

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE DOCTORALE PAR ARTICLES  
PRÉSENTÉE À LA FACULTÉ DES LETTRES ET DES SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE DU  
DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.P.S.)

PAR  
SABINE DEFER

CAPACITÉ DE MENTALISATION PARENTALE, EXPÉRIENCE DE LA  
MATERNITÉ ET DÉTRESSE PARENTALE CHEZ LES MÈRES ADOLESCENTES :  
UNE ÉTUDE DESCRIPTIVE ET EXPLORATOIRE

JANVIER 2019

## **UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE**

### **Cette thèse a été dirigée par :**

Julie Achim, directrice de recherche Ph.D., Université de Sherbrooke

### **Jury d'évaluation de la thèse :**

Miguel M. Terradas, Ph.D. Université de Sherbrooke

Guadalupe Puentes-Neuman, Ph.D. Université de Sherbrooke

Cette thèse doctorale est soumise sous la forme d'articles scientifiques, comme il est stipulé dans les règlements des études des cycles supérieurs (article 5.11 du règlement facultaire des études de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cycles et dans les règles institutionnelles pour les mémoires et thèses par articles) de l'Université de Sherbrooke. Les articles sont rédigés selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le comité d'études des cycles supérieurs en psychologie. Les noms de la directrice de recherche et d'autres chercheurs en psychologie apparaîtront comme co-auteurs des articles soumis pour publication.

## Sommaire

Au cours des dernières décennies, la grossesse à l'adolescence a suscité beaucoup d'intérêt chez les cliniciens et chercheurs. À ce jour, elle a surtout été étudiée du point de vue des risques qu'elle implique. Il se dégage de cette documentation scientifique le constat que les adolescentes qui deviennent enceintes et mènent à bien leur grossesse doivent être considérées comme une population vulnérable au regard de leur jeune âge, mais également de leur histoire personnelle. Chez plusieurs d'entre elles, cette histoire est marquée par des conditions de vie difficiles, des ruptures de liens et des traumatismes relationnels tels que la négligence ou l'abus physique ainsi que l'abus sexuel (Beaudry, Tarabulsy, Atkinson, Pearson, & St Pierre, 2017 ; Coren, Barlow, & Stewart-Brown, 2003 ; Madigan, Wade, Tarabulsy, Jenkins, & Shouldice, 2014). En raison de la multitude de facteurs de risque que présentent ces adolescentes, de nombreuses études ont porté sur divers aspects de leur expérience de la maternité s'intéressant à la qualité du lien d'attachement mère-enfant et la transmission intergénérationnelle de difficultés à cet égard (Demers, Bernier, Tarabulsy, & Provost, 2010 ; Hans & Thullens, 2009 ; Parent, Drapeau, Bousseau, & Pouliot, 2008) ainsi qu'à la sensibilité maternelle et son impact sur la relation mère-enfant (Pearson, Plamondon, Beaudry, & Tarabulsy, 2011). Ces études ont permis de constater que ces thématiques représentent des enjeux cruciaux pour cette population. La capacité de mentalisation (CM) ou fonction réflexive (FR) se développe au cours de la petite enfance à travers la relation qui se construit entre l'enfant et sa principale figure d'attachement. Elle réfère à la capacité à se représenter ses propres états mentaux et ceux des autres, ce qui permet de concevoir que chacun a des besoins et des émotions qui lui

sont propres et motivent ses comportements (Fonagy, Steele, Steele, Moran, & Higgitt, 1991). De récents travaux ont montré que la CM contribue de manière déterminante à l'adaptation à différentes transitions de vie telles que l'adolescence et la parentalité (Duval, Ensink, Normandin, Sharp, & Fonagy, 2018; Ha, Sharp, Ensink, Fonagy, & Cirino, 2013 ; Sharp, Penner, & Ensink, *sous presse*), en particulier lorsqu'elles se déroulent dans un contexte marqué par la présence de traumatismes (Duval, Ensink, Normandin, & Fonagy, *sous presse*). Par la suite, la capacité de mentalisation parentale (CMP) ou fonction réflexive parentale (FRP) est stimulée au cours de la grossesse (Markin, 2013) et réfère à la capacité du parent à tenir compte des états mentaux de son enfant, c'est-à-dire la capacité à être sensible à son enfant et à décoder les besoins, les émotions qui sous-tendent ses comportements. La CMP est également un important facteur de protection de la relation parent-enfant et de la transmission intergénérationnelle de difficultés d'attachement (Ensink, Berthelot, Bernazzani, Normandin, & Fonagy, 2014 ; Slade, Grienenberger, Bernbach, Levy, & Locker, 2005). Elle est donc capitale pour les jeunes femmes devenant mères et ayant connu des expériences précoces d'adversité (Ensink, Normandin, Target, Fonagy, Sabourin, & Berthelot, 2015).

Bien que la pertinence de s'intéresser à cette dimension chez les mères adolescentes apparaisse évidente étant donné leurs histoires de vie souvent difficiles et la confrontation simultanée à des transitions développementales majeures (adolescence et maternité), aucune étude n'a porté sur la CMP des mères adolescentes jusqu'à ce jour. De plus, la maternité étant fréquemment investie par les adolescentes comme une possibilité

de vie meilleure (Ajoulat, Libion, Berrewaerts, & Noirhomme-Renaud, 2010 ; Montgomery, 2002), il s'avère pertinent de s'intéresser à leur expérience affective de la parentalité et à leur détresse parentale afin de comprendre le contexte dans lequel se déploie leur FRP. C'est précisément ce à quoi s'intéresse cette thèse de doctorat qui a comme objectif d'évaluer et décrire la FRP de mères adolescentes, leur expérience affective parentale (EAP) ainsi que l'intensité de la détresse qu'elles peuvent éprouver au regard du stress parental auquel elles sont soumises. Cinq jeunes femmes primipares, recrutées dans le service public, âgées de 18 à 22 ans, mères d'un jeune enfant ont participé à deux entrevues semi-structurées (*Parental Development Interview Revised ou PDI-R* ; Slade, Aber, Berger, Bresgi, & Kaplan, 2002) ; (*Histoire de la grossesse* ; Defer & Achim, 2012) et complété un questionnaire mesurant la détresse parentale (Indice de Stress parental ou ISP ; Abidin, 1995). Les résultats obtenus montrent que l'ensemble des participantes présente une FRP plus faible que celle attendue au sein de la population générale, une EAP particulièrement positive, éprouve moins de détresse en lien avec leur rôle parental qu'attendu et rapporte avoir connu plusieurs ruptures relationnelles significatives en période périnatale. Ces résultats témoignent d'une fragilité au plan de la FRP, d'une EAP plus positive qu'attendue et d'une perception de l'expérience affective de l'enfant (EAE) très positive ainsi que d'une détresse parentale rapportée non cliniquement significative. Différentes hypothèses sont proposées afin d'expliquer ces résultats qui ne vont pas dans le sens attendu. Ainsi, l'exposition à des événements de vie difficiles, la présence de multiples ruptures relationnelles durant la période périnatale pourraient participer à expliquer une fragile FRP qui favoriserait une certaine idéalisation

de la relation expliquant alors une EAE et une EAP très positives ainsi qu'une faible détresse parentale. Il est donc important de sensibiliser les professionnels travaillant auprès des mères adolescentes à la pertinence d'explorer leur CMP et d'en soutenir le développement. Des interventions axées sur la mentalisation apparaissent pertinentes afin de permettre aux mères adolescentes de penser leur bébé et leur relation à lui, penser leur histoire de vie et ainsi, contribuer à éviter de la répéter avec leur enfant.

Mots-clés : Grossesse adolescente, fonction réflexive parentale, capacité de mentalisation parentale, détresse parentale, traumas

## Table des matières

Sommaire.....	iv
Liste des abréviations.....	ix
Remerciements .....	x
Introduction .....	1
Premier article : Maternités adolescentes, stress parental et capacité de mentalisation: perspectives théorique et clinique .....	14
Introduction au deuxième article .....	46
Deuxième article : Fonction réflexive, expérience affective et détresse parentales des mères adolescentes : une étude descriptive.....	50
Conclusion .....	74
Références .....	88
Appendice A. Accusé de réception : Premier article .....	93
Appendice B. Accusé de réception : Deuxième article.....	95
Appendice C. Entrevue sur l’histoire de la grossesse .....	97
Appendice D. Indice de stress parental-forme brève (ISP-B).....	100
Appendice E. Questionnaire sociodémographique.....	106
Appendice F. Verbatim utilisé par l’infirmière SIPPE (Services Intégrés Périnatalité Petite Enfance) pour le premier contact.....	109
Appendice G. Formulaire de consentement.....	111



### **Liste des abréviations**

Centre local de services communautaires.....	CLSC
Capacité de mentalisation.....	CM
Capacité de mentalisation parentale.....	CMP
Entrevue du développement du parent .....	EDP
Expérience affective de l'enfant.....	EAE
Expérience affective parentale .....	EAP
Expérience affective parentale positive.....	EAPP
Expérience affective parentale négative.....	EAPN
Fonction réflexive.....	FR
Fonction réflexive parentale.....	FRP
Indice de stress parental.....	ISP
Parental Development Interview-Revised.....	PDI-R
Services intégrés en périnatalité et petite enfance.....	SIPPE

## Remerciements

Je souhaite remercier en premier lieu, celle qui a toute ma confiance et qui m'a guidée sans fléchir tout au long de ce travail, ma directrice de recherche Julie Achim, de m'avoir accompagnée et d'avoir trouvé les bons mots pour me permettre de poursuivre et de persévérer sous son œil rigoureux et attentif.

Je remercie également les co-auteurs de cette étude exploratoire : Mme Claud Bisailon pour ses réflexions cliniques et son implication dans l'analyse des données; Mme Karin Ensink pour le partage de son expertise.

Je tiens également à remercier l'équipe d'infirmières SIPPE du CLSC de la Petite Patrie, en particulier Thérèse et Liane sans qui le recrutement des participantes n'aurait pas été possible. Je n'oublie pas Mme Lila Mesbah qui a permis que ce projet vive au sein de son équipe, ni toutes mes collègues de travail qui se sont montrées intéressées, fières de participer à un projet et n'ont pas manqué de prendre régulièrement des nouvelles de l'avancement de mon travail avec toute la compassion et l'humour parfois nécessaires de déployer devant l'ampleur de la tâche. Merci à vous toutes.

Dans une sphère plus personnelle, je tiens à remercier Marc et Nathalie, qui m'ont aidée à tenir le cap encore une fois avec une bonne dose d'humour et d'espoir. Toutes mes amies et collègues Perrine, Béatrice, Sylvie, Nathalie, pour n'en nommer que quelques-unes; ma famille qui a su être présente tout en étant loin.

Finalemant, le plus important de tous, je souhaite spécialement remercier mon mari et partenaire de vie sans qui ce projet n'aurait pas été possible. Merci d'avoir toujours été présent, peu importe la forme de présence et de sacrifices demandés, toujours constant, rigoureux.

## **Introduction**

Les grossesses à l'adolescence représentent une situation atypique au sein des sociétés occidentales qui préoccupe et inquiète. Au cours des dernières décennies, d'importants efforts ont été déployés afin de tenter de comprendre ce qui fait que certaines adolescentes deviennent enceintes alors que la contraception est aisément accessible, et ce qui distingue celles qui décident de poursuivre leur grossesse et d'élever leur enfant – souvent seules – de celles qui font le choix de l'interrompre. Pour ce faire, des cliniciens et chercheurs ont notamment exploré les histoires de vie de ces jeunes et dressé des profils de leurs caractéristiques psychosociales ainsi que des motivations qui mèneraient à une grossesse précoce.

### **La maternité adolescence : une expérience de la parentalité empreinte de nombreux défis**

Plusieurs recherches ont mis en lumière le fait que bon nombre de ces adolescentes ont grandi dans des environnements familiaux dysfonctionnels au sein desquels elles ont connu des traumatismes relationnels, tels que de la négligence ou encore des abus physiques et sexuels de la part de leurs parents (Beaudry et al., 2017 ; Coren et al., 2003; Madigan et al., 2014). L'exposition à l'adversité et la présence de carences affectives auraient des impacts importants dans différentes sphères de développement des mères adolescentes, se traduisant par une faible estime de soi (Madigan et al., 2014; Slade, Cohen, Sadler, & Miller, 2009), des difficultés relationnelles et scolaires (Charbonneau, 1999; Sadler & Cowlin, 2003) ainsi que des problèmes de santé mentale (Beaudry et al., 2017 ; Coren et al., 2003 ; Slade et al., 2009). De plus, elles seraient fréquemment habitées par des

sentiments de vide et de solitude (Ajoulat et al., 2010) auxquels la grossesse représenterait la solution idéale. La grossesse permettrait de combler des carences affectives (Charbonneau, 1999; Goulet, Marcil, Kamdon, & Toussaint-Lachance, 2001) et d'offrir une nouvelle identité, soit celle de mère, à l'adolescente (Wendland & Levandowski, 2002).

Malgré la perspective d'une vie meilleure que la grossesse permet d'entrevoir, l'exposition à des conditions ou à des situations adverses se poursuit après la naissance de leur enfant pour une majorité de mères adolescentes. En effet, nombreuses sont celles qui sont confrontées à des difficultés aux plans financier (Coren et al., 2003; Doucet, 2004), familial (Guettier, 2003; Slade et al., 2009) et scolaire (Coren et al., 2003; Slade et al., 2009; Tarabulsky, et al., 2005), ces stressseurs importants s'additionnant au stress parental que peut occasionner le fait d'élever seule un jeune enfant.

À ce contexte difficile s'ajoute également une particularité développementale des maternités adolescentes, soit le fait que deux stades développementaux – l'adolescence et la transition à la maternité – impliquant des remaniements intrapsychiques majeurs (Jeammet, 2004; Konicheckis, 2006) se déroulent simultanément. Il est possible de croire que la négociation concomitante des besoins et enjeux propres à ces deux phases sollicite et surcharge particulièrement l'appareil psychique de la jeune mère. Il peut alors se jouer, au plan psychique, un conflit important entre les besoins développementaux de l'adolescente et les besoins de son enfant (Guettier, 2003). Par conséquent, il peut devenir

difficile pour la mère adolescente de tenir compte de ses propres besoins tout en répondant de manière sensible et adéquate à ceux de son bébé. Ainsi, la relation mère-enfant semble caractérisée par l'ambivalence (Guettier, 2003), la présence de stress parental dû aux conditions de vie difficiles (Tarabulsy et al., 2005) et par une moins bonne sensibilité maternelle que celle observée chez les mères adultes (Beaudry et al., 2017; Demers et al., 2010; Hans & Thullens, 2009). D'ailleurs, plus d'attachements insécurisants auraient été observés chez les enfants de mères adolescentes que chez les enfants de mères adultes (Hans & Thullens, 2009; Pearson et al., 2011). De ce fait, vivre simultanément deux stades de développement majeurs qui impliquent des remaniements psychiques considérables et réfèrent à des besoins qui sont en contradiction mettrait à risque la qualité du lien d'attachement entre l'adolescente et son enfant, mais aussi représenterait un grand défi au plan de l'intégration des différentes dimensions de soi (soi comme adolescente et soi comme mère), qui doivent être pensées et mentalisées pour être adéquatement intégrées à l'identité naissante des mères adolescentes. À la lumière de ces constats, cette simultanéité peut alors être considérée comme un facteur de risque supplémentaire pour la dyade mère-enfant.

### **La capacité de mentalisation : une dimension essentielle pour se penser et penser ses relations à autrui**

La CM réfère à la capacité à se représenter ses propres états mentaux et ceux d'autrui, c'est-à-dire à se penser soi-même et à penser l'autre en comprenant que chaque comportement est motivé par des émotions et des désirs qui sont propres à chacun. C'est

une activité mentale créative (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2004) et dynamique qui est influencée par le stress et les relations affectives (Luyten, Fonagy, Lowyck, & Vermote, 2012). La CM se développe au cours de la petite enfance au sein de la relation à la figure d'attachement puis évolue tout au long de la vie à travers les relations sociales (Fonagy et al., 1991; Meins, Fernyhough, Russel, & Clark-Carter, 1998) et par la suite, à travers les relations conjugales. De plus, l'adolescence est une période déjà fragilisée au plan de la CM de par des remaniements psychiques importants (Bleiberg, Rossow, & Fonagy, 2012).

Lorsque le parent a accès à une CMP adéquate, il peut comprendre les états mentaux sous-jacents aux comportements de son enfant, ce qui permet à ce dernier de se développer harmonieusement (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Slade, 2005). La CMP réfère à la capacité du parent à tenir compte des états mentaux de son enfant, soit la capacité à être sensible à son enfant et à décoder les besoins, les émotions qui sous-tendent ses comportements. Le parent fait l'expérience de bien saisir son enfant, ses souhaits, ses désirs, ses intentions et ses émotions et l'enfant expérimente alors le sentiment d'être compris par sa figure d'attachement et d'exister comme une personne à part entière avec des désirs propres. C'est cette expérience qui rend possible pour l'enfant la construction d'une représentation de soi authentique (Fonagy et al., 2004). La mère et l'enfant éprouvent alors le sentiment d'être régulés au plan émotionnel et se sentent connectés l'un à l'autre dans une relation sereine.



Cependant, dans certaines situations, la CMP fait défaut, c'est-à-dire que la mère n'est pas en mesure de transmettre une rétroaction sensible et adéquate à l'enfant. Conséquemment, l'enfant ne fait pas l'expérience d'être régulé émotionnellement; le parent et l'enfant ne peuvent pas non plus faire l'expérience de se sentir connectés l'un à l'autre (Fonagy et al., 2004; Slade, 2005). Lorsque ce type d'expérience se répète de façon récurrente, cela pourrait engendrer des difficultés telles que contribuant au développement de défauts de la CM chez l'enfant. En effet, les récentes recherches empiriques consacrées à la CMP réalisées auprès de dyades mère-enfant (Ensink et al., 2015), et auprès de femmes enceintes (Ensink et al., 2014) ont permis d'identifier l'existence de liens entre la présence de traumatismes relationnels durant l'enfance, le développement d'un attachement insécurisant et l'expression d'une faible CM chez l'enfant d'une part et d'une CMP rudimentaire chez la mère d'autre part. De plus, une pauvre CMP chez le parent constituerait un facteur de risque pour le développement d'une psychopathologie chez l'enfant (Urfer, Achim, Terradas, & Ensink, 2014). Sharp et Fonagy (2008) suggèrent plusieurs facteurs qui permettraient d'expliquer la présence d'une CMP défaillante tels que: la présence, chez le parent, de psychopathologie, de prédispositions génétiques et d'une insécurité d'attachement à ses propres parents, ainsi qu'une faible capacité d'autorégulation affective. Ils identifient également des facteurs environnementaux, notamment l'exposition à un fonctionnement familial chaotique durant l'enfance du parent et dans sa vie adulte, l'exposition à des événements de vie stressants ou traumatiques passés ou actuels ainsi qu'un facteur lié à l'enfant, soit son tempérament.

Il s'agit donc d'une capacité importante à explorer chez les mères adolescentes puisque c'est une compétence permettant de traverser plus aisément les difficultés, surtout lorsqu'elles sont de nature relationnelle (Duval et al., sous presse) et qu'elle peut agir comme facteur de protection de la relation parent-enfant (Fonagy et al., 1991).

### **Les maternités adolescentes : une expérience affective à penser**

Dans la mesure où il a été démontré que les mères adolescentes présentent plusieurs de ces conditions (exposition à un fonctionnement familial chaotique, à des événements stressants et traumatiques), il apparaît pertinent de s'intéresser à leur CMP. À ces différentes conditions qui pourraient fragiliser la CMP des mères adolescentes s'ajoute la particularité même de cette population, à savoir le fait de vivre deux périodes majeures du développement psychosexuel simultanément, ce qui en soi ajoute un défi de taille. Finalement, la maternité pose aussi des défis puisqu'elle sollicite largement la CM durant la grossesse (Markin, 2013). Afin de bien comprendre et d'explorer le contexte dans lequel se déploie la CMP, il apparaît pertinent de s'intéresser à leur expérience affective de la parentalité et leur stress parental. Rappelons que la grossesse à l'adolescence aurait pour fonction de représenter la perspective d'une vie meilleure (Ajoulat et al., 2010), permettrait de combler des carences affectives (Charbonneau, 1999; Goulet et al., 2001) et d'offrir une nouvelle identité à ces jeunes mères (Wendland & Levandowski, 2002). En ce sens, il serait pertinent d'explorer comment elles vivent cette expérience de la parentalité. En d'autres mots, quelle expérience affective les mères adolescentes font-elles de leur maternité, d'elle-même en tant que parent, de la relation parent-enfant et de leur

enfant? La présence de stress parental dû aux conditions de vie difficiles qui se poursuivent après la naissance de leur bébé (Beaudry et al., 2017; Demers et al., 2010; Hans & Thullens, 2009) pourrait également avoir un effet sur le déploiement de la CMP de ses jeunes mères puisque la CM peut fluctuer en fonction du stress et des sollicitations affectives.

Malgré ces différents constats, aucune étude ne s'est penchée à ce jour à la fois sur la CMP des mères adolescentes, leur expérience affective parentale (EAP) telle qu'évaluée par le système d'Henderson (Henderson, Steele, & Hillman, 2007) et leur détresse parentale. Il apparaît donc crucial de s'y intéresser afin de mieux comprendre comment elles pensent leur enfant et leur lien avec lui. C'est précisément ce que vise cette étude.

### **Objectifs**

Cette thèse doctorale a pour objectif d'évaluer et décrire la fonction réflexive parentale (FRP) des mères adolescentes, leur expérience affective de la parentalité (EAP) ainsi que l'intensité de la détresse qu'elles peuvent éprouver au regard du stress parental auquel elles sont soumises.

### **Contributions de l'auteure**

Le premier article de la thèse constitue une revue de la documentation scientifique portant sur la maternité à l'adolescence, l'expérience qu'elle représente pour ces adolescentes ainsi que sur leur CM.

Cette recension des écrits dresse un portrait des maternités adolescentes, plus précisément des caractéristiques psychosociales qui leur sont propres, des fonctions psychiques de la grossesse, du stress parental rencontré et des implications du chevauchement de deux périodes développementales distinctes et importantes, soit l'adolescence et l'accès à la parentalité. Les concepts de mentalisation – ou fonction réflexive - et de mentalisation parentale – ou fonction réflexive parentale - sont ensuite introduits. Leur développement, l'impact des traumatismes et de l'adversité sur le développement de cette capacité sont abordés.

Cette revue de la documentation scientifique a permis de mettre en lumière l'absence de recherches portant sur la CM des mères adolescentes. En effet, les études portant sur cette population ont surtout identifié les risques auxquels les jeunes mères et leur enfant sont confrontés. Cependant, aucune ne s'est intéressée spécifiquement à la CMP de ces adolescentes, bien que la nature des facteurs de risque ou des fragilités observées chez cette population pendant l'enfance et la période périnatale (négligence et abus pendant l'enfance, présence de traumatismes, conditions sociales et relations familiales difficiles, qualité de l'attachement et vulnérabilité au plan de la santé mentale) permettent de croire qu'elles présenteront également des lacunes au plan de leur CMP. Ainsi, il s'avère pertinent de s'intéresser à cette capacité essentielle à l'adaptation et à l'instauration d'un bon lien d'attachement chez cette population vulnérable afin de mettre à l'épreuve l'hypothèse théorique voulant que ces jeunes mères puissent présenter des lacunes à cet égard.

Le premier article présente ainsi les fondements théoriques sur lesquels s'appuie le second article de la thèse. Il a été rédigé par Sabine Defer, auteure de la présente thèse, Julie Achim, professeure au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke et directrice de la thèse, Karin Ensink, professeure à l'École de psychologie de l'Université Laval et Claud Bisailon, professeure au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke. Il a été soumis pour publication en novembre 2017 à la revue *Devenir*. L'accusé de réception de soumission de l'article (voir Appendice A). L'article est présenté dans cette thèse dans le même format que lorsqu'il a été soumis à cette revue.

Le second article s'intitule *Fonction réflexive, expérience affective et détresse parentales des mères adolescentes : une étude descriptive*. Il présente les résultats d'une recherche descriptive et exploratoire menée auprès de jeunes mères d'un petit enfant.

L'étude vise à évaluer et à décrire la fonction réflexive parentale (FRP), l'expérience affective de la parentalité (EAP) des mères adolescentes, ainsi que l'intensité de la détresse parentale qu'elles peuvent éprouver au regard du stress parental auquel elles sont soumises. Pour ce faire, cinq jeunes mères primipares âgées de 18 à 22 ans qui ont été enceintes avant leur 18 ans et dont l'enfant est âgé de 4 à 30 mois, recevant les services d'une infirmière en périnatalité dans le cadre du programme de Services Intégrés en Périnatalité et Petite Enfance (SIPPE) dans un Centre Local de Services Communautaires (CLSC) de Montréal, ont participé à l'étude. L'utilisation de deux systèmes de codification, soit – l'échelle de cotation du fonctionnement réflexif (FR; Fonagy, Target,

Steele, & Steele, 1998) et le système de cotation de l'expérience affective parentale (EAP; Henderson, Steele, & Hillman, 2007), applicables à l'entrevue portant sur le développement du parent (*Parental Development Interview-R; PDI-R*; Slade et al., 2002) traduite par Ensink et le groupe de recherche sur l'abus sexuel de l'Université Laval (2002), a permis d'évaluer la FRP ainsi que l'EAP des participantes. Les mères ont également complété une entrevue concernant l'histoire de leur grossesse ainsi qu'un questionnaire portant sur le stress parental (Indice de stress parental forme brève ou ISP-B, version francophone du *Parental Stress Index-Short form*; Abidin, 1995) et un questionnaire sociodémographique développé dans le cadre de cette recherche. L'article a été soumis à la revue *Psychiatrie de l'enfant* en Juin 2018. L'accusé de réception de soumission de l'article est versé à l'Appendice B.

Les résultats obtenus montrent d'abord que les mères adolescentes ont une FRP rudimentaire, soit une FRP se situant en dessous de la moyenne attendue au sein de la population générale (Slade et al., 2005), une perception de l'expérience affective de l'enfant (EAE) plus positive que leur EAP et un niveau de stress parental se situant sous le seuil clinique. Ils suggèrent également l'existence de difficultés dans la relation qu'entretiennent les participantes avec leur propre mère, et ce, tant avant que pendant et après la grossesse. La présence de ruptures relationnelles répétées et l'espoir de réparation que porte la relation avec l'enfant à venir se dégagent des résultats. Ceux-ci permettent de constater que les mères adolescentes de l'étude ont des profils sociodémographiques, des histoires de vie et des histoires périnatales similaires à ce qui a été rapporté au sein de la

documentation scientifique (Beaudry et al., 2017; Coren et al., 2003). La FRP rudimentaire des mères adolescentes va dans le sens de l'hypothèse de recherche et s'inscrit dans les connaissances actuelles portant sur l'impact négatif des événements stressants et difficiles sur le développement de la FRP (Slade et al., 2009). Un mécanisme d'idéalisation a été envisagé comme étant à l'œuvre et pouvant expliquer l'EAP et la perception de l'EAE des mères adolescentes. Des éléments environnementaux (p. ex., appartement pour mère adolescente, programme SIPPE) pouvant expliquer le niveau de stress parental cliniquement non significatif ont été identifiés.

Enfin, la pertinence de cibler la FRP dans les interventions préventives et thérapeutiques des professionnels qui interviennent auprès des mères adolescentes est soulignée. Des pistes de recherches futures sont également proposées.

**Premier article**

**Maternités adolescentes, stress parental et capacité de mentalisation : perspectives  
théoriques et cliniques**



# Maternités adolescentes, stress parental et capacité de mentalisation : perspectives théoriques et cliniques

Teenage mothers, parental stress and reflective functioning : theoretical and clinical perspectives

Sabine Defer D.E.S.S<sup>1</sup>, Julie Achim<sup>2</sup> Ph.D., Karin Ensink<sup>3</sup> Ph.D. Claud Bisailon<sup>2</sup> Ph.D.

## Résumé

Bien que la capacité de mentalisation parentale soit un facteur de protection de la relation parent-enfant, aucune étude ne s'est encore intéressée à cette dimension chez les mères adolescentes. Pourtant, ces recherches sembleraient pertinentes, ces jeunes filles présentant fréquemment des histoires de vie marquées par l'adversité et les traumatismes, éléments pouvant compromettre la capacité de mentalisation. La convergence de périodes développementales (adolescence, maternité) impliquant un important travail psychique risque également de les soumettre à un stress parental considérable. Cet article présente une recension des écrits démontrant la pertinence de s'intéresser à cette dimension cruciale du fonctionnement psychologique des mères adolescentes.

Mots-clés : mères adolescentes, capacité de mentalisation, stress parental

## Abstract

Reflective functioning is considered an important protective factor for parent-infant relationships, however – to our best knowledge- no research has been done on reflective functioning of teenage mothers. Many of these young mothers have been exposed to trauma and in difficult environments which have negative implications for the development of mentalizing. The convergence of two major developmental stages namely adolescence and maternity implies a major psychic challenge and reorganization. This review of the literature on teenager pregnancy and parental mentalization capacities suggest that it is important to consider this crucial mental capacity of teenage mothers.

Key words : adolescent mothers, reflective functioning, parental stress

---

<sup>1</sup> D.E.S.S, Psychologue, doctorante en psychologie, Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil, Québec, Canada.

<sup>2</sup> Professeure, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil, 150 place Charles-Le Moyne, bureau 200, Longueuil, Qc, J4K 0A8, Canada.

<sup>3</sup> Professeure, École de psychologie, Pavillon Félix-Antoine-Savard, 2325 rue des bibliothèques, Bureau 1116, Université Laval, Québec, Qc, G1V 0A6, Canada.

## Introduction

Au cours des trois dernières décennies, la grossesse à l'adolescence a suscité beaucoup d'intérêt chez les cliniciens et chercheurs. La documentation scientifique consacrée à cette thématique permet de constater que les travaux s'y étant penchés sont principalement issus de trois disciplines : la médecine et les sciences infirmières, le travail social ainsi que la psychologie. À ce jour, les grossesses adolescentes ont surtout été étudiées du point de vue des risques qu'elles impliquent. La médecine et les sciences infirmières ont documenté les complications gynécologiques liées à la grossesse adolescente ainsi que leurs conséquences sur le développement du bébé, telles la prématurité et les naissances de petit poids. Les sciences sociales ont contribué de manière notable à l'avancement des connaissances concernant les conditions de vie et les besoins des jeunes mères après la naissance du bébé. La psychologie s'est intéressée à la trajectoire de scolarisation des mères adolescentes, à la précarité des conditions de vie au sein desquelles elles évoluent, ainsi qu'à l'impact d'un tel contexte sur leur enfant. Des chercheurs ont notamment documenté l'impact de l'histoire de vie de ces jeunes mères sur le style d'attachement que développe leur enfant (Demers, *et al.*, 2010) et sur la transmission de leur propre style d'attachement à l'enfant (Pearson, *et al.*, 2011). Plusieurs problématiques de santé mentale ont également été identifiées au sein de la population de mères adolescentes telles que l'abus de substances, l'adoption de conduites à risque et la dépression (Slade, *et al.*, 2009). Les motivations des adolescentes à mener à terme leur grossesse et à élever leur enfant ont été explorées (Parent, *et al.*, 2008).

Ainsi, il se dégage de cette documentation scientifique le constat que les adolescentes qui deviennent enceintes et mènent à bien leur grossesse doivent être considérées comme une population vulnérable en raison de leur jeune âge, du risque de complications médicales, de leur histoire personnelle, de leur exposition à des traumatismes et de leur accès prématuré à la parentalité. La qualité du lien d'attachement mère-enfant apparaît également comme un enjeu crucial pour cette population en raison des diverses implications de l'histoire de vie de ces adolescentes, souvent ponctuée d'adversité, et du risque de transmission intergénérationnelle d'un style d'attachement désorganisé.

Au cours des années 1990 apparaît en psychologie le concept de mentalisation (Fonagy, *et al.*, 1991). Cette notion est rapidement reconnue comme étant un important facteur de protection de la relation parent-enfant, notamment au plan de la transmission intergénérationnelle de difficultés d'attachement (Ensink, *et al.*, 2014b ; Slade, *et al.*, 2005). Il a également été démontré qu'elle contribue de manière déterminante à la capacité de l'individu à faire face aux défis personnels et interpersonnels qu'impliquent l'adolescence et la transition vers l'âge adulte (Duval, *et al.*, *sous presse, b* ; Ha, *et al.*, 2013 ; Sharp, *et al.*, *sous presse*). Cette capacité s'avère d'autant plus importante lorsque ces transitions développementales se déroulent dans un contexte marqué par la présence de traumatismes (Duval, *et al.*, *sous presse, a*). Elle s'avère également capitale pour les jeunes femmes devenant mères et ayant connu des expériences précoces d'adversité (Ensink, *et al.*, 2014). La capacité de mentalisation représente donc un processus de résilience important, contribuant à une plus faible réactivité au stress ainsi qu'à une meilleure

régulation physiologique en réponse au stress lié à l'attachement (Borelli, *et al.*, *sous presse*).

À ces différents constats s'ajoute le fait qu'elle est considérée comme un facteur de protection à l'égard du développement de problèmes d'adaptation et de maladie mentale (Fonagy, *et al.*, 2004). En effet, des travaux consacrés à la nature des liens existant entre ces thématiques ont permis de documenter le rôle déterminant que joue la capacité de mentalisation dans l'apparition de certaines psychopathologies chez l'adulte, notamment au sein des troubles de la personnalité (Allen, *et al.*, 2008). À ce jour, très peu d'études se sont penchées sur l'existence de tels liens chez l'enfant. Les travaux d'Ensink et ses collaborateurs font figure de proue dans ce domaine et suggèrent la présence de liens significatifs entre la capacité de mentalisation parentale (CMP) et la psychopathologie de l'enfant, une faible capacité de mentalisation maternelle étant liée à une moins bonne capacité de mentalisation chez l'enfant ainsi qu'à la présence d'un attachement désorganisé chez lui (Berthelot, *et al.*, 2015 ; Ensink, *et al.*, 2015 ; Ensink, *et al.*, 2016a).

Dans le contexte où il a été largement démontré que les mères adolescentes représentent une population vulnérable en raison de l'adversité psychosociale et des traumatismes auxquels elles ont été exposées, il semblerait pertinent de s'intéresser à leur capacité de mentalisation. En effet, il est possible de croire que cette capacité pourrait avoir été compromise par l'exposition à de tels événements de vie. Or, à notre connaissance, aucune étude n'a porté sur cette capacité chez les mères adolescentes jusqu'à ce jour.

Cet article vise à démontrer l'importance de s'intéresser à la capacité de mentalisation des mères adolescentes en s'appuyant sur une recension des écrits dressant d'abord un portrait de la situation des maternités à l'adolescence et illustrant l'adversité caractérisant l'histoire de vie de ces jeunes filles chez qui la présence de traumatismes est fréquemment observée. La convergence des enjeux développementaux propres à l'adolescence et à la transition à la maternité est ensuite mise de l'avant et envisagée comme un challenge supplémentaire s'ajoutant aux défis propres au devenir parent. Le concept de mentalisation ainsi que l'impact des traumatismes et de l'adversité sur le développement de cette capacité sont finalement présentés.

### **Les maternités adolescentes : un portrait de la situation**

Une mère adolescente est une jeune fille ayant eu un enfant alors qu'elle était âgée de moins de 20 ans, critère que privilégient généralement les études réalisées en France, au Québec et aux États-Unis (Beaudry, *et al.*, 2017 ; Parent, *et al.*, 2008).

#### **Portrait statistique**

Les grossesses à l'adolescence sont considérées comme un problème de société coûteux (Madigan, *et al.*, 2014) et touchent plusieurs pays. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2014), 16 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans et un million âgées de moins de 15 ans donnent naissance à un enfant chaque année, ce qui représente 11 % des naissances mondiales. Quarante-cinq pourcent de ces naissances ont lieu dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Ce phénomène ne semble pas lié au manque d'informations concernant la contraception, mais plutôt à des difficultés affectives et sociales. En effet, c'est ce qui a été proposé par Goulet et ses collègues (2001)

qui ont observé que malgré une contraception disponible, les grossesses chez les adolescentes semblaient surtout survenir en réponse à des motifs d'ordre affectif ou social.

### **Caractéristiques psychosociales des mères adolescentes**

Les mères adolescentes constituent une population présentant des facteurs de risque avant la grossesse du fait d'avoir été exposées à de l'adversité. En effet, elles ont souvent évolué dans des environnements familiaux dysfonctionnels au sein desquels bon nombre d'entre elles ont connu des traumatismes relationnels tels que la négligence, l'abus physique et sexuel (Beaudry, *et al.*, 2017 ; Coren, *et al.*, 2003 ; Madigan, *et al.*, 2014). Les carences affectives et la confrontation à l'adversité ont des impacts importants sur différents plans et se traduisent notamment par une pauvre estime de soi (Parent, *et al.*, 2008), une faible motivation scolaire (Madigan, *et al.*, 2014 ; Slade, *et al.*, 2009), des difficultés relationnelles et académiques (Charbonneau, 1999 ; Sadler et Cowlin, 2003). Un grand nombre de mères adolescentes présentent également des problèmes de santé mentale (Beaudry, *et al.*, 2017 ; Coren, *et al.*, 2003 ; Slade, *et al.*, 2009), tels que la dépression ou l'anxiété. Ces difficultés persistent lorsqu'elles deviennent adultes et peuvent se manifester par des fragilités au niveau de la régulation émotionnelle (Schechter, *et al.*, 2005).

### **Fonction de la grossesse adolescente**

Les travaux qui se sont penchés sur les fonctions potentielles de la grossesse à l'adolescence tendent vers un certain consensus à l'effet que bien qu'elle fasse irruption dans la trajectoire de vie de l'adolescente et qu'elle ne soit pas planifiée pour une majorité de jeunes filles, la grossesse permettrait l'accès à une *vie meilleure* (Ajoulat, *et al.*, 2010 ;

Montgomery, 2002). Elle est perçue par l'adolescente comme un événement positif lui conférant un statut d'adulte et de personne responsable ; c'est donc une source de fierté (Ajoulat, *et al.*, 2010 ; Montgomery, 2002). La grossesse implique un nouveau statut social, celui de mère, ainsi qu'une identité nouvelle au regard de sa famille et de ses pairs (Wendland et Levandowski, 2012). Elle apparaît comme une solution permettant de posséder quelque chose à soi (Ajoulat, *et al.*, 2010 ; Montgomery, 2002), qui mettra fin aux sentiments de solitude et de vide qui habitent fréquemment ces jeunes filles (Ajoulat, *et al.*, 2010), comblera une carence affective et compensera pour une vie familiale perturbée (Charbonneau, 1999 ; Goulet, *et al.*, 2001). La grossesse est également perçue par les adolescentes comme un projet qu'elles pourront achever avec succès et qui donnera un sens à leur vie (Montgomery, 2002). Elle représente parfois le seul moyen d'accomplissement personnel, notamment en l'absence d'autres perspectives personnelles ou professionnelles ou encore, lorsque l'adolescente se sent rejetée par sa famille (Wendland et Levandowski, 2012). Ces constats sont particulièrement prégnants chez les jeunes filles issues des classes socioéconomiques les plus défavorisées et chez qui la grossesse peut être considérée comme une ascension sociale (Wendland et Levandowski, 2012). Pour plusieurs, la grossesse représenterait une stratégie de survie, permettant ainsi d'échapper à une situation trop stressante, voire intolérable : fuir les difficultés scolaires et quitter le milieu familial (Goulet, *et al.*, 2001 ; Madigan, *et al.*, 2014). En effet, pour l'adolescente, la seule façon de s'extraire du milieu familial qui la fait souffrir et de devenir légalement autonome, du moins au Québec, est d'avoir un enfant puisque du

soutien lui permettant de s'installer à l'extérieur de la famille devient alors disponible par le biais de l'accès à l'aide sociale et au logement (Goulet, *et al.*, 2001).

### **Importance du stress parental**

À l'adversité rencontrée au cours de l'enfance et de l'adolescence s'ajoutent d'autres défis et difficultés. Après la grossesse, une majorité des jeunes mères doit composer avec des conditions de vie particulièrement fragiles. L'accès à la maternité à l'adolescence implique, de manière fréquente, un faible niveau de scolarité étant donné l'arrêt des études conséquemment à la grossesse (Coren, *et al.*, 2003 ; Tarabulsky, *et al.*, 2005 ; Slade, *et al.*, 2009) et des ruptures temporaires ou définitives avec la famille suite à l'annonce de la grossesse (Guettier, 2003 ; Slade, *et al.*, 2009). À ce contexte de vie stressant s'ajoutent une condition financière souvent instable et précaire (occupation d'un emploi peu rémunéré ou nécessaire recours à l'aide gouvernementale) ainsi qu'un réseau social appauvri (Coren, *et al.*, 2003 ; Doucet, 2004), ayant pour conséquence que ces jeunes mères ne peuvent compter sur le soutien de leur famille ou de leurs amis. Ces divers stressors peuvent engendrer des sentiments d'isolement, de solitude et d'échec personnel, l'impression d'être différente ou encore des symptômes d'anxiété et de dépression (Wendland et Levandowski, 2012). C'est donc dire que différentes sources de stress (familial, social et financier) s'exercent sur la jeune mère qui non seulement élève seule son enfant, mais qui est aussi soumise aux changements et défis que représente la phase développementale qu'est l'adolescence, et ce, bien souvent sans pouvoir compter sur le soutien habituel de son environnement familial et social.



## **Enjeux développementaux propres aux maternités adolescentes : quand l'adolescence et la transition à la parentalité se rencontrent**

En plus d'être susceptible de présenter plusieurs facteurs de risque, la mère adolescente est confrontée simultanément aux enjeux développementaux propres à l'adolescence et à la transition à la parentalité. En effet, l'accès précoce à la parentalité fait en sorte qu'elle vit simultanément les deux principales crises identitaires marquant la vie d'une femme : l'adolescence et la maternité (Konicheckis, 2006). En plus de s'occuper de son enfant, elle doit aussi faire face à une transition atypique pour son âge, transition qui survient trop tôt dans son développement (Coren, *et al.*, 2003 ; Parent, *et al.*, 2008 ; Sadler, *et al.*, 2003). Cette parentalité précoce provoque un conflit entre les besoins développementaux de l'adolescente et les besoins de son enfant (Guettier, 2003).

L'adolescence est une étape développementale où de nombreux remaniements psychiques ont lieu et qui est caractérisée par l'impulsivité, les changements d'humeur, la recherche d'identité, la fragilité et les questionnements sur l'estime de soi (Jeammet, 2004). Les implications de ces remaniements psychiques se traduisent notamment par des conflits avec les parents, la prise de risque, l'intérêt marqué pour le groupe de pairs, le besoin d'exploration et de passer d'un état de dépendance caractéristique de l'enfance à celui d'autonomie propre à l'âge adulte (Jeammet, 2004). Du fait de ces nombreux remaniements, l'appareil psychique de l'adolescent est particulièrement sollicité et donc fragilisé, c'est-à-dire plus vulnérable en termes d'adaptation face à un stress, à tel point que c'est à cette période que l'on observe le plus souvent l'émergence de maladies mentales (Bleiberg, *et al.*, 2012).

Les enjeux développementaux propres à cette étape teintent la dyade mère-bébé et le développement de la parentalité de la mère adolescente. À cet égard, Guettier (2003) propose que la relation de la mère adolescente à son enfant est caractérisée par une certaine ambivalence puisque les thèmes d'autonomisation et d'individuation sont au cœur des préoccupations de l'adolescence alors que l'accès à la maternité est une phase où la dépendance du nourrisson à la mère est totale. Cette dépendance du jeune enfant peut ainsi entrer en conflit avec le besoin d'indépendance de l'adolescente. Par conséquent, la relation qu'entretient la mère adolescente avec lui est marquée, d'une part, par une mise à distance et, d'autre part, par des mouvements fusionnels, ces derniers visant à compenser les difficultés relationnelles qu'a connues l'adolescente avec ses propres parents (Guettier, 2003). Cette ambivalence induit une rivalité entre les besoins de la mère adolescente et les besoins de son enfant, ayant pour conséquence une certaine dysharmonie dans cette relation. L'élan d'indépendance de la mère risque en effet de prévaloir sur le besoin de l'enfant, chez qui la nécessité de dépendance ne serait alors pas suffisamment comblée (Cauvin, *et al.*, 2006). Des travaux s'étant intéressés à la sensibilité maternelle soulignent que la parentalité précoce des mères adolescentes participe à créer un environnement de vie stressant. En effet, l'interruption de la scolarité peut être à l'origine d'une réaction en chaîne où une faible éducation entraîne un faible revenu et donc un stress supplémentaire (Tarabulsky, *et al.*, 2005). Ce stress diminuerait la disponibilité affective de la mère et contribuerait ainsi à compromettre la qualité du parentage et des relations parent-enfant. De plus, les travaux portant sur la sensibilité maternelle ont montré que les mères adolescentes sont moins sensibles à leur enfant et offrent moins de stimulations verbales ;

elles sont aussi plus intrusives et contraignantes dans les interactions avec leur enfant que les mères adultes (Beaudry, *et al.*, 2017 ; Demers, *et al.*, 2010 ; Hans et Thullens, 2009). Elles éprouvent également des difficultés à décoder les signaux de l'enfant et tendent à les interpréter de façon erronée ou à les ignorer, ce qui favorise le développement d'un attachement insécurisant chez ce dernier (Parent, *et al.*, 2008). Elles ont moins de contacts physiques et manifestent moins souvent d'émotions positives dans les échanges avec leur enfant que les mères adultes (Demers, *et al.*, 2010 ; Pearson, *et al.*, 2011). Ainsi, plus d'attachements insécurisants ont été observés chez les enfants de mères adolescentes que chez ceux de mères adultes (Hans et Thullens, 2009 ; Pearson, *et al.*, 2011).

L'histoire d'adversité de la jeune mère suggère ainsi qu'elle ne dispose pas nécessairement d'une disponibilité affective suffisante pour s'intéresser aux états mentaux et aux besoins de son enfant.

### **Maternité adolescente : une situation à risque pour la mère et l'enfant**

Trois principaux constats se dégagent des écrits scientifiques consacrés à la maternité adolescente : 1) les jeunes mères ont fréquemment évolué dans des environnements familiaux difficiles les exposant à divers traumatismes (Sadler, *et al.*, 2006) ; 2) de telles expériences de vie ont pu contribuer au développement chez elles de fragilités au plan affectif ou psychique, antérieures à la grossesse et 3) la convergence de l'adolescence et de l'accès à la parentalité s'ajoutent à la difficulté d'élever seul un enfant dans un environnement précaire. Ces constats témoignent de la présence cumulée de plusieurs facteurs de risque chez les mères adolescentes. Par conséquent, l'identification de facteurs de protection semble fort importante. Les travaux disponibles en mettent

certaines en évidence tels que la poursuite de la scolarisation (Goulet, *et al.*, 2001), la diminution de l'isolement social ainsi que la sensibilisation aux besoins émotionnels et développementaux du bébé (Ajoulat, *et al.*, 2001). À ce jour, la CMP n'a pas été considérée alors qu'elle apparaît comme un facteur de protection plausible à l'égard de la répétition intergénérationnelle d'un attachement insécurisant et d'une histoire de vie marquée par des traumatismes. En effet, la CMP soutient le développement d'un attachement sécurisant pour l'enfant (Berthelot, *et al.*, 2015 ; Fonagy, *et al.*, 2004) et favorise la sensibilité aux besoins émotionnels et développementaux de l'enfant. Ainsi, il apparaît d'autant plus pertinent de s'y intéresser chez une population aussi vulnérable que les mères adolescentes.

### **La capacité de mentalisation : une dimension essentielle au développement et à l'adaptation de l'individu**

#### **La capacité de mentalisation : définition**

Le concept de mentalisation, introduit par Fonagy et ses collègues au cours des années 1990 (Fonagy, *et al.*, 1991), réfère à la capacité à se représenter ses propres états mentaux et ceux d'autrui, c'est-à-dire à concevoir que les autres ont comme soi des besoins, des désirs, des émotions, des intentions qui motivent leur comportement et qu'ils peuvent différer d'une personne à l'autre. Lorsqu'il mentalise, l'individu sait qu'il ne peut qu'imaginer ce que l'autre ressent ou désire, sachant que la pensée d'autrui ne peut être devinée avec certitude. Ainsi, l'individu qui possède une bonne capacité de mentalisation est conscient qu'il s'avère nécessaire de valider sa perception auprès de l'autre afin de

s'assurer de sa justesse (Fonagy, *et al.*, 2004).

La capacité de mentalisation n'est pas une habileté immuable ; elle est dynamique et influencée par le stress et les sollicitations affectives. Les relations mobilisant le système d'attachement, notamment les relations conjugales et les relations parent-enfant, sollicitent activement la capacité de mentalisation. Cette capacité peut être conçue selon quatre axes, chacun comportant deux polarités : 1) automatique-contrôlée ; 2) interne-externe ; 3) soi-autrui et 4) cognitive-affective (Fonagy, *et al.*, 2012). Les quatre axes et leurs polarités se définissent comme suit. L'axe un distingue la mentalisation automatique (ou implicite) et la mentalisation contrôlée (ou explicite), la première faisant appel à des processus rapides de la pensée se déployant spontanément, alors que la seconde utilise des processus de pensée plus lents, impliquant une réflexion et se traduisant par des paroles à l'effet que le comportement est sous-tendu par la présence d'états mentaux. Le deuxième axe différencie la mentalisation interne et la mentalisation externe : la mentalisation interne fait référence à un processus mental centré sur les états internes (p. ex., comprendre ses propres intentions), tandis que la mentalisation externe renvoie au processus mental s'appuyant sur ce qui est visible, comme les réactions physiques (p. ex., expressions du visage et postures). Le troisième axe illustre la mentalisation de soi et la mentalisation d'autrui : la mentalisation de soi étant l'intérêt que manifeste l'individu à l'égard de ses propres états mentaux et la mentalisation d'autrui étant l'attention que porte un individu aux états mentaux des personnes qui l'entourent. Enfin, le quatrième axe présente la mentalisation cognitive et la mentalisation affective : cet axe se référant à la mentalisation de ce qui a été compris (cognitif) et de ce qui a été ressenti (affectif) dans une situation.

L'individu qui mentalise de façon adéquate est en mesure de passer d'une polarité à l'autre de façon flexible et de les solliciter simultanément. Il a à l'esprit que l'autre ressent des émotions différentes des siennes, que ce qu'il croit et connaît n'est pas forcément perçu et connu de l'autre (mentalisation de soi versus d'autrui). Cet individu est également touché par les émotions d'autrui (mentalisation affective et mentalisation d'autrui), prend le temps de s'y intéresser (mentalisation contrôlée) et démontre qu'il les a perçues à travers l'adoption d'une expression faciale appropriée (mentalisation externe). Il peut souligner une émotion qu'il déchiffre (mentalisation affective et externe) ou imagine que l'autre ressent et procède par essai et erreur, car il sait qu'il ne peut pas deviner ce qui habite l'autre et savoir comment y répondre à tout coup.

La mentalisation peut donc être conçue comme une activité mentale créative (Fonagy, 2004). Alors que le terme capacité de mentalisation est surtout utilisé en contexte clinique, celui de fonction réflexive est privilégié en contexte empirique (Allen, *et al.*, 2008).

### **Capacité de mentalisation parentale et développement de la capacité de mentalisation de l'enfant**

L'enfant a besoin que ses états mentaux soient compris par sa principale figure d'attachement, généralement la mère, afin qu'il puisse se développer harmonieusement (Allen, *et al.*, 2008 ; Slade, 2005). Cette capacité du parent à comprendre ce qui habite son bébé puis son enfant se nomme la capacité de mentalisation parentale (CMP) et celle-ci est stimulée bien avant la naissance de l'enfant. La grossesse représente une période où la jeune femme est très sollicitée à cet égard (Allen, *et al.*, 2008). Trois tâches de

mentalisation sont spécifiques à cette période et concernent des objets différents : 1) le bébé à venir, en l'envisageant comme une personne à part entière ayant un soi qui lui est propre (p. ex., l'imaginer physiquement ou imaginer la nature de sa personnalité) ; 2) soi-même comme mère en devenir, c'est-à-dire imaginer ses propres caractéristiques, sa façon d'être et de réagir face à son enfant, telle sa tendance à être plus ou moins souple ou stricte, et 3) la relation mère-bébé émergente, en imaginant la nature du lien qu'ils entretiendront ou les activités qu'ils feront ensemble (Markin, 2013). En effet, durant la grossesse, la mère en devenir élabore et intériorise des représentations complexes du fœtus. Plus récemment, Markin (2013) propose que cela se manifeste même avant la naissance, ce qui impliquerait que la mère présente une CMP suffisamment développée (Slade, 2006).

Lorsque la mère mentalise adéquatement, elle est en mesure de bien saisir la nature des affects de son enfant et de les distinguer des siens. Elle peut donc les lui illustrer de façon contingente, congruente et différenciée. Ainsi, la mère traduit verbalement l'émotion de l'enfant, mais utilise également des expressions faciales légèrement exagérées. En reflétant l'émotion de l'enfant au moment où elle est exprimée par ce dernier (contingence), avec justesse (congruence), mais avec une intensité moindre (différenciée), la mère la rend plus tolérable pour l'enfant car déjà un peu métabolisée. Ce processus réfère à ce que Winnicott (1971) nomme la *fonction miroir*, notion reprise par Fonagy et Target (1996). L'enfant reçoit alors une rétroaction à l'image de ce qui l'habite. Il s'agit d'une version fidèle, mais *digérée* en quelque sorte, de son expérience, la rendant ainsi assimilable pour lui. Cette émotion digérée pourra alors être intégrée sous la forme d'une représentation mentale, soit une image mentale de l'émotion ressentie (Fonagy, *et*

*al.*, 2004). Cette expérience rend peu à peu possible pour l'enfant de faire du sens lui-même de ce qu'il ressent et de s'apaiser. Son apaisement valide la figure d'attachement, ce qui permet à cette dernière de se sentir capable de contenir et de réguler les émotions de son enfant, mais aussi de se sentir connectée à lui (Fonagy, *et al.*, 2004). L'un et l'autre font ainsi l'expérience d'être régulés affectivement. Une telle expérience contribue également au développement du *self* de l'enfant comme *agent social*, c'est-à-dire un individu capable de communiquer et de se faire comprendre (Fonagy, *et al.*, 2004).

### **Quand la capacité de mentalisation parentale fait défaut**

Il est possible que la capacité de mentaliser fasse défaut durant la grossesse et après la naissance. Ainsi, lorsque cette capacité est perturbée durant la grossesse, la préparation psychologique, l'ajustement à la maternité et la capacité à prendre soin du lien mère-bébé qui se développe représentent des défis de taille pour la mère en devenir (Markin, 2013).

En effet, quand la mère ne parvient pas à considérer son futur bébé comme étant habité par un esprit, par des besoins et des désirs qui lui sont propres, les frontières entre eux deux deviennent floues. Les états mentaux attribués au bébé (c'est-à-dire ce que la femme enceinte imagine des caractéristiques et du tempérament de son bébé) sont également peu présents ou peu différenciés (Markin, 2013). Une telle situation peut se traduire par des difficultés de la mère à imaginer son bébé, même après plusieurs mois de grossesse, ou n'y parvenir qu'en lui attribuant de futures expériences affectives similaires aux siennes ou à celles du père du bébé. Le risque est alors que le bébé ne puisse pas être imaginé comme un individu à part entière puisqu'il y a un amalgame entre ce que la mère imagine de son bébé et ce qu'elle est elle-même.



Après la naissance, des fragilités au plan de la mentalisation peuvent se présenter selon trois cas de figure qui sont tous le fruit d'une fonction miroir défaillante. Le premier illustre une difficulté de la figure d'attachement à considérer son enfant comme étant habité par des états mentaux motivant ses comportements (Sadler, *et al.*, 2006). Comme pour la période prénatale, un parent qui présente des lacunes à cet égard aura du mal à imaginer, sur une base régulière, les états mentaux de son enfant. Conséquemment, il ne tendra pas à les lui refléter. Un second cas de figure réfère au fait que le parent est en mesure de percevoir l'état mental de l'enfant, mais pas de lui en refléter une version modulée. Une telle difficulté peut se manifester par une réponse trop similaire en terme d'intensité. Ce type de réponse du parent peut créer de la peur chez l'enfant, ce qui risque de le laisser débordé par son émotion et sans possibilité de régulation. L'enfant comprend alors que sa réaction est validée par le reflet de son parent et, surtout, qu'il avait raison de réagir aussi fortement. La récurrence de tels échanges parent-enfant est à risque de donner lieu à l'instauration d'un fonctionnement prémentalisateur sous le primat d'un mode d'équivalence psychique (Fonagy, *et al.*, 2004 ; Slade, 2005). Finalement, le troisième cas de figure renvoie au fait que la mère est capable d'imaginer que son enfant possède des états mentaux, mais ne peut les décoder de manière adéquate et juste. De telles difficultés peuvent se manifester par une mésinterprétation de l'émotion exprimée par l'enfant par la mère qui lui propose ensuite un sens erroné. L'enfant n'est alors pas vu tel qu'il est, mais à travers le prisme des projections et des distorsions parentales. Cette situation occasionne une confusion pour l'enfant entre soi et autrui qui est également à risque d'instaurer un mode de fonctionnement prémentalisateur, mais cette fois sous le joug du *mode fictif*, qui

est l'autre mode de fonctionnement prémentalissant (Fonagy, *et al.*, 2004 ; Slade, 2005).

La représentation de soi qui se crée chez l'enfant, à partir de la rétroaction transmise par une figure d'attachement fonctionnant principalement sous un mode prémentalissant, qu'il s'agisse du mode d'*équivalence psychique* ou du mode *fictif*, est distordue ou inadéquate. L'enfant est donc aux prises avec un sens du *self* fragmenté, contribuant ainsi à la création chez lui d'un *alien self*, c'est-à-dire un *self* constitué de représentations qui ne correspondent pas à ses expériences affectives, mais bien à celles de son parent (Fonagy, *et al.*, 2004 ; Slade, 2005). Dans ce contexte, l'enfant n'est pas rassuré, ni apaisé. De plus, son comportement ne valide pas sa figure d'attachement qui demeure aux prises avec l'impression d'être incapable de contenir et de réguler son enfant, ainsi qu'avec le sentiment de ne pas se sentir connectée à lui (Fonagy, *et al.*, 2004). Les défauts de mentalisation parentale de la mère ont pour effet que tous deux demeurent dérégulés affectivement, ne pouvant être apaisés par le sentiment d'être compris ou d'avoir compris. Chez le parent présentant de tels déficits, il est fréquent de retrouver également des difficultés de régulation affective, une alternance de projections négatives et idéalisées sur l'enfant et, parfois, des comportements à risque pour lui, tels que des gestes ou des paroles brusques à son égard (Fonagy, *et al.*, 2004 ; Slade, 2005).

Ces différents travaux permettent de constater à quel point la CMP représente une dimension incontournable dans le développement de la capacité de mentalisation de l'enfant (Grienenberger, *et al.*, 2005 ; Slade, *et al.*, 2005). Ils permettent également de constater que des déficits à cet égard peuvent compromettre la qualité de la sécurité de l'attachement de l'enfant et que de tels défauts sont présents chez les mères n'ayant elles-

mêmes pas pu compter sur la capacité de mentalisation de leur propre mère.

### **Capacité de mentalisation parentale, adaptation psychologique et trauma**

À ce jour, différents travaux portent sur la CMP et sur ses liens avec la qualité de la relation parent-enfant ou l'attachement de l'enfant (Slade, 2005 ; 2006). Cependant, quelques travaux théoriques ou cliniques se sont intéressés à la CMP défaillante et à ses implications sur le fonctionnement psychologique de l'enfant. Ainsi, une capacité de mentalisation pauvre chez le parent constituerait un facteur de risque pour le développement d'une psychopathologie chez l'enfant (Urfer, *et al.*, 2014). Dans un article clinique se penchant sur les implications de la mentalisation pour les pratiques thérapeutiques, Achim et Terradas (2015) proposent même qu'une majorité d'enfants consultant en pédopsychiatrie ainsi que leurs parents présenteraient des déficits au plan de la mentalisation. De tels déficits se manifesteraient notamment par un fonctionnement marqué par le recours à l'agir et par des difficultés de régulation. Une étude exploratoire appuie cette observation, suggérant la présence d'une CMP rudimentaire chez une majorité de ces parents d'enfants consultant en pédopsychiatrie (Urfer, *et al.*, 2015).

Dans le cadre d'une recension des écrits, Sharp et Fonagy (2008) proposent que plusieurs facteurs peuvent être à l'origine d'une CMP défaillante ou rudimentaire, soit le tempérament de l'enfant, la présence de psychopathologie chez le parent, un fonctionnement familial chaotique, des prédispositions génétiques, ou encore, des événements de vie traumatiques ou stressants. Ils identifient également des facteurs ayant un impact déterminant sur la CMP et qui pourraient mener au développement d'une pathologie chez l'enfant, à savoir chez les parents, la qualité de l'attachement, la sécurité

de l'attachement à ses propres parents et la capacité d'autorégulation affective.

Des chercheurs se sont récemment intéressés aux liens existants entre l'histoire maternelle de trauma, la CMP et l'adaptation de l'enfant. Ces études suggèrent l'existence d'un lien entre le type d'attachement que l'enfant développe et la capacité de la mère à mentaliser les traumas qu'elle a elle-même vécus à l'enfance. Les recherches empiriques de Ensink et ses collaborateurs (2015, 2014) consacrées à la CMP ont récemment montré que la présence de traumas relationnels durant l'enfance, impliquant de la négligence et des abus, engendre une grande détresse psychologique et émotionnelle, mène à des difficultés relationnelles et à un attachement insécurisant, ce qui compromet le développement des capacités de mentalisation et de régulation des émotions. Berthelot et ses collègues (2015) ont observé que les enfants de mères ayant vécu des abus et de la négligence pendant leur enfance, mais possédant une bonne capacité à mentaliser ces traumas, présentent un attachement organisé (en opposition à un attachement désorganisé), alors que les enfants de mères ayant vécu des abus et de la négligence pendant leur enfance, mais présentant des difficultés à mentaliser ces traumas, ont un attachement désorganisé. De plus, les enfants de mères présentant une faible capacité à mentaliser les traumas seraient trois fois plus à risque de développer un attachement désorganisé que ceux de mères du même groupe mais présentant une bonne capacité à mentaliser les traumas. Par mentalisation des traumas, les auteurs réfèrent à la conscience qu'a la mère de l'impact des traumatismes qu'elle a vécus et à la façon dont elle réagit à certaines situations. C'est cette connaissance d'elle-même et de ses réactions face à certains stressors qui lui permettrait de garder son enfant à l'esprit, d'être plus sensible

aux besoins de l'enfant et de fonctionner selon un mode réflexif contrôlé (ou mentalisation contrôlée), particulièrement lors de situations où le stress parental est élevé. Ainsi, les auteurs suggèrent que ce n'est pas tant l'exposition du parent à des traumatismes durant l'enfance qui s'avère dommageable, mais bien son incapacité à les mentaliser. L'absence de mentalisation des traumatismes exposerait la mère au risque de transmission intergénérationnelle de la maltraitance et d'infliger à son enfant des traumatismes qu'elle a elle-même subis. Ensink et ses collaborateurs (2016b) ont aussi mis en lumière que la fonction réflexive maternelle et la sensibilité maternelle de mères abusées à l'enfance seraient associées positivement à leur niveau d'éducation. Ainsi, les mères peu scolarisées auraient tendance à être moins sensibles à leur enfant et à présenter une fonction réflexive moins développée que les mères plus scolarisées. Bien que cette étude ait été réalisée auprès d'une population de mères adultes, il est possible d'envisager que les mères adolescentes seraient d'autant plus à risque de présenter une fonction réflexive peu développée puisqu'elles tendent à avoir connu des histoires de vie empreintes de traumatismes et à avoir suspendu précocement leur scolarité suite à leur grossesse.

### **Capacité de mentalisation à l'adolescence**

À notre connaissance, aucune étude ne s'est penchée sur la capacité de mentalisation des mères adolescentes jusqu'à ce jour. Les travaux portant sur la capacité de mentalisation à l'adolescence en sont encore à leur début. Certains chercheurs s'intéressent aux défauts de mentalisation d'adolescents présentant des traits de personnalité limite (Duval, *et al.*, sous presse a ; Rossouw et Fonagy, 2012 ; Sharp, *et al.*, sous presse) à l'impact d'une histoire de traumatismes sur le développement de telles difficultés

chez ces adolescents ou encore, à l'élaboration d'outils permettant l'évaluation de cette dimension auprès d'eux (Duval, *et al.*, sous presse b ; Ha, *et al.*, 2013). D'autres se penchent sur l'impact des changements au niveau du cerveau sur la capacité de mentalisation et proposent que la réorganisation massive de certaines structures neurologiques au cours de cette période, particulièrement le cortex préfrontal, entraînerait une augmentation de la vulnérabilité psychique et compromettrait différentes facettes des processus de mentalisation (Bleiberg, *et al.*, 2012). Une pauvre intégration de la mentalisation cognitive, de la mentalisation contrôlée et de la mentalisation interne serait constatée, ce qui se traduirait par une moins bonne compréhension et peu d'efforts de réflexion au sujet des pensées et des émotions. Il y aurait également une pauvre intégration de la mentalisation affective, de la mentalisation automatique et de la mentalisation extériorisée, ce qui entraînerait une plus grande difficulté à décoder les émotions des autres et à les ressentir, puisque peu d'attention y serait accordée. En effet, les changements au cortex préfrontal entraînent une sous-utilisation du jugement social, de la capacité à identifier les émotions en raison de la suppression de l'activité limbique, qui a aussi pour effet de générer une agressivité et une instabilité émotionnelle (Bleiberg, *et al.*, 2012). La capacité de mentalisation et les capacités socio-cognitives seraient touchées par ces remaniements, rendant plus difficile pour les adolescents que pour les adultes de décoder une situation sociale et d'identifier les expressions faciales. Les adolescents seraient ainsi plus réactifs au plan émotionnel et auraient de moins bonnes capacités décisionnelles (Bleiberg, *et al.*, 2012).

### **La capacité de mentalisation parentale de mères adolescentes : une dimension à explorer**

De cette recension des écrits se dégagent trois constats soutenant la pertinence d'explorer la capacité de mentalisation des mères adolescentes. D'abord, une grande majorité des adolescentes qui deviennent mères ont évolué au sein d'environnements dysfonctionnels et négligents avant leur grossesse, les exposant à des traumatismes multiples, dont l'abus physique et sexuel (Beaudry, *et al.*, 2017 ; Coren, *et al.*, 2003 ; Madigan, *et al.*, 2014). Bon nombre d'entre elles présente une pauvre estime de soi (Parent, *et al.*, 2008), des carences affectives et des troubles de santé mentale (Beaudry, *et al.*, 2017). Plusieurs se retrouvent également en situation d'échec scolaire et rencontrent des difficultés au plan relationnel (Charbonneau, 1999 ; Sadler et Cowlin, 2003). Au regard des différents travaux cités, il est possible de supposer que les mères adolescentes évoluent fréquemment dans un environnement peu mentalisant et peu attentif à leurs besoins et, par conséquent, qu'elles risquent d'avoir peu développé leur capacité de mentalisation (Sadler, *et al.*, 2006).

Ensuite, le choix de mener leur grossesse à terme, qui serait fréquemment motivé par le souhait de combler une carence affective (Charbonneau, 1999 ; Goulet, *et al.*, 2001), les rendrait également vulnérables. En effet, puisque leur parentalité précoce implique pour une majorité d'entre elles l'interruption de leur scolarité, elle participe à créer un environnement de vie stressant. S'entremêlent alors des conditions de vie précaires en raison d'un faible niveau d'éducation qui entraîne un faible revenu, un isolement social (Coren, *et al.*, 2003 ; Doucet, 2004 ; Tarabulsky, *et al.*, 2005), ainsi qu'une sensibilité

maternelle plus faible (Tarabulsky, *et al.*, 2005). Ainsi, il est possible de concevoir que les stress environnemental et parental auxquels elles sont exposées compromettent la mobilisation de leur capacité de mentalisation.

Enfin, à tout ce vécu d'adversité, de traumatismes et de stress s'ajoute la convergence de deux étapes développementales. Les mères adolescentes subissent nombre de changements psychiques et neurodéveloppementaux créant une rivalité, voire une incompatibilité entre les besoins de la jeune mère et ceux du bébé, ce qui peut entraver la sensibilité maternelle. Ces multiples facteurs contribuent à la difficulté que représente pour les mères adolescentes le fait de devenir une mère attentionnée et responsable. Leur capacité de mentalisation pourrait ainsi être mise à mal par la convergence de la maternité et de l'adolescence qui, en se déroulant de manière simultanée plutôt que séquentielle, solliciteraient plus que ne pourrait y répondre un appareil psychique immature et vulnérable.

### **Conclusion**

La recension des écrits consacrée aux caractéristiques socio-psychologiques des adolescentes qui deviennent mères démontre que les grossesses à l'adolescence prennent fréquemment leur source dans des histoires de vie marquées par une importante adversité (abus, négligence et traumatismes relationnels) ayant eu un impact direct sur divers aspects de leur développement en tant que jeunes mères. Le choix de mener à terme sa grossesse est perçu par les adolescentes comme l'espoir d'une vie *meilleure* et la solution qui donnerait un sens à leur vie. Une majorité d'entre elles présente une faible estime de



soi, des difficultés au plan relationnel et académique, des comportements agressifs et délinquants, des difficultés de régulation des émotions ou encore des symptômes d'anxiété et de dépression. Il est possible de croire que l'adversité qu'elles ont rencontrée a également pu compromettre le développement de leur capacité de mentalisation et leur adaptation au rôle de parent. Cela pourrait ainsi placer l'adolescente à risque de transmission intergénérationnelle de maltraitance, de traumatismes relationnels, de patrons d'attachement insécurisé et, par conséquent, fragiliserait le développement de son enfant (Berthelot, *et al.*, 2015 ; Ensink, *et al.*, 2015 ; Ensink, *et al.*, 2014). Malgré ces constats, aucune étude ne s'est intéressée à l'impact de telles histoires de vie sur la CMP des mères adolescentes jusqu'à ce jour. Pourtant, ceci apparaît pertinent étant donné que celle-ci représente un facteur de protection pour la santé mentale de l'enfant à l'égard de la répétition intergénérationnelle et soutient le développement d'un attachement sécurisant pour l'enfant. L'exploration et la documentation de la CMP des mères adolescentes permettrait de mieux comprendre l'impact d'une telle adversité sur le développement et l'expression de leur capacité de mentalisation et de développer des interventions en ciblant spécifiquement le soutien et l'amélioration de cette capacité chez ces mères.

### **Points importants et implications pratiques**

- 1. Les mères adolescentes sont une population vulnérable en raison du cumul de facteurs de risque dans leur vie, notamment l'adversité et les traumatismes auxquels elles ont été exposées, ainsi que la convergence des deux phases développementales que sont l'adolescence et la maternité.*

2. *La capacité de mentalisation pourrait être un facteur de protection important dans la relation parent-enfant au plan de la transmission intergénérationnelle de la maltraitance, du style d'attachement et du développement de la capacité de mentalisation de l'enfant.*
3. *Il existe un grand nombre d'études portant sur les maternités adolescentes, mais à notre connaissance, aucune ne s'est intéressée à la capacité de mentalisation de ces jeunes mères alors qu'il serait très pertinent de l'explorer compte tenu du facteur de protection qu'elle pourrait représenter pour elles et leur enfant.*

## Références

- [1] ACHIM J., TERRADAS M.M. : « Le travail clinique en contexte pédopsychiatrique : l'apport de la mentalisation à la pratique d'aujourd'hui », *Filigrane*, 2015 ; 24 : 79-92.
- [2] AJOULAT I., LIBION F., BERREWAERTS J., NOIRHOMME-RENARD F. : « Adolescent mother's perspectives regarding their own psychosocial and health needs : A qualitative exploratory study in Belgium », *Patient Education and Counseling*, 2010 ; 81 : 448-453.
- [3] ALLEN J.G, FONAGY P., BATEMAN A.W : *Mentalizing in clinical practice*, American Psychiatric Publishing, Arlington, 2008.
- [4] BEAUDRY C., TARABULSY G.M., ATKINSON L., *et al.* : « Intervention with adolescent mother-child dyads and cognitive development in early childhood : A meta-analysis », *Prevention Science*, 2017 ; 18 : 116-130.
- [5] BERTHELOT N., ENSINK K., BERNAZZANI O., *et al.* : « Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers : The role of trauma-specific reflective functioning », *Infant Mental Health Journal*, 2015 ; 36 (2) : 200-212.
- [6] BLEIBERG E., ROSSOUW T., FONAGY P. : « Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder », in BATEMAN A.W., FONAGY P. : *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*, American Psychiatric Publishing, Arlington, 2012 ; p. 463-509.
- [7] BORELLI J., ENSINK K., HONG K.J., THÉRIAULT-SERENO A., FONAGY P. : « Reflective functioning predicts lower cardiovascular reactivity in children », *Frontiers in Psychology*, sous presse.
- [8] CAUVIN P., BÉRARD S., ALLARI É. : « Le bébé de l'adolescente, un objet de transition pour sa mère », *Adolescence*, 2006 ; 24 (1) : 197-206.
- [9] CHARBONNEAU J. : « La maternité adolescente », *Réseau*, 1999 ; 30 : 14-19.
- [10] COREN BARLOW J., STEWART-BROWN S.E. : « The effectiveness of individual and group based parenting program in improving outcomes for teenage mothers and their children : A systemic review », *Journal of Adolescence*, 2003 ; 26 (1) : 79-103.
- [11] DEMERS I., BERNIER A., TARABULSY G.M., PROVOST M.A. : « Mind-mindedness in adult and adolescent mothers : Relations to maternal sensitivity and infant attachment », *International Journal of Behavioral Development*, 2010 ; 34 (6) : 529-537.

- [12] DOUCET M. : « Visages d'adolescents laissés à l'abandon », *Prisme*, 2004 ; 44 : 122-134.
- [13] DUVAL J., ENSINK K., NORMANDIN L., FONAGY P. : « Pathways from childhood maltreatment to adolescent borderline and narcissistic personality traits; the mediating role of mentalizing », *European Child and Adolescent Psychiatry*, sous presse,a.
- [14] DUVAL J., ENSINK K., NORMANDIN L., SHARP C., FONAGY P. : « Measuring reflective functioning in adolescents : relations to personality disorders and psychological difficulties », *Adolescent Psychiatry*, sous presse,b.
- [15] ENSINK K., NORMANDIN L., TARGET M., *et al.* : « Mentalization in children and mothers in the context of trauma : An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale », *British Journal of Developmental Psychology*, 2015.
- [16] ENSINK K., BEGIN M., NORMANDIN L., GODBOUT N., FONAGY P. : « Mentalization and dissociation in the context of trauma : Implication for child psychopathology », *Journal of trauma & Dissociation*, 2016a.
- [17] ENSINK K., BERTHELOT N., BERNAZZANI O., NORMANDIN L., FONAGY P. : « Another step closer to measuring the ghosts in the nursery : Preliminary validation of the Trauma Reflective Functioning Scale », *Frontiers in Psychology*, 2014 ; 5.
- [18] ENSINK K., NORMANDIN L., PLAMONDON A., BERTHELOT N. : « Intergenerational pathways from reflective functioning to infant attachment through parenting », *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne des sciences du comportement*, 2016b ; 18 (1) : 9-18.
- [19] FONAGY P., BATEMAN A., LUYTEN P. : « Introduction and overview », in BATEMAN A.W., FONAGY P. : *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*, American Psychiatric Publishing, Arlington, 2012 ; p. 3-42.
- [20] FONAGY P., GERGELY G., JURIST E.L., TARGET M. : *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*, Other Press, New York, 2004.
- [21] FONAGY P., STEELE M., STEELE H., MORAN G.S., HIGGITT A.C. : « The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment », *Infant Mental Health Journal*, 1991 ; 12 (3) : 201-218.
- [22] FONAGY P., TARGET M. : « Playing with reality : I. Theory of mind and the normal development of psychic reality », *The International Journal of Psychoanalysis*, 1996 ; 77 (2) : 217-233.

- [23] GOULET C., MARCIL I., KAMDOM C., TOUSSAINT-LACHANCE M. : « Le point sur les mères adolescentes au Québec », *Ruptures : revue transdisciplinaire en santé*, 2001 ; 8 (2) : 21-34.
- [24] GRIENENBERGER J., KELLY K., SLADE A. : « Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment : Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment », *Attachment & Human Development*, 2005 ; 7 (3) : 299-311.
- [25] GUETTIER B. : « Grossesse, maternité : Circuit court ou court-circuit ? », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2003 ; 2 (24) : 179-191.
- [26] HA C., SHARP C., ENSINK K., FONAGY P., CIRINO P., : « The measurement of reflective function in adolescents with and without borderline traits », *Journal of Adolescence*, 2013 ; 36 : 1215-1223.
- [27] HANS L.J., THULLENS M.J. : « The relational context of adolescent motherhood », in ZEANA C.H. Jr. : *Handbook of Infant Mental Health Third Edition*, The Guilford Press, New York, 2009 ; p. 214-229.
- [28] JEAMMET P. : « Modèles et identifications à l'adolescence », in LAURU D., LE RUN J.-L. : *Figure du père à l'adolescence*, ERES « Enfances & PSY », 2004 ; p. 77-92.
- [29] KONICHECKIS A. : « Grossesse à l'adolescence, aire du culturel et tissage de liens précoces », *Adolescence*, 2006 ; 24 (1) : 175-188.
- [30] MADIGAN S., WADE M., TARABULSY G., JENKINS J.M., SHOULDICE M. : « Association between abuse history and adolescent pregnancy : A meta-analysis », *Journal of Adolescent Health*, 2014 ; 55 : 151-159.
- [31] MARKIN R.D. : « Mentalization-based psychotherapy interventions with mothers-to-be », *Psychotherapy*, 2013 ; 50 (3) : 360-365.
- [32] MONTGOMERY K.S. : « Planned Adolescent Pregnancy », *Journal of Pediatric Health Care*, 2002 ; 16 : 282-289.
- [33] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ : « La grossesse chez les adolescentes », 2014, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/>
- [34] PARENT C., DRAPEAU S., BOUSSEAU M., POULIOT E. : *Visages multiples de la parentalité*, Presses de l'Université du Québec, Québec, 2008.

- [35] PEARSON J., PLAMONDON A., BEAUDRY C., TARABULSY G.M. : « L'attachement chez les enfants de mères adolescentes : un marqueur de l'écologie, un médiateur du développement », *Revue québécoise de psychologie*, 2011 ; 32 (2) : 57-77.
- [36] ROSSOUW T.I., FONAGY P. : « Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents : A randomized controlled trial », *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2012 ; 51 (12) : 1304-1313.
- [37] SADLER L.S., COWLIN A. : « Moving into parenthood : A program for new adolescent mothers combining parent education with creative physical activity », *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 2003 ; 8 (2) : 62-70.
- [38] SADLER L.S., SLADE A., MAYES L.C. : « Minding the baby : A mentalization-based parenting program », in ALLEN J.G., FONAGY P. : *Handbook of mentalization-based treatment*, John Wiley & Sons, Chichester, 2006 ; p. 271-288.
- [39] SCHECHTER D.S., COOTS T., ZEANAH C.H., *et al.* : « Maternal mental representations of the child in an inner-city clinical sample : Violence-related posttraumatic stress and reflective functioning », *Attachment & Human Development*, 2005 ; 7 (3) : 313-331.
- [40] SHARP C., FONAGY P. : « The parent's capacity to treat the child as a psychological agent : Constructs, measures and implications for developmental psychopathology », *Social Development*, 2008 ; 17 (3) : 737-754.
- [41] SHARP C., PENNER F., ENSINK K. : « Reflection function and borderline traits in adolescents », *Journal of Personality Disorders*, sous presse.
- [42] SLADE A. : « Reflective parenting programs : Theory and development », *Psychoanalytic Inquiry*, 2006 ; 26 (4) : 640-657.
- [43] SLADE A. : « Parental reflective functioning : An introduction », *Attachment & Human Development*, 2005 ; 7 (3) : 269-281.
- [44] SLADE A., COHEN L.J., SADLER L.S., MILLER M. : « The psychology and psychopathology of pregnancy : Reorganization and transformation », in ZEANAH C.H. Jr. : *Handbook of Infant Mental Health Third Edition*, The Guilford Press, New York, 2009a ; p. 22-39.
- [45] SLADE A., GRIENENBERGER J., BERNBACH E., LEVY D., LOCKER A. : « Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap : A preliminary study », *Attachment & Human development*, 2005 ; 7 (3) : 283-298.

- [46] TARABULSY G.M., PROVOST M.A., MOSS E., *et al.* : « Another look inside the gap : Ecological contributions to the transmission of attachment in a sample of adolescent mother-infant dyads », *Developmental Psychology*, 2005 ; 41 (1) : 212-224.
- [47] URFER F-M., ACHIM J., TERRADAS M.M., *et al.* : « Fonction réflexive de parents d'enfants d'âge préscolaire consultant en pédopsychiatrie : une étude exploratoire », *Devenir*, 2015 ; 28 (3) : 149-178.
- [48] URFER F-M., ACHIM J., TERRADAS M.M., ENSINK E. : « Capacité de mentalisation parentale et problématiques pédopsychiatriques : perspectives théoriques et cliniques », *Devenir*, 2014 ; 26 (3) : 227-251.
- [49] WENDLAND J., LEVANDOWSKI D.C. : « Parentalité à l'adolescence : déterminants et conséquences », *L'Évolution Psychiatrique*, 2014 ; 79 (3) : 411-419.
- [50] WINNICOTT D.W. : *Jeu et Réalité*, Gallimard, Paris, 1971.

## **Introduction au deuxième article**



La recension des écrits présentée précédemment témoigne du fait que les recherches réalisées auprès des mères adolescentes sont nombreuses dans le domaine de la médecine, des sciences infirmières, en psychologie et en sciences sociales. Elles mettent en lumière la vulnérabilité de ces jeunes mères qui cumulent les facteurs de risque aux plans médical, psychologique et de leur environnement de vie. Ces travaux peuvent être regroupés en fonction de trois principaux axes de recherche, soit 1) l'établissement de profils psychosociaux de ces jeunes mères avant la grossesse, profils marqués par l'exposition à des contextes de vie difficiles, des carences affectives et également des traumatismes relationnels; 2) les fonctions de la grossesse et les motivations sous-jacentes à la décision de mener la grossesse à terme et 3) la qualité de la sensibilité maternelle de ces jeunes mères, leur style parental et la nature des liens d'attachement qu'elles créent avec leur enfant. À notre connaissance, aucune étude ne s'est toutefois intéressée à leur CMP ou FRP. Cette capacité s'avère pourtant importante à considérer chez ces jeunes femmes puisque plusieurs d'entre elles présentent différents facteurs ayant mis à risque le développement de leur CM et ultérieurement, le développement de leur CMP ou FRP. Parmi eux, mentionnons les histoires de vie difficiles, les traumatismes relationnels, la confrontation simultanée à deux périodes développementales particulièrement exigeantes puisqu'impliquant des remaniements psychiques majeurs et fragilisants au plan de la CM ou FR (pour la période de l'adolescence).

L'étude descriptive et exploratoire présentée dans le second article vise à pallier cette lacune et s'intéresse précisément à cette thématique. Elle a pour objectif d'évaluer et de décrire la FRP des mères adolescentes, leur EAP et l'intensité de la détresse qu'elles peuvent éprouver au regard du stress parental auquel elles sont soumises. Pour ce faire, cinq mères de jeunes enfants, adolescentes au moment de la grossesse, ont été recrutées au sein d'un programme SIPPE, offert en CLSC. Ces jeunes femmes ont participé à deux entrevues, l'une portant sur le développement du parent, le *Parental Development Interview-R; PDI*; (Slade et al., 2002) et l'autre sur l'histoire de la grossesse (questionnaire développé dans le cadre de cette recherche; Defer & Achim, 2012; voir Appendice C). Elles ont également complété un questionnaire évaluant la détresse occasionnée par la confrontation au stress parental (Indice de Stress Parental-forme brève; ISP-B; Abidin, 1995 ; voir Appendice D) et un questionnaire socio-démographique (voir Appendice E). Les résultats obtenus ont mis en lumière une FRP rudimentaire chez les mères adolescentes, elle est donc inférieure à ce qui est attendu au sein d'une population normative, ce qui va dans le sens de l'hypothèse de recherche formulée. Ce résultat pourrait s'expliquer par l'exposition à un environnement familial dysfonctionnel où elles ont connu des traumatismes relationnels tels que de la négligence et des abus physiques de la part de leurs parents au cours de leur vie. Elles ont également une perception de l'expérience affective de leur enfant particulièrement positive, ce qui ne va pas dans le sens de l'hypothèse formulée, en raison possiblement d'une certaine tendance à idéaliser la relation à leur enfant. Enfin, les résultats obtenus aux différentes sous-échelles de l'ISP-B ne rencontrent pas les seuils cliniquement significatifs indiquant qu'elles vivraient peu

de stress parental, ce qui ne va pas dans le sens de l'hypothèse de recherche. Une explication possible pourrait résider dans le fait qu'elles ne vivent désormais plus dans leur milieu familial décrit comme étant dysfonctionnel, conflictuel et source de stress pour elles, mais dans un environnement qui répond mieux à leurs besoins. Néanmoins, un certain niveau de stress est observé à l'échelle *Enfant difficile* évoquant que les mères adolescentes seraient plus préoccupées et stressées par les comportements de leur enfant que par leur rôle et leur identité parentale. Cette étude met également en lumière la présence répétée de ruptures relationnelles dans la vie de ces jeunes femmes, ce qui a été identifié dans la documentation scientifique comme étant une des conditions défavorables au bon développement de la CM. La mise en commun des résultats permet d'envisager des liens entre les différentes variables à l'étude. Ainsi, il est possible de formuler comme hypothèse explicative que la FRP rudimentaire de la mère adolescente favoriserait le recours à l'idéalisation, ce qui aurait comme impact d'augmenter l'intensité de la perception de l'expérience affective positive parentale (EAPP) et de diminuer la détresse parentale. Finalement, les forces et les limites de cette recherche sont présentées; l'aspect novateur de l'étude ainsi que la petite taille de l'échantillon sont soulignés. Des pistes de recherches futures sont proposées.

**Deuxième article**

**Fonction réflexive, expérience affective et détresse parentales des mères  
adolescentes : une étude descriptive**

# FONCTION RÉFLEXIVE, EXPÉRIENCE AFFECTIVE ET DÉTRESSE PARENTALES DES MÈRES ADOLESCENTES : UNE ÉTUDE DESCRIPTIVE

Sabine Defer, D.E.S.S.<sup>4</sup>,  
Julie Achim, Ph.D.<sup>5</sup>,  
Claud Bisailon, Ph.D.<sup>2</sup>

## FONCTION RÉFLEXIVE, EXPÉRIENCE AFFECTIVE ET DÉTRESSE PARENTALES DES MÈRES ADOLESCENTES : UNE ÉTUDE DESCRIPTIVE

Cette étude à visée exploratoire examine la fonction réflexive, l'expérience affective et la détresse parentales de mères adolescentes. Pour ce faire, cinq jeunes mères d'un enfant de moins de 30 mois ont complété deux entrevues semi-structurées. La première (*Parental Development Interview Revised* ou PDI-R) a permis d'évaluer la fonction réflexive parentale (FRP) et l'expérience affective parentale (EAP) des participantes. La seconde, de documenter le déroulement de leur grossesse et leur expérience de la maternité. Un questionnaire a également été utilisé (*Parental Stress Index* ou PSI) pour mesurer la détresse parentale. Les résultats montrent la présence d'une FRP rudimentaire, d'une EAP positive et de peu de détresse parentale. La possible idéalisation de l'enfant et de la relation parent-enfant, la présence de traumatismes relationnels et les conditions de vie adverses marquant l'histoire des mères adolescentes appuient la pertinence de privilégier des interventions basées sur la mentalisation auprès d'elles.

**Mots-clés :** Mères adolescentes, fonction réflexive parentale, expérience affective parentale.

---

<sup>4</sup> D.E.S.S., Psychologue, doctorante en psychologie, Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil, Québec, Canada. Sabine.defer@usherbrooke.ca

<sup>5</sup> Professeure, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil, 150 place Charles-Le Moyne, bureau 200, Longueuil, Québec, J4K 0A8, Canada.

## LA MATERNITÉ ADOLESCENTE : UNE MATERNITÉ À RISQUE POUR LA MÈRE ET LA RELATION PARENT-ENFANT

Le phénomène de la maternité adolescente touche 16 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans et un million âgées de moins de 15 ans, représentant 11 % des naissances mondiales (Organisation Mondiale de la Santé, 2014). Ce phénomène répondrait essentiellement à des difficultés affectives et sociales plutôt qu'à un manque d'information ou d'accès à de la contraception (Goulet, Marcil, Kamdom et Toussaint-Lachance, 2001). En effet, la recherche réalisée au cours des trois dernières décennies auprès des mères adolescentes a démontré que nombreuses sont celles qui présentent des histoires de vie particulièrement difficiles, ayant évolué au sein d'environnements familiaux dysfonctionnels où elles ont connu des traumatismes relationnels tels que de la négligence ou des abus physiques ainsi que des abus sexuels (Beaudry, Tarabulsy, Atkinson, Pearson et St-Pierre, 2017 ; Madigan, Wade, Tarabulsy, Jenkins et Shouldice, 2014). Leur parcours scolaire serait aussi marqué de difficultés (Charbonneau, 1999) et plusieurs d'entre elles présenteraient des problèmes de santé mentale (Slade, Cohen, Sadler et Miller, 2009). Les études ayant exploré les motivations de ces adolescentes à mener à terme leur grossesse (Parent, Drapeau, Brousseau et Pouliot, 2008) suggèrent que la grossesse représenterait, pour plusieurs d'entre elles, l'occasion d'une vie meilleure qui pourrait mettre fin aux sentiments de solitude et de vide qui les habitent fréquemment (Ajoulat, Libion, Berrewaerts et Noirhomme-Renard, 2010). La perspective de devenir mère serait également une opportunité d'endosser une nouvelle identité au regard d'elles-mêmes, de leurs pairs et de leurs familles (Wendland et Levandowski, 2012). La grossesse prendrait alors la forme d'une stratégie de survie qui permettrait d'échapper à un contexte stressant, voire intolérable : quitter le milieu familial et fuir les difficultés scolaires (Goulet *et al.*, 2001 ; Madigan *et al.*, 2014).

Or, la réalité de ces jeunes femmes suite à la grossesse comporte de nombreux défis de taille. Les conditions adverses auxquelles plusieurs d'entre elles font face, notamment la précarité financière consécutive à l'occupation d'un emploi peu rémunéré ou le nécessaire recours à l'aide financière gouvernementale, l'appauvrissement du réseau social en raison de l'arrêt de la fréquentation scolaire et de la grossesse, les ruptures de liens temporaires ou définitives avec la famille et le père de l'enfant ainsi que la monoparentalité, s'ajoutent à leurs histoires de vie difficiles. Ainsi, en raison de ces nombreux facteurs de risque présents *avant* et *après* la grossesse, les mères adolescentes sont considérées comme une population particulièrement vulnérable.

Outre ces travaux ayant documenté les caractéristiques psychosociales des mères adolescentes, d'autres se sont intéressés à divers aspects de leur expérience de la maternité et de la nature des liens qu'elles entretiennent avec leur enfant. Parmi eux, mentionnons ceux consacrés à la sensibilité maternelle de ces adolescentes (Beaudry *et al.*, 2017), à l'impact de leur histoire de vie sur le développement du style d'attachement de leur enfant (Demers, Bernier, Tarabulsy et Provost, 2010) et à la transmission de leur style d'attachement à leur enfant (Pearson, Plamondon, Beaudry et Tarabulsy, 2011). Ces recherches ont permis de démontrer que les mères adolescentes seraient moins sensibles à leur enfant que les mères adultes (Beaudry *et al.*, 2017) et auraient tendance à avoir plus

de difficulté à décoder les signaux de ce dernier (Parent *et al.*, 2008). Cependant, aucune n'a porté à ce jour sur la fonction réflexive parentale des mères adolescentes.

#### LA FONCTION RÉFLEXIVE PARENTALE : UNE DIMENSION ESSENTIELLE AU DÉVELOPPEMENT HARMONIEUX DE L'INDIVIDU ET DE LA RELATION PARENT-ENFANT

La fonction réflexive – ou capacité de mentalisation – réfère à la capacité d'imaginer que les autres ont, comme soi, des états mentaux, c'est-à-dire des besoins, des désirs et des émotions qui motivent leur comportement. Ces états mentaux peuvent être différents d'une personne à l'autre. L'individu qui possède une capacité de mentalisation adéquate reconnaît qu'il lui est nécessaire de mettre à l'épreuve sa perception des motivations d'autrui auprès de ce dernier afin de la valider, saisissant qu'il peut uniquement formuler une hypothèse à propos de ce qui habite l'autre (Fonagy, Gergely, Jurist et Target, 2004). Il s'agit d'une habileté dynamique et créative (Fonagy *et al.*, 2004) qui peut fluctuer en fonction du stress et des sollicitations affectives auxquels l'individu est confronté (Luyten, Fonagy, Lowyck et Vermote, 2012). La capacité à se représenter ses propres états mentaux et ceux d'autrui permet de mieux réguler ses émotions, de se sentir connecté aux personnes qui nous entourent et de mieux les comprendre. Alors que le terme *fonction réflexive* est privilégié en contexte empirique, celui de *capacité de mentalisation* est surtout utilisé en contexte clinique.

La capacité de mentalisation se développe au cours de la petite enfance à travers la relation qui se construit entre l'enfant et sa principale figure d'attachement, généralement la mère. Par la suite, elle évolue tout au long de la vie au sein des relations sociales (Fonagy, Steele, Steele, Moran et Higgitt, 1991 ; Meins, Fernyhough, Russel et Clark-Carter, 1998). C'est la compréhension des états mentaux de l'enfant par sa figure d'attachement, c'est-à-dire la capacité du parent à être sensible à son enfant et à décoder ce qui sous-tend ses comportements, soit ses besoins, souhaits ou encore ses émotions, qui contribuera au développement harmonieux de la capacité de mentalisation de ce dernier (Allen, Fonagy et Bateman, 2008 ; Slade, 2005). Lorsque la mère est en mesure de traduire à l'enfant ses états mentaux en les lui reflétant de façon contingente (au moment où ils sont exprimés par l'enfant), congruente (avec justesse) et différenciée (avec une intensité moindre), il reçoit une rétroaction fidèle à ce qui l'habite et peut graduellement apprendre à reconnaître par lui-même ses états internes. À travers les propos qu'elle adresse à son enfant, la mère manifeste non seulement sa capacité à refléter la vie intérieure de l'enfant, mais aussi sa capacité à la tolérer et à la contenir (Slade, 2005). Cet échange mère-enfant contribue au développement, chez ce dernier, d'un *self* comme *agent social*, c'est-à-dire un individu unique, capable de communiquer et de se faire comprendre par autrui (Meins et Fernyhough, 1999 ; Sharp et Fonagy, 2008). Ce processus réfère à ce que Winnicott (1971) nomme la fonction miroir. Ainsi, une bonne capacité de mentalisation chez la mère est capitale au développement de la capacité de mentalisation de l'enfant (Grienberger, Kelly et Slade, 2005 ; Slade, Grienberger, Bernbach, Levy et Locker, 2005).

Cette capacité du parent à comprendre ce qui habite son enfant se nomme la capacité de mentalisation parentale (CMP) ou fonction réflexive parentale (FRP). Elle se distingue

de la capacité de mentalisation en ce sens qu'elle concerne précisément la capacité du parent à penser son enfant plutôt que sa capacité à considérer les états mentaux d'autrui de façon générale. Cette fonction est stimulée avant la naissance de l'enfant, soit pendant la grossesse. Il s'agit d'une période lors de laquelle la future mère élabore des représentations du fœtus, représentations qui se construisent à partir de ses projections sur lui et de sa propre histoire (Markin, 2013). Trois tâches de mentalisation sont identifiées par Markin (2013) au cours de cette période: mentaliser le bébé à venir, se mentaliser soi-même comme mère en devenir et mentaliser la relation mère-bébé en émergence. L'accomplissement de ces différentes tâches implique néanmoins que la mère présente une fonction réflexive générale suffisamment développée avant la grossesse (Slade, 2006). Par la suite, lorsque la mère déploie une FRP adéquate, elle parvient à bien saisir la nature des affects de son enfant et à les distinguer des siens. Cependant, il arrive que la FRP de la mère en devenir fasse défaut ou soit perturbée, et ce, tant pendant ou après la grossesse. Par exemple, elle peut éprouver des difficultés à imaginer son bébé à naître ou peut lui attribuer des expériences affectives similaires aux siennes en imaginant par exemple qu'il réagira comme elle dans différents contextes. Une telle situation pourrait témoigner de difficultés chez la mère à imaginer que son bébé pourra être habité par des états mentaux ou encore, que ces états mentaux lui seront propres et différeront des siens (Markin, 2013).

Après la naissance, les fragilités de la mère au plan de la mentalisation peuvent se traduire par une fonction miroir défaillante. Dans ce cas, la rétroaction qu'elle transmet à son enfant peut manquer de contingence, de congruence ou de différenciation. Lorsque de telles erreurs au plan du décodage se répètent et persistent, la représentation de soi qui se crée chez l'enfant est à risque d'être déformée ou inadéquate. L'enfant pourrait alors être aux prises avec un sens de soi fragmenté, constitué de représentations ne correspondant pas à ses expériences affectives, mais bien à celles de son parent (Fonagy *et al.*, 2004 ; Slade, 2005). Un soi ainsi constitué réfère à ce que Fonagy appelle un *alien self*, c'est-à-dire un soi qui n'est pas authentique et qui laisse l'individu avec l'impression de ne pas savoir qui il est (Fonagy *et al.*, 2004 ; Slade, 2005). Dans cette situation, non seulement l'enfant n'est pas rassuré ni apaisé, mais sa réponse ne permet pas à la mère d'être validée dans l'interprétation qu'elle fait du comportement de son enfant. Celle-ci peut alors demeurer avec l'impression d'être incapable de contenir et de réguler son enfant ainsi qu'avec le sentiment de ne pas être connectée à lui (Fonagy *et al.*, 2004).

#### LA FONCTION RÉFLEXIVE PARENTALE : UNE CAPACITÉ SOUS L'INFLUENCE DU STRESS ET DES TRAUMAS

Le développement de la FRP de la figure d'attachement peut être entravée par le fait d'avoir évolué au sein d'un environnement familial chaotique, de souffrir de psychopathologie (Sharp et Fonagy, 2008) ou encore par l'exposition à des événements stressants et difficiles (Slade *et al.*, 2009) survenus tant par le passé (enfance) qu'en période périnatale. Les stressés environnementaux tels que la précarité financière ou un réseau social et familial appauvris sont autant de facteurs qui peuvent compromettre l'accessibilité et la qualité de la FRP (Suchman, Pajulo, Kalland, De Coste et Mayes, 2012). Les travaux empiriques d'Ensink et ses collaborateurs (Ensink, Berthelot,



Bernazzani, Normandin, Fonagy, 2014 ; Ensink, Normandin, Target, Fonagy, Sabourin et Berthelot, 2015) portant sur cette fonction ont montré que les traumatismes relationnels (tels que la négligence, l'abus physique et/ou sexuel, antipathie parentale) vécus par les mères durant l'enfance contribuent au développement de difficultés relationnelles ainsi qu'à des attachements insécurisants chez les enfants, ce qui compromet le développement de la fonction réflexive et de la régulation des émotions. En fait, ce ne serait pas tant l'exposition du parent à des traumatismes durant son enfance qui serait dommageable, mais plutôt son incapacité à les mentaliser ou, en d'autres mots, à les penser, les élaborer, les décortiquer et à en ressentir les émotions associées pour arriver à les métaboliser (Berthelot, Ensink, Benazzani, Normandin, Luyten et Fonagy, 2015). Ainsi, l'absence de mentalisation des traumatismes relationnels vécus antérieurement exposerait le parent à un risque de transmission intergénérationnelle de maltraitance ; le parent pourrait alors infliger à son enfant des traumatismes de même nature que ceux qu'il a lui-même subis.

#### FONCTION RÉFLEXIVE ET FONCTION RÉFLEXIVE PARENTALE, DEUX DIMENSIONS AU CŒUR DE L'ADAPTATION DE L'INDIVIDU

Ainsi, depuis son introduction au début des années 1990 (Fonagy *et al.*, 1991), le concept de fonction réflexive s'est rapidement développé grâce aux travaux de Fonagy et ses collaborateurs. Cette notion est maintenant considérée comme un important facteur de protection de la relation parent-enfant, notamment à l'égard de la transmission intergénérationnelle de difficultés au plan de l'attachement (Ensink *et al.*, 2014 ; Slade *et al.*, 2005), du développement de difficultés d'adaptation ainsi que de problèmes de santé mentale (Fonagy *et al.*, 2004). Les récents travaux d'Ensink et de ses collaborateurs suggèrent l'existence de liens entre la FRP de la mère et la psychopathologie de l'enfant, une moins bonne FRP maternelle étant liée à une FR moins développée chez l'enfant ainsi qu'à un attachement désorganisé chez ce dernier (Berthelot *et al.*, 2015 ; Ensink *et al.*, 2015 ; Ensink, Bégin, Normandin, Godbout et Fonagy, 2017). Ces chercheurs ont également proposé que la fonction réflexive représente un processus psychique particulièrement important pour aborder les défis personnels et interpersonnels liés à l'adolescence (Duval, Ensink, Normandin, Sharp et Fonagy, 2018), surtout lorsque des traumatismes ont été vécus au cours de l'enfance (Duval, Ensink, Normandin et Fonagy, sous presse). Étant donné que les mères adolescentes sont nombreuses à avoir vécu des traumatismes (Beaudry *et al.*, 2017) susceptibles d'avoir entravé le développement de leur FR et qu'elles cumulent un bon nombre de facteurs de stress compte-tenu de leur maternité précoce, facteurs également susceptibles d'entraver le déploiement de leur FRP, il est alors possible d'envisager qu'elles présenteront des lacunes à cet égard. Pourtant, à ce jour, et bien que plusieurs aspects des grossesses adolescentes aient été étudiés, aucune étude ne s'est penchée sur la FRP de ces jeunes mères.

Il est possible que cette lacune soit due au fait que les recherches explorant le fonctionnement réflexif des adolescents n'en sont qu'à leur tout début, rapportant pour le moment que ceux-ci utiliseraient moins leur jugement social et éprouveraient plus de difficulté à décoder une situation sociale ainsi qu'à reconnaître les émotions que les adultes. Ceci serait lié à la réorganisation massive de certaines structures neurologiques

(en particulier le cortex préfrontal) inhérente à l'adolescence (Bleiberg, Rossow et Fonagy, 2012). Une récente recherche de Sharp et ses collaborateurs réalisée auprès d'adolescents issus d'une population clinique (N=421) révèle également l'existence d'un lien négatif entre la qualité de la FR et la présence d'une pathologie de type externalisée. De plus, la présence d'une telle pathologie agirait comme variable modératrice de la relation entre la qualité de la FR et la présence de traits de personnalité borderline (Sharp, Penner et Ensink, sous presse).

L'exploration de la FRP des mères adolescentes participera donc également à documenter les connaissances concernant cette dimension du fonctionnement psychologique des adolescents.

Ainsi, explorer et documenter la FRP des mères adolescentes apparaît particulièrement pertinent, tout comme il s'avère important de s'intéresser à leur expérience affective de la maternité et à leur détresse parentale, afin de comprendre dans quel contexte se déploie la FRP.

## OBJECTIF, QUESTIONS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

L'objectif de cette étude est d'évaluer et de décrire la FRP des mères adolescentes, leur EAP ainsi que l'intensité de la détresse qu'elles peuvent éprouver au regard du stress parental auquel elles sont soumises. Cette recherche vise donc à répondre aux questions suivantes :

- 1) Quelle est la qualité de la FRP des mères adolescentes ?
- 2) De quelle nature est l'EAP de ces jeunes mères ?
- 3) Vivent-elles une détresse conséquente à un niveau de stress parental élevé ?
- 4) Quels sont les événements de vie marquants rapportés par les mères adolescentes durant leur vie et leur grossesse ?

Il est attendu que les mères adolescentes démontreront :

- 1) Une FRP moins développée que ce qui est attendu au sein de la population générale.
- 2) Une EAP plutôt positive, mais teintée par une détresse parentale d'intensité plus élevée que ce qui est normalement attendu chez les parents issus de la population générale.
- 3) Une détresse parentale plus élevée en raison de leur exposition antérieure et actuelle à de l'adversité, telle que les ruptures relationnelles et les traumatismes.

## MÉTHODE

### PARTICIPANTES

Cinq jeunes mères primipares âgées de 18 à 22 ans, dont l'enfant est âgé entre 4 et 30 mois, recevant des services dans le cadre du programme de Services Intégrés en Périnatalité et Petite Enfance (SIPPE) offert en Centre Local de Services Communautaires (CLSC) ont participé à l'étude. Les mères de nourrissons âgés de quatre mois et moins ont

été exclues de l'étude<sup>6</sup>. Au moment de la grossesse, les participantes étaient toutes âgées de moins de 18 ans ( $M = 16,4$  ans).

À l'instar de Borkowski (Borkowski, Farris, Whitman, Carothers, Weed et Keogh, 2007), la tranche d'âge de 18 à 22 ans a été privilégiée afin de tenir compte de l'allongement de la période de l'adolescence, telle que redéfinie au cours des dernières années. Ce choix est également au reflet du groupe d'âge des mères visées par le programme SIPPE. Ce programme s'adresse aux jeunes mères à risque, soit 1) les jeunes femmes de moins de 20 ans, enceintes ou ayant un enfant de moins de 5 ans ; 2) les jeunes femmes âgées de plus de 20 ans, mais n'ayant pas complété un secondaire 5, vivant sous le seuil de pauvreté, ayant un enfant de moins de cinq ans ou étant enceinte. Il vise deux principaux objectifs, soit 1) favoriser le développement des enfants ; 2) diminuer les risques d'abus et de négligence parentale envers les enfants ainsi que de transmission intergénérationnelle de problèmes de santé et de problèmes sociaux (Cadre de référence programme SIPPE, 2004). Toutes les participantes vivent principalement de l'aide gouvernementale, une seule occupe un emploi. Sauf exception, les participantes vivent seules avec leur enfant, une seule habitant chez ses parents. Aucune ne vit avec le père de leur enfant. Trois participantes n'ont pas complété leurs études secondaires ; deux d'entre elles sont actuellement à le faire. Parmi les participantes ayant obtenu un diplôme d'études secondaires, une poursuit des études collégiales et l'autre prévoit le faire lors de la prochaine rentrée scolaire. Finalement, aucune de ces jeunes mères n'est suivie par les services de protection de l'enfance en ce qui concerne leur enfant.

#### DÉROULEMENT

Dans un premier temps, les jeunes mères ont été sollicitées par l'infirmière responsable de leur dossier qui leur a présenté le projet de recherche. Lorsqu'elles étaient intéressées par le projet et acceptaient d'être contactées par téléphone, l'infirmière les référerait à la chercheuse. Huit jeunes mères ont été sollicitées et cinq ont accepté d'être contactées. Les rendez-vous pour l'entrevue ont été fixés lors de l'appel téléphonique, aucune des participantes n'ayant souhaité bénéficier du délai de réflexion proposé suite aux informations transmises par la chercheuse. Chaque participante a été reçue au CLSC lors d'une unique rencontre réalisée par la chercheuse. Cette rencontre, d'une durée variant entre 1h30 et 2h30, s'est déroulée comme suit : présentation et signature du formulaire d'information et de consentement, complétion des questionnaires et réalisation des entrevues semi-dirigées. Ces dernières ont été enregistrées sur bande audio afin d'en permettre la transcription et la codification. À l'issue de la rencontre, chaque participante a reçu une compensation de participation sous la forme d'un petit cadeau. Aucune d'entre elle n'a exprimé le souhait de se retirer de l'étude. Mentionnons enfin que la présente recherche a été approuvée par les comités d'éthique Lettres et Sciences Humaines (LSH) de l'Université de Sherbrooke et celui du Centre Hospitalier Universitaire de Montréal (CHUM).

---

<sup>6</sup> Les auteurs du *Parental Development Interview-R* (Slade, Aber, Berger, Bresgi et Kaplan, 2002) recommandent d'utiliser cet outil auprès de parents dont l'enfant est âgé minimalement de 3-4 mois.

## VARIABLES À L'ÉTUDE

### LA FONCTION RÉFLEXIVE PARENTALE

Afin d'évaluer la fonction réflexive parentale des participantes, l'Échelle de cotation du fonctionnement réflexif (Fonagy, Target, Steele et Steele, 1998) a été appliquée à l'Entrevue sur le développement du parent – version révisée (EDP-VR), soit la version française du *Parental Development Interview-R* ou PDI (Slade, Aber, Berger, Bresgi et Kaplan, 2002) traduite par Ensink et le groupe de recherche sur l'abus sexuel de l'Université Laval (2002).

L'EDP-VR est une entrevue semi-structurée d'une durée d'environ 60 à 90 minutes comportant 45 questions visant à activer chez le parent ses représentations de lui-même en tant que parent, de son enfant et de la relation parent-enfant. L'entrevue vise à obtenir de la part du parent diverses descriptions de son expérience affective en tant que parent, telles que son besoin de soutien, ses réactions et celles de son enfant lors de séparations, de moments conflictuels ou de moments de joie.

L'Échelle de cotation du fonctionnement réflexif (Fonagy *et al.*, 1998) implique que chaque question soit cotée selon une échelle allant de -1 à 9. À titre illustratif, une cote de -1 correspond à une FRP négative ou à un fonctionnement anti-réflexif qui peut se traduire par des commentaires inappropriés, un refus de se prêter à la réflexion ou des raisonnements bizarres (Slade *et al.*, 2005). Une cote de 3 illustre une FRP rudimentaire ou faible, c'est-à-dire que le parent ne parvient pas, la plupart du temps, à imaginer que son enfant a des états mentaux, des émotions et des besoins qui lui sont propres, ou différenciés des siens. Les états mentaux sous-jacents aux comportements de l'enfant ne sont alors pas identifiés ou encore, ils sont interprétés de façon erronée par le parent. Une cote de 5 correspond à une FRP ordinaire ou moyenne, soit le niveau attendu au sein de la population générale, traduisant une capacité du parent à tenir compte de ses propres états mentaux et de ceux d'autrui de manière adéquate, sans sophistication. La cote la plus élevée, soit 9, traduit une FRP exceptionnellement sophistiquée, complexe et élaborée. Ainsi, le parent qui obtient un tel score manifeste régulièrement et de façon simultanée une compréhension des états mentaux de plusieurs personnes au sein d'une même interaction.

Ces cotes sont attribuées en considérant les quatre aspects suivants: 1) la conscience qu'a le parent de la nature des émotions, 2) l'effort fourni afin d'identifier l'état mental sous-jacent à un comportement, 3) sa reconnaissance de l'aspect développemental des émotions et 4) sa capacité à exprimer ses états mentaux durant l'entrevue. Ainsi, à l'issue de la cotation, deux types de cotes sont obtenues : 1) une cote globale qui représente la FRP prédominante de chaque participante pour l'ensemble de l'entrevue ; 2) 15 cotes spécifiques se référant aux *demand questions* basées sur une ou plusieurs questions de l'entrevue. Les propriétés psychométriques de l'Échelle de cotation du fonctionnement réflexif parental s'avèrent satisfaisantes : indice de fidélité inter-juges (ICC) allant de .78 à .95 et obtention de corrélations positives entre les scores obtenus au PDI et à l'*Adult Attachment Interview (AAI)*. En effet, les mères avec une FRP élevée avaient également un attachement de type sécurisé alors que les mères avec une faible FRP avaient un

attachement de type insécurisé (Slade *et al.*, 2005). La cotation de la FRP des participantes a été réalisée par un coteur certifié.

#### L'EXPÉRIENCE AFFECTIVE PARENTALE

L'expérience affective parentale des participantes est évaluée au moyen du Système de cotation de l'expérience affective parentale (EAP ; Henderson, Steele et Hillman, 2007), également appliqué à l'EDP-VR. Il permet d'évaluer 11 aspects de l'expérience affective du parent dans sa relation à son enfant et cinq aspects de l'expérience affective de l'enfant (EAE), telle que perçue et décrite par le parent. Chacun des aspects de l'expérience affective parentale est coté selon une échelle de type Likert allant de 1 (pas du tout/minimal) à 4 (élevé). Ces 11 aspects sont regroupés en trois dimensions : l'expérience affective parentale positive (EAPP), l'expérience affective parentale négative (EAPN) et l'expérience affective de l'enfant (EAE). La dimension se référant à l'EAPP se compose de sept aspects : la satisfaction par rapport au besoin de soutien, la joie ou le plaisir ressenti dans la relation, la compétence du parent telle qu'estimée par l'examineur, la confiance en soi en tant que parent, l'orientation vers les besoins de l'enfant, la chaleur affective du parent vers l'enfant et la conscience et promotion de l'attachement. La dimension référant à l'EAPN comporte six aspects : l'intensité de la colère, l'expression de la colère, le besoin de soutien, la culpabilité, le désespoir et l'hostilité à l'égard de l'enfant. La dimension se référant à l'EAE, telle que perçue par le parent, est constituée de cinq aspects : l'intensité de la colère, le besoin de contrôle, les mouvements de rejet, la joie et l'expression de gestes affectueux. Comme cette dimension comprend à la fois un nombre restreint de thèmes et que ceux-ci évoquent des expériences affectives positives et négatives chez l'enfant, les cotes négatives ont été inversées afin qu'une seule cote – à valence positive – soit attribuée. À l'instar de Urfer et ses collaborateurs (Urfer, Achim, Terradas, Bisailon, Dubois-Comtois et Lebel, 2015), les cotes de l'expérience affective parentale ont été rapportées en pourcentage pour en permettre une meilleure comparaison étant donné que les trois dimensions (EAPP-EAPN-EAE) n'incluent pas le même nombre d'échelles. Un pourcentage de 100 illustre une expérience affective d'intensité très élevée, 75 % illustre une expérience affective modérée, 50 % renvoie à une expérience affective de faible niveau et, enfin, 25 % correspond à un niveau minimal ou nul.

Le système de Henderson *et al.* (2007) propose également une analyse de la valence (positive, négative ou nuancée) des trois adjectifs fournis par le parent pour décrire la relation à son enfant. Cette valence est déterminée comme suit : positive si les trois adjectifs sont positifs ; négative si les trois adjectifs sont négatifs et nuancée si le parent nomme à la fois des adjectifs positifs et négatifs. À nouveau, la méthode privilégiée par Urfer et al (2015) est répliquée ici pour analyser les adjectifs choisis par les mères afin de se décrire elles-mêmes et de décrire leur enfant, ce qui a permis d'enrichir les résultats obtenus.

L'expérience affective parentale des mères adolescentes a été cotée par deux examinatrices accréditées à l'utilisation du système de Henderson et ses collègues (2007). Un accord inter-juges a été calculé à partir de l'ensemble des protocoles. Le coefficient de corrélation intra-classe moyen (ICC) obtenu est de 0,76, ce qui est considéré comme

étant excellent (Cicchetti, 1994). Finalement, le système de Henderson et al. (2007) présente des indices de consistance interne allant de 0,71 à 0,89 (Steele, Henderson, Hodges, Kaniuk, Hillman et Steele, 2007).

#### L'EXPÉRIENCE DE DÉTRESSE DU PARENT EN LIEN AVEC SON RÔLE PARENTAL

L'Indice de stress parental – forme brève (ISP-B), version francophone du *Parental Stress Index – Short form* (PSI-SF; Abidin, 1995), est un questionnaire auto-administré de 36 items mesurant le niveau de stress occasionné chez le parent par son rôle de parent et par les caractéristiques de son enfant. L'ISP-B permet d'évaluer le vécu affectif du parent, plus particulièrement l'expérience de détresse du parent dans le cadre de son rôle parental et dans son rapport à son enfant. Les 36 items de l'ISP-B se répartissent en trois sous-échelles constituées de 12 items chacune. La première, soit *détresse parentale* (DP), identifie les stressseurs à l'origine de la détresse du parent par rapport au rôle parental. La seconde, soit *dysfonctionnement de la relation parent-enfant ou interaction dysfonctionnelle* (ID), illustre les stressseurs liés à l'interaction parent-enfant, c'est-à-dire la satisfaction du parent dans ses interactions avec son enfant. La troisième, soit *enfant difficile* (ED), concerne les stressseurs liés à l'enfant, soit les difficultés qu'éprouve le parent lorsqu'il est face à des comportements difficiles ou négatifs de la part de l'enfant. L'ISP-B comporte également une échelle de score global (SG). Les réponses sont fournies sur une échelle de Likert en cinq points allant de 1 (profondément d'accord) à 5 (profondément en désaccord) ; le score global est obtenu en additionnant les scores des trois sous-échelles. Les seuils de signification clinique pour chaque sous-échelle et pour le score global sont les suivants : un score de  $\geq 36$  aux échelles de détresse parentale (DP) et enfant difficile (ED); un score de  $\geq 27$  à l'échelle d'interaction dysfonctionnelle (ID) et un score global de  $\geq 90$ . L'instrument présente des indices de fiabilité test-retest variant de 0,63 à 0,96 sur une période d'un an (Abidin, 1997) et démontre une excellente capacité à détecter le changement dans le niveau de stress parental (Webster-Stratton, Hollinsworth et Kolpacoff, 1989). La validité de cet outil a été démontré dans le cadre d'une étude s'intéressant à une population de parents d'enfants d'âge préscolaire (Whitside-Mansell, Ayoub, Mckelvey, Faldowski, Hart et Shears, 2007). Mentionnons enfin que la version brève et la version longue du PSI sont hautement liées ( $r = 0,94$  ; Hutcheson et Black, 1996 ; Reitman, Currier et Stickle, 2002).

#### ÉLÉMENTS DE L'HISTOIRE PÉRINATALE ET DE L'HISTOIRE DE VIE

Deux sources ont été utilisées pour rendre compte de l'histoire périnatale de la mère adolescente et de son histoire de vie. L'entrevue consacrée à l'histoire de la grossesse (questionnaire développée dans le cadre de cette recherche ; Defer et Achim, 2012) est centrée sur l'expérience de la maternité, le bébé imaginaire et sur l'expérience des relations que fait la jeune mère pendant sa grossesse. Elle a été utilisée afin de documenter divers événements ayant marqué l'histoire périnatale des participantes : réactions face à la grossesse, accueil de la nouvelle par les parents et le conjoint, fantaisies quant au bébé à venir, présence de la famille pendant et après la grossesse, projets d'avenir pour le bébé,

transition à la maternité et implications sur la vie des jeunes adolescentes, leur scolarité et leurs amitiés. Ces thèmes ont été abordés via des questions ouvertes. Ces questions s'inspirent de l'*Interview pour les représentations maternelles pendant la grossesse* (IRMAG), développé par Ammaniti et ses collaborateurs en 1999 (Ammaniti, Candelori, Pola et Tambelli, 1999). Un questionnaire sociodémographique a également été utilisé afin de dresser un portrait des mères adolescentes et de documenter leur histoire de vie (p. ex., âge, degré de scolarité, domicile, exposition à des événements de vie stressants).

## RÉSULTATS

Une analyse descriptive des résultats est réalisée à partir des différents instruments afin de décrire les caractéristiques des participantes quant aux différentes variables à l'étude.

### FONCTION RÉFLEXIVE PARENTALE DES MÈRES ADOLESCENTES

Toutes les participantes présentent une FRP de 4 ou moins. Plus précisément, les cotes que les mères adolescentes obtiennent se situent entre 1 et 4, 1 correspondant à une absence de réflexion et 4 à une FRP rudimentaire (Slade *et al.*, 2005). La cote la plus élevée (4) correspond à une FRP rudimentaire, c'est-à-dire que la mère adolescente est en mesure de tenir compte de ses propres états mentaux et de ceux de son enfant, mais de manière rudimentaire ou excessivement analytique. Voici un extrait de verbatim illustrant cette cote. À la question référant à une situation où le parent et l'enfant étaient en accord, la mère répond :

« *Quand je lui ai dit qu'on va manger du gâteau, [...] elle est venue s'installer sur le canapé (rires) t'sais elle est venue, genre : «A. viens manger du gâteau», pis elle est venue, elle a couru pis elle est venue monter sur le canapé, s'asseoir [...] J'y ai mis des morceaux de gâteau, pis là j'lui coupais, elle me donnait dans la bouche [...] d'habitude elle s'en va pis elle court partout là [...] j'suis contente (état mental rudimentaire) parce qu'elle m'écoutait [...] pis j'ai pas eu besoin de lui courir après, elle m'a écoutée tout de suite pis voilà [...] elle était contente (état mental rudimentaire), du gâteau, on n'en mange pas souvent ! ».*

Cet extrait est associé à une FRP de 4, car il y a plusieurs références aux comportements, sans toutefois mener à une élaboration qui rendrait compte d'un lien entre l'état mental de l'enfant et celui du parent comme dans l'exemple suivant : « *Cela me faisait vraiment plaisir de la voir aussi heureuse et cela me rendait heureuse aussi* ». La cote la plus basse (1) renvoie à une absence de réflexion chez la mère adolescente due à un déni de ses propres états mentaux et de ceux de son enfant, ou encore, à une concrétude importante. La mère n'est donc pas en mesure de considérer que l'enfant a des états mentaux et des besoins qui lui sont propres et donc différenciés des siens. Voici deux extraits de verbatim illustrant cette cote. D'abord, en réponse à la question référant à une situation où le parent et l'enfant étaient vraiment en accord, une mère répond : « *...Je sais pas... Je travaille tout le temps (référence égocentrée), c'est vraiment [...] à part regarder la télé je sais pas...* ». Ensuite, à la question invitant à réfléchir à l'influence de la relation parent-enfant sur le développement de la personnalité de l'enfant, elle répond : « *...Ooh...*

*j'ai pas d'idée [...] j'imagine [...] ben heu...fff... j'peux pas m'imaginer, j'suis pas capable de... ».* Ces extraits sont associés à une FRP de 1 puisque les réponses sont plutôt pauvres et dépourvues de références à des états mentaux. La jeune mère ne parvient pas à évoquer un moment joyeux ou à formuler une réflexion au sujet de l'impact de leur relation sur le développement de la personnalité de l'enfant ; les réponses ne comportent aucune référence à des états mentaux. Toutes les participantes obtiennent des résultats se situant en deçà de ce qui est habituellement attendu au sein de la population générale, c'est-à-dire une cote de 5, ce qui représente une FRP moyenne (Slade *et al.*, 2005).

#### EXPÉRIENCE AFFECTIVE PARENTALE DES MÈRES ADOLESCENTES

Les mères adolescentes rapportent percevoir l'expérience affective de leur enfant (EAE) de manière très positive, comme en témoignent leurs résultats qui varient d'une intensité modérée à élevée (85 à 100 %). Leur EAPP et leur EAPN sont similaires dans la mesure où elles varient toutes deux d'une intensité faible à modérée (de 39 à 75 %). Ainsi, l'expérience affective parentale des mères adolescentes, qu'elle soit positive ou négative, est d'une intensité plus faible que ce qu'elles perçoivent de l'expérience affective de leur enfant, qui demeure la plus élevée des trois dimensions.

#### *Perceptions d'elles-mêmes, de l'enfant et de la relation mère-enfant*

La majorité des participantes présente une perception positive d'elles-mêmes, de leur enfant et de la relation qui les unit. En effet, 4/5 d'entre elles se décrivent en ayant recours à des adjectifs exclusivement positifs tels que *souriante, sociable, énergique, patiente, militante*. Toutes les participantes ont décrit leur enfant exclusivement au moyen d'adjectifs positifs, tels que *souriant, intelligent, farceur, spécial, affectueux*. La plupart (4/5) font de même pour la relation à leur enfant et ont recours à des adjectifs uniquement positifs (*extra-spéciale, affectueuse, amour, proche, complice, belle, constructive, amusante*). Il ressort de ces résultats qu'aucun adjectif à valence négative n'est rapporté par les mères adolescentes pour décrire les perceptions qu'elles ont d'elles-mêmes, de leur enfant et de la relation à celui-ci. Notons également que chez la plupart des participantes (4/5), un tiers des adjectifs mentionnés sont les mêmes pour se décrire elle-même et décrire leur enfant.

#### *Perceptions de la relation à leurs parents*

Les participantes rapportent majoritairement (4/5) une perception négative de la relation qu'elles entretiennent avec leur propre mère, qu'elles qualifient de *trop stricte, pas proche, tourmentée, rancunière, colérique, obligatoire, peur, impolie*, ainsi que de leur relation à leur père, qu'elles décrivent comme étant *confuse, mauvaise, silencieuse, épuisante, obligatoire*. Ainsi, pour 4/5 participantes, la relation à leurs propres parents est décrite uniquement selon une valence négative.

#### EXPÉRIENCE DE DÉTRESSE PARENTALE DES MÈRES ADOLESCENTES



Les résultats obtenus à l'ISP suggèrent qu'aucune participante n'atteint un niveau de stress parental cliniquement significatif, et ce, tant à l'ensemble des sous-échelles que pour le score global. Bien que non-cliniques (mais proches du seuil de signification), les scores les plus élevés qui ont été rapportés se trouvent à l'échelle *Enfant difficile* (ED) pour la majorité des participantes, alors que les scores les plus bas ont été rapportés à l'échelle *Interaction dysfonctionnelle* (ID). Tous les résultats se distribuent de façon similaire, c'est-à-dire que les mères adolescentes rapportent sensiblement la même expérience de détresse parentale.

#### HISTOIRE PÉRINATALE ET HISTOIRE DE VIE : RUPTURES, PERTES RELATIONNELLES ET NATURE DES LIENS EXISTANTS ENTRE LES MÈRES ADOLESCENTES ET LEURS PROCHES

L'entrevue a permis de documenter deux types d'informations, soit des informations concernant 1) les ruptures et les pertes relationnelles et 2) la nature des liens qu'entretiennent les mères adolescentes avec leurs proches. Le questionnaire sociodémographique a permis de documenter le profil des mères adolescentes et leur exposition passée à des événements de vie stressants.

Ces informations sont présentées en suivant la chronologie de leur déroulement.

##### *Avant la grossesse*

- 5/5 décrivent une relation mère-fille conflictuelle.
- 2/5 rapportent un épisode de violence physique mère-fille.
- 2/5 rapportent avoir été victimes d'un abus sexuel, dont une à l'âge de 15 ans.
- 2/5 mentionnent avoir perdu un proche qu'elles identifient comme étant significatif (p. ex., arrière-grand-mère, amis décédés par suicide).

##### *Pendant la grossesse*

- 5/5 rapportent avoir été exclues du foyer familial suite à l'annonce de leur grossesse.
- 5/5 abordent davantage des préoccupations habituelles liées à l'adolescence (p. ex., liens au groupe de pairs, liens avec leur amoureux, conflits familiaux) que des préoccupations en lien avec leur bébé ou leur rôle de mère.
- Des 4/5 participantes qui ont emménagé dans un appartement pour jeunes mères suite à la nouvelle de leur grossesse, toutes affirment considérer cette situation comme une solution positive et l'avoir vécue avec soulagement.
- 4/5 rapportent avoir vécu une rupture amoureuse avec le père du bébé à 5 ou 6 mois de grossesse.
- 4/5 mentionnent avoir changé d'école afin de fréquenter une école pour adolescentes enceintes.
- 4/5 affirment avoir perdu des relations avec leurs pairs suite à ce changement d'école.
- 5/5 affirment :
  - qu'il leur était très difficile, voire impossible d'imaginer leur enfant avant la naissance.

- que le fait de connaître le sexe de l'enfant à l'échographie et de choisir le prénom du bébé s'est avéré très important pour elles.
- qu'elles souhaitaient avoir un garçon plutôt qu'une fille. La plupart d'entre elles (3/5) expliquent ce souhait par le fait qu'elles considèrent les relations mères-filles trop compliquées et difficiles.

#### *Suite à la naissance du bébé*

- 5/5 mentionnent espérer que leur relation avec leur enfant sera meilleure que celle qu'elles entretiennent avec leur propre mère.
- 5/5 affirment considérer la communication avec leur enfant comme étant la valeur la plus importante pour elles.
- 4/5 disent avoir conservé une meilleure relation avec leur père qu'avec leur mère, même après la naissance de leur enfant.
- 1/5 rapporte que le père de l'enfant est demeuré présent suite à la naissance de l'enfant.

## DISCUSSION

### FONCTION RÉFLEXIVE PARENTALE : UNE CAPACITÉ PEU DÉVELOPPÉE CHEZ LES MÈRES ADOLESCENTES

La FRP des mères adolescentes se situe en dessous de la moyenne attendue au sein de la population générale (Slade *et al.*, 2005), ce qui va dans le sens de l'hypothèse de recherche formulée. Les résultats obtenus s'inscrivent dans la lignée de la documentation scientifique disponible et concordent tant avec la proposition théorique de Slade et ses collaborateurs (2009) traitant de l'impact négatif des événements stressants et difficiles sur le développement de la FRP, qu'avec les résultats empiriques obtenus par Ensink *et al.* (2014, 2015) à l'effet que les mères ayant vécu des traumatismes relationnels durant l'enfance ont une moins bonne FRP. Par ailleurs, compte-tenu de ces résultats, il est nécessaire de rappeler que la FRP se développe de façon optimale au cours de la grossesse (Markin, 2013) à condition que 1) la FR générale soit suffisamment déployée (Slade, 2006) et que 2) la mère en devenir et, éventuellement, la dyade mère-enfant évoluent dans un contexte présentant peu d'adversité (Slade *et al.*, 2009). Il importe également de rappeler que la FR générale évolue de façon optimale dans un contexte où la mère est en mesure d'être régulièrement sensible à son enfant et de répondre aux besoins de ce dernier en manifestant une compréhension adéquate de ses états mentaux (Allen *et al.*, 2008 ; Fonagy *et al.*, 1991 ; Fonagy *et al.*, 1998 ; Fonagy *et al.*, 2004). Or, les études consacrées aux caractéristiques propres aux mères adolescentes permettent de penser qu'elles ne présentent ni l'une, ni l'autre de ces conditions. Au contraire, elles suggèrent que ces adolescentes ont connu de nombreuses conditions adverses associées au développement de difficultés au plan de la FR (Fonagy *et al.*, 2004) et de la FRP (Sharp et Fonagy, 2008 ; Slade *et al.*, 2009), ceci tant au cours de leur enfance qu'au moment de la grossesse. En effet, étant donné leur histoire de vie marquée par différentes épreuves (ruptures d'avec les figures parentales, mauvaise relation avec la mère et le père, perte des repères sociaux

et du groupe de pairs avec la survenue de la grossesse) et leur exposition à des traumatismes et en s'appuyant sur les connaissances actuelles voulant que la présence de trauma relationnel ait un impact sur le développement et la qualité de la FRP (Berthelot *et al.*, 2015 ; Ensink *et al.*, 2015), il n'est pas surprenant de constater une FRP en dessous de la moyenne chez les mères adolescentes. De plus, au cours de l'entrevue périnatale, elles ont rapporté avoir eu des difficultés à imaginer leur bébé et, par la suite, avoir imaginé leur enfant habité par les mêmes états mentaux qu'elles. Il est possible de croire que ces deux constats traduisent également des difficultés à mentaliser leur bébé. Qui plus est, ces descriptions suggèrent que les mères adolescentes ont pu rencontrer des difficultés à accomplir les trois tâches de mentalisation décrites par Markin (2013) pendant la grossesse. Les résultats obtenus à l'entrevue sur la grossesse ainsi qu'au questionnaire ne vont pas dans ce sens, mais pointent plutôt vers une FRP possiblement fragilisée par des ruptures relationnelles, telles que rapportées par les mères adolescentes. Enfin, ce résultat est également cohérent avec les études portant sur la FR des adolescents qui serait fragilisée par les remaniements au niveau du cerveau durant l'adolescence (Bleiberg, Rossouw et Fonagy, 2012).

#### EXPÉRIENCE AFFECTIVE PARENTALE : UNE EXPÉRIENCE SOUS LE SIGNE DE L'IDÉALISATION

Les résultats obtenus à l'EAP suggèrent que les mères adolescentes ont une perception de l'EAE exclusivement positive, variant d'une intensité modérée à élevée. Leur EAPP et l'EAPN qui sont d'intensité similaire varient de faible à modérée. L'EAP des mères adolescentes, qu'elle soit positive ou négative, est donc d'intensité plus faible que leur EAE qui demeure la plus élevée.

Ces résultats ne vont pas dans le sens de l'hypothèse de recherche qui stipulait que les mères adolescentes démontreraient une EAP plutôt positive, mais teintée par une détresse parentale cliniquement significative plus élevée que chez les mères issues de la population générale. Ces résultats ne peuvent être mis en lien à notre connaissance avec des études antérieures en raison d'un manque de recherche portant sur l'expérience affective parentale des mères adolescentes, telle qu'évaluée par le système d'Henderson. Cependant, différentes hypothèses peuvent être envisagées afin d'expliquer de tels résultats à partir de la documentation scientifique consacrée à la fonction de la grossesse adolescente. D'abord, le fait que l'EAE soit perçue de manière exclusivement positive par les participantes pourrait être cohérent avec les résultats des études suggérant que la grossesse représente pour les adolescentes enceintes une opportunité de vie meilleure et un moyen d'échapper à un environnement de vie dysfonctionnel (Goulet *et al.*, 2001 ; Madigan *et al.*, 2014). En effet, l'absence de nuance au niveau de la perception de l'EAE des mères adolescentes permet de penser qu'elles pourraient éprouver des difficultés à envisager la relation mère-enfant dans sa globalité, c'est-à-dire en considérant simultanément ses côtés positifs, ses aspects plus difficiles ainsi que les défis qu'elle peut comporter. Cette perception partielle évoque la présence d'un processus d'idéalisation de l'expérience affective de l'enfant. Cette perception complètement positive de l'expérience affective de l'enfant pourrait également traduire ce que Manseau et Le Bel (1997) ont

observé chez les mères adolescentes, c'est-à-dire le souhait de développer une meilleure relation mère-enfant avec leur enfant que celle qu'elles ont connue avec leur mère. En ce sens, il est possible de croire que le fait d'imaginer que l'enfant n'est habité que par des affects positifs permettrait peut-être aux jeunes mères de se rassurer quant à leur capacité à être une « bonne mère » pour lui et cultiver l'impression qu'elles ne répéteront pas la relation conflictuelle qu'elles ont avec leur propre mère.

Enfin, il ressort des résultats que la majorité des participantes ont une perception négative de la relation à leur mère et à leur père, ce qui va dans le sens des connaissances scientifiques actuelles (Beaudry *et al.*, 2017 ; Madigan *et al.*, 2014). Ce résultat pourrait illustrer, en s'appuyant sur la nature des adjectifs choisis pour décrire leur relation à leurs parents (tel que : *pas proche, trop stricte, tourmentée, peur, colérique, obligatoire, silencieuse*), que les mères adolescentes ne se seraient pas senties entendues et comprises par leurs figures parentales durant leur enfance, et par le fait même qu'elles n'auraient pas évolué au sein d'une relation parent-enfant suffisamment sensible pour réunir les conditions permettant un développement adéquat de leur FR.

#### EXPÉRIENCE DE DÉTRESSE PARENTALE : UNE EXPÉRIENCE NUANCÉE

Contrairement à ce qui était attendu, les jeunes mères ne rapportent pas de détresse parentale cliniquement significative. Ce résultat, qui ne va pas dans le sens de l'hypothèse de recherche, est particulièrement surprenant considérant que les mères adolescentes élèvent seules leur enfant dans un contexte précaire au plan scolaire, financier et familial, concordant avec le portrait sociodémographique des mères adolescentes qui se dégage des écrits scientifiques (Coren, Barlow et Stewart-Brown, 2003 ; Guettier 2003 ; Tarabulsky, Provost et Moss, 2005 ; Slade *et al.*, 2009) cela malgré le petit nombre de participantes de cette recherche. Cet environnement de vie pourrait susciter stress et détresse or cela ne ressort pas à travers les mesures de l'ISP ni de l'EAP. Une hypothèse possible afin d'expliquer ces résultats se trouverait dans l'une des particularités de l'échantillon, soit le fait que la majorité d'entre elles ont emménagé en appartement pour mères adolescentes, ce qui a permis de quitter un milieu familial décrit comme étant conflictuel, en particulier dans la relation avec leur mère. En effet, elles ont rapporté avoir vécu ce changement comme un soulagement, une solution positive. Il est également possible de croire que le fait d'être heureuse d'avoir un lieu à elle, partagé avec d'autres adolescentes vivant une situation similaire à la leur, contribue à expliquer ces résultats. Ce contexte pourrait offrir à ces jeunes mères la possibilité de vivre une expérience de groupe de pairs, fondamentale à l'adolescence (Jeammet, 2004), suite aux ruptures de liens amicaux conséquents à la nouvelle de la grossesse. Enfin, il est probable que les jeunes mères aient pu trouver auprès des professionnelles du programme SIPPE des figures maternelles de substitution leur permettant de vivre de nouvelles expériences relationnelles et leur offrant un espace thérapeutique pour penser et élaborer leur histoire. En effet, il est possible d'imaginer qu'une relation de confiance significative a pu se développer avec l'infirmière attitrée à chaque mère adolescente de l'étude. Ainsi, vivre dans un environnement moins conflictuel et plus prévisible qu'avant la grossesse pourrait participer à expliquer un faible niveau de détresse parentale.

Par ailleurs, les scores les plus faibles obtenus à l'ISP se trouvent à l'échelle d'interaction dysfonctionnelle (ID), les jeunes mères n'identifiant pas de difficulté dans les interactions avec leur enfant. Plusieurs pistes d'explications peuvent être explorées ici. La première à envisager, même si elle semble peu probable, est que les mères adolescentes n'identifient pas de difficulté dans la relation à leur enfant parce qu'elles n'en rencontrent pas. Il est possible que malgré tout, vivre seule avec son bébé soit moins générateur de stress et de détresse que le fait de vivre avec les membres de leur famille ; ou encore qu'étant donné le jeune âge de leur enfant, les mères adolescentes ayant participé à la recherche aient été jusqu'à présent peu confrontées aux mouvements d'affirmation, d'opposition et d'individuation de leur enfant. Ceci les aurait préservées, pour le moment, de faire l'expérience de situations plus exigeantes. Une seconde explication envisageable est que le fait que les mères adolescentes perçoivent peu de difficultés au sein de la relation parent-enfant témoigne de la présence d'un mécanisme d'idéalisation. Cette dernière hypothèse explicative semble tout à fait plausible étant donné la nature des descriptions exclusivement positives rapportées à travers le système d'Henderson *et al.* (p. ex., *extra-spéciale, affectueuse, complice, belle*), qui vont également en ce sens. Selon cette hypothèse, du fait d'une FRP rudimentaire qui favoriserait l'usage du processus d'idéalisation, les mères adolescentes n'auraient possiblement pas la capacité de percevoir les difficultés qui se manifestent dans la relation à leur enfant ni la disponibilité de ressentir et penser les émotions associées à ces éventuelles difficultés. Mentionnons enfin qu'il est surprenant d'observer que les scores les plus faibles se situent à l'échelle d'interaction dysfonctionnelle (ID) et que les scores les plus élevés se trouvent à l'échelle enfant difficile (ED). C'est-à-dire qu'à la fois les mères adolescentes seraient satisfaites de l'interaction qu'elles ont avec leur enfant puisqu'elles n'identifient pas de stressés y étant liés et éprouveraient des difficultés lorsqu'elles sont face à des comportements négatifs ou difficiles de la part de ce dernier. Une hypothèse explicative serait qu'une faible FRP combinée à un manque de sensibilité maternelle (soit la capacité de la mère à adapter son comportement aux signaux de son enfants) chez les mères adolescentes (Beaudry *et al.* 2017 ; Demers *et al.*, 2010 ; Hans et Thullens, 2009) rendraient difficile une compréhension adéquate et nuancée des comportements de l'enfant.

#### PERTES, RUPTURES RELATIONNELLES ET TRAUMAS : QUAND LES ÉPREUVES SE MULTIPLIENT

Tel qu'attendu, les participantes rapportent avoir vécu des traumatismes avant leur grossesse. Les éléments rapportés illustrent la présence de ruptures avec les figures parentales et de nombreuses pertes au plan relationnel auxquelles les mères adolescentes ont dû faire face avant, pendant et après la grossesse. Ces résultats s'inscrivent dans la lignée de ceux obtenus par Guettier (2003) et Slade *et al.* (2009), qui décrivent des facteurs de vulnérabilité et d'adversité chez cette population, telles que la présence de ruptures relationnelles dans la sphère familiale.

Ces résultats permettent d'envisager que la relation conflictuelle avec leur mère, antérieure à la grossesse (allant parfois jusqu'à l'altercation physique pour certaines), et perdurant par la suite de même que la mise à la porte de chez elles par leurs parents, alors

qu'elles étaient enceintes et mineures, impliqueraient des ruptures de liens significatifs. Celles-ci seraient potentiellement traumatiques au plan affectif et représenteraient alors une altération du lien parent-enfant. La présence de ces éléments de vie incite au questionnement concernant la qualité des liens d'attachement liant l'adolescente à ses figures parentales et la présence d'éventuelles fragilités du milieu familial en termes de régulation des émotions, cela même avant la survenue de la grossesse de l'adolescente.

Par la suite, les ruptures de relations significatives telles que celle avec le père de l'enfant et le groupe de pairs viendraient encore fragiliser la jeune mère en la confrontant à davantage de stress.

#### FONCTION RÉFLEXIVE PARENTALE, EXPÉRIENCE AFFECTIVE PARENTALE, DÉTRESSE PARENTALE, PERTES ET RUPTURES RELATIONNELLES : QUELS LIENS POSSIBLES ?

Il se dégage des résultats de cette recherche que les mères adolescentes démontrent une FRP se situant entre négative ou anti-réflexive et rudimentaire, une EAPP et une EAPN d'intensité similaire et une perception de l'EAE très positive, ainsi que peu de détresse parentale. Elles rapportent avoir connu des événements de vie difficiles ainsi que de multiples ruptures relationnelles en période périnatale qui pourraient possiblement avoir un impact sur la disponibilité de sa FRP qui fluctue en fonction du stress et des sollicitations affectives (Fonagy *et al.*, 2004).

À l'instar d'Ajoulat *et al.* (2010) et Montgomery (2002) qui proposent que le projet de grossesse chez l'adolescente représente une quête de vie meilleure (Madigan *et al.*, 2014), ces résultats permettent de penser que cette grossesse et ce bébé pourraient être perçus par les adolescentes comme une opportunité de réparation. Celle-ci alimenterait possiblement une idéalisation du bébé, de la relation mère-bébé et de l'expérience de la maternité. L'idéalisation de la relation à son enfant pourrait s'inscrire dans le refus de la répétition d'une relation parent-enfant conflictuelle et ponctuée de ruptures telle que la jeune mère l'a connue dans sa relation à ses parents, mais surtout à sa mère. En outre, les propos des mères adolescentes laissent penser qu'elles pourraient avoir investi consciemment la relation avec leur bébé en contre-identification à la relation conflictuelle qu'elles ont connue avec leur propre mère. L'idéalisation de l'expérience de la maternité par les adolescentes pourrait s'ajouter au fait que dans la réalité, pour toutes les mères adolescentes de l'étude, la maternité leur a en effet permis d'accéder à une vie meilleure, avec possiblement moins de stress, ceci notamment en bénéficiant du programme SIPPE, ce qui expliquerait l'obtention de résultats cliniquement non-significatifs à l'ISP. Il est cependant raisonnable d'imaginer que la FRP rudimentaire de la mère adolescente fait en sorte qu'il lui est difficile 1) de voir son enfant pour qui il est 2) de voir la relation parent-enfant pour ce qu'elle est et 3) de voir son enfant et la relation parent-enfant de façon réaliste et nuancée. L'idéalisation étant une défense qui clive l'expérience de la personne, elle prive alors l'adolescente de toute une partie de l'expérience de sa relation à son enfant. Il est également possible de se questionner au sujet de la réflexion qu'ont eue les jeunes mères concernant leur futur rôle de parent et la FRP qui a pu ou non être mobilisée durant la grossesse. Cette faible FRP, qui illustre que la jeune mère mentalise peu son enfant, se mentalise peu elle-même en tant que mère et leur relation pendant et

après la grossesse, pourrait aussi avoir un lien avec la faible détresse parentale rapportée à l'ISP en rendant inaccessible une éventuelle détresse parentale. Il serait également possible que l'hypothèse d'idéalisation de la relation parent-enfant permette de lier les résultats obtenus à l'EDP avec les scores très bas à l'échelle d'interaction dysfonctionnelle (ID) de l'ISP et qu'elle participe également à minimiser la détresse parentale. À l'issue de cette mise en commun des résultats, il est envisageable de formuler l'hypothèse explicative suivante : la FRP rudimentaire de la mère adolescente ferait en sorte qu'elle ne peut pas voir son bébé et la relation parent-enfant pour ce qu'ils sont, ce qui participerait au recours à l'idéalisation chez cette dernière et, par conséquent, aurait comme impact d'augmenter l'intensité de la perception de l'EAPP et de diminuer la détresse parentale.

#### FORCES, LIMITES ET RETOMBÉES CLINIQUES DE L'ÉTUDE

La principale force de cette étude réside dans le fait qu'il s'agit, à notre connaissance, de la première s'étant intéressée à la FRP des mères adolescentes, cette dimension n'ayant jamais été explorée auprès de cette population auparavant. La prise en compte de cet aspect du fonctionnement psychologique de ces jeunes mères et des événements de vie ayant pu contribuer à son développement, tant lors de l'enfance qu'au moment de devenir mère, permet à la fois de poser un regard développemental sur la nature des défis qu'implique une grossesse à l'adolescence et de fournir des pistes de compréhension s'inscrivant dans la trajectoire de vie de ces adolescentes.

Les lacunes notables que présentent ces jeunes mères au plan de la FRP permettent d'envisager que des interventions visant à soutenir le développement de cette dimension chez ces adolescentes, qu'elles se situent du côté de la prévention ou du travail thérapeutique, s'avéreraient pertinentes.

L'étude comporte différentes limites. Parmi elles, mentionnons les principales : le petit nombre de participantes et l'homogénéité de l'échantillon (p. ex., prise en charge au programme SIPPE). Ces limites ne permettent pas la généralisation des résultats à la population des mères adolescentes. Dans le cadre de recherches futures, il apparaîtrait donc pertinent d'avoir recours à des échantillons plus larges et hétérogènes. Il serait également judicieux de s'intéresser à d'autres variables (p. ex., fonction réflexive générale, sensibilité maternelle, style d'attachement des mères adolescentes) et d'opter pour des méthodes observationnelles qui permettraient de qualifier le style d'attachement et la qualité de la relation entre les mères adolescentes et leurs enfants. Les résultats obtenus ouvrent non seulement sur la nécessité de réplication auprès d'un plus grand groupe, mais permettent aussi de penser que le portrait des mères adolescentes qui s'en dégage offre des pistes intéressantes en vue de recherches ultérieures.

#### CONCLUSION

Cette étude avait pour but d'évaluer et de décrire la FRP, l'EAP et la détresse parentale des mères adolescentes.

Les résultats montrent que les mères adolescentes présentent une FRP rudimentaire, se situant en deçà de la FRP attendue au sein d'une population normative. Plus précisément,

elles éprouvent des défis importants à identifier leurs états mentaux et ceux de leur enfant. Elles démontrent toutes des difficultés à imaginer leur enfant pendant la grossesse et, par la suite, ne parviennent pas à le penser autrement que comme elles-mêmes. Ces résultats s'inscrivent dans la lignée de ceux obtenus auprès des mères ayant vécu des traumatismes (Ensink *et al.*, 2014, 2015), ce qui est le cas des mères adolescentes.

Cette étude porte également à notre attention que l'expérience affective des mères adolescentes de leur parentalité s'avère beaucoup plus positive qu'attendu, ce qui est à la fois surprenant et cohérent avec le souhait d'avoir une vie meilleure loin d'un environnement dysfonctionnel. Ce résultat pourrait traduire le souhait de développer une relation plus positive avec leur enfant que celle qu'elles ont connue avec leur propre mère ainsi qu'un désir d'éviter une répétition des conflits relationnels.

Il ressort aussi de l'étude que les mères adolescentes rapportent moins de détresse parentale qu'attendu. Bien que ce résultat soit étonnant, il semble en lien avec 1) le soulagement rapporté par le fait d'être sortie du milieu familial dysfonctionnel et de s'être éloignée d'une relation mère-fille conflictuelle, 2) la possibilité de revivre une expérience de groupe avec d'autres adolescentes qui vivent la même situation, 3) l'établissement d'une possible relation de confiance entre l'adolescente et l'infirmière attitrée du programme SIPPE.

Cette étude souligne enfin la présence d'adversité à travers des expériences de trauma pour certaines, mais surtout de ruptures de liens significatifs. Notamment, la rupture de liens avec les figures parentales, qui étaient auparavant marqués par des conflits, soulève la question de la qualité de l'attachement entre l'adolescente et sa figure maternelle, ainsi que la façon dont le développement et l'expression de la fonction réflexive par la figure maternelle ont été favorisés ou pas pour la jeune mère. Également, en tenant compte de l'adversité que ces jeunes mères ont connue dans leur vie et de la perception négative qu'elles ont de la relation à leur mère, il serait possible de s'attendre à ce que certains aspects de leur expérience parentale soient plus difficiles à mentaliser.

Finalement, deux hypothèses explicatives ressortent, la première étant que la fonction réflexive des mères adolescentes était possiblement déjà altérée avant la grossesse du fait de l'exposition à de l'adversité compromettant ainsi la réalisation des tâches de mentalisation spécifique à la grossesse. La seconde représente une piste de compréhension commune à plusieurs résultats, à savoir la probable idéalisation de la perception de l'enfant et de la relation parent-enfant de la part de l'adolescente, qui viendrait expliquer en partie l'expérience affective de la parentalité si positive et le peu de détresse parentale exprimée. Si cette hypothèse de l'idéalisation de l'enfant et de la relation parent-enfant devait se vérifier, il serait alors pertinent de s'inquiéter de l'autonomie grandissante de l'enfant qui pourrait rapidement devenir un défi si la perception idéalisée et non différenciée de l'enfant par sa mère perdurait.

À la lumière de ces résultats, il semblerait plausible que la sortie du milieu familial conflictuel pour emménager avec d'autres adolescentes enceintes représente un important facteur de protection pour ces adolescentes qui pourrait jouer un rôle explicatif non négligeable sur la détresse parentale qu'elles ressentent.

Au plan clinique, les résultats de cette étude soutiennent l'idée selon laquelle la mise en place d'interventions visant le développement de la FRP des mères adolescentes serait



particulièrement pertinente auprès de cette population déjà identifiée comme étant vulnérable.

## RÉFÉRENCES

- Abidin R. R. (1995), *Manual for the parenting stress index*, Odessa, Psychological Assessment Resources.
- Abidin R. R. (1997), « Parenting stress index: A measure of the parent-child system », in Zalaquett C. P., Wood R. J., *Evaluating stress: A book of resources*, Lanham, Scarecrow Education.
- Allen J. G., Fonagy P., Bateman A. W. (2008), *Mentalizing in clinical practice*, Arlington, American Psychiatric Publishing.
- Ammaniti M., Candelori C., Pola M., Tambelli R. (1999), *Maternité et grossesse*, Paris, Puf.
- Ajoulat I., Libion F., Berrewaerts J., Noirhomme-Renard F. (2010), « Adolescent mother's perspectives regarding their own psychosocial and health needs: A qualitative exploratory study in Belgium », *Patient Education and Counseling*, vol. 81, pp. 448-453.
- Beaudry C., Tarabulsy G. M., Atkinson L., Pearson J., St-Pierre A. (2017), « Intervention with adolescent mother-child dyads and cognitive development in early childhood: A meta-analysis », *Prevention Science*, vol. 18, pp.116-130.
- Berthelot N., Ensink K., Bernazzani O., Normandin L., Luyten P., Fonagy P. (2015), « Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning », *Infant Mental Health Journal*, vol. 36, n° 2, pp. 200-212.
- Bleiberg E., Rossow T., Fonagy P. (2012), « Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder », in Bateman A. W., Fonagy P., *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*, Arlington, American Psychiatric Publishing.
- Borkowski J. G., Farris J. R., Whitman T. L., Carothers S. S., Weed K., Keogh D. A. (2007), *Risk and resilience: Adolescent mothers and their children grow up*, Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cadre de référence du programme SIPPE. (2004), <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000991/>
- Charbonneau J. (1999), « La maternité adolescente », *Réseau*, vol 30, pp. 14-19.
- Cicchetti D. V. (1994), « Guidelines, criteria and rules of thumbs for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology », *Psychological Assessment*, vol. 6, n° 4, pp. 284-290.
- Coren E., Barlow J., Stewart-Brown S. (2003), « The effectiveness of individual and group-based parenting program in improving outcomes for teenage mothers and their children: A systemic review », *Journal of Adolescence*, vol. 26, n° 1, pp. 79-103.
- Defer S., Achim J. (2012), *Histoire de la grossesse*, Document Inédit, Université de Sherbrooke, Qc.
- Demers I., Bernier A., Tarabulsy G. M., Provost M. A. (2010), « Mind-mindedness in adult and adolescent mothers: Relations to maternal sensitivity and infant attachment », *International Journal of Behavioral Development*, vol. 34, n° 6, pp. 529-537.
- Duval J., Ensink K., Normandin L., Fonagy P. (sous presse), « Pathways from childhood maltreatment to adolescent borderline and narcissistic personality traits: The mediating role of mentalizing », *European Child and Adolescent Psychiatry*.
- Duval J., Ensink K., Normandin L., Sharp C., Fonagy P. (2018), « Measuring reflective functioning in adolescents: Relations to personality disorders and psychological difficulties », *Adolescent Psychiatry*, vol. 8, n° 1, pp. 5-20.
- Ensink K., Groupe de recherche sur l'abus sexuel de l'Université Laval (2002), *PDI-R version française*, Unpublished manuscript, Québec, Université Laval.
- Ensink K., Bégin M., Normandin L., Godbout N., Fonagy P. (2017), « Mentalization and dissociation in the context of trauma: Implication for child psychopathology », *Journal of trauma & Dissociation*, vol. 18, n° 1, pp. 11-30.
- Ensink K., Berthelot N., Bernazzani O., Normandin L., Fonagy P. (2014), « Another step closer to measuring the ghosts in the nursery: Preliminary validation of the Trauma Reflective Functioning Scale », *Frontiers in Psychology*, vol. 5, pp. 1-12.

- Ensink K., Normandin L., Target M., Fonagy P., Sabourin S., Berthelot N. (2015), « Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale », *British Journal of Developmental Psychology*, vol. 33, pp.203-217.
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E. L., Target M. (2004), *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*, New York, Other Press.
- Fonagy P., Steele M., Steele H., Moran G. S., Higgitt A. C. (1991), « The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment », *Infant Mental Health Journal*, vol. 12, n° 3, pp. 201-218.
- Fonagy P., Target M., Steele H., Steele M. (1998), *Reflective functioning manual*, Manuscrit inédit.
- Goulet C., Marcil I., Kamdon C., Toussaint-Lachance M. (2001), « Le point sur les mères adolescentes au Québec », *Ruptures : revue transdisciplinaire en santé*, vol. 8, n° 2, pp. 21-34.
- Grienenberger J., Kelly K., Slade A. (2005), « Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment », *Attachment & Human Development*, vol. 7, n° 3, pp. 299-311.
- Guettier B. (2003), « Grossesse, maternité : Circuit court ou court-circuit ? », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 2, n° 24, pp. 179-191.
- Hans L. J., Thullens M. J. (2009), « The relational context of adolescent motherhood », in Zeanah C. H. Jr., *Handbook of Infant Mental Health* (3<sup>e</sup> éd.), New York, The Guilford Press.
- Henderson K., Steele M., Hillman S. (2007), *Parental Development Interview, coding system*, Unpublished manuscript.
- Hutcheson J., Black M. (1996), « Psychometric properties of the Parenting Stress Index in a sample of low-income African-American mothers of infants and toddlers », *Early Education and Development*, vol. 7, n° 4, pp. 381-400.
- Jeammet P. (2004), « Modèles et identifications à l'adolescence », in Lauru D., *Figures du père à l'adolescence*, Paris, ERES, « Enfance & PSY ».
- Luyten P., Fonagy P., Lowyck B., Vermote R. (2012), « Assessment of Mentalization », in Bateman A. W., Fonagy P., *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (1<sup>ère</sup> éd.), Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, Inc.
- Madigan S., Wade M., Tarabulsy G., Jenkins J. M., Shouldice M. (2014), « Association between abuse history and adolescent pregnancy: A meta-analysis », *Journal of Adolescent Health*, vol. 55, pp. 151-159.
- Manseau H., Le Bel G. (1997), *La grossesse chez les adolescentes en internat, le syndrome de la conception immaculée*, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Markin R. D. (2013), « Mentalization-based psychotherapy interventions with mothers-to-be », *Psychotherapy*, vol. 50, n° 3, pp. 360-365.
- Meins E., Fernyhough, C. (1999), « Linguistic acquisitional style and mentalising development: The role of maternal mind-mindedness », *Cognitive Development*, vol. 14, n° 3, pp. 363-380.
- Meins E., Fernyhough C., Russell J., Clark-Carter D. (1998), « Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study », *Social Development*, vol. 7, n° 1, pp. 1-24.
- Montgomery K. S. (2002), « Planned Adolescent Pregnancy », *Journal of pediatric Health Care*, vol. 16, pp. 282-289.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2014), *La grossesse chez les adolescentes*, repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/>
- Parent C., Drapeau S., Brousseau M., Pouliot E. (2008), *Visages multiples de la parentalité*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Pearson J., Plamondon A., Beaudry C., Tarabulsy G. M. (2011), « L'attachement chez les enfants de mères adolescentes : un marqueur de l'écologie, un médiateur du développement », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 32, n° 2, pp. 57-77.
- Reitman D., Currier R. O., Stickle T. R. (2002), « A critical evaluation of the Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) in a head start population », *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, vol. 31, n° 3, pp. 384-392.

- Sharp C., Fonagy P. (2008), « The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology », *Social Development*, vol. 17, n° 3, pp. 737-754.
- Sharp C., Penner F., Ensink K. (sous presse), « Reflective function and borderline traits in adolescents », *Journal of personality Disorders*.
- Slade A. (2005), « Parental reflective functioning: An introduction », *Attachment & Human Development*, vol. 7, n° 3, pp. 269-281.
- Slade A. (2006), « Reflective parenting program: Theory and development », *Psychoanalytic Inquiry*, vol. 26, n° 4, pp. 640-657.
- Slade A., Aber J. L., Berger B., Bresgi I., Kaplan M. (2002), *The Parental Development Interview revised*, Unpublished manuscript.
- Slade A., Cohen L. J., Sadler L. S., Miller M. (2009), « The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation », in Zeanah C. H. Jr., *Handbook of Infant Mental Health* (3<sup>e</sup> éd.), New York, Guilford Press.
- Slade A., Grienenberger J., Bernbach E., Levy D., Locker A. (2005), « Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study », *Attachment & Human development*, vol. 7, n° 3, pp. 283-298.
- Steele M., Henderson K., Hodges J., Kaniuk J., Hillman S., Steele H. (2007), « In the best interests of the late-placed child: A report from the attachment representations and adoption outcome study », in Mayes L., Fonagy P., Target M., *Developmental science and psychoanalysis: Integration and innovation*, London England, Karnac Books.
- Suchman N., Pajulo M., Kalland M., De Coste C., Mayes L. (2012), « At-risk mothers of infants and toddlers », in Bateman A. W., Fonagy P., *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*, Arlington, American Psychiatric Publishing.
- Tarabulsky G. M., Bernier A., Provost M. A., Maranda J., Larose S., Moss E., ... Tessier R. (2005). Another look insight the gap: Ecological contributions to the transmission of attachment in a sample of adolescent mother-infant dyads. *Developmental Psychology*, vol. 41, n° 1, pp. 212-224.
- Urfer F.-M., Achim J., Terradas M. M., Bisailon C., Dubois-Comtois K., Lebel A. (2015), « Fonction réflexive de parents d'enfants d'âge préscolaire consultant en pédopsychiatrie : une étude exploratoire », *Devenir*, vol. 28, n° 2, pp. 149-178.
- Webster-Stratton C., Hollinsworth T., Kolpacoff M. (1989), « The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programs for families with conduct-problem children », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 57, n° 4, pp. 550-553.
- Wendland J., Levandowski D. C. (2014), « Parentalité à l'adolescence : déterminants et conséquences », *L'évolution psychiatrique*, vol. 79, n° 3, pp. 411-419.
- Whitside-Mansell L., Ayoub C., Mckelvey L., Faldowski R. A., Hart A., Shears J. (2007), « Parenting stress of low-income parents of toddlers and preschoolers: Psychometric properties of a short form of the Parenting Stress Index », *Parenting: Science and Practice*, vol. 7, n° 1, pp. 27-56.
- Winnicott D. W. (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.

## **Conclusion**

Cette thèse s'est penchée sur la CMP ou FRP des mères adolescentes, leur expérience affective de la parentalité, les stressors auxquels elles sont soumises ainsi qu'à la détresse qu'ils pourraient occasionner chez elles. Elle s'est également intéressée aux liens potentiels entre ces différentes thématiques d'une part et les histoires de vie, notamment celle de la grossesse, de ces jeunes mères, d'autre part. La thèse est constituée de deux articles. Le premier présente une recension des écrits scientifiques consacrés à ces thématiques alors que le second rapporte les résultats obtenus dans le cadre d'une étude empirique descriptive et exploratoire réalisée auprès de mères adolescentes.

### **Retour sur les principales contributions du premier article**

Le premier article de cette thèse s'intitule : « *Maternités adolescentes, stress parental et capacité de mentalisation : perspectives théoriques et cliniques* » et a pour objectif de présenter une recension des écrits consacrés aux différentes facettes des maternités adolescentes, mais aussi de démontrer la pertinence de s'intéresser à la CMP, une dimension peu explorée à ce jour chez cette population. Les connaissances actuelles concernant les grossesses adolescentes ainsi que le développement de la CMP permettent d'envisager que cette dimension du fonctionnement psychologique pourrait être déficitaire chez ces jeunes mères. S'appuyant sur une présentation des caractéristiques psychosociales de cette population, des fonctions de la grossesse, des enjeux développementaux propres aux maternités adolescentes ainsi que sur l'introduction des

notions de capacité de mentalisation, – ou fonction réflexive – et de capacité de mentalisation parentale – ou fonction réflexive parentale– et leur développement normal et pathologique, cette recension des écrits a permis de dégager différents constats. Chacun d’eux soutient la pertinence de se pencher sur la CMP – ou FRP – des mères adolescentes et de l’envisager comme une pierre angulaire dans leur adaptation à la maternité et la capacité à échapper à une répétition intergénérationnelle de relation mère-enfant difficile. Ces constats sont au nombre de trois :

### **1) Vulnérabilités des mères adolescentes : présence d’adversité et de traumas avant et après leur grossesse**

Il ressort de cette recension des écrits que bon nombre de mères adolescentes sont issues de milieux familiaux dysfonctionnels dans lesquels elles ont été exposées à de l’adversité et à des traumas tels que de la négligence ainsi que des abus physiques et sexuels de la part de leurs parents (Beaudry et al., 2017; Coren et al., 2003; Madigan et al., 2014). De façon générale, elles présentent une pauvre estime de soi (Parent et al., 2008), une faible motivation scolaire (Madigan et al., 2014; Slade et al., 2009), des difficultés relationnelles et académiques et de fréquents problèmes de santé mentale (Beaudry et al., 2017; Coren et al., 2003; Slade et al., 2009). Ainsi, les mères adolescentes représentent une population particulièrement vulnérable et fragile aux plans relationnel et psychique, ayant connu peu de facteurs de protection dans leur milieu familial antérieurement à leur grossesse. Elles perçoivent leur maternité comme un événement positif qui leur permettra d’accéder à une vie meilleure (Ajoulat et al., 2010; Montgomery,

2002), un statut social reconnu et une nouvelle identité face à elles-mêmes, leurs familles et leurs pairs (Wendland & Levandowski, 2012). Cependant, après leur grossesse, plusieurs doivent composer avec une certaine précarité financière (Coren et al., 2003), un isolement social conséquent aux ruptures familiales suite à l'annonce de la grossesse (Guettier, 2003; Slade et al., 2009) et à l'interruption de leur scolarité (Coren et al., 2003; Tarabulsky et al., 2005). Elles sont alors confrontées à de nouveaux facteurs de stress après la grossesse qui s'ajoutent à ceux déjà présents, en plus d'être désormais responsables d'un jeune enfant.

## **2) Convergence des enjeux développementaux propres à l'adolescence et à la maternité**

Cet accès prématuré à la maternité dans le développement de l'adolescente (Coren et al., 2003; Parent et al., 2008; Sadler & Cowling, 2003) entraîne la convergence des phases développementales que sont l'adolescence et la parentalité, ce qui provoque non seulement un conflit entre les besoins développementaux de l'adolescente et les besoins de son enfant (Guettier, 2003), mais exerce une pression importante sur l'appareil psychique des jeunes mères. Ainsi, la relation entre l'adolescente et son enfant serait caractérisée par l'ambivalence (Guettier, 2003), entraînant une rivalité entre les besoins de l'adolescente et ceux de son enfant, ce qui pourrait compromettre la qualité de la sensibilité maternelle de cette dernière (Beaudry et al., 2017; Demers et al., 2010; Hans & Thullens, 2009). De plus, l'appareil psychique de l'adolescente, étant déjà possiblement fragilisé par l'adversité et les traumatismes antérieurs, se trouverait alors sur-sollicité par la

simultanéité des remaniements psychiques inhérents à ces deux phases développementales, ce qui le rendrait d'autant plus vulnérable en termes d'adaptation au stress. Il est alors possible d'envisager que les mères adolescentes éprouveront des difficultés à intégrer les enjeux de l'une et l'autre phase simultanément alors que cette intégration est généralement séquentielle. Il apparaît également peu probable qu'elles puissent se montrer aussi disponibles à leur enfant qu'une mère adulte qui ne serait pas confrontée à tous ces changements et défis en même temps.

### **3) Capacité de mentalisation parentale (CMP) chez les mères adolescentes : une dimension peu explorée**

Cet article conclut en soulignant que de nombreuses mères adolescentes ont été exposées à des traumatismes et des ruptures relationnelles potentiellement traumatiques, des environnements familiaux chaotiques et peu protecteurs et qu'en plus de cette adversité, elles font face à la convergence de phases développementales qui sollicitent et fragilisent le déploiement de leur CMP. En ce sens, il est important de mesurer leur CMP et de comprendre le contexte dans lequel elle se développe.

La CMP représente la capacité du parent à se représenter ce qui habite son bébé puis son enfant. Cependant, il existerait des contextes dans lesquels la CMP ferait défaut, tel que : lorsque les tâches de mentalisation durant la grossesse n'ont pas été accomplies (Markin, 2013), lorsque le parent présente une psychopathologie, que le fonctionnement familial (passé et présent) est chaotique ou que des événements de vie traumatiques ou



stressants sont survenus ou sont présents dans la vie du parent (Sharp & Fonagy, 2008). Plus récemment, les recherches d'Ensink et ses collaborateurs portant sur la CMP (2014, 2015) ont montré que la présence de traumatismes relationnels durant l'enfance compromet le développement des capacités de mentalisation et de régulation des émotions du parent.

Finalement, au-delà de ces grands constats, cette recension des écrits met en lumière le caractère novateur des recherches portant sur la CM des adolescents qui demeurent à leurs balbutiements et l'absence de recherches se penchant sur la capacité de mentalisation des mères adolescentes. La revue des écrits scientifiques nourrit l'hypothèse selon laquelle certaines de leurs capacités psychiques, et plus particulièrement leur CMP, a pu être endommagée. Cette hypothèse demeure néanmoins à mettre à l'épreuve : c'est précisément ce à quoi s'est intéressé le second article de la thèse.

### **Retour sur les principaux résultats obtenus et présentés dans le cadre du second article**

Le second article intitulé : « *Fonction réflexive, expérience affective et détresse parentales des mères adolescentes : une étude descriptive* » présente les résultats d'une étude portant sur l'exploration de la FRP, de l'EAP et de la détresse parentale chez les mères adolescentes. Des analyses descriptives ont été réalisées afin d'évaluer et décrire la FRP, l'EAP ainsi que l'intensité de la détresse que les mères peuvent éprouver au regard du stress parental auquel elles sont soumises. Une entrevue consacrée à l'histoire de la grossesse a également permis de documenter l'expérience qu'elles en font ainsi que la

présence d'événements ayant marqué l'histoire périnatale des mères adolescentes et d'en dégager des points saillants. Les différents constats qui se dégagent de ces analyses sont présentés ci-dessous.

### **1) Fonction réflexive parentale des mères adolescentes**

Les mères adolescentes présentent une FRP rudimentaire, soit en dessous de la moyenne de la population, ce qui va dans le sens de l'hypothèse de recherche. Les mères adolescentes obtiennent des résultats qui se situent entre 1 et 4, 1 correspondant à une absence de FRP et 4 à une FRP rudimentaire. Ceci pourrait traduire le fait que l'accomplissement des trois tâches de la mentalisation décrites par Markin (2013) durant la grossesse pose des difficultés. Également, il est très difficile pour ces jeunes mères d'imaginer leur bébé, ce point saillant commun à toutes les participantes pourrait être mis en lien avec la faible FRP et la fragilité des processus de mentalisation habituellement à l'œuvre durant la grossesse et possiblement leur sur-sollicitation en raison du chevauchement des phases développementales chez les mères adolescentes. Cependant, ces résultats concordent avec les connaissances scientifiques actuelles rapportant que les mères ayant vécu des traumatismes relationnels durant l'enfance ont une moins bonne FRP (Ensink et al., 2014; 2015) et avec la documentation scientifique portant sur l'impact négatif des événements stressants et difficiles sur le développement de la FRP (Slade et al., 2009). Ainsi, ces résultats tradiraient plutôt une FRP fragilisée par les ruptures relationnelles qui ponctuent l'histoire des mères adolescentes.

### **2) L'expérience affective parentale**

Les résultats obtenus suggèrent que les mères adolescentes ont une perception de l'EAE exclusivement positive et que leur EAP, qu'elle soit positive ou négative, demeure la plus élevée. Ces résultats ne vont pas dans le sens de l'hypothèse formulée. Ils traduisent plutôt une perception partielle et sans nuance de l'EAE, laissant envisager la présence d'un processus d'idéalisation chez les mères adolescentes. À l'opposé, il ressort des résultats que les mères adolescentes ont une perception négative de leur relation à leurs figures parentales. En effet, le choix des adjectifs pour décrire la relation à leur mère va dans le sens des connaissances actuelles, à savoir qu'elles ont évolué dans des environnements familiaux conflictuels (Beaudry et al., 2017; Madigan et al., 2014), ce qui permet d'envisager qu'elles auraient pu ressentir un manque de communication et possiblement ne pas s'être sentie entendues et comprises par leurs figures parentales et plus particulièrement leur mère.

Il est d'ailleurs intéressant de souligner qu'elles ont toutes identifié une bonne communication avec leur enfant comme étant la valeur centrale qui leur tient le plus à cœur dans leur lien à leur enfant.

### **3) L'expérience de détresse parentale des mères adolescentes en lien avec leur rôle de parent**

Il ressort de ces résultats que les mères adolescentes ne rapportent pas de stress parental cliniquement significatif qui traduirait une certaine détresse parentale, contrairement à ce qui était attendu. Il est possible d'imaginer que l'absence de détresse

parentale illustre que les mères adolescentes seraient plus centrées sur la fonction que jouerait cette grossesse pour elle, soit la réparation de leur propre relation parent-enfant et l'amour inconditionnel que cet enfant va leur apporter, au détriment de penser leur identité parentale et leur enfant. Par ailleurs, l'emménagement des mères adolescentes dans un appartement pour des adolescentes dans la même situation qu'elles pourrait avoir fait en sorte d'avoir nettement réduit leurs sources de stress. Ainsi, vivre désormais dans un environnement prévisible et sécuritaire loin des conflits familiaux et faire l'expérience, essentielle à l'adolescence, de vivre avec des pairs (Jeammet, 2004) pourrait participer à expliquer les résultats obtenus. Rappelons cependant que ce résultat ne concerne que le stress spécifiquement lié au rôle de parent et non aux autres sphères de vie des mères adolescentes. De ce fait, il ne veut pas dire pour autant qu'elles ne subissent pas de stress environnemental tels que ceux liés à la monoparentalité, la précarité et la pauvreté financière, ainsi qu'à la perte des repères scolaires et des amies (Beaudry et al., 2017; Madigan et al., 2014). Le fait qu'il n'y ait pas de stress parental atteignant un seuil cliniquement significatif n'annule donc pas le stress qu'elles peuvent vivre dans les autres sphères de leur vie.

#### **4) Les pertes, les ruptures relationnelles et les traumatismes présents dans l'histoire périnatale et dans l'histoire de vie des mères adolescentes**

Un certain profil d'exposition à des ruptures relationnelles répétées se dégage de l'histoire de grossesse et de l'histoire de vie des mères adolescentes. Les ruptures relationnelles et les traumatismes qu'elles ont vécu avant la grossesse au sein de la relation à

leur parent, et probablement plus fortement dans la relation à la mère, serait une des premières ruptures relationnelles à laquelle les adolescentes ont été exposées. Par la suite, le fait d'être exclue du foyer familial par ses parents suite à l'annonce de la grossesse, représente une seconde rupture relationnelle majeure, à haut potentiel traumatique cette fois, et qui renvoie aux sentiments de solitude, de rejet et d'impuissance. Ce geste d'exclusion, comme le désengagement drastique des parents dans la vie de leur fille que rapportent les participantes, permet de questionner la qualité du lien parent-enfant. Il est à noter que ce geste, qui s'inscrit dans la réalité, porte une violence particulière envers l'adolescente et son bébé qui sont physiquement rejetés. Pendant la grossesse, la perte des amitiés et des repères scolaires représente un autre type de rupture relationnelle, puis la perte du conjoint autour du cinquième mois de grossesse est à nouveau une rupture relationnelle qui, cette fois, touche les projets d'avenir et de réparation par la constitution d'une cellule familiale aimante (dans l'imaginaire de l'adolescente). Il est possible de croire que la répétition de ces ruptures relationnelles pourrait avoir une valeur traumatique au plan affectif et pourrait compromettre l'émergence et le développement de la CM ou FR des mères adolescentes. Ces conditions peu optimales au déploiement de la FR participeraient à expliquer l'expression d'une FRP rudimentaire, s'illustrant par une incapacité à percevoir la relation mère-enfant dans sa globalité, c'est-à-dire avec des aspects à la fois positifs et des défis plus difficiles à relever. Ceci favoriserait alors le recours à un mécanisme d'idéalisation de la perception de l'EAE et de leur relation parent-enfant que l'on retrouve dans les résultats.

Finalement, les participantes entretiennent toutes l'espoir que la relation à leur enfant sera meilleure que celle qu'elles entretiennent avec leur propre mère. Il est possible d'imaginer que cela représente pour elles à la fois le double espoir de réparer une relation parent-enfant douloureuse, et parfois traumatique, et d'éviter la répétition transgénérationnelle. Néanmoins, les mères adolescentes demeurent plus centrées sur les préoccupations habituelles de l'adolescence que sur le bébé ou celles de la maternité. Si de telles préoccupations devaient perdurer et que la relation entre les mères adolescentes et leur enfant devait demeurer sous le signe de l'idéalisation, cela pourrait compromettre leur projet d'une relation parent-enfant réparatrice. Sur ces derniers points, une approche mentalisante pourrait permettre aux jeunes mères de penser et métaboliser le modèle parental qu'elles ont eu et tenter de développer une relation parent-enfant plus sereine avec leur enfant.

### **Contribution de la thèse à l'avancement des connaissances**

Mis à part le constat que la capacité de mentalisation des mères adolescentes n'avait pas été explorée à ce jour, les deux articles ont permis de mettre en lumière le fait que d'aborder ce phénomène permet une compréhension dynamique et développementale de la survenue des difficultés liées aux grossesses à l'adolescence. Considérée sous cet angle, la maternité à l'adolescence semble bien plus complexe que la simple présence de carences affectives durant l'enfance. Il est possible de croire que l'enchaînement consécutif de facteurs environnementaux (famille dysfonctionnelle, carences affectives, abus, ruptures relationnelles, traumas) et développementaux (problématique de santé

mentale, impact de la convergence de stades développementaux sur l'appareil psychique) contribuent à donner lieu à l'expression d'une FRP rudimentaire chez la mère adolescente. Ces défaillances au plan de la mentalisation parentale pourraient expliquer l'altération de la qualité de l'attachement parent-enfant et la qualité de la sensibilité maternelle bien connues chez cette population. Ainsi, pour mieux comprendre la maternité à l'adolescence et mieux aider les jeunes mères et leur enfant, il apparaît important de mettre en place des interventions basées sur la mentalisation.

### **Contribution de la thèse à la pratique clinique**

Une des implications importantes de cette thèse est celle de souligner, pour les professionnels du réseau de la santé, la pertinence d'investiguer la présence de traumatismes relationnels. Afin de les aider à devenir le parent qu'elles souhaitent être pour leur enfant, il est nécessaire d'aborder leur situation en comprenant l'impact de leur histoire de vie sur leur développement affectif et psychologique. L'intérêt que les professionnels y porteront permettra de comprendre le contexte dans lequel le déploiement et l'expression de leur CM et leur CMP ont été favorisés ou pas. Pour ce faire, la mise en place d'interventions basées sur la mentalisation apparaît pertinente auprès des mères adolescentes. Leur difficulté à considérer leur enfant comme une personne à part entière, telle que suggérée par les résultats de la recherche, pourrait être travaillée grâce à une approche mentalisante offerte par des professionnels du réseau de la santé. Le fait que les intervenants puissent s'intéresser à leur histoire de vie difficile et les aident à les penser et à en faire du sens pourraient d'une certaine façon servir de modèle pour penser leur enfant. Ainsi, le

professionnel (psychologue, psychothérapeute) fait pour la mère adolescente ce qu'elle doit faire pour son bébé, ce qui ferait office de facteur de protection de la qualité de l'attachement et de la santé mentale tant de la jeune mère que de son enfant.

### **Forces, limites et pistes de recherche futures**

Le caractère unique de cette thèse constitue sa principale force. À notre connaissance aucune autre étude ne s'est intéressée à la CMP ou FRP des mères adolescentes. Elle fournit des premières indications quant au rôle et à l'impact de l'adversité qui ponctue l'histoire de vie de ces adolescentes sur le développement de leur CM et leur CMP ou FRP, et souligne la pertinence de ne pas négliger l'importance de cette capacité dans l'aide thérapeutique à leur apporter.

Cette thèse comporte certaines limites, la première étant la petite taille de l'échantillon, la seconde étant l'homogénéité du groupe puisque les mères adolescentes participent toutes au programme SIPPE. Ces limites ne permettent pas de généraliser les résultats obtenus. La réalisation d'études sur un échantillon plus grand et plus hétérogène, qui utiliseraient des méthodes observationnelles et qui s'intéresseraient à d'autres variables (telles que la fonction réflexive générale, la sensibilité maternelle, le style d'attachement des mères adolescentes) permettrait de mieux documenter les styles d'attachement et la qualité de la relation entre les mères adolescentes et leur enfant. Il serait également intéressant que des études futures se penchent sur l'exploration de la qualité du lien d'attachement entre la mère adolescente et ses propres parents, en



particulier sur la relation à sa mère.

## Références

- Abidin, R. R. (1995). *Manual for the parenting stress index*. Odessa, Psychological Assessment resources.
- Ajoulat, I., Libion, F., Berrewaerts, J., & Noirhomme-Renaud, F. (2010). Adolescent mother's perspectives regarding their own psychosocial and health needs: A qualitative exploratory study in Belgium. *Patient Education and Counseling, 81*, 448-453.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Beaudry, C., Tarabulsky, G. M., Atkinson, L., Pearson, J., & St-Pierre, A. (2017). Intervention with adolescent mother-child dyads and cognitive development in early childhood: A meta-analysis. *Prevention Science, 18*, 116-130.
- Bleiberg, E., Rossouw, T., & Fonagy, P. (2012). Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (Éds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 463-509). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Charbonneau, J. (1999). La maternité adolescente. *Réseau, 30*, 14-19.
- Coren, E., Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2003). The effectiveness of individual and group-based parenting program in improving outcomes for teenage mothers and their children: A systemic review. *Journal of Adolescence, 26*(1), 79-103.
- Defer, S., & Achim, J. (2012). *Histoire de la grossesse*. Document inédit. Département de psychologie, Université de Sherbrooke, QC.
- Demers, I., Bernier, A., Tarabulsky, G. M., & Provost, M. A. (2010). Mind-mindedness in adult and adolescent mothers: Relations to maternal sensitivity and infant attachment. *International Journal of Behavioral Development, 34*(6), 529-537.
- Doucet, M. (2004). Visages d'adolescents laissés à l'abandon. *Prisme, 44*, 122-134.

- Duval, J., Ensink, K., Normandin, L., & Fonagy, P. (sous presse). Pathways from childhood maltreatment to adolescent borderline and narcissistic personality traits: The mediating role of mentalizing. *European Child and Adolescent Psychiatry*.
- Duval, J., Ensink, K., Normandin, L., Sharp, C., & Fonagy. (2018). Measuring reflective functioning in adolescents : relation to personality disorder and psychological difficulties. *Adolescent Psychiatry*
- Ensink, K., Berthelot, N., Bernazzani, O., Normandin, L., & Fonagy, P. (2014). Another step closer to measuring the ghost in the nursery: Preliminary validation of the trauma reflective functionin scale. *Frontiers in Psychology*, 5.
- Ensink, K. & Groupe de recherche sur l'abus sexuel de l'Université Laval. (2002). PDI-R version française, Unpublished manuscript, Québec, Université Laval.
- Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S., & Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mother in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *British Journal of Developmental Psychology*, 33, 203-217.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, & Steele, (1998). Reflective functioning manual. Manuel inédit.
- Goulet, C., Marcil, I., Kamdon, C., & Toussaint-Lachance, M. (2001). Le point sur les mères adolescentes au Québec. *Ruptures : revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 21-34.
- Guettier, B. (2003). Grossesse, maternité : Circuit court ou court-circuit ? *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2(24), 179-191.
- Ha, C., Sharp, C., Ensink, K., Fonagy, P., & Cirino, P. (2013). The measurement of reflective function in adolescents with and without borderline traits. *Journal of Adolescence*, 36, 1215-1223.


- Hans, L. J., & Thullens, M. J. (2009). The relational context of adolescent motherhood. Dans C. H. jr. Zeaneah (Éd.), *Handbook of infant mental health* (3<sup>e</sup> éd., pp. 214-229). New York, NY: The Guilford Press.
- Henderson, K., Steele, M., & Hillman, S. (2007). Parental Development Interview, coding system. Unpublished manuscript.
- Jeammet, P. (2004). Modèles et identifications à l'adolescence. Dans D. Lauru (Éd.), *Figures du père à l'adolescence* (pp.77-92). Toulouse, France: Enfance & PSY, ERES
- Konicheckis, A. (2006). Grossesse à l'adolescence, aire du culturel et tissage de liens précoces. *Adolescence*, 24(1), 175-188.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R. (2012). Assessment of Mentalization. Dans A. W. Bateman, & P. Fonagy (Éds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp.43-65). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Madigan, S., Wade, M., Tarabulsy, G., Jenkins, J. M., & Shouldice, M. (2014). Association between abuse history and adolescent pregnancy: A meta-analysis. *Journal of Adolescent Health*, 55, 151-159.
- Markin, R. D. (2013). Mentalization-based psychotherapy interventions with mothers-to-be. *Psychotherapy*, 50(3), 360-365.
- Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J., & Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. *Social Development*, 7(1), 1-24. doi:10.1111/1467-9507.00047
- Montgomery, K. S. (2002). Planned Adolescent Pregnancy. *Journal of Pediatric Health Care*, 16, 282-289.
- Parent, C., Drapeau, S., Bousseau, M., & Pouliot, E. (2008). Visages multiples de la parentalité. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Pearson, J., Plamondon, A., Beaudry, C., & Tarabulsy, G. M. (2011). L'attachement chez les enfants de mères adolescentes : un marqueur de l'écologie, un médiateur du développement. *Revue québécoise de psychologie*, 32(2), 57-77.
- Sadler, L. S., & Cowlin, A. (2003). Moving into parenthood: A program for new adolescents – A randomized controlled trial. *Journal of American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304-1313.

- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development, 17*(3), 737-754. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00457.x
- Sharp, C., Penner, F., & Ensink, K. (sous presse). Reflective function and borderline traits in adolescents. *Journal of Personality Disorders*.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development, 7*(3), 269-281.
- Slade, A., Aber, J. L., Berger, B., Bresgi, I., & Kaplan, M. (2002). *The Parental Development Interview revised*. Unpublished manuscript.
- Slade, A., Cohen, L. J., Sadler, L. S., & Miller, M. (2009). The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation. Dans C. H. Jr. Zeanah (Éd.), *Handbook of infant mental health* (3<sup>e</sup> éd., pp. 22-39). New York, NY: Guilford Press.
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human development, 7*(3), 283-298.
- Tarabulsky, G. M., Bernier, A., Provost, M. A., Maranda, J., Larose, S., Moss, E., ... Tessier, R. (2005). Another look insight the gap: Ecological contributions to the transmission of attachment in a sample of adolescent mother-infant dyads. *Developmental Psychology, 41*(1), 212-224.
- Urfer, F. M., Achim, J., Terradas, M. M., & Ensink, K. (2014). Capacité de mentalisation parentale et problématiques pédopsychiatrique : perspectives théoriques et cliniques. *Devenir, 26*(3), 227-251.
- Wendland, J., & Levandowski, D. C. (2002). Parentalité à l'adolescence : déterminants et conséquences. *L'évolution psychiatrique, 79*(3), 411-419.

**Appendice A**  
Accusé de réception du premier article

Répondre à tous | Supprimer | Courriel indésirable | ✕

RE: Suivi soumission article

 **GUEDENEY Antoine** <antoine.guedeney@aphp.fr>  
env. 2017-12-13, 12:25  
 Sabine Defet

Répondre à tous | ✕

Boite de réception

Vous avez répondu le 2017-12-13 12:27

Chère collègue,

Article bien reçu, et en lecture, mais vous n'avez manifestement pas eu mon message de réception.

Voilà qui est fait ;  
 Merci de votre collaboration .

Antoine Guedeney

Pr A Guedeney MD, PhD:

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et périnatalité,  
 Pôle ADAP, Hôpital Sachet-Claude Bernard  
 Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine  
 Polyclinique Ney Jenny Aubry, 124 Bd Ney, 75018 Paris  
 Tél : 0140258950, Fax : 0142591532  
 Univ Paris Diderot  
 CESP Inserm U 1173 Développement et affect  
 DU Paris 7 Psychopathologie périnatale et DU Attachement  
 Ecole ADRIS : www.adris.net : https://adriset.jimdo.com/  
 Devenir www.maccosinhygiene.sh;  
 Associate editor for Infant Mental Health Journal  
 Email : antoine.guedeney@aphp.fr

---

**De :** Sabine Defet [mailto:Sabine.Defet@Usherbrooke.ca]  
**Envoyé :** mardi 12 décembre 2017 22:22  
**À :** GUEDENEY Antoine  
**Cc :** Julie Achim  
**Objet :** Suivi soumission article  
 Importance : Haute

Bonjour Pr. Guedeney,

Le 15 novembre 2017 je vous soumettais par email un article intitulé : - *Maternités adolescentes, stress parental et capacités de mentalisation : perspectives théoriques et cliniques* - ayant comme co-auteurs les professeurs J. ACHIM, C. BISAILLON (Université de Sherbrooke au Québec, Canada) et K. ENSINK (université de Laval au Québec , Canada).

Cet article s'inscrit dans ma thèse de doctorat en psychologie réalisée au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke (Québec, Canada), au programme de doctorat pour psychologues déjà en exercice sous la direction du Pr. Julie ACHIM Ph.D.

N'ayant à ce jour pas encore reçu de confirmation de réception de la soumission de mon article, je me permets de vous contacter pour faire un suivi et m'assurer que vous avez bien reçu ma soumission par email en date du 15 novembre 2017.


Cordialement,  
 Sabine Defet, D.E.S.S  
 Psychologue Clinicienne



**Appendice B**  
Accusé de réception du second article


Répondre à tous | Supprimer | Courriel indésirable |


Soumission d'un article à la revue La psychiatrie de l'enfant.

 Sabine Defer  
dim 06-24, 2022  
msuspsychent@gmail.com; Julie Achon

Éléments envoyés

Ce message a été envoyé avec une importance haute.

 Sabine Defer .docx  
116 ko

 Sabine Defer - Lettre sou...  
47 ko

© Afficher tout (2 pièces jointes) (183 ko) | Télécharger tout | Tout enregistrer dans OneDrive - Université

Bonjour Mme Sudra,

Dans le cadre de la soumission de mon article à la revue La psychiatrie de l'enfant, veuillez trouver ci-joint :

- une lettre de présentation
- l'article en format Word

Dans l'attente de la confirmation par email de la réception de la soumission de mon article, vous serait-il possible de me confirmer que je dois également vous envoyer des exemplaires papiers par la poste ?.

Cordialement,

Sabine Defer, D.E.S.S  
Psychologue clinicienne  
Docteurant au Des pour psychologues en exercice  
Université de Sherbrooke  
Québec, CANADA.

Répondre à tous | Supprimer | Courriel indésirable |

Relayé : Soumission d'un article à la revue La psychiatrie de l'enfant.

 Microsoft Outlook  
dim 06-24, 2022  
msuspsychent@gmail.com

État de réception

La remise à ces destinataires ou groupes est terminée, mais aucune notification de remise n'a été envoyée par le serveur de destination :

[msuspsychent@gmail.com](mailto:msuspsychent@gmail.com); [msuspsychent@gmail.com](mailto:msuspsychent@gmail.com)

Objet : Soumission d'un article à la revue La psychiatrie de l'enfant.

**Appendice C**  
Entrevue sur l'histoire de la grossesse

## **HISTOIRE DE LA GROSSESSE**

(Defer et Achim, 2012)

### Directives générales

Il s'agit avant tout d'une entrevue clinique qui a pour but de tenter de recueillir l'ensemble des informations mentionnées. Différents thèmes seront abordés de manière large afin de laisser à la participante la latitude et la liberté de nous faire part de son expérience à sa façon. Les questions proposées sont à titre indicatif et serviront principalement à ouvrir et alimenter le discours sur les thèmes étudiés ou solliciter des informations complémentaires qui n'auront pas encore été abordées par la participante. Il est possible que certaines questions ne soient pas pertinentes du fait que les participantes auront pu y répondre spontanément.

### Grands thèmes à l'étude

#### ***On cherche à connaître :***

- Manière dont la mère a envisagé sa grossesse
- Manière dont la mère a vécu sa grossesse
- Réactions du partenaire, des parents, de l'entourage face à l'annonce de la grossesse
- Préférence pour le sexe du bébé
- Inquiétudes particulières pendant la grossesse
- Comment elle envisage l'avenir de son enfant
- Bébé idéal
- Désir d'enfant
- Choix du prénom
- Ressemblances et différences avec le bébé
- Contexte de la grossesse

#### **Voici les questions possibles qui serviront à amorcer et alimenter l'entrevue :**

- Souhaitais-tu avoir des enfants ? Y avais-tu déjà pensé ?
- Comment as-tu réagi quand tu as appris que tu étais enceinte ? (*réactions émotionnelles, physiques*)
- Comment a réagi ton chum ? Tes parents ? Comment la nouvelle a-t-elle été accueillie par ta famille, tes amis, à l'école ou au travail ?
- As-tu été inquiète pour le bébé pendant la grossesse ? Quelles inquiétudes ? À propos de quoi ?

- Qu'est-ce que cela te faisait de sentir ton bébé bouger ? Comment s'est passé le choix du prénom ? L'as-tu choisi seule ? Ton conjoint ou un parent t'a aidé ?
- Es-tu contente d'avoir eu une fille ? un garçon ?
- Est-ce que ton bébé est comme tu te l'imaginais ? Quelles différences-y-a-t-il ?
- En quoi voudrais-tu que ton enfant te ressemble ? Soit différent de toi ?
- Comment imagines-tu ton enfant quand il/elle sera grand ?
- Que souhaites-tu pour elle/lui dans la vie ?

**Appendice D**  
Indice de stress parental – forme brève (ISP-B)

### ISP/FB FORME BRÈVE (Abidin, 1995)

En répondant aux questions suivantes, pensez à votre enfant participant à la recherche. Pour chaque question veuillez inscrire la réponse qui décrit le mieux vos sentiments. Si toutefois aucune des réponses proposées ne correspond exactement à vos sentiments, veuillez inscrire celle qui s'en approche le plus. **Votre première réaction à chaque question devrait être votre réponse.**

Veuillez inscrire jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants en choisissant le numéro qui correspond le mieux à ce que vous ressentez. Si vous êtes incertain(e), choisissez le numéro 3.

*Exemple* : J'aime aller au cinéma. (Si vous aimez de temps à autre aller au cinéma, vous choisirez le numéro 2)

1	2	3	4	5
Profondément d'accord	D'accord	Pas certain	En désaccord	En profond désaccord

Veuillez inscrire jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec :	Profondément d'accord	D'accord	Pas certain	En désaccord	En profond désaccord
1. J'ai souvent l'impression que je ne peux pas très bien m'occuper de mes tâches quotidiennes.	1	2	3	4	5
2. Je me retrouve à sacrifier une partie de ma vie plus grande que prévue à répondre aux besoins de mes enfants.	1	2	3	4	5

Veuillez inscrire jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec :	Profondément d'accord	D'accord	Pas certain	En désaccord	En profond
3. Je me sens coincé(e) par mes responsabilités de parent.	1	2	3	4	5
4. Depuis que j'ai cet enfant, il m'a été impossible de faire des choses nouvelles et différentes.	1	2	3	4	5
5. Depuis que j'ai cet enfant, j'ai l'impression que ce n'est que très rarement que j'ai la possibilité de faire les choses que j'aime.	1	2	3	4	5
6. Je suis mécontent(e) du dernier vêtement que je me suis acheté(e).	1	2	3	4	5
7. Il y a un bon nombre de choses qui me tracassent en ce qui concerne ma vie.	1	2	3	4	5
8. Avoir un enfant a causé plus de problèmes que j'avais prévu dans la relation avec mon (ma) partenaire.	1	2	3	4	5
9. Je me sens seul(e) et sans ami(e).	1	2	3	4	5
10. Lorsque je vais à une soirée, je m'attends habituellement à ne pas avoir de plaisir.	1	2	3	4	5
11. Je ne suis plus autant intéressé(e) aux gens que je l'étais auparavant.	1	2	3	4	5
12. Je n'ai pas autant de plaisir qu'auparavant.	1	2	3	4	5



13. Mon enfant fait rarement des choses qui me font plaisir.	1	2	3	4	5
14. La plupart du temps, j'ai l'impression que mon enfant m'aime et qu'il veut être prêt de moi.	1	2	3	4	5
15. Mon enfant me sourit beaucoup moins que je m'y attendais.	1	2	3	4	5
16. Lorsque je fais quelque chose pour mon enfant, il me semble que mes efforts ne sont pas très appréciés.	1	2	3	4	5
17. Lorsque mon enfant joue, il ne rit pas souvent.	1	2	3	4	5
18. Mon enfant ne semble pas apprendre aussi rapidement que la plupart des autres enfants.	1	2	3	4	5
19. Mon enfant ne semble pas sourire autant que la plupart des autres enfants.	1	2	3	4	5
20. Mon enfant n'a pas autant de capacités que je m'y attendais.	1	2	3	4	5
21. Mon enfant s'habitue difficilement à de nouvelles choses et seulement après une longue période.	1	2	3	4	5

22. J'ai l'impression d'être :

1. Un très bon parent ;
2. Un meilleur parent que la moyenne ;
3. Un aussi bon parent que la moyenne ;
4. Une personne qui éprouve certaines difficultés à être parent ;
5. Un parent qui ne joue pas très bien son rôle de parent.

Veuillez inscrire jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec :	Profondément d'accord	D'accord	Pas certain	En désaccord	En profond
23. Je m'attendais à avoir des rapports plus étroits et plus chaleureux avec mon enfant que ceux que j'ai présentement et cela me préoccupe.	1	2	3	4	5
24. Quelquefois mon enfant fait des choses qui me dérangent juste pour être méchant.	1	2	3	4	5
25. Mon enfant semble pleurer ou pleurnicher plus souvent que la plupart des enfants.	1	2	3	4	5
26. Mon enfant se réveille en général de mauvaise humeur.	1	2	3	4	5
27. J'ai l'impression que mon enfant possède une humeur instable et qu'il se fâche facilement.	1	2	3	4	5
28. Mon enfant fait certaines choses qui me dérangent beaucoup.	1	2	3	4	5
29. Mon enfant réagit vivement lorsqu'il se produit quelque chose qu'il n'aime pas.	1	2	3	4	5
30. Mon enfant s'emporte facilement pour des petites choses.	1	2	3	4	5
31. L'horaire de sommeil ou du repas de mon enfant a été beaucoup plus difficile à établir que je croyais.	1	2	3	4	5

32. J'en suis arrivé à penser que d'amener mon enfant à faire quelque chose ou de l'amener à cesser de faire quelque chose est :

1. beaucoup plus difficile que je croyais
2. un peu plus difficile que je croyais
3. aussi difficile que je croyais
4. un peu plus difficile que je croyais
5. beaucoup plus difficile que je croyais

33. Réfléchissez bien et comptez le nombre de choses que votre enfant fait qui vous dérangent. Par exemple : flâner, refuser d'écouter, réagir avec excès, pleurer, couper la parole, se battre, pleurnicher, etc. Veuillez choisir le numéro qui correspond à ce que vous avez calculé :

1. 1 - 3
2. 4 - 5
3. 6 - 7
4. 8 - 9
5. 10 ou plus

Veuillez inscrire jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec :	Profondément d'accord	D'accord	Pas certain	En désaccord	En profond
34. Il y a certaines choses que mon enfant fait qui me dérangent vraiment beaucoup.	1	2	3	4	5
35. Mon enfant est devenu plus problématique que je m'y attendais.	1	2	3	4	5
36. Mon enfant exige plus de moi que la plupart des enfants.	1	2	3	4	5

**Appendice E**  
Questionnaire socio-démographique

## Questionnaire Sociodémographique

(Defer et Achim, 2012)

### SECTION DE LA MÈRE IDENTIFICATION

**Prénom :** \_\_\_\_\_ **Âge :** \_\_\_\_\_

**Langue maternelle :** \_\_\_\_\_

**Degré de scolarité :** Primaire \_\_\_\_\_ Secondaire 1 à 4 \_\_\_\_\_ Secondaire 5 \_\_\_\_\_

DEP \_\_ Cégep \_\_\_\_\_ Université \_\_\_\_\_

**Occupation :** \_\_\_\_\_

**Nature du travail :** \_\_\_\_\_ Temps complet \_\_\_\_\_ Temps partiel \_\_\_\_\_

**Retour aux études :** Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si Oui, niveau de scolarité en cours : \_\_\_\_\_

**Fréquentation :** Temps complet : \_\_ Temps partiel : \_\_\_\_\_

### SITUATION FAMILIALE

**Statut social :** Célibataire \_\_ Conjoint de fait \_\_\_\_\_ Mariée \_\_\_\_\_ Séparée \_\_\_\_\_

**Mon enfant** (Compléter le tableau) :

	Date de naissance	Sexe	CPE/École
1			

**Source de revenus :** Salaire \_\_\_\_\_ Aide Sociale \_\_\_\_\_

Allocations parentales \_\_\_\_\_

**Lieu de vie :**

Je vis seule avec mon/mes enfant(s) \_\_\_\_\_

Je vis chez mes parents avec mon/mes enfant(s) \_\_\_\_\_

Je vis chez un membre de ma famille avec mon/mes enfant(s), (spécifiez lequel)

\_\_\_\_\_

Je vis en couple avec mon/mes enfant(s) \_\_\_\_\_

Je vis en couple avec mon/mes enfant(s) chez mes parents/mes beaux-parents \_\_\_\_\_

Je vis en collocation avec mon/mes enfant(s) \_\_\_\_\_

Je vis en appartement dans une structure communautaire avec mon/mes enfant(s)

**Garde légale de l'enfant :**

J'ai la garde légale et complète de mon enfant : \_\_\_\_\_

J'ai la garde légale en alternance (précisez) : \_\_\_\_\_

**Antécédents auprès de la protection de la jeunesse :**

Avez-vous déjà eu des contacts avec la DPJ, suite à un signalement pour votre enfant ?

OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

Précisez : \_\_\_\_\_

Mesures suite au signalement : \_\_\_\_\_

ÉVÉNEMENTS DE VIE ET SANTÉ
----------------------------

Avez-vous déjà vécu des événements de vie tel que :

Maladie \_\_\_\_\_

Hospitalisation \_\_\_\_\_ Abus physique \_\_\_\_\_

Abus sexuel \_\_ Accident de la route \_\_\_\_\_

Perte d'un proche \_\_\_\_\_

Autre (Précisez) \_\_\_\_\_

**Santé :**

Êtes-vous en bonne santé actuellement ? OUI / NON

Prenez-vous des médicaments ? OUI /NON

Lesquels (précisez) : \_\_\_\_\_

Raison de la prescription : \_\_\_\_\_

**Antécédents de consommation de substances :**

**Tabagisme :** Actuel \_\_\_\_\_ Passé \_\_\_\_\_ Jamais \_\_\_\_\_

**Consommation de drogue(s) :** Actuelle \_\_ Passée \_\_\_\_\_ Jamais \_\_\_\_\_

Précisez le type de substance et la fréquence :

Actuellement : \_\_\_\_\_

Dans le passé : \_\_\_\_\_

Ma consommation de substance a occasionné des difficultés dans ma vie : OUI/NON

Lesquelles : \_\_\_\_\_

**Consommation d'alcool :** Actuel \_\_ Passé \_\_\_\_\_ Jamais \_\_\_\_\_

Précisez le type d'alcool et la fréquence :

Actuellement : \_\_\_\_\_

Dans le passé : \_\_\_\_\_

Ma consommation d'alcool a occasionné des difficultés dans ma vie : OUI/NON

Lesquelles : \_\_\_\_\_

## **Appendice F**

Verbatim utilisé par l'infirmière SIPPE pour le premier contact

**Verbatim de sollicitation/information de la recherche en cours auprès des jeunes mères, pour les infirmières SIPPE**

Un projet de recherche est actuellement en cours dans notre équipe, pour lequel vous et votre enfant correspondez aux critères de participation.

L'objectif de ce projet est d'évaluer chez les jeunes mères, leur capacité à imaginer ce que leur enfant peut ressentir et penser, et de mettre cette capacité en lien avec le niveau de stress vécu par la mère.

Accepteriez-vous que la chercheuse vous contacte/d'être contactée par la chercheuse par téléphone afin qu'elle vous présente et vous explique la recherche ?

Si vous acceptez que la chercheuse vous contacte pour vous expliquer la recherche, sachez que cela ne vous obligera pas à participer à la recherche.

Si vous ne souhaitez pas que la chercheuse vous contacte ou que vous ne souhaitez pas participer après avoir été contacté par la chercheuse, cela n'aura aucune conséquence sur les services que vous recevez à l'équipe Enfance-Famille.

La participation à cette recherche est volontaire.

---

**Coordonnées de la personne qui accepte d'être contactée :**

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_



**Appendice G**  
Formulaire de consentement



## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

### **Titre du projet**

Capacité de mentalisation, histoire de grossesse et stress parental des jeunes mères suivies en CLSC

### **Personnes responsables du projet**

Sabine Defer, candidate au doctorat en psychologie de l'Université de Sherbrooke, réalise ce projet dans le cadre de ses études doctorales. Pour toute information supplémentaire ou problème relié au projet de recherche, vous pouvez joindre madame Defer au numéro suivant (514) 273-4508, poste 3540, ou par courriel à l'adresse [sabine.defer@Usherbrooke.ca](mailto:sabine.defer@Usherbrooke.ca). Madame Julie Achim, psychologue et professeure au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, agit à titre de directrice de recherche et est responsable de ce projet. Vous pouvez joindre madame Achim au numéro de téléphone 450-463-1835 poste 61610, ou par courriel à l'adresse [Julie.achim@Usherbrooke.ca](mailto:Julie.achim@Usherbrooke.ca).

### **Objectifs du projet**

L'objectif de ce projet est d'évaluer chez des jeunes mères, âgées entre 18 et 22 ans, leur capacité de mentalisation, soit leur capacité à imaginer ce que leur enfant peut ressentir et penser, et de mettre cette capacité en lien avec le niveau de stress parental que vivent ces mères.

### **Raison et nature de la participation**

Nous sollicitons votre participation à cette recherche puisque vous consultez en périnatalité à l'équipe Enfance-famille du CSSS Cœur de l'île, et participez au programme SIPPE en tant que jeune mère âgée entre 18 et 22 ans, soit le groupe d'âge ciblé par l'étude.

Initiales du participant : \_\_\_\_\_ Page 1 sur 5 Version (1) datée du [18/02/2013]

Votre participation à ce projet de recherche sera requise pour une rencontre d'environ une heure trente à deux heures trente maximum. Cette rencontre aura lieu au CLSC de la Petite Patrie.

Durant cette entrevue, vous répondrez à des questions concernant votre rôle de parent et concernant votre enfant, ainsi qu'à des questions portant sur l'histoire de votre grossesse puisque nous nous intéressons à la manière dont vous vivez votre rôle de parent, mais aussi au contexte dans lequel vous êtes devenue mère. L'entrevue sera enregistrée sur support audio de façon à pouvoir en faire la transcription et ensuite l'analyse. Vous aurez aussi à répondre à deux questionnaires, soit 1) un questionnaire sociodémographique, 2) un questionnaire portant sur des situations stressantes que peuvent vivre les parents.

### **Avantages pouvant découler de la participation**

Vous ne retirerez aucun bénéfice direct pour votre participation à ce projet de recherche. Votre participation à ce projet de recherche vous apportera toutefois l'avantage de prendre le temps de réfléchir à votre expérience en tant que mère et contribuera à l'avancement des connaissances scientifiques.

### **Inconvénients et risques pouvant découler de la participation**

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre l'entrevue à un autre moment qui vous conviendra.

Il se pourrait, lors de l'entrevue, que le fait de parler de votre expérience vous amène à aborder une difficulté majeure ou à vivre une situation difficile. Dans ce cas, la chercheuse contactera l'infirmière du programme SIPPE responsable de votre dossier qui s'assurera que vous receviez les services adéquats.

### **Droit de retrait sans préjudice de la participation**

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits?

Oui  Non

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, la chercheuse vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Initiales du participant : \_\_\_\_\_ Page 2 sur 5 Version (1) datée du [18/02/2013]

### **Confidentialité, partage, surveillance et publications**

Durant votre participation à ce projet de recherche, la chercheuse responsable recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, date de naissance, origine ethnique, enregistrements audio, questionnaires que vous aurez remplis lors de ce projet.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi (En vertu de la loi sur la protection de la jeunesse, un chercheur qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité et le développement d'un enfant est compromis parce qu'il est victime d'abus sexuels ou est soumis à des mauvais traitements physiques pas suite d'excès ou de négligence, est tenu de le déclarer au directeur de la protection de la jeunesse). Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifiée que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable du projet de recherche et par sa directrice de thèse.

La chercheuse utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier. Dans le cas contraire, votre permission vous sera demandée au préalable. Il est également possible que les données soient utilisées pour réaliser une recherche sur une thématique étroitement liée au projet original, sans que cela ne nécessite une participation supplémentaire de votre part.

Les données recueillies seront conservées, sous clé, pour une période n'excédant pas 10 ans après la fin de la collecte de données. Après cette période, les données seront détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

### **Résultats de la recherche et publication**

Vous serez informée des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant. Nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.

### **Études ultérieures**

Il se peut que les données recueillies puissent être utiles à la réalisation d'autres projets de recherche, dont le but serait différent du but de la présente recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous les responsables de ce projet à vous contacter à nouveau et à vous demander si vous souhaitez participer à cette nouvelle recherche?

Oui  Non

Il se peut que les résultats obtenus à la suite de cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous les responsables de ce projet à vous contacter à nouveau et à vous demander si vous souhaitez participer à cette nouvelle recherche?

Oui  Non

### **Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines**

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec la responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à **Mme Dominique Lorrain**, présidente du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant : **1-800-267-8337 poste 62644** ou par courriel à: [cer\\_lsh@USherbrooke.ca](mailto:cer_lsh@USherbrooke.ca).

**Consentement libre et éclairé**

Je, \_\_\_\_\_ (nom en caractères d'imprimerie), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante: \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 201\_

**Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude**

Je, \_\_\_\_\_ chercheuse principale de l'étude, déclare que ma directrice de thèse et moi-même sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature de la chercheuse principale de l'étude : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 201\_