en savons rien. Le modèle théorique proposé ne permet pas de statuer sur la stabilité et la pérennité des trajectoires de résilience. Les entretiens menés auprès de deux mères plus âgées démontrent que cette trajectoire ne s'est pas mise en place de façon homogène. Chez Marie-Sophie, la maternité a réellement été un point tournant ; elle a quitté son conjoint peu de temps après la naissance de son bébé, s'est inscrite à l'école et l'a fréquentée pendant une longue période tout en assumant seule ses responsabilités parentales. Par contre, pour Shany, le chemin a été plus long ; elle n'a pas quitté son conjoint violent et a eu un autre enfant avec lui. Elle ne l'a quitté que quelques années après la naissance de son premier enfant. Si Shany avait été rencontrée dans les deux années suivant la naissance de son premier bébé, elle n'aurait pas participé à l'étude, puisqu'elle rapporte ne pas avoir été bien dans sa peau pendant ces années et avoir été probablement en dépression. Pourtant, sa trajectoire au moment

de notre rencontre, quelques années plus tard, témoigne de la présence de résilience. Elle témoigne aussi du maintien de cette trajectoire sur une période de quelques années.

Nous pouvons croire que le temps doit être pris en considération dans l'étude des trajectoires de résilience. Le devis utilisé dans le cadre de cette étude exploratoire gagnerait à être raffiné dans le cas d'une future recherche, pour y inclure une notion de temps qui permettrait de mieux évaluer l'émergence de cette trajectoire. D'une part, les jeunes mères pourraient être rencontrées une première fois entre un an et deux ans après la naissance de leur premier enfant. D'autre part, un devis longitudinal permettrait de réfléchir sur le maintien de la trajectoire de résilience. En constituant une cohorte de jeunes mères qui seraient suivies sur une période de 10 ans, nous pourrions étudier les différentes composantes qui facilitent ou menacent le maintien de cette trajectoire.

Un deuxième élément important à considérer est la nature subjective des critères de sélection qui peuvent influencer la justesse des indicateurs dégagés lors de l'analyse des données. Rappelons que la pertinence d'utiliser la perception des mères n'est pas remise en cause, en fonction de la nature même de cette étude. L'intérêt central est de partir de leur point de vue sur leur situation. Nous maintenons aussi que l'idée d'utiliser une évaluation de leur situation est pertinente dans le cadre de cette étude, tant par le soutien de la littérature sur les autoévaluations que par l'ajout d'un second point de vue, ici celui de l'intervenante. Par « nature subjective des critères de sélection », nous faisons référence à l'étendue des possibilités pouvant se dégager quant au respect de ces critères. Par exemple, le critère « se sentir à l'aise dans son rôle de mère » peut être interprété de façons différentes selon l'histoire de vie de la jeune mère. En fonction du modèle maternel qu'elle a observé, de son environnement de vie, de ses cognitions relatives au développement de l'enfant, de la stabilité qu'elle offre à son enfant, etc., sa réponse à cette question variera. Une jeune mère pourra donc s'évaluer positivement dans son rôle de mère, alors qu'elle ne démontre pas objectivement un niveau suffisant de capacités parentales. Une évaluation plus poussée des différentes dimensions liées à ses capacités parentales pourrait donner un aperçu différent.

Ce questionnement est aussi présent en ce qui concerne la référence de l'intervenante. Lorsqu'elle a été mandatée pour recommander les jeunes femmes qui correspondaient aux critères de sélection, nous n'avons pas cherché à influencer son jugement. Or, il aurait été intéressant de savoir sur quelles bases elle évaluait la jeune mère. La comparait-elle à d'autres jeunes mères qui fréquentent l'organisme? L'évaluait-elle en fonction de son évolution, c'est-à-dire entre le moment où elle a commencé à

fréquenter l'organisme et le moment où se déroule l'étude? L'évaluait-elle en fonction de ce qui est « normalement » attendu d'une mère? Ces différents points d'ancrage peuvent influencer la représentation qu'elle se fait de la trajectoire de la jeune mère. Ce « flou » qui est présent pour la sélection des participantes quant aux critères de sélection a une répercussion sur les indicateurs. Puisque nous partons du principe que les mères que nous rencontrons démontrent une trajectoire de résilience, nous évaluons leur discours en ce sens. Conséquemment, l'analyse de leur histoire personnelle soutient la nomination de cinq éléments pouvant indiquer, parmi les mères identifiées comme ayant une trajectoire de résilience, ce qui est susceptible de distinguer une trajectoire de résilience en contexte de maternité précoce et de violence de la part du partenaire intime d'une trajectoire sans résilience dans cette même adversité.

Pour atténuer l'incertitude que peut procurer l'utilisation de critères à caractère subjectif et arriver ainsi à cerner de façon plus précise des indicateurs témoignant d'une trajectoire de résilience, il aurait été intéressant d'avoir recours à un devis de recherche permettant la comparaison entre deux groupes de jeunes mères. Nous aurions ainsi pu rencontrer de jeunes mères qui estiment ne pas remplir les critères de sélection et de jeunes mères qui estiment les respecter. Ce double groupe à l'étude aurait pu contribuer à enrichir et à nuancer le modèle théorique proposé dans cet ouvrage. Malgré ces limites, les indicateurs proposés dans le modèle théorique reflètent, à notre avis, une trajectoire de résilience telle qu'elle est perçue et racontée par de jeunes mères ayant dû surmonter plusieurs adversités.

7.2. LES PISTES DE RÉFLEXION MÉTHODOLOGIQUES

Rappelons que nos objectifs dans cette recherche exploratoire qualitative étaient tout d'abord de décrire l'expérience de maternité précoce vécue en contexte relationnel adverse telle qu'elle est racontée par les mères vivant ou ayant vécu cette situation. Nous souhaitions ensuite analyser le processus dynamique par lequel les mères réussissent à surmonter cette double adversité, à atteindre un certain niveau de bien-être personnel et à assumer positivement leur rôle parental. Nous voulions cerner les différentes composantes qui interviennent dans ce processus et en dégager les plus significatives. Enfin, nous voulions proposer un modèle conceptuel intégrateur illustrant la trajectoire de résilience vécue par les mères de l'étude. Le cadre théorique retenu pour l'étude de ce concept et ses composantes jumelait la perspective des parcours de vie à l'intersectionnalité. La méthodologie retenue était qualitative, avec des données générées par des observations participantes, des entretiens individuels et des entretiens de groupe.

La décision d'aborder le concept de résilience avec une méthodologie qualitative s'ancrant dans une perspective constructiviste, par le biais d'une approche compréhensive, nous permet de mettre la subjectivité des répondantes au premier plan, un aspect important selon nous. Cela nous a permis notamment d'ancrer la réflexion en nous appuyant sur le point de vue des jeunes mères au regard de l'adversité rencontrée (ou des adversités rencontrées), mais aussi d'apprécier les critères qui indiquent que cette adversité a été surmontée. Cette approche compréhensive permet de comprendre l'importance qu'elles attribuent à la maternité et le caractère pernicieux de la violence dont elles sont victimes. Par contre, cela nous a posé un dilemme important. En effet, l'absence de consensus chez les participantes autour de l'idée qu'un jeune âge n'est pas une adversité lorsqu'il est question de maternité pourrait remettre en question la décision de cibler cette dualité comme sujet d'intérêt et de nous limiter à la présence de violence de la part du partenaire intime comme indicateur d'adversité. Cependant, les deux mères plus âgées au moment de l'entretien rapportent pour leur part que la précocité de leur maternité a constitué une adversité, lorsqu'elles l'analysent rétrospectivement. Cette perception des défis plus grands associés à la maternité précoce est aussi confirmée par les deux intervenantes des organismes communautaires où ont lieu les observations participantes et par la littérature.

Après l'analyse des données, nous avons choisi de poursuivre l'idée d'un double contexte d'adversité, même si celui-ci n'est pas reconnu par l'ensemble des participantes à l'étude. Cette décision repose sur trois éléments : la perspective divergente des mères plus âgées, le point de vue des intervenantes et la littérature sur la maternité précoce. Nous estimons que le discours des deux mères plus âgées du groupe (elles ont donné naissance à leur enfant il y a plus de 10 ans) apporte une autre perspective sur la lecture des événements. Ainsi, l'analyse de sa propre situation pourrait être influencée par le temps s'étant écoulé entre l'événement à l'étude et le moment où le retour réflexif a lieu. Dans le cas présent, cet écart temporel a amené la mère à juger son âge au moment de la naissance de son bébé comme une adversité. Le point de vue des intervenantes et la littérature sur la maternité précoce, tout en reconnaissant l'hétérogénéité du groupe et la pluralité des expériences, mettent en lumière les risques plus élevés pour la santé et le développement de l'enfant de même qu'une incidence sur le parcours de vie de la famille. Cette absence de consensus au sein de l'échantillon ne discrédite pas le choix de poursuivre avec l'idée d'une adversité double, mais est un élément important à considérer dans la discussion entourant les résultats.

Dans la même veine, l'échantillon sélectionné dans le cadre de cette étude est un échantillon d'homogénéisation de cas multiples (Pires, 1997). Il s'agit donc d'interroger plusieurs personnes qui présentent, dans le cas

qui nous occupe, une trajectoire de résilience au regard des adversités sélectionnées. La formation graduelle de l'échantillon mis en place constitue un apport important dans le cadre de ce projet de recherche. Les entretiens individuels et de groupe se sont échelonnés sur une période de plus de 21 mois, de façon synchronique avec les observations participantes. Lorsque cela était possible, les entretiens étaient retranscrits, puis analysés avant la tenue de l'entretien suivant. Cette façon de procéder nous a permis de sélectionner des mères ayant des parcours de vie différents afin d'élargir la représentativité de l'échantillon, en respectant les critères de sélection, à la lumière des résultats dégagés par les analyses préliminaires. Cette façon de procéder, la diversification interne, permet d'assurer la fidélité du portrait global dégagé à partir d'un groupe particulier (Pires, 1997).

La sélection des participantes constitue cependant une limite méthodologique. Le Comité d'éthique sur la recherche chez les êtres humains de la Faculté de médecine (CERFM) a imposé le choix de mères âgées de plus de 18 ans au moment de l'entretien ou requérait la signature d'un parent pour la participation des mères âgées de moins de 18 ans. Dans le contexte de la présente étude, cela fut un frein majeur. Des études documentant les contacts sociaux des jeunes mères rapportent les mêmes conclusions : pour plusieurs des mères ayant donné naissance de façon précoce, le contact avec la famille n'est pas bon (Charbonneau, 1999, 2003). Il peut donc être difficile, parfois impossible, d'obtenir le consentement des parents de la jeune mère puisqu'elle n'est pas ou peu en contact avec eux. De plus, on peut penser que pour celles qui sont encore en contact avec leurs parents, devoir dévoiler qu'elles sont victimes de violence ou l'ont été de la part de leur partenaire amoureux est très certainement un obstacle majeur à leur participation. Ironiquement, cela signifie que des mères de 17 ans, reconnues légalement et socialement comme responsables d'un enfant, n'ont pas été jugées capables de décider par elles-mêmes si elles souhaitaient ou non participer à un entretien de recherche. Devant cette incongruité importante et l'infantilisation que cette mesure imposerait à des mères, nous avons décidé de limiter l'échantillon aux mères de 18 ans et plus au moment de l'entretien. Conséquemment, le non-accès aux mères de moins de 18 ans réduit la qualité et la richesse des connaissances disponibles. De plus, afin de satisfaire aux exigences du CERFM relativement à la sécurité des participantes, le recrutement s'est fait par le biais des intervenantes ayant des contacts fréquents avec elles et une bonne connaissance de leur situation. Si nous reconnaissons le caractère légitime de cette demande, il nous semble que la représentativité des jeunes mères recrutées est compromise par cette mesure. En effet, cela indique que toutes les mères ayant participé à cette étude, sans exception, nous ont été référées par une intervenante. Or, on peut penser que ce ne sont pas toutes

les jeunes mères qui décident de participer à un groupe de parents ou de consulter un intervenant psychosocial. Cela peut donc induire un biais de sélection.

Sur le plan de la collecte des données, rappelons que cette dernière repose sur trois stratégies : les observations participantes, les entretiens individuels et les entretiens de groupe. La décision d'effectuer des observations participantes prolongées a certainement contribué à la qualité de la relation avec les participantes et, conséquemment, à la création d'un lien de confiance leur permettant de partager leur vécu. Malgré la différence d'âge entre elles et moi, le fait que j'ai de jeunes enfants, dont la plus jeune qui a été présente tout au long de la deuxième observation participante, a probablement aidé à dissiper le sentiment de méfiance et à faciliter mon insertion dans les groupes. Par cette immersion dans les groupes de jeunes mères, j'ai eu accès à du matériel très riche, notamment sur le contexte social de la maternité, sur les difficultés quotidiennes que vivent les jeunes mères ainsi que sur les normes sociales qui entourent la maternité précoce. Ma présence au sein de ces groupes m'a permis de participer à plusieurs discussions sur le sens de la maternité, ses effets, les difficultés de conciliation rencontrées entre les différentes identités, etc. Cette méthode de collecte des données, où s'additionnent les discussions informelles (et non retranscrites) avec les intervenantes communautaires, les entretiens individuels et les entretiens de groupe, a constitué, à mon avis, une collecte de données assez complète.

De même, la décision de recruter des participantes à partir de deux lieux distincts présentant des caractéristiques différentes augmente la validité de l'étude (Seale, 1999). Les organismes communautaires où ont eu lieu les observations participantes et le recrutement des participantes présentent en effet des caractéristiques distinctes : l'un est situé à Montréal dans un quartier multiethnique, alors que l'autre est situé en banlieue avec une clientèle uniquement blanche et francophone. L'environnement social et les ressources disponibles dans ces deux quartiers sont aussi très différents. Conséquemment, les processus mis en place pour atteindre une trajectoire de résilience pourraient présenter des variabilités pertinentes à considérer dans la théorisation. Une limite méthodologique de ce projet de recherche réside toutefois dans la source des données : seules les mères ayant eu un enfant durant la période de l'adolescence, dans un contexte relationnel adverse, ont été interrogées. Il aurait été intéressant d'avoir accès à d'autres sources d'information, par exemple l'étude du quartier où elles résident pour connaître les services qui y sont offerts, le point de vue d'un membre de l'entourage ayant été significatif dans sa trajectoire ou encore une analyse plus approfondie des politiques publiques québécoises et canadiennes pouvant informer sur les conditions de vie des jeunes mères. Cette triangulation des données aurait permis de mieux

comprendre la complexité du phénomène lié aux trajectoires de résilience (Miles et Huberman, 2003). Des contraintes matérielles, temporelles et financières ont cependant limité l'envergure de ce projet de recherche.

Enfin, on dit que les biais propres aux chercheurs peuvent influencer l'analyse des données (Breuer et Wolff-Michael, 2003; Richards et Emslie, 2000). Le caractère émotif lié à la maternité et à la violence ainsi que les valeurs et les normes sociales qui les entourent n'en font pas un sujet neutre. Je reconnais que ma propre subjectivité a teinté les analyses. Pour tenter de circonscrire cet état de fait, j'ai privilégié un processus de retour aux participantes et d'appropriation des résultats. Le processus de retour aux participantes, ou la restitution des résultats, s'est déroulé lors de deux rencontres durant lesquelles les analyses préliminaires ont été présentées, suivies d'une courte discussion. À la suite de cette présentation, les participantes ont eu l'occasion de discuter de la trajectoire de résilience qui avait été dégagée. Cette séance a été animée principalement en partant des questions suivantes: Selon vous, les interprétations qui ont été faites représentent-elles ce que vous avez vécu? Certains éléments ont-ils été oubliés? Que manque-t-il à cette interprétation pour être la plus juste possible? Leurs commentaires ont été intégrés aux analyses et ont permis de valider la compréhension du vécu complexe qu'elles avaient partagé avec nous. Par ailleurs, un journal de bord m'a permis de recueillir mes impressions, mes réactions et mes questionnements tout au long du déroulement de la recherche. Comme je l'ai consulté fréquemment lors de l'analyse des résultats, il est devenu pour moi une source de données supplémentaire à considérer (Paillé et Mucchielli, 2003). Cela m'a permis également de recadrer certains événements ou certaines pensées. De même, j'ai favorisé une description de la méthodologie la plus fidèle possible afin de pouvoir contextualiser, au bénéfice du lecteur, les enjeux et les écueils possibles.

7.3. LES PISTES DE RÉFLEXION THÉORIQUES

Insufficient attention to intersectionality in much of the health literature has significant human costs, because those affected most negatively tend to be those who are the poorest and most oppressed by gender and other forms of social inequality.

Iyer, Sen et Ostlin, 2008, p. 13.

Le choix d'un cadre de référence combinant les deux modèles théoriques retenus, soit la perspective des parcours de vie et l'intersectionnalité, s'est révélé pertinent dans le cadre de cette étude, compte tenu notamment de l'harmonisation entre ces deux modèles et de la complexité qu'ils permettent d'appréhender. Rappelons que la perspective des parcours de vie

repose sur quatre postulats: 1) la vie se déroule dans le temps et l'espace; 2) les vies sont interreliées; 3) la vie est influencée par le libre arbitre du genre humain³; et 4) les événements sont inscrits dans le temps (Bernard, 2006; Giele et Elder Jr, 1998). Ainsi, la perspective des parcours de vie offre la possibilité de situer l'expérience individuelle dans une perspective sociohistorique plus large, ce qui est important à notre avis pour l'étude des phénomènes sociaux que sont la maternité précoce et la violence conjugale. La théorie de l'intersectionnalité pour sa part est conceptualisée afin de refléter les relations mutuellement constitutives entre les différentes identités sociales: c'est l'idée que les identités sociales que sont le genre, la race et la classe sociale, entre autres, interagissent pour donner un sens et une expérience qualitativement différents (Warner, 2008). Ce double cadre de référence met en lumière les différentes identités sociales que cumulent simultanément les répondantes de l'étude et les normes et les pressions sociales liées à ces identités. Les deux modèles théoriques nous permettent de saisir que ces différentes identités complexifient la lecture de leur trajectoire et démontrent que la résilience n'est pas un attribut personnel, mais s'inscrit dans un cadre social plus vaste, influencé par l'époque et les normes sociales en vigueur. Les mères rencontrées, comme la totalité des individus qui forment une société, cumulent plusieurs identités avec lesquelles elles doivent composer: femme, mère, fille, mineure, responsable légale d'un enfant, en couple, séparée, assistée sociale, étudiante, immigrante, etc. Ces statuts sociaux modulent et influencent leur parcours de vie. Enfin, ce cadre de référence met en évidence les expériences d'inégalités sociales et d'adversités qu'ont vécues différentes répondantes avant même l'apparition du contexte adverse examiné dans cette étude.

Nous choisissons de présenter pour cette section quelques exemples de cas pour illustrer notre propos. Pour Diane, qui a immigré au Canada alors qu'elle était enfant et dont le conjoint est aussi immigrant, le statut d'immigrante ajoute de la complexité puisqu'elle doit naviguer au sein d'une société dont elle ne connaît ni les normes ni le fonctionnement. Comme elle ne maîtrise pas parfaitement la langue, son parcours scolaire est plus difficile et ses possibilités d'emploi sont réduites. Elle occupe, au moment de sa grossesse, un emploi précaire dans la restauration, emploi qu'elle réintègre quelques semaines après la naissance de son premier enfant. Son réseau de soutien est très limité et elle ne sait pas où chercher des services et de l'aide lorsque cela est nécessaire. Une manifestation de cette incompréhension des réseaux formels de services est l'absence de suivi de sa grossesse avant le troisième trimestre et un accès difficile à des services de santé, notamment un médecin, les SIPPE et le programme

3. Traduction du concept *human agency* (Vandoorne, 2009).

OLO⁴. De même, sa difficulté à remplir tous les documents nécessaires pour recevoir une aide financière et les erreurs qu'elle a faites en remplissant ces documents l'ont privée de revenus pendant plusieurs mois. Cette identité sociale d'immigrante est aussi présente dans ses interactions avec les intervenants du réseau de la santé. Elle raconte, en entretien, être tiraillée entre ce qu'elle a appris dans son pays d'origine quant aux besoins et aux soins des enfants et ce qui est fait ici et enseigné par les infirmières du CSSS. Cette confrontation entre les valeurs de la société d'origine et la société d'accueil, jumelée au sentiment de jugement que perçoit Diane, a eu comme effet qu'elle souhaite réduire le plus possible ses contacts avec les services publics. Elle se dit aussi confuse face aux agissements de son conjoint, dont les référents culturels et religieux ne sont pas les mêmes que les siens. Bien que plusieurs aspects de son comportement lui paraissent inadéquats et abusifs, les explications et le soutien de sa belle-famille agissent comme modérateurs dans sa décision de mettre un terme à la relation. Comme nous pouvons le constater à la lecture de ce très bref survol du parcours de vie de Diane, le statut d'immigrante qu'elle cumule, en plus de ses autres identités, ajoute en complexité à sa lecture et à ses réactions face aux événements qu'elle vit.

Dans le domaine de la violence, de plus en plus d'écrits tirés de recherches empiriques confirment les théories de l'intersectionnalité en s'intéressant majoritairement à la classe sociale, à l'ethnicité et à l'orientation sexuelle. Bien que les données sur l'ethnicité ne soient pas toujours cohérentes face au sens que celle-ci a dans les situations de violence conjugale, elles mettent cependant en lumière les conditions sociales qui y sont souvent liées et qui ont un rôle reconnu dans la genèse de la violence conjugale. Par exemple, la vulnérabilité accrue face à la violence de la part du partenaire intime des femmes d'origine ethnique minoritaire serait liée à la pauvreté et aux revenus (Nixon et Humphreys, 2010). Dans une étude documentant la violence conjugale vécue par des femmes hispanophones vivant aux États-Unis, Grossman et Lundy expliquent que la violence perpétrée à l'endroit des femmes se déroule souvent dans un contexte de pauvreté et de sous-emploi, d'isolement culturel, de sous-scolarisation et d'obstacles liés à la langue (Grossman et Lundy, 2007). Ainsi, au-delà de l'origine ethnique, ce sont les conditions dans lesquelles vivent les personnes immigrantes qui sont mises en cause dans la genèse de la violence. Ce lien se confirme, entre autres, par les données extrapolées du British Crime

4. Un programme d'aide alimentaire aux femmes enceintes qui disposent d'un faible revenu. Il permet d'obtenir gratuitement des aliments essentiels (un œuf, un litre de lait et un jus d'orange par jour) ainsi que des suppléments de vitamines et de minéraux.

Survey, selon lesquelles le risque pour une femme d'être victime de violence conjugale serait trois fois plus élevé chez celles qui vivent en situation de pauvreté que chez celles qui n'y vivent pas (Walby et Allen, 2004).

La maternité et l'identité maternelle, une identité sociale centrale pour les mères rencontrées lors de cette étude, ont aussi été étudiées en lien avec la violence conjugale; un corpus important de connaissances documente les liens entre ces deux situations. Ainsi, les femmes victimes de violence qui sont mères ne font pas face aux mêmes enjeux que les femmes violentées qui n'ont pas d'enfant. Parallèlement, les défis liés à la maternité diffèrent selon qu'elles sont ou non violentées par leur conjoint. Cela s'observe notamment sur le plan des pratiques parentales et du sentiment de compétence parentale. Par exemple, la violence et le dénigrement qu'elle subissait de la part de son conjoint ont menacé chez Élisabeth la création d'un sentiment de compétence parentale et l'établissement d'une identité maternelle. Elle raconte s'être isolée et s'être sentie incompétente lorsque son conjoint lui a fait des reproches sur sa façon d'élever son enfant. Selon elle, le fait de ne pas se sentir « capable » d'être une bonne mère a nui à son investissement émotif auprès de son fils dans l'année qui a suivi sa naissance.

Bien que la violence puisse affecter négativement la relation de la mère avec ses enfants (Fortin *et al.*, 2007), d'autres interprétations de ses répercussions possibles sont aussi présentes dans la littérature scientifique. Ainsi, une étude menée auprès de 95 mères victimes de violence conjugale et portant sur les perceptions de l'incidence de la violence conjugale sur leurs pratiques parentales documente les variations dans ces perceptions (Levendosky, Lynch et Graham-Bermann, 2000). Alors que certaines mères estiment que la violence n'affecte pas leurs pratiques parentales, d'autres estiment que cette violence a eu un effet négatif sur ces dernières; d'autres mères estiment quant à elles qu'elle a eu un effet positif. Ce n'est pas tant le fait que la violence puisse avoir un effet positif, mais plutôt qu'elle a permis une mobilisation des ressources pour limiter ou contrecarrer ses répercussions sur leurs enfants. Les mères rapportent que: 1) elles sont plus empathiques; 2) elles prennent davantage soin de leurs enfants; 3) elles leur apprennent l'importance de ne pas recourir à la violence; et 4) elles sont également conscientes de l'incidence de stratégies parentales négatives sur l'estime de soi de l'enfant.

Tout comme Iyer, Sen et Ostlin (2008), nous croyons que si les interactions entre les différentes identités ne sont pas prises en considération lors de la conceptualisation et du déploiement des programmes et des politiques, les coûts sociaux et économiques qui y sont associés seront élevés, pour des résultats mitigés. Nous pensons qu'il est important de s'intéresser au croisement de ces identités dans le développement des programmations de recherche sur les femmes, en considérant aussi le statut

social lié à l'âge, à la maternité et à l'exposition à la violence conjugale comme pouvant être porteur de discrimination. Jusqu'à maintenant, les écrits s'intéressant à la violence sous l'angle théorique de l'intersectionnalité ont surtout privilégié des méthodologies qualitatives permettant d'avoir accès au vécu des femmes et à une plus grande contextualisation, comme l'a fait notre étude. Ces études ont permis de documenter et d'illustrer les différences importantes dans la façon dont un phénomène peut être vécu, en fonction des différentes identités que portent simultanément les femmes. Il serait toutefois intéressant que des études de plus grande envergure, notamment par la taille de leur échantillon, fassent appel à ce cadre théorique. Leurs résultats permettraient de mieux documenter les inégalités sociales et de santé qui affectent plusieurs femmes, en mettant en lumière les articulations entre les identités (Reid, Pederson et Dupéré, 2006). Ainsi, ces informations supplémentaires permettraient de mieux cibler les besoins des femmes et de réfléchir aux pratiques et aux politiques publiques susceptibles de les soutenir adéquatement.

Cette étude a permis de mieux documenter les facteurs promoteurs de résilience et les facteurs de vulnérabilité associés à un cadre précis d'adversité et d'en dégager les processus les plus significatifs. D'autres études s'intéressant aux trajectoires de résilience devraient aussi être entreprises dans différents contextes d'adversité. Il est possible qu'en dépit d'adversités différentes, une transversalité des processus et des facteurs puisse être dégagée. En connaissant mieux les processus qui permettent l'émergence d'une trajectoire de résilience dans différents contextes, la prévention primaire et secondaire pourrait être facilitée. À cet effet, le programme de recherche 2010-2015 de l'Institut de la santé des femmes et des hommes sur la violence, le genre et la santé met de l'avant dans ses thèmes prioritaires la nécessité d'aborder la recherche sur la violence sous l'angle d'une trajectoire de santé après une exposition à la violence, de se pencher sur les contextes de vulnérabilité et de résilience chez les groupes peu étudiés, et ce, avec des approches écologiques en s'intéressant au genre (Institut de la santé des femmes et des hommes, 2010).

Ces différents points brièvement rapportés soulignent l'importance de considérer les intersections entre les différents statuts sociaux cumulés par les femmes. Tant pour Diane que pour Élisabeth ou les autres mères rencontrées, des enjeux sont liés à chacune de leurs identités. Être victime de violence dans ses relations amoureuses alors que l'on est mineure peut s'avérer différent comparativement aux expériences des femmes adultes. De même, être victime de violence conjugale alors que l'on est enceinte ne se vit pas forcément de façon similaire pour une femme qui n'est pas enceinte ou qui n'a pas d'enfant. Conséquemment, être victime de violence conjugale alors que l'on est enceinte et mineure peut s'avérer différent comparativement à une femme adulte qui n'est pas enceinte ou qui

n'a pas d'enfant. La perception sociale de la maternité précoce et des compétences maternelles des jeunes mères, la stigmatisation qu'elles subissent, l'isolement dans lequel cette double situation les place et le difficile accès aux ressources, dont le logement et les services de garde, exercent une influence considérable sur les parcours de vie des jeunes mères qui ont subi de la violence conjugale. Nous croyons que notre étude, plus particulièrement la grille d'analyse que forment la perspective des parcours de vie et l'intersectionnalité, contribue à faire reconnaître la diversité des contextes dans lesquels peut se vivre une maternité précoce jumelée à de la violence de la part du partenaire intime. Ces identités sociales modulées par l'âge et la violence sont importantes à considérer et doivent faire l'objet d'une attention particulière lorsqu'il est question de la parentalité.

7.4. LES PISTES DE RÉFLEXION POUR LE DOMAINE DE L'INTERVENTION

Que peut-on retenir des résultats de cette étude pour ce qui est du domaine de l'intervention? Tout en gardant en tête qu'il s'agit de jeunes mères ayant déployé une trajectoire de résilience et donc possiblement différente de celles de plusieurs autres jeunes mères, on peut dégager certains éléments pertinents pour l'intervention.

Un conflit éthique et moral lié à la subjectivité de l'adversité

Le premier point selon nous est le fait que la maternité précoce n'est pas considérée, par les jeunes mères de l'étude, comme une adversité. Ce point est central pour l'intervention pour différentes raisons, la première étant le conflit éthique et moral qu'il est susceptible de provoquer. En tant que chercheuse qui tente d'accorder une place centrale au sens que les répondantes donnent à leurs trajectoires, j'ai été confrontée à ce dilemme éthique et moral durant une bonne partie de la rédaction de ce projet de recherche. Je tente de documenter une problématique qui, aux yeux de mes interlocutrices, n'est en pas un, tout en ayant recours à une méthodologie et à une idéologie qui mettent l'expérientiel et la subjectivité des répondantes au premier plan. Si cela a suscité en moi un malaise profond sur le plan éthique et moral, il y a fort à parier que cela se manifeste aussi au sein d'organisations et chez des professionnels de la santé et des services sociaux qui s'intéressent à la maternité précoce. Ainsi, d'un côté, la littérature et les objectifs de santé publique documentent les conséquences associées à la maternité précoce et visent la réduction de sa prévalence. De l'autre, de jeunes mères qui remplissent fort adéquatement leur rôle parental malgré la présence d'un contexte relationnel difficile ne reconnaissent pas, dans leur trajectoire, le caractère adverse associé à leur jeune parentalité. Une profonde contradiction est présente entre ces deux perceptions

d'une même situation. L'idée n'est pas de dire qui a tort ou qui a raison, mais plutôt de dégager les enjeux pour l'intervention qui sont au cœur de ce dilemme moral et éthique. En effet, que faire en tant qu'intervenante lorsqu'on se rend compte que ce qui est considéré comme une adversité, tant par les experts que par les autorités de santé et ses pairs, n'est pas compris comme tel par le groupe auprès de qui on intervient? Est-ce à l'intervenante de s'ajuster? Est-ce plutôt la démonstration ou la justification du besoin d'avoir recours à des techniques d'intervention qui amèneront les jeunes mères à se questionner à ce sujet?

Dans un contexte clinique, la prise en compte des valeurs de la clientèle et son propre regard sur sa situation sont des éléments centraux dans tous les guides de pratique professionnelle et au cœur même de l'intervention. Partir d'où se situe l'individu devant soi pour l'accompagner dans ses processus de changement. Or, quels sont les bénéfices pour la jeune mère qui démontre une trajectoire de résilience de reconnaître, à ce moment précis de sa vie, que sa situation est en fait une adversité, du moins d'un point de vue de santé publique? Les mères rencontrées soutiennent qu'au-delà de leur âge précoce, un des éléments difficiles dans leur trajectoire est le regard que la société porte sur elles. On peut penser que cela commence, en partie, par le regard de l'intervenant et des organisations qui leur offrent du soutien. En conséquence, il serait intéressant de rendre explicites ces dilemmes moraux et éthiques potentiels dans l'intervention et de permettre aux personnes qui prennent part à cette intervention d'y réfléchir. Réduire l'écart entre les valeurs parfois opposées des différents partis et ouvrir davantage sur les intentions de la jeune mère et sur le sens de son parcours de vie, pour réduire le clivage entre le bien-fondé d'une insertion professionnelle ou scolaire préconisée par la « société », d'une part, et l'omniprésence de l'identité maternelle dans l'expérience de la maternité précoce, d'autre part.

La création d'un espace dialogique (Chamberland, Lessard et Lacharité, 2007), un espace de réflexivité où les jeunes parents et les intervenants s'expriment et négocient conjointement les paramètres de l'intervention, est une piste utile pour permettre de résoudre cette apparente dualité entre ces différents acteurs. Cet espace dialogique, nécessaire à une approche participative où les parents sont parties prenantes des actions visant le bien-être de leur enfant, permet de négocier la « vérité », c'est-à-dire qu'il permet à chaque individu concerné de faire entendre ses préoccupations, ses intentions, ses savoirs et ses initiatives pour favoriser le bien-être de l'unité familiale et le développement de l'enfant, tout en reconnaissant que la lecture de chacun peut différer (Chamberland, Lessard et Lacharité, 2007; Lacharité *et al.*, 2007). Cet espace dialogique n'est donc pas une fin en soi, mais constitue plutôt un point de départ.

Regrouper ou disperser : trouver le juste milieu

Le deuxième point que je souhaite aborder est intimement lié au regard de l'Autre sur soi et à la stigmatisation dont les jeunes mères font souvent les frais. La création d'un discours contraire à celui véhiculé par la majorité, le « contre-discours », est en quelque sorte une réponse à cette stigmatisation et à la nécessité de se créer une représentation de soi porteuse de sens. En participant à la création de ce contre-discours, les jeunes mères se lient entre elles pour démontrer une résistance au discours normatif sur la maternité. D'après les échanges que j'ai eus avec les différentes intervenantes côtoyées lors des deux terrains, il est d'usage de regrouper les jeunes mères entre elles, notamment parce qu'elles présentent des caractéristiques communes et des besoins particuliers. Or, il y a lieu de s'interroger sur les avantages et les inconvénients de la répartition d'une telle offre de services qui renvoie à ce que nous avons nommé l'homogénéité sociale au détriment de la mixité sociale. Je suis consciente que je ne possède pas l'expertise nécessaire pour statuer sur ce qui est préférable au regard de l'efficacité des programmes de parents, qu'ils soient universels, c'est-à-dire offerts à tous, ou ciblés. Cependant, je m'interroge sur les bienfaits probables de la présence d'autres modèles de parentalité pour les jeunes mères de l'étude.

On peut reconnaître que le fait d'adhérer à un groupe et de participer à la création d'un contre-discours génère un sentiment d'appartenance et une hausse de l'estime de soi, de même qu'une source de soutien social. Ces ressources internes sont importantes pour l'autonomisation, mais aussi pour le déploiement d'une trajectoire de résilience (Ungar, 2004a, 2004b). Se sentant davantage en sécurité, la jeune mère peut amorcer une démarche réflexive et évaluer son parcours, sans se sentir menacée ou attaquée. On peut aussi émettre l'hypothèse que la jeune mère qui est « isolée » d'autres modèles de parentalité peut plus difficilement comparer son parcours à celui d'autres mères. Elle est donc confinée à comparer son vécu à celui d'autres jeunes mères stigmatisées socialement, souvent en position défavorable sur le plan du pouvoir et de l'accès aux ressources. Le *modeling* et les échanges sur les stratégies possibles pour modifier sa trajectoire se trouvent ainsi limités, affectant possiblement son sentiment d'autoefficacité et de libre arbitre du genre humain. Un parallèle peut être fait avec les réflexions développées par Germain et Leloup (2006) dans une étude portant sur l'intervention communautaire dans quatre HLM montréalais sur ce qu'ils appellent le dilemme du pont et de la porte. Selon eux :

Les HLM sont à la fois un espace dans lequel se regroupent et s'entraident des gens qui partagent des caractéristiques semblables et un espace de relégation vers lequel on dirige les personnes qu'on veut mettre à part (Germain et Leloup, 2006, p. 61).

Ainsi, l'intervention auprès des gens qui habitent les HLM doit être soucieuse de leur fournir des stratégies d'exploration et d'appropriation du monde extérieur (*le pont*), mais en raison des discriminations qu'ils subissent, de prévoir des activités et des lieux qui leur sont propres pour se retrouver, se protéger des agressions extérieures et compenser les inégalités dans l'accès aux services (*la porte*) (Germain et Leloup, 2006). Cette réflexion imagée s'applique aussi, à notre avis, aux groupes de jeunes mères que nous avons côtoyées pendant plusieurs mois. D'un côté comme de l'autre, il semble y avoir des pratiques qui limitent l'épanouissement des jeunes mères. Une compréhension accrue et plus contextualisée de ce que désire la jeune mère, en fonction des compétences et des ressources qu'elle possède déjà, pour pouvoir mieux la soutenir dans le déploiement d'une trajectoire de résilience est un enjeu important pour améliorer la qualité des pratiques. Renforcer les facteurs de protection, tout en diminuant les facteurs de vulnérabilité, en s'appuyant à la fois sur la perception et les besoins de la jeune mère, mais aussi sur son jugement clinique, d'où l'importance d'espaces de dialogue réflexifs avec les mères.

Cibler la violence : mieux percevoir et comprendre ses manifestations

De façon plus spécifique, selon les données tirées de cette étude, le recours au concept de violence entre partenaires intimes n'est pas optimal dans un premier temps pour permettre aux jeunes mères de décrire leur réalité. Nous en avons fait les frais lors des périodes de recrutement. Une expression plus générale comme « contexte relationnel adverse » semble mieux représenter ce qu'elles vivent au quotidien. Une démarche d'intervention qui miserait sur cette reconnaissance du caractère adverse de la relation pour évoluer par la suite à la reconnaissance de la violence conjugale subie semble intéressante auprès des jeunes adultes. De plus, les jeunes mères rencontrées ont été plus sensibles à ce qu'elles vivaient lorsqu'elles ont réalisé l'effet potentiel de ces comportements sur leurs enfants. Les études sur la victimisation des enfants démontrent en effet une forte corrélation entre la cooccurrence de violence envers la femme et de violence envers les enfants au sein d'une même famille (Chamberland, Fortin et Laporte, 2007 ; Lévesque, Clément et Chamberland, 2007). Cependant, il faut être conscient de la complexité associée à la violence conjugale et aux difficultés qu'éprouvent la très grande majorité des femmes, qu'elles soient mères ou pas, à mettre un terme à une relation violente. Elles trouvent en effet sur leur route de nombreux obstacles : obstacles liés à la socialisation, obstacles liés à l'environnement et obstacles liés aux conséquences mêmes

de la violence (Fortin *et al.*, 2007). Le fait de mettre un terme à la relation ne met malheureusement pas un terme à la violence dont elles sont victimes (Rinfret-Raynor *et al.*, 2008).

En situation d'adaptation à la parentalité, et davantage lorsque celle-ci survient précocement, la décision de mettre un terme à une relation violente semble découler d'une longue valse-hésitation et de nombreux va-et-vient. Les discours tenus par les jeunes mères rencontrées démontrent à quel point le soutien et l'accompagnement par des adultes en qui elles ont confiance, dont les intervenantes avec qui elles sont en contact, et la présence d'amies avec qui elles peuvent échanger sont importants et nécessaires à l'émergence d'une trajectoire de résilience où la violence n'a plus sa place. Miser sur le bien-être des enfants, sans culpabiliser, en proposant des activités qui favorisent la création d'un attachement sécurisant et en informant sur les façons de promouvoir le développement optimal de son enfant dans un contexte relationnel adverse pourrait aider les jeunes mères et leur enfant à contrecarrer les effets délétères de la violence, tout en poursuivant une réflexion sur l'issue de la relation amoureuse. À cet égard, le gouvernement britannique propose un cadre conceptuel intéressant pour analyser les besoins de développement des enfants, les compétences des figures parentales pour les satisfaire et les facteurs familiaux et environnementaux susceptibles d'influencer les réponses à ces besoins (Lessard, 2009; Ward et Jones, 2009). De façon plus spécifique, ce cadre de référence permet une analyse poussée des nombreux facteurs familiaux et environnementaux, y compris les facteurs de risque et de protection qui sont présents dans leur parcours de vie. Cette analyse permet de définir les services les plus susceptibles de favoriser les capacités parentales et ultimement, le bien-être de l'enfant qui est au cœur des préoccupations. La mise en place de cette nouvelle conceptualisation des services et les changements qui y sont associés semblent fort prometteurs (Léveillé et Chamberland, 2010; Ward et Jones, 2009). De même, comme le proposent Kulkarni, Kennedy et Lewis (2010), l'idée d'augmenter la capacité des jeunes mères d'être conscientes et critiques au regard du genre, de la classe sociale, et nous ajoutons de l'âge, dans la lecture d'une situation donnée sur le plan de sa valeur économique et sociale pourrait contribuer à mettre l'accent ailleurs que sur les comportements personnels et les choix individuels. Cette compréhension globale des dynamiques de pouvoir au sein de notre société et des rôles de genre pourrait faciliter la décision de mettre un terme à une relation violente.



CONCLUSION

Cette recherche, de nature qualitative, a permis de mieux documenter le concept de trajectoire de résilience dans un contexte de double adversité, c'est-à-dire la présence de violence de la part du partenaire intime et la maternité vécue de façon précoce. À visée exploratoire, le but de ce projet de recherche était de répondre à l'interrogation suivante: Comment les mères ayant donné naissance de façon précoce en contexte relationnel adverse réussissent-elles à surmonter cette double adversité et à assumer positivement leur rôle parental? Cette recherche nous a permis notamment de documenter de façon plus spécifique l'expérience de la maternité précoce vécue en contexte relationnel adverse, d'analyser le processus dynamique par lequel les mères réussissent à surmonter cette double adversité, de cerner les différentes composantes qui interviennent dans ce processus et de dégager, à partir de la perspective des jeunes mères, un modèle théorique intégrateur et contextualisé de leur trajectoire de résilience. Cette étude, qui s'appuie sur des observations sur le terrain et des entretiens individuels et de groupe, ajoute aux connaissances qualitatives disponibles sur la problématique de la maternité précoce vécue en contexte de violence de la part du partenaire intime. Grâce aux témoignages des jeunes mères et à des observations participantes, nous avons décrit la

façon dont la violence est perçue comme un obstacle majeur pour elles, contrairement à la précocité à laquelle la maternité survient dans leur vie. Alors que la maternité est perçue comme un événement heureux, ou qui a du moins des conséquences positives, la violence est une épine qui complexifie leur parcours de vie. Cette violence, qui se manifeste de plusieurs façons, se distingue par une composante de violence sexuelle présente pour une majorité d'entre elles. La décision de mettre un terme à la violence conjugale est principalement motivée par ses effets potentiels sur l'enfant et est rattachée au sentiment de responsabilité, c'est-à-dire de devoir protéger leur enfant et de favoriser son bien-être.

Cette étude permet aussi d'ajouter aux connaissances dans le domaine en émergence de la résilience. Elle permet notamment de présenter les cinq composantes qui interagissent dans le cas présent pour créer une trajectoire de résilience et de proposer une représentation schématique de cette dernière. Ainsi, alors que la première composante s'intéresse à la présence et à la perception de l'adversité, la deuxième composante démontre l'importance de la maternité et la création d'un lien d'attachement avec l'enfant pour orienter la mise en place d'une trajectoire de résilience. C'est cet événement, et le sens qui lui est attribué, qui incite les jeunes mères à adopter différents processus pour modifier leur parcours de vie. Ces processus, au nombre de quatre, forment la troisième composante. Il s'agit de créer un milieu de vie sain pour l'enfant, de s'activer face au contexte relationnel adverse, de mobiliser et d'utiliser les ressources disponibles et de se servir du passé pour aller vers l'avant ou de réinvestir les compétences et les habiletés acquises. La somme de ces processus génère des changements importants pour les jeunes mères rencontrées, tant dans ce qu'elles sont et dans ce qu'elles vivent que dans les milieux au sein desquels elles évoluent.

Certains facteurs facilitent ces processus permettant la trajectoire de résilience; nous les appelons les facteurs promoteurs. L'analyse du discours des jeunes mères rencontrées permet d'en rapporter trois: la prise de conscience des effets positifs des changements, la présence d'individus fiables et disponibles et l'accès à des lieux d'échange et d'éducation. À l'opposé, la présence simultanée de quatre facteurs de vulnérabilité met en péril le déploiement d'une trajectoire de résilience. Il s'agit d'un accès limité aux ressources matérielles et financières, de la difficulté de concilier le travail/école avec la famille, de l'unité familiale au détriment des relations saines et de l'homogénéité sociale au détriment de la mixité sociale.

Le cadre de référence théorique sur lequel s'appuie cette étude est cumulatif: aux assises théoriques des parcours de vie, il ajoute les composantes de l'intersectionnalité. Cumulées, ces assises théoriques permettent

l'analyse des différentes identités sociales que portent simultanément les répondantes de l'étude et les normes et les pressions sociales liées à ces identités, tout en leur reconnaissant une complexité et un poids cumulatif. Comme le soutiennent les résultats de cette étude, l'identité liée à l'âge est un aspect central ayant une grande importance dans les trajectoires des jeunes mères. De façon générale, elles se retrouvent isolées d'une partie importante de leur réseau social à la suite de l'arrivée de leur bébé puisque leur expérience ne s'inscrit pas dans une perspective développementale adolescente typique et que le maintien des liens avec cette partie importante de leur réseau social constituée d'amis des deux sexes est difficile. De plus, elles ne s'insèrent pas dans la vision normative de la maternité et s'y sentent jugées. Parallèlement, elles se retrouvent face à une offre de services où elles sont presque exclusivement mises en relation avec d'autres jeunes mères. Elles développent donc un contre-discours, notamment pour faire face à cette stigmatisation liée à l'âge, mais aussi pour maintenir une identité positive. De même, s'il faut reconnaître une transversalité dans les expériences des jeunes mères rencontrées, d'autres identités sociales sont distinctes d'une répondante à l'autre, en fonction de leur parcours de vie et des événements qui s'y sont produits: immigrante, assistée sociale, étudiante, travailleuse, etc. Chacune de ces identités module leur parcours de vie et doit être prise en compte dans l'analyse de leur trajectoire.

Présent depuis plusieurs années dans différents domaines, le concept de résilience est reconnu comme étant pertinent et prometteur dans le domaine de la promotion de la santé (Raeburn et Rootman, 2006). Les résultats de cette étude exploratoire soutiennent sa pertinence, notamment en démontrant l'appui, ou à l'inverse la menace, que constituent certains facteurs pour le déploiement d'une telle trajectoire. Ces facteurs sont modifiables; des pratiques mieux adaptées et des politiques publiques ciblées peuvent accroître leur portée et permettre ainsi le déploiement d'une trajectoire de résilience chez un plus grand nombre de jeunes mères. Les conditions de vie et l'état de santé de ces jeunes mères et de leur enfant pourraient s'en trouver améliorés. À plus grande échelle, la nature systémique de ces facteurs et leur caractère commun à plusieurs problématiques en font un levier d'action pertinent pour faciliter le travail en amont.

Le domaine de l'intervention est nourri par les résultats de recherches. Les résultats de la présente étude peuvent être d'intérêt pour les intervenants, au regard des interrogations suscitées quant aux aspects éthiques et moraux et à la nécessité de créer un espace dialogique pour mieux établir, en partenariat avec la jeune mère, le contexte et les objectifs de la relation d'intervention. Ils informent aussi sur le sens que donnent les jeunes mères aux adversités qu'elles vivent, ce qui peut aider l'intervenant

à mieux ajuster son discours en fonction de cette subjectivité. Enfin, à partir des observations sur le terrain et de la littérature, la question des types de services à offrir aux jeunes mères, notamment en lien avec la composition des groupes, est abordée. Pour terminer, outre les résultats concrets qu'elle propose, cette étude fait ressortir l'importance de s'intéresser aussi aux composantes positives dans la vie des populations que l'on catégorise comme étant vulnérables et de ne pas cibler uniquement les facteurs de risque ou les aspects plus pathogènes. Nous avons beaucoup à apprendre des trajectoires de résilience, pour agir efficacement en promotion et en prévention de la santé.



ANNEXE 1

GRILLE D'ENTRETIEN DE RECHERCHE INDIVIDUEL

PROJET RÉSILIENCE

Quand maternité précoce et violence intime sont des obstacles surmontables



Horaire de la rencontre :

- 13 h à 13 h 05 :** Mot de bienvenue et explication de la rencontre (objectifs et déroulement)
- 13 h 05 à 13 h 15 :** Explication, passation et signature des formulaires de consentement
- 13 h 15 à 14 h 15 :** Questions semi-dirigées et questionnaires
- 14 h 15 à 14 h 30 :** Recueil des derniers commentaires, débriefage et remerciements

Questions d'entretien semi-dirigé

Sur la période précédant la grossesse

1. Pour débiter, j'aimerais que tu me parles un peu de toi. Qui es-tu ? D'où viens-tu ? Décris-moi ta famille et ton entourage. Comment décrirais-tu ton environnement familial et social à quelqu'un qui ne te connaît pas ?

Sur la période de la grossesse

2. Maintenant, j'aimerais que tu me parles un peu de ta grossesse. Était-elle planifiée ? Qu'est-ce que ça représentait pour toi de devenir mère ? Comment s'est déroulée la prise de décision quant à l'issue de la grossesse ? Comment as-tu vécu ces changements ?
3. À l'annonce de ta grossesse, comment a réagi le père du bébé ? Ton entourage ?
4. Lorsque nous nous sommes parlé au téléphone, nous avons discuté un peu de la violence qui était présente au sein de ton couple. J'aimerais, si tu es d'accord, que tu me parles de cette violence en lien avec ta grossesse. (Était-elle présente avant ta grossesse ? A-t-elle cessé pendant celle-ci ? A-t-elle empiré ?)
5. Qu'est-ce qui a été le plus marquant pour toi durant la période de ta grossesse ?

Sur sa représentation des situations potentiellement adverses

6. Si tu penses à ce que tu vis (ou à ce que tu as vécu), comme le fait d'être mère à l'adolescence ou la violence au sein de ton couple, qu'est-ce qui représente, pour toi, les obstacles les plus difficiles à surmonter ?

Sur la période suivant la grossesse et le présent

7. Aujourd'hui, comment décrirais-tu ta réalité ? Comment décrirais-tu ton environnement familial et social à quelqu'un qui ne te connaît pas ?

Sur les stratégies d'adaptation

8. Lorsque nous nous sommes parlé au téléphone, nous avons discuté de ton état de bien-être. Il peut être qualifié de satisfaisant, malgré les situations difficiles que tu traverses. Comment expliques-tu cela? Qu'est-ce qui t'a permis d'en arriver là?
9. Lorsque nous nous sommes parlé au téléphone, nous avons aussi abordé ton rôle de mère. Tu es une bonne mère pour ton enfant, malgré les situations difficiles que tu traverses. Comment expliques-tu cela? Qu'est-ce qui t'a permis d'en arriver là?
10. Était-ce la première fois que tu réussissais à surmonter des difficultés de cette ampleur?
 - Si oui, qu'est-ce que cela te fait réaliser?
 - Si non, peux-tu me parler de ces difficultés et de la façon dont tu as réussi à les surmonter?

Sur le réseau de soutien social et sociétal

11. Si je te demandais d'identifier les personnes, les situations ou les milieux qui t'ont le plus aidé, qui nommerais-tu? Pourquoi? En quoi leur aide t'a-t-elle été profitable?
12. Qu'est-ce qui, d'après ton expérience, pourrait être mis en place pour accompagner de la façon la plus efficace les jeunes mères victimes de violence durant leur grossesse?

Sur sa représentation de l'adversité et des stratégies d'adaptation

13. Comment crois-tu que les gens, autour de toi et même ceux que tu ne connais pas, perçoivent la grossesse à l'adolescence et la violence dans les relations amoureuses?
14. D'après toi, qu'est-ce qui fait que les jeunes mères qui vivent sensiblement les mêmes choses que toi réussissent à surmonter les obstacles sur leur chemin?
15. Pour toi, la résilience, c'est...?

Sur sa représentation de sa trajectoire

16. Quand tu repenses à tout ce que tu as pu vivre, les moments agréables comme les moments plus difficiles, et à ta vie, celle d'aujourd'hui et celle qui t'attend, qu'est-ce qui te vient à l'esprit?



ANNEXE 2

GRILLE D'ENTRETIEN DE GROUPE

PROJET RÉSILIENCE

Quand maternité précoce et violence intime sont des obstacles surmontables



Horaire de la rencontre :

- 13 h à 13 h 05 :** Mot de bienvenue et explication de la rencontre (objectifs, déroulement)
- 13 h 05 à 13 h 15 :** Explication, passation et signature des formulaires de consentement
- 13 h 15 à 13 h 40 :** Activité artistique
- 13 h 40 à 14 h 05 :** Explication par chaque participante de sa création (environ 5 minutes/personne)
- 14 h 05 à 14 h 45 :** Discussion de groupe sur des questions ciblées
- 14 h 45 à 14 h 55 :** Questionnaires individuels
- 14 h 55 à 15 h 10 :** Débriefage et remerciements

Directives pour l'activité artistique

Vous avez devant vous du matériel qui va vous permettre de vous exprimer (revues, crayons, ciseaux, colle). Ce que je vous demande, c'est de créer sur la feuille devant vous une œuvre reflétant votre parcours de vie, en mettant l'accent sur la période de la grossesse et les incidents de violence que vous avez pu vivre. Utilisez cette feuille pour représenter les émotions, les événements, les personnes, les habitudes de vie ou les interactions qui ont marqué cette période.

Vous disposez de 25 minutes pour créer votre œuvre, après quoi vous aurez chacune une période de 5 minutes pour la présenter aux autres et expliquer brièvement les éléments importants selon vous de cette période.

Vous pouvez évidemment parler durant cette période, mais je ne vous poserai pas de questions.

Animation de la discussion – questions ciblées

1. Quels éléments communs voyez-vous entre vos œuvres ? Est-ce que l'adversité à laquelle vous êtes confrontée présente différents visages ?
2. Comment pensez-vous que les gens, ceux qui vous sont proches et ceux qui vous sont étrangers, perçoivent la maternité à l'adolescence ? La violence dans les relations amoureuses ?
3. D'après vous, qu'est-ce qui vous a aidé à surmonter les difficultés/obstacles que vous avez rencontrés ?
4. Qu'est-ce qui pourrait expliquer, en pensant à ce que vous êtes comme personne, votre état de bien-être actuel et votre capacité d'être une bonne mère ?
5. Qu'est-ce qui pourrait expliquer, en pensant à votre entourage proche, votre état de bien-être actuel et votre capacité d'être une bonne mère ?
6. Qu'est-ce qui pourrait expliquer, en pensant à un cercle plus grand que celui de votre entourage, votre état de bien-être actuel et votre capacité d'être une bonne mère ?



ANNEXE 3

ARBORESCENCE DE LA CODIFICATION

Thèmes (3)	Catégories (8)	Sous-catégories (18)	Codes (55)
Maternité			
	Grossesse	Contexte avant la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> • Mal dans ma peau : je ne m'aime pas • Pas prête à ça : sur le party • Une vie qui semble sans but : pas de projet, rien de concret • Une relation amoureuse : au centre de ma vie • Absence de contraception : on ne se protégeait pas
		Intentions/motivations relatives à la poursuite de la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> • Être une mère : un rêve de petite fille • Un moyen de rester ensemble • Un signe : je vais changer de vie • L'avortement : pas une solution
	Réactions autour de la future mère à l'annonce de la grossesse	Conjoint	<ul style="list-style-type: none"> • Conjoint content : aime l'idée d'être père • Conjoint ambivalent à plus long terme : pas sûr de ce qu'il veut
		Famille	<ul style="list-style-type: none"> • De la déception et de la tristesse • Doutes quant à mes capacités • En colère • Contente pour moi
		Entourage	<ul style="list-style-type: none"> • Content pour moi • Inconscient de ce que ça veut dire
		Gens inconnus	<ul style="list-style-type: none"> • Gens inconnus : des jugements négatifs • Gens inconnus : des préjugés liés à l'âge
	Répercussions perçues de la grossesse/naissance	Effritement du réseau social	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement : mes amies s'éloignent • Isolement : je choisis des gens que je veux
		Perception de soi	<ul style="list-style-type: none"> • Le corps qui change : un deuil à faire • Un coup de maturité : la fin de l'égoïsme

Thèmes (3)	Catégories (8)	Sous-catégories (18)	Codes (55)
Maternité (suite)			
	Répercussions perçues de la grossesse/ naissance (<i>suite</i>)	Regrets liés à la grossesse Bénéfices d'être maman	<ul style="list-style-type: none"> • Bébé à charge : une béquille • Bébé : la responsabilité de la mère • Être une jeune mère : une relation plus facile avec l'enfant • Être mère : une relation unique avec mon enfant • Être mère : quelqu'un qui t'aime et que tu aimes
Contexte relationnel			
	Relations amoureuses difficiles	Conflits Violence	<ul style="list-style-type: none"> • Climat de tension : on se dispute tout le temps • Manque de respect : il ne pense pas à moi • Responsabilités parentales : je m'occupe de l'enfant seule • Infidélités : il voit d'autres filles • Absences : toujours parti • Dépendances : un obstacle à la vie de famille • Violence physique : il s'en prend à moi • Contrôle : il veut tout savoir • Contrôle économique : il contrôle l'argent • Sexuelle : je dois faire l'amour même si je ne le veux pas
Résilience			
	Contexte relationnel	Séparation Ne pas mettre un terme à la relation	<ul style="list-style-type: none"> • Ne plus vivre comme cela • Modèle nocif pour mon enfant • Ne pas briser la famille • Peur de priver mon enfant de son père • Négocier des ultimatums
	Maternité	Bonne mère	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas faire comme ma mère/ mes parents • Apprendre des gens autour de moi • Donner une bonne vie à mes enfants

Thèmes (3)	Catégories (8)	Sous-catégories (18)	Codes (55)
Résilience (suite)			
	Stratégies d'adaptation	Liées à soi-même	<ul style="list-style-type: none"> • Confiance en soi : je suis déjà passée par là • Vouloir me dépasser : me mettre au défi • Apprendre des autres : m'ouvrir • Frapper aux portes : chercher de l'aide
		Liées au milieu	<ul style="list-style-type: none"> • Force du groupe : l'apport des autres • Nouveau réseau : d'autres mères pour échanger
	Vision de l'avenir	Activités professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Ambivalence pour la garde de l'enfant : rester à la maison jusqu'à ses 5 ans • Mère : un rôle apprécié • Difficile de concilier maternité et carrière : faire des choix



ANNEXE 4

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
DE PARTICIPATION À LA RECHERCHE**

PROJET RÉSILIENCE

Quand maternité précoce et violence intime sont des obstacles surmontables



Nous vous invitons à lire attentivement ce formulaire et à poser les questions que vous pourriez avoir à son sujet avant d'y apposer votre signature.

Chercheuse: Sylvie Lévesque

M.A. sexologie, candidate au Ph. D.

Programme de santé publique, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

Sous la direction de:

Claire Chamberland, Ph. D.

Professeure titulaire

École de service social

Université de Montréal

Description du projet

Nous désirons obtenir votre participation à notre étude portant sur la résilience dans deux situations potentiellement adverses, soit la grossesse à l'adolescence et la violence de la part du partenaire amoureux. Le terme résilience renvoie à la capacité de surmonter les obstacles malgré l'adversité. Globalement, cette étude vise à comprendre les processus de résilience dans un contexte précis et à proposer un modèle théorique pouvant guider les interventions en santé publique.

Nous nous intéressons plus particulièrement aux quatre objectifs suivants:

- décrire l'expérience de la maternité adolescente en contexte de violence amoureuse telle qu'elle est vécue et racontée par les jeunes mères vivant ou ayant vécu cette situation;
- analyser le processus dynamique par lequel les jeunes mères réussissent à surmonter cette double adversité, à atteindre un état de bien-être satisfaisant et à assumer positivement leur rôle parental;
- cerner les différentes composantes qui interviennent dans ce processus et dégager les interactions sociales les plus significatives;
- proposer un modèle théorique intégrateur illustrant la trajectoire de résilience vécue par les jeunes mères de l'étude.

Pour atteindre ces objectifs, cette étude prévoit recueillir le témoignage d'une trentaine de jeunes mères, âgées de 18 à 35 ans, vivant ou ayant vécu cette double adversité. Ces mères seront recrutées par l'entremise d'une intervenante ou d'un professionnel en relation d'aide qui les juge résilientes.

Votre témoignage est important, car il permettra de mieux comprendre la façon dont est vécue la maternité adolescente dans un contexte amoureux difficile. Votre témoignage permettra aussi de réfléchir au concept de résilience et pourrait servir de base de réflexion pour les interventions offertes en santé publique.

Procédure

La participation des 30 répondantes pourra prendre deux formes différentes. Si elles le désirent, les répondantes pourront participer aux deux formes de collecte de données. Nous vous rappelons que votre participation est volontaire et librement choisie ; vous pouvez donc y mettre fin en tout temps, sans subir aucun préjudice.

Ainsi, cinq des participantes seront interrogées dans le cadre d'un entretien de groupe (*Phase 1*). La durée prévue est de deux heures. L'entretien se déroulera dans les locaux de l'Université ou d'un organisme intervenant auprès des répondantes, au choix.

Les autres participantes, au nombre de 25, seront interrogées individuellement dans le cadre d'un entretien de recherche portant sur leur parcours de vie. Cette rencontre, pouvant durer jusqu'à 1 h 30, se tiendra à l'endroit choisi par la répondante, parmi les choix suivants : organisme partenaire, université, café ou à la maison de la répondante. (*Activité à laquelle vous acceptez de participer dans le cadre de cette étude.*)

Dans les deux cas, les participantes auront à répondre à trois courts questionnaires écrits portant sur les comportements au sein du couple, sur le bien-être mental et sur les attitudes et les comportements parentaux. Les résultats à ces questionnaires, conjugués à votre jugement ainsi qu'à l'avis de l'intervenante qui vous a recommandée en premier lieu, permettront de classifier les différents types de trajectoires de résilience.

Nous enregistrerons sur bande audio, puis retranscrirons les propos tenus lors de ces deux types de rencontres. Les textes ainsi recueillis pourront être par la suite analysés à l'aide d'un logiciel. Si vous l'acceptez, nous vous enverrons le compte rendu *in extenso* de votre entretien afin que vous puissiez vous assurer qu'il reflète bien vos propos.

Avantages et bénéfices

Vous ne tirerez aucun bénéfice financier, hormis un montant à titre de dédommagement, en participant à cette recherche. Hormis le fait de participer à la création et au transfert de connaissances et de contribuer ainsi potentiellement à améliorer l'intervention dans ce domaine pour les jeunes mères aux prises avec les mêmes difficultés, vous devez vous attendre à ne tirer aucun bénéfice en lien direct avec l'organisme qui vous a sollicitée.

Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats de cette recherche, une fois l'étude terminée.

Risques et inconvénients

Hormis le temps que vous consacrerez à cette étude, l'entretien ne comporte aucun risque connu sur le plan de votre santé physique. Par contre, il se pourrait que cet entretien vous amène à vous remémorer des événements difficiles et que cela vous affecte. Des mesures ont été mises en place dans le cas où vous seriez ébranlée ou fragilisée à la suite de cet entretien : une sexologue clinicienne pourra vous recevoir en consultation dans les meilleurs délais.

Nous nous devons de vous aviser qu'en cas de divulgation de mauvais traitements ou de mauvaises conditions mettant présentement votre intégrité et votre sécurité en péril ou celles de votre enfant, nous devons signaler la situation aux autorités compétentes, et ce, conformément à la Loi.

Confidentialité

Cette étude respectera les règles les plus strictes du principe de la confidentialité. Cette collecte de données nous permettra d'obtenir un enregistrement audio de l'entretien de groupe et des 25 entretiens individuels. De plus, des photos numériques des œuvres créées seront prises. Cependant, aucune des personnes participant à l'activité artistique n'apparaîtra sur les photos.

Chaque participante se verra attribuer un pseudonyme et seul ce dernier identifiera les documents obtenus en vertu de la collecte de données. Seule la chercheuse de ce projet aura accès aux documents. Ces derniers seront entreposés sous clé dans les locaux de l'École de service social de l'Université de Montréal. Ils seront conservés ainsi pendant les cinq années suivant la fin de l'étude, après quoi ils seront détruits. La thèse et les publications pouvant en découler ne mentionneront en aucun cas le nom ou des informations qui permettraient d'identifier les jeunes mères (p. ex. nom original de son enfant).

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique sur la recherche de la Faculté de médecine (CERFM) de l'Université de Montréal. Ce dernier adhère à une politique de stricte confidentialité.

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous en retirer en tout temps, sur simple avis verbal, sans que cela affecte les traitements auxquels vous avez droit ni ne nuise aux relations avec les intervenants de votre organisme.

Indemnité

Un montant de 20\$ vous sera remis à la fin de la rencontre pour vous dédommager quant au temps consacré au projet de recherche et aux dépenses encourues.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions ou avez besoin d'information ou de références, vous pouvez communiquer avec :

Sylvie Lévesque

M.A. sexologie, candidate au Ph. D.

Programme de santé publique, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

Si, à la suite de votre participation à l'un ou l'autre des entretiens de recherche, vous vous sentez fortement ébranlée ou fragilisée, vous pouvez contacter :

Corine Fortier-Cyr, M.A.
Sexologue et psychothérapeute

Vous pouvez communiquer avec le Bureau de l'ombudsman de l'Université de Montréal pour obtenir des renseignements éthiques, faire part d'un incident ou formuler une plainte ou des commentaires en composant le numéro 514 343-2100.

Adhésion au projet et signatures

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que ma participation à ce projet est tout à fait volontaire, que je suis libre d'y participer. Je sais que je suis libre de me retirer en tout temps sans que cela nuise aux relations avec les intervenants de l'organisme par lequel j'ai été recruté et sans préjudice d'aucune sorte.

J'accepte que mon témoignage soit enregistré sur bande audio.

Je, soussignée, accepte de participer à cette étude.

Nom de la participante

Signature de la participante

Date

Je certifie a) avoir expliqué à la signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) lui avoir clairement indiqué qu'elle est libre de mettre un terme à sa participation au présent projet à tout moment et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

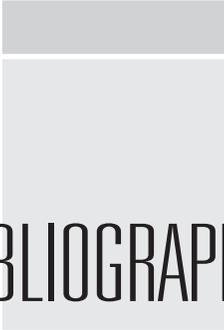
Nom de la chercheure

Signature de la chercheure

Date

Information de type administratif

- L'original du formulaire sera conservé à l'École de service social de l'Université de Montréal et une copie signée sera remise à la participante.
- Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CERFM le 27 octobre 2006.
- N° de référence : CERFM-77(06) 4#215
- Date de la version du présent formulaire : octobre 2006



BIBLIOGRAPHIE

- ADGER, W.N., HUGHES, T.P., FOLKE, C., CARPENTER, S.R. et J. ROCKSTROM (2005). «Social-ecological resilience to coastal disasters», *Science*, 309(5737), p. 1036-1039.
- AGAR, M.H. (1997). «Ethnography: An overview», *Substance Use and Misuse*, 32(9), p. 1155-1173.
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2009). *Ce que disent les mères: l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, Ottawa, Gouvernement du Canada.
- ANDERSON, K.M. et F.S. DANIS (2006). «Adult daughters of battered women: Resistance and resilience in the face of danger», *Affilia*, 21, p. 419-432.
- ANDERSON, K.M., RENNER, L.M. et F.S. DANIS (2012). «Recovery: Resilience and growth in the aftermath of domestic violence», *Violence Against Women*, 18(11), p. 1279-1299.
- ANTHIAS, F. (2005). «Social stratification and social inequality: Models of intersectionality and identity», dans F. Devine (dir.), *Rethinking Class: Cultures, Identities, and Lifestyles*, New York, Palgrave MacMillan, p. 24-45.
- AUBIN-AUGER, I., MERCIER, A., BAUMANN, L., LEHR-DRYLEWICZ, A.-M., IMBERT, P., LETRILLIART, L. et GROUPE DE RECHERCHE UNIVERSITAIRE QUALITATIVE MÉDICALE FRANCOPHONE (2008). «Introduction à la recherche qualitative», *Exercer*, 19(84), p. 142-145.
- AYOTTE, V., LAVOIE, S. et H. RIBERDY (2005). *Objectifs jeunes: comprendre soutenir. Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise*, Montréal, Direction de prévention et de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.
- BARIBEAU, C. (2005). «L'instrumentation dans la collecte de données: le journal de bord du chercheur», *Recherches qualitatives*, hors série 2, p. 98-114.

- BEAUD, S. et F. WEBER (2003). *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte.
- BECKER, H.S. et B. GEER (1960). «Participant observation: The analysis of qualitative data», dans R.N. Adams et J.J. Preiss (dir.), *Human Organization Research*, Homewood, Dorsey Press, p. 267-289.
- BERENSON, A., WIEMANN, C., WILKINSON, G., JONES, W. et G. ANDERSON (1994). «Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 170(6), p. 1760-1766.
- BERGER, P.L. et T. LUCKMANN (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, New York, Garden City.
- BERNARD, P. (2006). «Développement social, parcours de vie et régimes providentiels», document présenté à l'occasion du Forum CASIS *Comprendre les inégalités sociales et de santé en vue de les réduire*, Montréal, Centre Saint-Pierre, 16 février.
- BERNIER, D., BÉRUBÉ, J., HAUTECOEUR, M. et G. PAGÉ (2005). *Intervenir en violence conjugale: la démarche d'une équipe interdisciplinaire en périnatalité*, Montréal/Québec, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, coll. «Études et analyses», n° 33.
- BHANDARI, S., BULLOCK, L.F.C., ANDERSON, K.M., DANIS, F.S. et P.W. SHARPS (2011). «Pregnancy and intimate partner violence: How do rural, low-income women cope?», *Health Care for Women International*, 32(9), p. 833-854.
- BILGE, S. (2009). «Théorisations féministes de l'intersectionnalité», *Diogenes*, 225, p. 70-88.
- BLUM, R.W. (1998). «Healthy youth development as a model for youth health promotion», *Journal of Adolescent Health*, 22(5), p. 368-375.
- BRAH, A. et A. PHOENIX (2004). «Ain't I a woman? Revisiting intersectionality», *Journal of International Women's Studies*, 5(3), p. 75-86.
- BREUER, F. et R. WOLFF-MICHAEL (2003). «Subjectivity and reflexivity in the social sciences: Epistemic windows and methodological consequences», *Forum: Qualitative Social Research*, 4(3), <<http://www.qualitative-research.net/fqs>>.
- BRODSKY, A. (1999). «Making it: The components and process of resilience among urban, African-American single mothers», *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, p. 148-160.
- CAMPBELL, J., SHARPS, P. et K. PARSONS (2009). «Strenght and resilience in battered women and their children», dans C. Mitchell et D. Anglin (dir.), *Intimate Partner Violence. A Health-Based Perspective*, New York, Oxford University Press, p. 389-405.
- CAMPBELL, J. et K. SOEKEN (1999). «Forced sex and intimate partner violence: Effects on women's risk and women's health», *Violence Against Women*, 5, p. 1017-1035.
- CANADIAN INSTITUTES FOR HEALTH RESEARCH (2005). *CIHR Best Practices for Protecting Privacy in Health Research*, Ottawa, Canadian Institutes for Health Research.
- CAREY, G., RATLIF, D. et R. LYLE (1998). «Resilient adolescent mothers: Ethnographic interviews», *Families, Systems & Health*, 16(4), p. 347.
- CARLSON, B.E., MCNUTT, L.-A., CHOI, D.Y. et I.M. ROSE (2002). «Intimate partner abuse and mental health», *Violence Against Women*, 8(6), p. 720-745.
- CENTRE DE LIAISON SUR L'INTERVENTION ET LA PRÉVENTION PSYCHOSOCIALES (2006). *L'identification précoce de la violence conjugale: guide de formation*, Québec, Hôpital Rivière-des-Prairies.

- CHAMBERLAND, C., FORTIN, A. et L. LAPORTE (2007). «Establishing a relationship between behavior and cognition: Violence against women and children within the family», *Journal of Family Violence*, 22, p. 383-395.
- CHAMBERLAND, C., LESSARD, D. et C. LACHARITÉ (2007). «Initiative AIDES: enjeux, défis et opérationnalisation d'un projet de collaboration interorganisme», séminaire thématique *Les partenariats recherche/pratique dans le domaine de l'enfance et de la famille*, Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières, 26-27 mai.
- CHARBONNEAU, J. (1999). «La maternité adolescente», *Réseau*, 30(7), p. 14-19.
- CHARBONNEAU, J. (2003). *Adolescentes et mères. Histoires de maternité précoce et soutien du réseau social*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- COKER, A.L., DAVIS, K.E., ARIAS, I., DESAI, S., SANDERSON, M., BRANDT, H. et P.H. SMITH (2002). «Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women», *American Journal of Preventive Medicine*, 23, p. 260-268.
- COLLINS, P.H. (2000 [1990]). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness and the Politics of Empowerment*, 2^e éd., New York, Routledge.
- CORCORAN, J. (1998). «Consequences of adolescent pregnancy/parenting: A review of the literature», *Social Work in Health Care*, 27(2), p. 49-67.
- COVINGTON, D.L., DALTON, V.K., DIEHL, S.J., WRIGHT, B.D. et M.H. PINER (1997). «Improving detection of violence among pregnant adolescents», *Journal of Adolescent Health*, 21(1), p. 18-24.
- COWAN, C. et P. COWAN (1995). «Interventions to ease the transition to parenthood: Why they are needed and what they can do», *Family Relations*, 44(4), p. 412-423.
- CRENSHAW, K. (1989). «Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics», *The University of Chicago Legal Forum*, 140, p. 139-167.
- CRENSHAW, K. (1991). «Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color», *Stanford Law Review*, 43(6), p. 1241-1299.
- CRESWELL, J.W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- CRESWELL, J.W. (2007). *Qualitative Inquiry & Research Design. Choosing among Five Approaches*, 2^e éd., Thousand Oaks, Sage Publications.
- CURRY, M.A., DOYLE, B. et J. GILHOOLEY (1998). «Abuse among pregnant adolescents: Differences by developmental age», *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 23(3), p. 144-150.
- DAMANT, D., CHARTRÉ, M.-È. et S. LAPIERRE (2012). «L'institution de la maternité», dans S. Lapierre et D. Damant (dir.), *Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux*, Québec, Presses de l'Université du Québec, coll. «Problèmes sociaux et interventions sociales», p. 5-17.
- DAOUD, N., URQUIA, M.L., O'CAMPO, P., HEAMAN, M., JANSSEN, P.A., SMYLIE, J. et K. THIESSEN (2012). «Prevalence of abuse and violence before, during, and after pregnancy in a national sample of Canadian women», *American Journal of Public Health*, 102(10), p. 1893-1901.
- DAVIS, K. (2008). «Intersectionality as buzzword: A sociology of science perspective on what makes a feminist theory successful», *Feminist Theory*, 9, p. 67-85.
- DAVIS, R.E. (2002). «“The strongest women”: Exploration of the inner resources of abused women», *Qualitative Health Research*, 12(9), p. 1248-1263.

- DOBASH, R.E., DOBASH, R.P., CAVANAGH, K. et R. LEWIS (2000). *Changing Violent Men*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- DRYBURGH, H. (2008). «Grossesse chez les adolescentes», *Rapports sur la santé*, 12(1), Ottawa, Statistique Canada, p. 11.
- EISIKOVITS, Z., BUCHBINDER, E. et M. MOR (1998). «“What it was won’t be any more”: Reaching the turning point in coping with intimate violence», *Affilia*, 13, p. 411-434.
- EISIKOVITS, Z. et Z. WINSTOK (2002). «Reconstructing intimate violence: The structure and content of recollections of violent events», *Qualitative Health Research*, 12, p. 685-699.
- ELDER, G.H. (1985). «Perspectives on the life course», dans G.H. Elder (dir.), *Life Course Dynamics: Trajectories and Transitions*, Ithaca, Cornell University Press, p. 23-49.
- ENGLE, P.L., CASTLE, S. et P. MENON (1996). «Child development: Vulnerability and resilience», *Social Science & Medicine*, 43(5), p. 621-635.
- ERIKSSON, I., UNDÉN, A.-L. et S. ELOFSSON (2001). «Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study», *International Journal of Epidemiology*, 30, p. 326-333.
- FEDER, G., RAMSAY, J., DUNNE, D., ROSE, M., ARSENE, C., NORMAN, R. KUNTZE, S. et al. (2009). «How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet the criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria», *Health Technology Assessment*, 13(16), p. 1-136.
- FERGUS, S. et M.A. ZIMMERMAN (2005). «Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk», *Annual Review of Public Health*, 26, p. 399-419.
- FERNET, M. (2005). *Amour, violence et adolescence*, Québec, Presses de l’Université du Québec, coll. «Problèmes sociaux et interventions sociales».
- FINKELHOR, D., ORMROD, R.K. et H. TURNER (2007). «Polyvictimisation and trauma in a national longitudinal cohort», *Development and Psychopathology*, 19, p. 149-166.
- FLOOD, G. (1999). *Beyond Phenomenology: Rethinking the Study of Religion*, Londres, Cassell, 313 p.
- FOGARTY, C., BURGE, S. et E. MCCORD (2002). «Communicating with patients about intimate partner violence: Screening and interviewing approaches», *Family Medicine*, 34, p. 369-375.
- FORTIN, A., CÔTÉ, I., ROUSSEAU, S. et M. DUBÉ (2007). *Soutenir les mères pour prévenir les effets néfastes de la violence conjugale chez les enfants. Guide pour les intervenantes des maisons d’aide et d’hébergement*, Montréal/Québec, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
- FOUCAULT, M. (1976). *Histoire de la sexualité*, Paris, Gallimard.
- GARMEZY, N. (1974). «Children at risk: The search for the antecedents of schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 8, p. 14-90.
- GARMEZY, N. (1993). «Children in poverty: Resilience despite Risk», *Psychiatry Interpersonal and Biological Processes*, 56(1), p. 127-136.
- GAVIN, N.I., GAYNES, B.N., LOHR, K.N., MELTZER-BRODY, S., GARTLEHNER, G. et T. SWINSON (2005). «Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence», *Obstetrics and Gynecology*, 106, p. 1071-1083.

- GAZMARARIAN, J.A., ADAMS, M.M., SALTZMAN, L.E., JOHNSON, C.H., BRUCE, F.C., MARKS, J.S. et T. THOMAS (1995). «The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns», *Obstetrics and Gynecology*, 85(6), p. 1031-1038.
- GENDRON, S. (2001). *La pratique participative en santé publique: l'émergence d'un paradigme*, tome 1, Montréal, Université de Montréal.
- GERMAIN, A. et X. LELOUP (2006). *Il était une fois dans un HLM... Portrait de l'intervention communautaire dans quatre HLM de type «plan d'ensemble» de l'arrondissement Mercier-Hochelaga-Maisonneuve*, Montréal, Institut national de la recherche scientifique, Urbanisation, culture et société.
- GESSNER, B.D. et K. PERHAM-HESTER (1998). «Experience of violence among teenage mothers in Alaska», *Journal of Adolescent Health*, 22, p. 383-388.
- GIDDENS, A. (1991). *Modernity and Self-identity. Self and Society in the Late Modern Age*, Stanford, Stanford University Press.
- GIELE, J.Z. et G.H. ELDER JR (1998). *Methods of Life Course Research: Qualitative and Quantitative Approaches*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- GLASS, N., FREDLAND, N., CAMPBELL, J., YONAS, M., SHARPS, P. et J. KUB (2003). «Adolescent dating violence: Prevalence, risk factors, health outcomes, and implications for clinical practice», *JOGNN*, 32(2), p. 227-238.
- GOLDSTEIN, S. et R.B. BROOKS (dir.) (2005). *Handbook of Resilience in Children*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- GORE, S. et J. ECKENRODE (1994). «Context and process in research on risk and resilience», dans R.J. Haggerty, L.R. Sherrod, N. Garmezy et M. Rutter (dir.), *Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents: Processes, Mechanisms, and Interventions*, New York, Cambridge University Press, p. 19-63.
- GOULET, C., MARCIL, I., KAMDOM, C. et M. TOUSSAINT-LACHANCE (2001). «Le point sur les mères adolescentes au Québec», *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), p. 21-34.
- GREENBERGER, E., CHEN, C. et M.R. BEAM (1999). «The role of very important non-parental adults in adolescent development», *Journal of Youth and Adolescence*, 27, p. 321-343.
- GROSSMAN, S. et M. LUNDY (2007). «Domestic violence across race and ethnicity», *Violence Against Women*, 13(10), p. 1029-1052.
- HANKIVSKY, O. et R. CORMIER (2009). *Intersectionality: Moving Women's Health Research and Policy Forward*, Vancouver, Women's Health Research Network.
- HARPER, E. (2009). *Intersectionality, Conjugal Violence and Immigrant Women*, Montréal/Québec, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
- HARROP, E., ADDIS, S., ELLIOT, E. et G. WILLIAMS (2009). *Resilience, Coping and Salutogenic Approaches to Maintaining and Generating Health: A Review*, Cardiff, Cardiff University, Cardiff Institute of Society, Health and Ethics.
- HARRYKISSOON, S., RICKERT, V. et C.M. WIEMANN (2002). «Prevalence and patterns of intimate partner violence among adolescent mothers during the postpartum period», *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, p. 325-330.
- HEINZ, W.R. et V.W. MARSHALL (dir.) (2003). *Social Dynamics of the Life Course: Transitions, Institutions, and Interrelations*, New York, Walter de Gruyter.

- HICKMAN, L.J., JAYCOX, L.H. et J. ARONOFF (2005). «Dating violence among adolescents: Prevalence, gender distribution, and prevention program effectiveness», *Trauma Violence & Abuse*, 5(2), p. 123-142.
- HOGAN, S. (2001). *Healing Arts: The History of Art Therapy*, Londres, Jessica Kingsley.
- HOLT, M.K. et D.L. ESPELAGE (2005). «Social support as a moderator between dating violence victimization and depression/anxiety among African American and Caucasian adolescents», *School Psychology Review*, 34(3), p. 309-328.
- HOOKS, BELL (1981). *Ain't I a Woman: Black Women and Feminism*, Boston, South End Press.
- HOOKS, BELL (1994). *Teaching to Transgress: Education As the Practice of Freedom*, New York, Routledge.
- HURD, N.M. et M.A. ZIMMERMAN (2010). «Natural mentoring relationships among adolescent mothers: A study of resilience», *Journal of Research on Adolescence*, 20(3), p. 789-809.
- INSTITUT DE LA SANTÉ DES FEMMES ET DES HOMMES (2010). *Violence, genre et santé. Programme de recherche 2010-2015*, Ottawa, Gouvernement du Canada.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2012). *Le bilan démographique du Québec: édition 2012*, Québec, Gouvernement du Québec, <<http://www.stat.gouv.qc.ca>>.
- IYER, A., SEN, G. et P. OSTLIN (2008). «The intersections of gender and class in health status and health care», *Global Public Health*, 3(1), p. 13-24.
- JACELON, C. (1997). «The trait and process of resilience», *Journal of Advanced Nursing*, 25, p. 123-129.
- JAMES, L., BRODY, D. et Z. HAMILTON (2013). «Risk factors for domestic violence during pregnancy: A meta-analytic review», *Violence and Victims*, 28(3), p. 359-380.
- KAPLAN, H.B. (1999). «Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models», dans M.D. Glantz et J.L. Johnson (dir.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, p. 17-84.
- KATZ-WISE, S., PRIESS, H. et J. HYDE (2010). «Gender-role attitudes and behavior across the transition to parenthood», *Developmental Psychology*, 46(1), p. 18-28.
- KELLY, U.A. (2009). «Integrating intersectionality and biomedicine in health disparities research», *Advances in Nursing Science*, 32(2), p. E42-E46.
- KENNEDY, A.C. (2005). «Resilience among urban adolescent mothers living with violence: Listening to their stories», *Violence Against Women*, 11(12), p. 1490-1514.
- KIM-COHEN, J., MOFFIT, T.E., CASPI, A. et A. TAYLOR (2004). «Genetic and environmental processes in young children's resilience and vulnerability to socioeconomic deprivation», *Child Development*, 75(3), p. 651-668.
- KLIMA, C.S. (2003). «Centering pregnancy: A model for pregnant adolescents», *Journal of Midwifery and Women's Health*, 48(3), p. 220-225.
- KOEPSSELL, J.K., KERNICK, M.A. et V.A. HOLT (2006). «Factors that influence battered women's to leave their abusive relationships», *Violence & Victims*, 21(2), p. 131-148.
- KOIVUNEN, J.M., ROTHAUPT, J.W. et S.M. WOLFGRAM (2009). «Gender dynamics and role adjustment during the transition to parenthood: Current perspectives», *The Family Journal*, 17(4), p. 323-328.
- KRUG, E.R., DAHLBERG, L.L., MERCY, J.A., ZWI, A.B. et E. LOZANO (dir.) (2002). *World Report on Violence and Health*, Genève, World Health Organization.

- KUBIAK, S.P. (2005). «Trauma and cumulative adversity in women of a disadvantaged social location», *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, p. 451-465.
- KULIG, J.C. (2000). «Community resiliency: The potential for community health nursing theory development», *Public Health Nursing*, 17(5), p. 374-385.
- KULKARNI, S. (2007). «Romance narrative, feminine ideals, and developmental detours for young mothers», *Affilia*, 22(9), p. 9-22.
- KULKARNI, S., KENNEDY, A. et C. LEWIS (2010). «Using a risk and resilience framework and feminist theory to guide social work interventions with adolescent mothers», *Families in Society. The Journal of Contemporary Human Services*, 91(3), p. 217-224.
- LACHARITÉ, C., PINARD, P., GIROUX, P. et F. COSSETTE (2007). «Faire la courte échelle : développement d'un programme de services intégrés pour contrer la négligence envers les enfants», dans C. Chamberland, S. Léveillé et N. Trocmé (dir.), *Enfants à protéger, parents à aider*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 307-322.
- LAURIN, C. et C. STUART (2003). «Programme soutien aux jeunes parents : contre qui, contre quoi?», *Nouvelles pratiques sociales*, 16(1), p. 215-221.
- LEHOUX, P. (2004). *Notes de cours. Introduction à la recherche qualitative*, Montréal, Université de Montréal.
- LESSARD, D. (2009). «Cadre de référence britannique des besoins de développement des enfants», séminaire du Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants – Alliance de recherche pour le développement des enfants dans leur communauté, *Parler le même langage : analyse de 4 situations d'intervention selon le cadre de référence britannique des besoins de l'enfant*, Montréal, 6 février, <<http://www.initiativeaides.ca>>.
- LÉVEILLÉ, S. et C. CHAMBERLAND (2010). «Toward a general model for child welfare and protection services: A meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and their Families (FACNF)», *Children and Youth Services Review*, 32, p. 929-944.
- LEVENDOSKY, A.A., LYNCH, S.M. et S.A. GRAHAM-BERMANN (2000). «Mother's perceptions of the impact of woman abuse on their parenting», *Violence Against Women*, 6, p. 247-271.
- LÉVESQUE, S., CLÉMENT, M.-E. et C. CHAMBERLAND (2007). «Factors associated with co-occurrence of spousal and parental violence: Quebec population study», *Journal of Family Violence*, 22(8), p. 661-674. doi: 10.1007/s10896-007-9106-y.
- LEVY, R. (1994). «Croyance et doute : une vision paradigmatique des méthodes qualitatives», *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 1(1), p. 92-100.
- LINDHORST, T. et M. OXFORD (2008). «The long-term effects of intimate partner violence on adolescent mothers' depressive symptoms», *Social Science & Medicine*, 66, p. 1322-1333.
- LUKER, K. (1991). «Dubious conceptions: The controversy over teen pregnancy», *The American Prospect*, 2(5), p. 73-83.
- LUKER, K. (1996). *Dubious Conceptions: The Politics of Teenage Pregnancy*, Cambridge, Harvard University Press.
- LUNDBERG, O. et K. MANDERBACKA (1996). «Assessing reliability of a measure of self-rated health», *Scandinavian Journal of Public Health*, 24(3), p. 218-224.
- LUTHAR, S.S., CICCETTI, D. et B. BECKER (2000). «The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work», *Child Development*, 71, p. 543-562.

- LUTHAR, S.S. et G. CUSHING (1999). « Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview », dans M. Glantz et J.L. Johnson (dir.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*, New York, Kluwer Academy/Plenum Publishers, p. 129-160.
- LUTHAR, S.S. et A. GOLDSTEIN (2004). « Children's exposure to community violence: Implications for understanding risk and resilience », *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(3), p. 499-505.
- LUTZ, K.F. (2005). « Abuse experiences, perceptions, and associated decisions during the childbearing cycle », *Western Journal of Nursing Research*, 27(7), p. 802-824.
- MAHALINGAM, R., BALAN, S. et J. HARITATOS (2008). « Engendering immigrant psychology: An intersectionality perspective », *Sex Roles*, 59, p. 326-336.
- MANSEAU, H. (1997). *La grossesse chez les adolescentes en internat: le syndrome de la conception immaculée*, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- MARTIN, S.L., KILGALLEN, B., TSUI, A.O., MAITRA, K., SINGH, K.K. et L.L. KUPPER (1999). « Sexual behaviors and reproductive health outcomes: Associations with wife abuse in India », *Journal of the American Medical Association*, 282, p. 1967-1972.
- MARTIN, S.L., MACKIE, L., KUPPER, L.L., BUESCHER, P.A. et K.E. MORACCO (2001). « Physical abuse of women before, during and after pregnancy », *Journal of the American Medical Association*, 285(12), p. 1581-1584.
- MASTEN, A.S. (2001). « Ordinary magic: Resilience processes in development », *American Psychologist*, 56(3), p. 227-238.
- MASTEN, A.S., BURT, K.B., ROISMAN, G.I., OBRADOVIĆ, J., LONG, J.D. et A. TELLEGEN (2004). « Resources and resilience in the transition to adulthood: Continuity and change », *Development and Psychopathology*, 16(4), p. 1071-1094.
- MASTEN, A.S. et J.D. COATSWORTH (1998). « The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children », *American Psychologist*, 53(2), p. 205-220.
- MAYNARD, R.A. (1996). *Kids Having Kids. Economic Costs and Social Consequences of Teen Pregnancy*, Washington, D.C., The Urban Institute Press.
- MCCALL, L. (2005). « The complexity of intersectionality », *Signs*, 30(3), p. 1771-1800.
- MCDERMOTT, E. et H. GRAHAM (2005). « Resilient young mothering: Social inequalities, late modernity and the "problem" of "teenage" motherhood », *Journal of Youth Studies*, 8(1), p. 59-79.
- MCGLOIN, J.M. et C.S. WIDOM (2001). « Resilience among abused and neglected children grow up », *Development and Psychopathology*, 13(4), p. 1021-1038.
- MCGRATH, M.E., HOGAN, J.W. et J.F. PEIPERT (1998). « A prevalence survey of abuse and screening for abuse in urgent care patients », *Obstetrics and Gynecology*, 91(4), p. 511-514.
- MCLEOD, A., BAKER, D. et M. BLACK (2006). « Investigating the nature of formal social support provision for young mothers in a city in the North West of England », *Health and Social Care in the Community*, 14(6), p. 453-464.
- MERCER, R. (2004). « Becoming a mother versus maternal role attainment », *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), p. 226-232.
- MILES, M.B. et A.M. HUBERMAN (2003). *Analyse des données qualitatives*, Paris, De Boeck.
- MILLER, E., DECKER, M.R., REED, E., RAJ, A., HATHAWAY, J.E. et J.G. SILVERMAN (2007). « Male partner pregnancy-promoting behaviors and adolescent partner violence: Findings from a qualitative study with adolescent females », *Ambulatory Pediatrics*, 7(5), p. 360-366.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – MSSS (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – MSSS (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, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – MSSS (2008a). *Politique de périnatalité 2008-2018*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – MSSS (2008b). *Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*, Québec, Direction générale de la santé publique, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – MSSS, ÉCO-SANTÉ (2010). *Taux de grossesse à l'adolescence*, <<http://www.ecosante.fr/QUEBFRA/504000.html>>.
- MITCHELL, W. et E. GREEN (2002). « I don't know what I'd do without our Mam: Motherhood, identity and support networks », *The Sociological Review*, 50(1), p. 1-22.
- MITNICK, D., HEYMAN, R. et A. SMITH SLEP (2009). « Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: A meta-analysis », *Journal of Family Psychology*, 23(6), p. 848-852.
- MOLLER, K., HWANG, C. et B. WICKBERG (2008). « Couple relationship and transition to parenthood: Does workload at home matter? », *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(1), p. 57-68.
- MOSHER, J., EVANS, P., LITTLE, M., MORROW, E., BOULDING, J.-A. et N. VANDERPLAATS (2004). *Walking on Eggshells: Abused Women's Experiences of Ontario's Welfare System. Final Report of Research Findings from the Woman and Abuse Welfare Research Project*, North York, Osgoode Hall Law School, York University.
- MUCCHIELLI, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin.
- MUKAMURERA, J., LACOURSE, F. et Y. COUTURIER (2006). « Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques », *Recherches qualitatives*, 26(1), p. 110-138.
- MULLINGS, L. et A.J. SCHULTZ (2006). « Intersectionality and health: An introduction », dans A.J. Schultz et L. Mullings (dir.), *Gender, Race, Class, and Health: Intersectional Approaches*, San Francisco, Jossey-Bass, p. 3-17.
- MURRAY, S. (2008). « Why doesn't she just leave?: Belonging, disruption and domestic violence », *Women's Studies International Forum*, 31, p. 65-72.
- MURRY, V.M., BYNUN, M.S., BRODY, G.H., WILLERT, A. et D. STEPHENS (2001). « African American single mothers and children in context: A review of studies on risk and resilience », *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(2), p. 133-155.
- MYLANT, M. et C. MANN (2008). « Current sexual trauma among high-risk teen mothers », *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21(3), p. 164-176.
- NASIR, K. et A.A. HYDER (2003). « Violence against pregnant women in developing countries: Review of evidence », *European Journal of Public Health*, 13(2), p. 105-107.
- NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH ET ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS' RESEARCH AND TRAINING UNIT (2007). *Antenatal and Postnatal Mental Health. The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance*, Londres, National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NELSON, A.M. (2003). « Transition to motherhood », *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32(4), p. 465-477.

- NIXON, J. et C. HUMPHREYS (2010). « Marshalling the evidence : Using intersectionality in the domestic violence frame », *Social Politics : International Studies in Gender, State and Society*, 17(2), p. 137-158.
- O'DOUGHERTY WRIGHT, M. et A.S. MASTEN (2005). « Resilient processes in development : Fostering positive adaptation in the context of adversity », dans S. Goldstein et R.B. Brooks (dir.), *Handbook of Resilience in Children*, New York, Kluwer Academic/ Plenum Publishers, p. 17-37.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – OMS (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Ottawa, Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique.
- PAILLÉ, P. (1994). « L'analyse par théorisation ancrée », *Cahiers de recherche sociologique*, 23, p. 147-181.
- PAILLÉ, P. et A. MUCCHIELLI (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin.
- PAILLÉ, P. et A. MUCCHIELLI (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 3^e éd., Paris, Hachette.
- PARKER, B., MCFARLANE, J., SOEKEN, K., TORRES, S. et D. CAMPBELL (1993). « Physical and emotional abuse in pregnancy : A comparison of adult and teenage women », *Nursing Research*, 42(3), p. 173-178.
- PATTON, M.Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*, Newbury Park, Sage Publications.
- PATTON, S. (2003). *Pathways : How Women Leave Violent Men*, Hobart, Government of Tasmania.
- PETCH, J. et W. HALFORD (2008). « Psycho-education to enhance couples' transition to parenthood », *Clinical Psychology Review*, 28(7), p. 1125-1137.
- PETERSEN, R., SALTZMAN, L.E., GOODWIN, M.M. et A.M. SPITZ (1998a). *Key Scientific Issues for Research on Violence Occurring around the Time of Pregnancy*, Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention.
- PETERSEN, R., SALTZMAN, L.E., GOODWIN, M.M., SPITZ, A.M., GAZMARARIAN, J.A., ROWLEY, D.L. et J.S. MARKS (1998b). « Violence and adverse pregnancy outcomes : A review of the literature and directions for future research – Response », *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), p. 366-373.
- PIRES, A. (1997). « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique », dans J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, p. 113-169.
- PLANTE, P. (2005). *Élaboration et évaluation par l'approche phénoménologique d'un groupe d'art-thérapie s'adressant à des dyades et ayant pour objectif le renforcement du lien parent-enfant*, thèse en psychologie, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- 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 et A. Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.
- PRINS, B. (2006). « Narrative accounts of origins : A blind spot in the intersectional approach », *European Journal of Women's Studies*, 13(3), p. 277-290.
- QUINVILAN, J.A. et S.F. EVANS (2001). « A prospective cohort study of the impact of domestic violence on young teenage pregnancy outcomes », *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 14, p. 17-23.

- QUINLIVAN, J.A. et S.F. EVANS (2005). «Impact of domestic violence and drug abuse in pregnancy on maternal attachment and infant temperament in teenage mothers in the setting of best clinical practice», *Archives of Women's Mental Health*, 8(3), p. 191-199.
- RAEBURN, J. et I. ROOTMAN (2006). «Le concept de santé : une nouvelle proposition», dans M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson et I. Rootman (dir.), *Promotion de la santé au Canada et au Québec : perspectives critiques*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 25-41.
- RANERI, L.G. et C. WIEMANN (2007). «Social ecological predictors of repeat adolescent pregnancy», *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39(1), p. 39-47.
- REACHING IN... REACHING OUT (2010). *Resilience... Successful Navigation Through Significant Threat. Report Prepared for the Ontario Ministry of Children and Youth Services*, Toronto, The Child & Family Partnership.
- REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO (2005). *Nursing Best Practice Guidelines. Woman Abuse: Screening, Identification and Initial Response*, Toronto, Registered Nurses' Association of Ontario.
- REID, C., PEDERSON, A. et S. DUPÉRE (2006). «Diversité et promotion de la santé : l'utilité des travaux sur la santé des femmes et sur la théorie intersectionnelle», dans M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson et I. Rootman (dir.), *Promotion de la santé au Canada et au Québec : perspectives critiques*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 98-115.
- RICHARDS, H. et C. EMSLIE (2000). «The doctor or the girl from the university? Considering the influence of professional roles on qualitative interviewing», *Family Practice*, 17(1), p. 71-75.
- RILEY, J.R. et A.S. MASTEN (2005). «Resilience in context», dans R.D. Peters, B. Leadbeater et R.J. McMahon (dir.), *Resilience in Children, Families and Communities: Linking Context to Practice and Policy*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, p. 13-25.
- RINARD RENKER, P. (2002). «Keeping safe: Teenagers' strategies for dealing with perinatal violence», *JOGNN*, 32(1), p. 58-67.
- RINFRET-RAYNOR, M., DUBÉ, M., DROUIN, C., MAILLÉ, N. et E. HARPER (2008). «Violence conjugale postséparation en contexte d'exercice des droits d'accès aux enfants», dans S. Arcand, D. Damant, S. Gravel et E. Harper (dir.), *Violences faites aux femmes*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 185-207.
- RUTTER, M. (1993). «Resilience: Some conceptual considerations», *Journal of Adolescent Health*, 14(8), p. 626-631.
- RUTTER, M. (1999). «Resilience concepts and findings: Implications for family therapy», *Journal of Family Therapy*, 21(2), p. 119-144.
- SADLER, L.S., SWARTZ, M.K., RYAN-KRAUSE, P., SEITZ, V., MEADOWS-OLIVER, M., GREY, M. et D.A. CLEMMENS (2007). «Promising outcomes in teen mothers enrolled in a school-based parent support program and child care center», *Journal of School Health*, 77(3), p. 121-130.
- SANTÉ CANADA (1999). *Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse*, Ottawa, Centre national d'information sur la violence familiale.
- SAWHILL, I.V. (2003). *One Percent of the Kids: New Policies, Brighter Futures for America's*, Washington, D.C., The Brookings Institution.
- SCHINDLER RISING, S. (1998). «Centering pregnancy: An interdisciplinary model of empowerment», *Journal of Nurse-Midwifery*, 43(1), p. 46-54.

- SEALE, C. (1999). *The Quality of Qualitative Data*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- SEAMARK, C. et P. LINGS (2004). «Positive experiences of teenage motherhood: A qualitative study», *British Journal of General Practice*, 54, p. 813-818.
- SECCOMBE, K. (2002). «“Beating the odds” versus “changing the odds”: Poverty, resilience, and family policy», *Journal of Marriage and the Family*, 64(2), p. 384-394.
- SHIELDS, S.S. (2008). «Gender: An intersectionality perspective», *Sex Roles*, 59, p. 301-311.
- SILVA, E. (1996). «Introduction», dans E. Silva (dir.), *Good Enough Mothering? Feminist Perspectives on Lone Motherhood*, Londres, Routledge.
- SMITHBATTLE, L. (1995). «Teenage mother’s narratives of self: An examination of risking the future», *Advanced Nursing Science*, 17, p. 22-36.
- SMITHBATTLE, L. (1998). «Adolescent mothers four years later: Narratives of the self and visions of the future», *Advanced Nursing Science*, 20, p. 36-49.
- SMITHBATTLE, L. (2005). «Teenage mothers at age 30», *Western Journal of Nursing Research*, 27(7), p. 831-850.
- SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIEUS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (2005). «Déclaration de consensus sur la violence exercée par le partenaire intime», *Directives cliniques de la SOGC*, 157, avril.
- SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA (2005). «SOGC clinical practice guidelines: Intimate violence consensus statement», *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 27(4), p. 365-388.
- STATISTIQUE CANADA (2010). «La violence familiale au Canada, un profil statistique», *Enquête sociale générale*, Ottawa, Gouvernement du Canada.
- STEWART, D.E. (1994). «Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy», *Canadian Medical Association Journal*, 151(11), p. 1601-1604.
- STRAUS, M.A., HAMBY, S.L., BONEY-MCCOY, S. et D.B. SUGARMAN (1996). «The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)», *Journal of Family Issues*, 17(3), p. 283-316.
- STUART, C. (2002). «L’application des programmes: la vision des jeunes, la vision d’un organisme», Actes du colloque *De l’intervention précoce à la prévention féroce?*, Montréal, 3-4 mai.
- SUSSEX, B. et J. CORCORAN (2005). «The impact of domestic violence on depression in teen mothers: Is the fear or threat of violence sufficient?», *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(1), p. 109-120.
- TARABULSY, G., HÉMOND, I., LEMELIN, J.-P., BOUCHARD, C., ALLAIRE, S. et S. POISSANT (1999). «Le développement des enfants nés de mères adolescentes», *Recherches sur la famille*, 1, p. 1-3.
- THERON, L.C. et A.M.C. THERON (2010). «A critical review of studies of South African youth resilience, 1990-2008», *South African Journal of Science*, 106(7-8), art. 252.
- TOLMAN, D.L. (2002). *Dilemmas of Desire: Teenage Girls Talk about Sexuality*, Cambridge, Harvard University Press.
- TUSAIE, K. (2004). «Resilience: A historical review of the construct», *Holistic Nursing Practice*, 18(1), p. 3-10.
- ULRICH, Y.C., CAIN, K.C., SUGG, N.K., RIVARA, F.P., RUBANOWICE, D.M. et R.S. THOMPSON (2003). «Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence», *American Journal of Preventive Medicine*, 24, p. 9-15.

- ULRICH, Y.C., MCKENNA, L.S., KING, C., CAMPBELL, D.W., RYAN, J., TORRES, S. et J.C. CAMPBELL (2006). « Postpartum mothers' disclosure of abuse, role, and conflict », *Health Care for Women International*, 27(4), p. 324-343.
- UNGAR, M. (2001). « Constructing narratives of resilience with high-risk youth », *Journal of Systemic Therapies*, 20(2), p. 58-73.
- UNGAR, M. (2004a). *Nurturing Hidden Resilience in Troubled Youth*, Toronto, University of Toronto Press.
- UNGAR, M. (2004b). « A constructionist discourse on resilience: Multiple contexts, multiple realities among at-risk children and youth », *Youth & Society*, 35(3), p. 341-365.
- UNGAR, M. (2007). « Contextual and cultural aspects of resilience in child welfare settings », dans J. Brown, F. Chaze, D. Fuchs, J. Lafrance, S. McKay et S. Prokop (dir.), *Putting a Human Face on Child Welfare: Voices from the Prairies*, Toronto, Center for Excellence for Child Welfare, p. 1-23.
- VANDOORNE, C. (2009). « Promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé: parle-t-on de la même chose? », *Éducation Santé*, 250, p. 2, <<http://www.education.sante.be/es/article.php?id=1173>>.
- VENNE, M. et P. MORISSETTE (2009). « Ce difficile passage de toxicomane à mère: quelques éléments de compréhension », dans P. Morissette et M. Venne (dir.), *Parentalité, alcool et drogues: un défi multidisciplinaire*, Montréal, Éditions du CHU Sainte-Justine, p. 49-68.
- WAKSCHLAG, L.S. et S.L. HANS (2000). « Early parenthood in context: Implications for development and intervention », dans C.H. Zeanah (dir.), *Handbook of Infant Mental Health*, New York, Guilford Press, p. 129-144.
- WALBY, S. et J. ALLEN (2004). « Domestic violence, sexual assault and stalking: Findings from the British Crime Survey », Londres, Home Office Research, Development and Statistics Directorate.
- WARD, H. et H. JONES (2009). « Le système de protection en Angleterre », *Santé, société et solidarité*, 1, p. 181-192.
- WARNER, L.R. (2008). « A best practices guide to intersectional approaches in psychological research », *Sex Roles*, 59, p. 454-463.
- WEBER, L. (1998). « A conceptual framework for understanding race, class, gender and sexuality », *Psychology of Women Quarterly*, 22, p. 13-32.
- WEBER, L. et D. PARRA-MEDINA (2003). « Intersectionality and women's health: Charting a path to eliminating health disparities », *Advances in Gender Research*, 7, p. 181-230.
- WERNER, E.E. (2005). « What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies? », dans S. Goldstein et R.B. Brooks (dir.), *Handbook of Resilience in Children*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, p. 91-105.
- WERNER-WILSON, R.J., ZIMMERMAN, T.S. et D. WHALEN (2000). « Resilient response to battering », *Contemporary Family Therapy*, 22(2), p. 161-188.
- WEXLER, L.M., DIFLUVIO, G. et T.K. BURKE (2009). « Resilience and marginalized youth: Making a case for personal and collective meaning-making as part of resilience research in public health », *Social Science & Medicine*, 69, p. 565-570.
- WIDDING HEDIN, L. (2000). « Postpartum, also a risk period for domestic violence », *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 89, p. 41-45.
- WIEMANN, C.M., AGURCIA, C.A., BERENSON, A.B., VOLK, R.J. et V.I. RICKERT (2000). « Pregnant adolescents: Experiences and behaviors associated with physical assault by an intimate partner », *Maternal and Child Health Journal*, 4(2), p. 93-101.

- WILLIAMS, S.L. et K.D. MICKELSON (2004). «The nexus of domestic violence and poverty: Resilience in women's anxiety», *Violence Against Women*, 10(3), p. 283-293.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION et LONDON SCHOOL OF HYGIENE AND TROPICAL MEDICINE (2010). *Preventing Intimate Partner and Sexual Violence against Women: Taking Action and Generating Evidence*, Genève, World Health Organization.
- YARDLEY, E. (2009). «Teenage mother's experiences of formal support services», *Journal of Social Policies*, 38(2), p. 241-257.
- YICK, A.G. (2008). «A metasynthesis of qualitative findings on the role of spirituality and religiosity among culturally diverse domestic violence survivors», *Qualitative Health Research*, 18, p. 1289-1306.
- YUVAL-DAVIS, N. (2006). «Intersectionality and feminist politics», *European Journal of Women's Studies*, 13(3), p. 193-209.
- ZECK, W., BJELIC-RADISIC, V., HAAS, J. et E. GREIMEL (2007). «Impact of adolescent pregnancy on the future life of young mothers in terms of social, familial, and educational changes», *Journal of Adolescent Health*, 41, p. 380-388.

COLLECTION

PROBLÈMES SOCIAUX ET INTERVENTIONS SOCIALES

HENRI DORVIL – directeur
GUYLAINE RACINE – codirectrice

S'en sortir quand on vit dans la rue

Trajectoires de jeunes en quête
de reconnaissance
Annamaria Colombo
2015, ISBN 978-2-7605-4192-4, 270 pages

Penser les liens entre santé mentale et société

Les voies de la recherche en sciences sociales
*Sous la direction de Marie-Chantal Doucet
et Nicolas Moreau*
2014, ISBN 978-2-7605-4095-8, 364 pages

Quand travailler enferme dans la pauvreté et la précarité

Travailleuses et travailleurs pauvres
au Québec et dans le monde
Carole Yerochewski
2014, ISBN 978-2-7605-4049-1, 212 pages

Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec 1930-2013

*Sous la direction de Marie-Claude Thifault
et Henri Dorvil*
2014, ISBN 978-2-7605-4063-7, 236 pages

Dans les tripes de la drogue et de la violence

Mieux comprendre ces jeunes
Marlène Falardeau
2014, ISBN 978-2-7605-4014-9, 258 pages

Responsabilités et violences envers les femmes

Sous la direction de Katja Smedslund et David Risse
2014, ISBN 978-2-7605-3984-6, 400 pages

Pratiques innovantes de gestion dans les offices d'habitation

De la poignée de porte à la poignée de main
*Paul Morin, Jeannette LeBlanc
et Jean-François Vachon*
2014, ISBN 978-2-7605-3975-4, 170 pages

Les travailleurs pauvres

Précarisation du marché du travail,
érosion des protections sociales
et initiatives citoyennes
*Sous la direction de Pierre-Joseph Ulysse,
Frédéric Lesemann et Fernando J. Pires de Sousa*
2014, ISBN 978-2-7605-3937-2, 298 pages

Violence envers les femmes

Réalités complexes et nouveaux enjeux
dans un monde en transformation
*Sous la direction de Maryse Rinfret-Raynor,
Élisabeth Lesieux, Marie-Marthe Cousineau,
Sonia Gauthier et Elizabeth Harper*
2014, ISBN 978-2-7605-3914-3, 358 pages

Le travail social et la nouvelle gestion publique

*Sous la direction de Céline Bellot,
Maryse Bresson et Christian Jetté*
2013, ISBN 978-2-7605-3902-0, 264 pages

Le soutien aux familles d'enfants gravement malades

Regards sur des pratiques novatrices
*Sous la direction de Manon Champagne,
Suzanne Mongeau et Lyse Lussier*
2013, ISBN 978-2-7605-3784-2, 238 pages

Le travail social

Théories, méthodologies et pratiques
Sous la direction d'Elizabeth Harper et Henri Dorvil
2013, ISBN 978-2-7605-3103-1, 464 pages

La souffrance à l'épreuve de la pensée

*Sous la direction de Nicolas Moreau
et Katharine Larose-Hébert*
2013, ISBN 978-2-7605-3771-2, 238 pages

La gestion des risques en protection de l'enfance

Logiques d'action et quête de sens
Annie Lambert
2013, ISBN 978-2-7605-3742-2, 272 pages

Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui

Repenser la non-conformité
Sous la direction de Marcelo Otero et Shirley Roy
2013, ISBN 978-2-7605-3652-4, 412 pages

Expériences d'intervention psychosociale en contexte de violence conjugale

*Sous la direction de Sonia Gauthier
et Lyse Montminy*
2012, ISBN 978-2-7605-3631-9, 314 pages

Entre itinérance et fin de vie

Sociologie de la vie moindre
Dahlia Namian
2012, ISBN 978-2-7605-3515-2, 236 pages

Innover pour mobiliser

L'actualité de l'expérience de Michel Blondin
*Michel Blondin, Yvan Comeau
et Ysabel Provencher*
2012, ISBN 978-2-7605-3498-7, 192 pages

Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux

*Sous la direction de Simon Lapierre
et Dominique Damant*
2012, ISBN 978-2-7605-3495-7, 268 pages



Contre le décrochage scolaire par l'accompagnement éducatif

Une étude sur la contribution des organismes communautaires
Danielle Desmarais
2012, ISBN 978-2-7605-3416-2, 216 pages

Les transitions à la vie adulte des jeunes en difficulté

Concepts, figures et pratiques
Martin Goyette, Annie Pontbriand et Céline Bellot
2011, IS
BN 978-2-7605-3203-8, 344 pages

Minorités de langue officielle du Canada Égales devant la santé?

Louise Bouchard et Martin Desmeules
2011, ISBN 978-2-7605-3197-0, 118 pages

Le mouvement de l'être

Paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale
Ellen Corin, Marie-Laurence Poirer et Lourdes Rodriguez
2011, ISBN 978-2-7605-3072-0, 218 pages

Arts martiaux, sports de combat et interventions psychosociales

Sous la direction de Jacques Hébert
2011, ISBN 978-2-7605-2980-9, 376 pages

Vieillir au pluriel

Perspectives sociales
Sous la direction de Michèle Charpentier, Nancy Guberman, Véronique Billette, Jean-Pierre Lavoie, Amanda Grenier et Ignace Olazabal
2010, ISBN 978-2-7605-2625-9, 532 pages

Mais oui c'est un travail!

Penser le travail du sexe au-delà de la victimisation
Colette Parent, Chris Bruckert, Patrice Corriveau, Maria Nengeh Mensah et Louise Toupin
2010, ISBN 978-2-7605-2549-8, 158 pages

Adolescence et affiliation

Les risques de devenir soi
Sous la direction de Robert Letendre et Denise Marchand
2010, ISBN 978-2-7605-2512-2, 246 pages

Le monde des AA

Alcooliques, gamblers, narcomanes
Ammon Jacob Suissa
2009, ISBN 978-2-7605-2464-4, 134 pages

Vivre en famille d'accueil jusqu'à mes 18 ans Voir ou ne pas voir mes parents?

Louise Carignan, Jacques Moreau et Claire Malo
2009, ISBN 978-2-7605-2426-2, 222 pages

Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale

Pourquoi et comment faire évoluer les pratiques?
Sous la direction de Jean-François Pelletier, Myra Piat, Sonia Côté et Henri Dorvil
2009, ISBN 978-2-7605-2432-3, 168 pages

Mobilité, réseaux et résilience

Le cas des familles immigrantes et réfugiées au Québec
Michèle Vatz Laaroussi
2009, ISBN 978-2-7605-2400-2, 268 pages

Proximités

Lien, accompagnement et soin
Sous la direction de Michèle Clément, Lucie Gélinau et Anaïs-Monica McKay
2009, ISBN 978-2-7605-1605-2, 386 pages

Visages multiples de la parentalité

Claudine Parent, Sylvie Drapeau, Michèle Brousseau et Eve Pouliot
2008, ISBN 978-2-7605-1591-8, 486 pages

Penser la vulnérabilité

Sous la direction de Vivianne Châtel et Shirley Roy
2008, ISBN 978-2-7605-1563-5, 264 pages

Violences faites aux femmes

Sous la direction de Suzanne Arcand, Domminique Damant, Sylvie Gravel et Elizabeth Harper
2008, ISBN 978-2-7605-1561-1, 624 pages

L'habitation comme vecteur de lien social

Sous la direction de Paul Morin et Evelyne Baillergeau
2008, ISBN 978-2-7605-1540-6, 324 pages

Vivre son enfance au sein d'une secte religieuse

Comprendre pour mieux intervenir
Lorraine Derocher
2007, ISBN 978-2-7605-1527-7, 204 pages

L'itinérance en questions

Sous la direction de Shirley Roy et Roch Hurtubise
2007, ISBN 978-2-7605-1524-6, 408 pages

Solitude et sociétés contemporaines

Une sociologie clinique de l'individu et du rapport à l'autre
Marie-Chantal Doucet
2007, ISBN 978-2-7605-1519-2, 198 pages

Problèmes sociaux – Tome IV

Théories et méthodologies de l'intervention sociale
Sous la direction de Henri Dorvil
2007, ISBN 978-2-7605-1502-4, 504 pages

**Amour et sexualité chez l'adolescent –
Fondements, Guide d'animation,
Carnet de route**

Programme qualitatif d'éducation
sexuelle pour jeunes hommes
Hélène Manseau
2007, ISBN 978-2-7605-1513-0, 194 pages

Les transformations de l'intervention sociale
Entre innovation et gestion
des nouvelles vulnérabilités ?

*Sous la direction de Evelyne Baillergeau
et Céline Bellot*
2007, ISBN 978-2-7605-1504-8, 258 pages

Problèmes sociaux – Tome III
Théories et méthodologies de la recherche
Sous la direction de Henri Dorvil
2007, ISBN 978-2-7605-1501-7, 550 pages

**Lutte contre la pauvreté, territorialité
et développement social intégré**
Le cas de Trois-Rivières

Pierre-Joseph Ulysse et Frédéric Lesemann
2007, ISBN 978-2-7605-1490-4, 168 pages

Pas de retraite pour l'engagement citoyen

*Sous la direction de Michèle Charpentier
et Anne Quéniart*
2007, ISBN 978-2-7605-1478-2, 210 pages

Enfants à protéger – Parents à aider
Des univers à rapprocher

*Sous la direction de Claire Chamberland,
Sophie Léveillé et Nico Trocché*
2007, ISBN 978-2-7605-1467-6, 480 pages

**Le médicament au cœur
de la socialité contemporaine**
Regards croisés sur un objet complexe

*Sous la direction de Johanne Collin,
Marcelo Otero et Laurence Monnais*
2006, ISBN 2-7605-1441-2, 300 pages

Le projet Solidarité Jeunesse
Dynamiques partenariales
et insertion des jeunes en difficulté

*Martin Goyette, Céline Bellot
et Jean Panet-Raymond*
2006, ISBN 2-7605-1443-9, 212 pages

La pratique de l'intervention de groupe

Perceptions, stratégies et enjeux
Ginette Berteau
2006, ISBN 2-7605-1442-0, 252 pages

**Repenser la qualité des services en santé
mentale dans la communauté**
Changer de perspective

*Louderes Rodriguez, Linda Bourgeois,
Yves Landry et al.*
2006, ISBN 2-7605-1348-3, 336 pages

L'intervention sociale en cas de catastrophe

*Sous la direction de Danielle Maltais
et Marie-Andrée Rheault*
2005, ISBN 2-7605-1387-4, 420 pages

Trajectoires de déviance juvénile
Natacha Brunelle et Marie-Marthe Cousineau
2005, ISBN 2-7605-1372-6, 232 pages

Revenu minimum garanti
Lionel-Henri Groulx
2005, ISBN 2-7605-1365-3, 380 pages

Amour, violence et adolescence
Mylène Fernet
2005, ISBN 2-7605-1347-5, 268 pages

Réclusion et Internet
Jean-François Pelletier
2005, ISBN 2-7605-1259-2, 172 pages

Au-delà du système pénal
L'intégration sociale et professionnelle
des groupes judiciairisés et marginalisés
Sous la direction de Jean Poupart
2004, ISBN 2-7605-1307-6, 294 pages

L'imaginaire urbain et les jeunes
La ville comme espace d'expériences
identitaires et créatrices
*Sous la direction de Pierre-W. Boudreault
et Michel Parazelli*
2004, ISBN 2-7605-1293-2, 388 pages

Parents d'ailleurs, enfants d'ici
Dynamique d'adaptation du rôle parental
chez les immigrants
Louise Bérubé
2004, ISBN 2-7605-1263-0, 276 pages

Citoyenneté et pauvreté
Politiques, pratiques et stratégies d'insertion
en emploi et de lutte contre la pauvreté
Pierre-Joseph Ulysse et Frédéric Lesemann
2004, ISBN 2-7605-1261-4, 330 pages

**Éthique, travail social
et action communautaire**
Henri Lamoureux
2003, ISBN 2-7605-1245-2, 266 pages



Travailler dans le communautaire

Jean-Pierre Deslauriers,
avec la collaboration de Renaud Paquet
2003, ISBN 2-7605-1230-4, 158 pages

Violence parentale et violence conjugale

Des réalités plurielles, multidimensionnelles
et interreliées
Claire Chamberland
2003, ISBN 2-7605-1216-9, 410 pages

Le virage ambulatoire: défis et enjeux

Sous la direction de Guilhème Pérodeau
et Denyse Côté
2002, ISBN 2-7605-1195-2, 216 pages

Priver ou privatiser la vieillesse?

Entre le domicile à tout prix
et le placement à aucun prix
Michèle Charpentier
2002, ISBN 2-7605-1171-5, 226 pages

**Huit clés pour la prévention
du suicide chez les jeunes**

Marlène Falardeau
2002, ISBN 2-7605-1177-4, 202 pages

La rue attractive

Parcours et pratiques identitaires
des jeunes de la rue
Michel Parazelli
2002, ISBN 2-7605-1158-8, 378 pages

Le jardin d'ombres

La poétique et la politique
de la rééducation sociale
Michel Desjardins
2002, ISBN 2-7605-1157-X, 260 pages

Problèmes sociaux – Tome II

Études de cas et interventions sociales
Sous la direction de Henri Dorvil et Robert Mayer
2001, ISBN 2-7605-1127-8, 700 pages

Problèmes sociaux – Tome I

Théories et méthodologies
Sous la direction de Henri Dorvil et Robert Mayer
2001, ISBN 2-7605-1126-X, 622 pages

COLLECTION

PROBLÈMES SOCIAUX
ET INTERVENTIONS SOCIALES

HENRI DORVIL – directeur
GUYLAINE RACINE – codirectrice

COMMENT DES MÈRES AYANT DONNÉ NAISSANCE À UN ÂGE PRÉCOCE, DANS UN contexte de violence commise par le partenaire intime, réussissent-elles à surmonter ces adversités et à assumer positivement leur rôle parental? S'appuyant sur l'analyse des récits de vie de mères, des entretiens de groupe et des observations participantes réalisées dans des groupes de jeunes parents, cet ouvrage cherche à développer une compréhension plus fine des différents éléments impliqués dans cette question.

Donnant voix aux mères, l'auteure explore le sens de la maternité dans leur vie, leurs perceptions de la violence et des gestes qu'elles posent pour y mettre un terme. À l'aide des composantes du modèle de résilience développé, cet ouvrage offre une lecture nuancée des intersections dans lesquelles se trouvent certaines mères, des processus nécessaires pour développer une trajectoire de résilience, mais aussi des interactions complexes entre les facteurs qui soutiennent ou fragilisent cette trajectoire. Il propose enfin des réflexions et des recommandations pour l'intervention.

Il saura sensibiliser les intervenants, les étudiants et les chercheurs à la délicate question de la violence commise à l'endroit des femmes lors de la période périnatale, mais aussi faire réfléchir à l'importance d'un concept positif comme la résilience pour appréhender des réalités qui se situent à l'extérieur d'un cadre normatif jugé socialement acceptable.



© UQAM | Émilie Toumevache – 2014

Sylvie Lévesque, Ph. D. en santé publique, est professeure au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal. Elle s'intéresse particulièrement à la maternité vécue en contexte de vulnérabilité.

PUQ.CA



9 782760 542204

ISBN 978-2-7605-4220-4