

Université de Montréal

**Développement et mise à l'essai de récits audio dans une
activité de réflexion collective avec des infirmières
accompagnant des jeunes mères ayant vécu de la
maltraitance**

par Marie-Pier Long

Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage présenté au comité de jury à la Faculté des sciences infirmières en vue de
l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.) en sciences infirmières, option expertise-
conseil

Août 2018

© Marie-Pier Long, 2018

Résumé

PROBLÉMATIQUE : Une part considérable de jeunes mères accompagnées par des infirmières de services de première ligne a vécu une expérience de maltraitance durant l'enfance. Ces infirmières se sentent peu soutenues, compétentes ou outillées pour aborder ce sujet auprès des jeunes mères. Le recours à des récits audio dans une activité de réflexion collective apparaît pertinent pour soutenir ces infirmières dans leur pratique d'accompagnement. Toutefois, l'élaboration et l'usage de ces récits demeurent peu décrits. **BUT** : Ce rapport présente le développement de récits audio et leur mise à l'essai dans une activité de réflexion collective auprès d'infirmières d'un programme d'intervention précoce. **MÉTHODE** : Les propositions de Fraiberg (1975) issues de sa longue expérience clinique d'intervention auprès de jeunes mères ayant vécu de la maltraitance durant leur enfance ont servi à la création de deux récits audio à partir d'entretiens non dirigés menés auprès d'une infirmière et d'une mère. Une période immersive dans un programme d'intervention précoce a permis une approche contextualisée pour recruter des interlocutrices crédibles, solliciter leurs histoires et construire les récits. Cinq infirmières ont participé à une activité de réflexion collective de trois rencontres et inspirée de la méthode de Rolfe (2011). Le déroulement de l'activité a été documenté itérativement par un journal de bord de l'animatrice. Cette dernière a été soutenue par un retour réflexif après chaque rencontre, avec ses co-directrices de stage. **CONSTATS** : Les récits ont fait « entendre la voix » de jeunes mères et ont déclenché l'expression d'émotions refoulées par les infirmières qui ont amorcé la description de situations concrètes de leur pratique et entrepris une analyse critique des conditions de leur pratique professionnelle. Une fois le dialogue ouvert sur ce sujet sensible, le travail émotionnel des infirmières, au sein de leur organisation, fut mis en évidence. L'exercice concourant de pratique réflexive, par l'animatrice, est apparu indispensable pour accompagner les infirmières à s'engager dans une activité de réflexion collective. **CONCLUSION** : L'usage de théories s'est avéré utile pour créer un dispositif narratif déclencheur d'une activité de réflexion collective sur un sujet sensible et peu reconnu. La réflexion collective amorcée signale le potentiel de poursuivre une pratique réflexive collective avec des infirmières de programmes d'intervention précoce sur ce sujet qui est généralement passé sous silence, tout en accordant une attention accrue au développement de leurs

compétences émotionnelles pour renforcer la capacité des infirmières à entendre la voix de jeunes mères ayant vécu de la maltraitance.

Mots-clés : récits audio, infirmières de première ligne, réflexion collective, maltraitance, jeunes mères, travail émotionnel, compétences émotionnelles, programme d'intervention précoce

Abstract

INTRODUCTION: A significant proportion of young mothers in early childhood intervention programs have experienced childhood trauma. Nurses do not always feel supported, nor competent, to approach this topic with them. When used in a collective reflection activity, digital stories have been identified as relevant tools to support nurses in their practice. However, the development of these devices and their actual use remain poorly described. **AIM:** This report describes the development of digital stories and their utilization in a collective reflection activity with nurses in an early intervention program. **METHOD:** Two digital stories were created with reference to Fraiberg's (1975) work with young mothers who have experienced childhood trauma. A period of immersion with the team of nurses in their daily activities allowed a contextualized approach to recruit credible informants, conduct separate narrative interviews with a nurse and a young mother, and write two short stories. Five nurses participated in a collective reflection activity based on a reflective practice framework (Rolfe, 2011), the course of which was recorded iteratively to ensure ongoing support and co-supervision of the group facilitator. **FINDINGS:** Upon hearing the voice of a young mother and recognizing themselves in the short story of a nurse, participants shared repressed emotions, started to describe their own practice and engaged in a critique of the conditions that shape their professional practice. Initiating a dialogue on a sensitive and silenced issue, the conversation highlighted nurses' emotional laboring. Reflective practice was essential to develop group facilitator skills that were supportive to initiate collective reflection and analysis. **CONCLUSION:** Theories are valuable tools to create digital story devices that have the power to initiate group mediated reflections on sensitive and unacknowledged issues. This project reveals that nurses in early childhood intervention programs could readily pursue further engagement in reflective practice with their peers on this generally unspoken topic; and that further attention is required to support emotional competence development so that nurses feel prepared to hear the voices of young women with a childhood history of abuse and neglect.

Keywords: digital stories, primary care nurses, collective reflection, childhood maltreatment, young mothers, emotional laboring, emotional competency, early intervention program

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des figures.....	vi
Liste des sigles.....	vii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
Chapitre 1. Problématique.....	3
Problématique.....	3
Chapitre 2. Article.....	12
Problématique.....	15
Soutenir les infirmières par une activité de réflexion collective.....	18
Cultiver la réflexion par des récits.....	21
Développement des récits audio et mise à l’essai.....	24
Développement des récits audio.....	25
Recrutement des personnes.....	25
Sollicitation des histoires.....	26
Construction des récits audio.....	27
Mise à l’essai des récits dans une activité de réflexion collective.....	28
Accompagnement des participantes.....	29
Déroulement des rencontres de l’activité de réflexion collective.....	29
Rencontre 1. Récits audio déclencheurs de réflexion.....	30
Rencontre 2. Amorce d’une analyse réflexive et récit d’une infirmière du groupe..	31
Rencontre 3. Planification pour la poursuite d’une activité de réflexion collective.	33
Discussion.....	34
Travail émotionnel.....	38
Le développement de la compétence émotionnelle.....	40
Conclusion.....	41
Références.....	42

Chapitre 3. Bilan de l'atteinte des objectifs et recommandations.....	62
Bilan de l'atteinte des objectifs de stage.....	62
Objectif 1. Développer deux récits audio	62
Objectif 2. Planifier une activité de réflexion collective adaptée aux besoins et aux ressources des infirmières d'un programme d'intervention précoce dans une équipe de première ligne	63
Objectif 3. Mettre à l'essai les récits audio dans une activité de réflexion collective	64
Retour réflexif sur mes apprentissages	66
Objectif 1. Développer mes capacités d'introduction d'une intervention en soutien au développement des compétences infirmières dans un nouveau milieu	66
Objectif 2. Développer mes habiletés d'animation dans une activité de réflexion collective	68
Objectif 3. Approfondir mes habiletés de raisonnement, de synthèse et de rédaction scientifique.....	69
Recommandations au terme du projet.....	71
Pratique clinique	71
Formation au baccalauréat et formation continue.....	72
Recherche.....	72
Conclusion	74
Références.....	75
Annexe A: Guide du déroulement de l'activité de réflexion collective.....	i
Annexe B: Guide d'accompagnement pour les entretiens réalisés par l'étudiante-stagiaire selon des principes d'approche narrative	viii
Annexe C: Guide de préparation à l'activité de réflexion collective pour les infirmières	xii
Annexe D: Guide de préparation pour le récit oral de l'infirmière (rencontre 2).....	xvi
Annexe E : Canevas du journal de bord de l'étudiante-stagiaire.....	xviii
Annexe F : Les lignes directrices de présentation de la revue <i>Public Health Nursing</i>	xx

Liste des figures

Figure 1.	Adaptation du modèle de Rolfe (2011).....	20
Figure 2.	Séquence temporelle du déroulement du projet.....	24

Liste des sigles

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

FSI : Faculté des sciences infirmières

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

PIA : Pratique infirmière avancée

SIPPE : Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité

SIDIIEF : Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone

UdeM : Université de Montréal

À ma sœur,

À ma maman,

*À ma grand-maman Yolande,
Aux histoires que je n'oublierai jamais,*

À ces femmes dont la voix n'est pas entendue et mériterait d'être écoutée.

Remerciements

La réalisation de mon projet de maîtrise a été possible grâce au soutien de plusieurs personnes. J'aimerais prendre le temps de les remercier.

À Sylvie Gendron, votre engagement dans ce projet a été indispensable à ma réussite. Je suis très fière et reconnaissante de vous avoir eu comme directrice de maîtrise. J'ai énormément aimé évoluer comme apprentie chercheuse, professionnelle et personne à vos côtés. Votre écoute, votre soutien et vos réflexions philosophiques m'ont permis d'avoir davantage confiance en moi, de mieux nuancer mes idées, d'appréhender l'incertitude, et surtout, de ne pas « me cacher derrière les mots ». Être entendue par vous ça l'apporte un réel sentiment de liberté. Il y avait toujours une place pour moi dans votre bureau. Je me sentais chez moi et je pouvais partager mes émotions, mes expériences et mes pensées. Les réflexions et discussions échangées continueront à faire leur chemin dans mon esprit. Vos mots à mon égard m'apporteront réconfort lorsque j'en aurai tant besoin.

Aux infirmières qui ont participé à mon projet, je vous remercie vivement. Je suis très reconnaissante de la confiance que vous m'avez accordée durant les rencontres. Vos histoires m'ont profondément touchée et elles m'ont fait grandir. Je tiens aussi à remercier les gestionnaires pour leur soutien dans cette démarche et l'accueil chaleureux.

À Madeline Pierre, vos conseils et vos réflexions m'ont permis de développer un projet à l'image des besoins des infirmières. Vous m'avez offert un espace favorable à mes apprentissages en pratique infirmière avancée et je vous en remercie grandement. J'admire votre leadership clinique, votre voix portante d'espoir et de possibilités pour la pratique infirmière.

À Pilar Ramirez-Garcia, je vous remercie pour votre disponibilité, les conseils et le partage de vos connaissances apportées à mon égard dans ce rapport de stage.

Je suis grandement reconnaissante d'avoir obtenu la bourse du Fonds Wilrose Desrosiers et Dunn et le soutien financier de la Fédération des associations étudiantes des cycles supérieurs et de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Je vous remercie vivement, car ce financement m'a permis de persévérer dans mes études et de prendre le temps de réaliser un beau projet signifiant !

À Mme Anne Plisson, orthopédagogue du Centre de soutien à la réussite de l'Université de Montréal, je vous remercie pour votre soutien.

À mes ami(e)s et ma famille, vos mots d'encouragements et votre soutien émotionnel durant ce parcours m'ont énormément aidé.

À Maman et Papa, ce projet m'a rapproché de vous. Des portes se sont ouvertes. Je suis profondément touchée par votre vécu et reconnaissante du support que vous m'avez offert. Ma maîtrise est aussi une réussite pour vous.

À ma grande cousine, Stéphanie, tu as toujours su trouver les bons mots pour me reconforter et m'aider à cheminer dans la vie. Tes conseils sous forme de « *psycho pop à 25 cents* » ont été aidants et hilarants.

À mon grand frère, Amour, tu as toujours été présent pour m'encourager et me soutenir durant cette étape importante de ma vie. Je te remercie infiniment !

À ma petite sœur adorée, Daphné, cette dernière année a été remplie de beaux souvenirs mémorables à étudier ensemble et à se soutenir mutuellement dans nos études. Ton soutien et ton écoute inconditionnelle durant les moments difficiles de ma maîtrise m'ont apporté soulagement et bonheur. Je n'aurais pas vu la fin sans toi. Tu m'as aidé à ne pas avoir peur d'exprimer ce que je pense et à avoir confiance en moi. Daphné, c'est à mon tour de te dire que tu es aussi mon modèle dans la vie, femme libre, sensible, passionnée et pensive.

Introduction

Au quotidien, des infirmières pratiquant dans des services de première ligne au Québec accompagnent des jeunes mères vivant en situation de vulnérabilité sociale pour améliorer leurs conditions de vie, leur bien-être psychologique et leur sensibilité maternelle envers leurs enfants. Toutefois, les infirmières se sentent peu soutenues ou outillées pour composer avec les conséquences de la maltraitance sur les jeunes mères et leurs enfants. Ce projet de stage visait à développer les habiletés de l'étudiante dans le développement de récits audio et leur mise à l'essai dans une activité de réflexion collective pour aider les infirmières dans leur pratique auprès de jeunes femmes ayant vécu de la maltraitance durant leur enfance. Des récits audio ont été développés à partir d'entrevues réalisés et enregistrés auprès d'une infirmière et d'une jeune mère. Ces deux histoires réelles ont ensuite permis de déclencher une réflexion collective par des infirmières qui ont, à leur tour, raconté et réfléchi à partir de leurs histoires de pratique. Ce projet de stage a ainsi libéré la parole des infirmières pour amorcer une réflexion collective sur leur pratique d'accompagnement auprès de jeunes mères ayant une histoire traumatique.

Le stage a eu lieu de février à mai 2017 sur une période de dix semaines dans un CLSC d'un CIUSSS au sein du programme de *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (SIPPE). Ce programme vise à offrir un accompagnement aux familles vulnérables dans leurs expériences de santé et leurs projets de vie (MSSS, 2004, 2016). La clientèle rejointe par les infirmières inclut des jeunes mères¹, leurs enfants et leurs conjoints. Les jeunes mères accompagnées n'ont majoritairement pas terminé leurs études secondaires, sont parfois sans emploi et vivent dans des conditions de précarité matérielle et sociale. Une grande proportion aurait vécu des expériences de négligence ou d'abus durant l'enfance (Gendron, Dupuis, Moreau, Clavier, Dupuis et Lachance, 2014a, 2014b).

Ce rapport de stage comprend trois parties. Une première partie détaille la problématique de la pratique des infirmières auprès de jeunes mères ayant vécu des expériences de

¹ Le terme « jeunes mères » inclut des jeunes femmes de moins de 20 ans enceintes ou ayant eu un bébé à l'âge de moins de 20 ans.

maltraitance, examine des moyens pour soutenir leur pratique d'accompagnement et propose un projet basé sur des repères théoriques (Fraiberg, 1975 ; Rolfe, 2011). Une deuxième partie présente un article scientifique en préparation pour la revue *Public Health Nursing*. Cet article décrit la méthode de développement des récits audio et leur mise à l'essai via une activité de réflexion collective avec des infirmières pratiquant dans des services de première ligne et qui accompagnent des jeunes mères ayant vécu des expériences de maltraitance. Nous y discutons également de l'apport de ce projet pour la pratique des infirmières œuvrant dans des programmes d'intervention précoce. La dernière partie de ce rapport de stage présente une analyse de l'atteinte du but du projet et un retour réflexif sur les apprentissages de l'étudiante. Ce rapport prend fin avec des recommandations.

Chapitre 1. Problématique

Ce chapitre expose des particularités de la pratique des infirmières dans des services de première ligne et d'intervention précoce auprès de jeunes mères ayant vécu des expériences de maltraitance, examine des moyens pour soutenir leur pratique d'accompagnement et conduit à la présentation du but du projet et des objectifs de stage.

Problématique

Une évaluation québécoise du volet Jeunes parents des SIPPE, entre 2006 et 2012, indique que plus de 80% des jeunes mères qui ont participé à la recherche évaluative (N=447) ont vécu une expérience de maltraitance durant leur enfance (Gendron et al., 2014b). Des prévalences semblables variant de 45% à 96%, selon la forme de maltraitance vécue, sont documentées ailleurs au Canada et aux États-Unis depuis les années 2000 (Madigan, Vaillancourt, McKibbin et Benoit, 2012 ; Noll, Shenk et Putnam, 2009 ; Putman-Hornstein, Cederbaum, King, Cleveland et Needell, 2013). Les expériences de maltraitance incluent toute forme d'abus ou de négligence physique ou affective, ou encore de sévices sexuels perpétrés dans une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir (OMS, 2006). Ces expériences comportent un potentiel de conséquences à moyen et à long terme sur le bien-être des jeunes mères tels que des symptômes dépressifs, d'anxiété et de stress posttraumatique (Lesser et Koniak-Griffin, 2000 ; Meltzer-Brody et al., 2013). Ces conditions psychologiques auraient des répercussions sur les compétences parentales des jeunes mères et leur sensibilité maternelle envers leurs enfants (Barlett et Easterbrooks, 2012 ; Erdman et Black, 2008 ; Maxwell, Proctor et Hammond, 2011 ; Milan, Lewis, Ethier, Kershaw et Ickovics, 2004), entraînant potentiellement des effets défavorables au niveau du développement global des enfants (Lounds, Borkowski et Whitman, 2006 ; Sommer et al., 2000) et la relation d'attachement mère-enfant (Atkinson et al., 2000).

Dans les programmes d'intervention précoce, les infirmières sont parmi les premières professionnelles à être en contact avec des jeunes mères en raison des besoins liés aux expériences de la maternité (Garcia, McNaughton, Radosevich, Brandt et Monsen, 2013 ; Koniak-Griffin et al., 2002 ; Koniak-Griffin et al., 2003 ; SmithBattle et Leonard, 2012). De

manière générale, la pratique infirmière dans ces programmes est principalement axée sur la santé et le bien-être du bébé (Dolan-Mccall, Eckenrode et Olds, 2009 ; McNaughton, 2004 ; Olds et al., 1997 ; Olds et al., 2004 ; Roman, Raffo et Meghea, 2012) et ce même si des études qualitatives soutiennent qu'une part considérable de jeunes mères souffre en silence par rapport à des traumatismes du passé, y incluant des expériences de maltraitance durant leur enfance (Bernard, 2015 ; Brand, Morisson et Down, 2015 ; Erdman et Black, 2008 ; Middleton, 2010 ; Palacios et Kennedy, 2010 ; Pitre, Kushner, Hegadoren et Raine, 2015). Les rares études publiées au sujet de l'expérience de maltraitance de jeunes mères révèlent qu'elles n'ont pas été entendues et ont souvent peur d'être rejetées ou jugées si elles dévoilent leur passé (Erdman et Black, 2008 ; Maxwell, Proctor et Hammond, 2011). Il n'est pas inhabituel que leurs parents ou d'autres membres de leur famille aient trahi leur confiance en demandant, par exemple, qu'elles se taisent par crainte de représailles, de déshonneur ou d'éclatement familial (Koren-Karie, Oppenheim et Getzler-Yosef, 2008). Réduites au silence, elles sont donc ambivalentes à faire confiance et à parler de leur vécu avec des intervenants.

La pratique de relation d'aide s'avère essentielle pour construire la confiance, pour reconnaître l'expérience vécue et pour répondre aux besoins des jeunes mères, en complémentarité aux besoins du bébé (Browne, Doane, Reimer, MacLeod et McLellan, 2010 ; Fraiberg, 2012 ; SmithBattle, Lorenz et Leander, 2013). Les jeunes mères doivent se sentir en sécurité dans un espace relationnel d'accompagnement pour être en mesure de mettre des mots sur leurs émotions et leurs souffrances vécues liées aux expériences de maltraitance (Fraiberg, 2012 ; Koren-Karie, Oppenheim et Getzler-Yosef, 2008 ; SmithBattle et Leonard, 2012). Par ailleurs, lorsqu'elles sentent que leur expérience est validée, elles peuvent davantage identifier et exprimer ce qu'elles souhaitent pour elles et leurs enfants et s'engager dans des projets de vie personnels et familiaux (SmithBattle et Leonard, 2012 ; SmithBattle, 2000). L'espace relationnel établi entre l'infirmière et la jeune mère dans un programme d'intervention précoce constitue, somme toute, une voie à privilégier pour favoriser le bien-être psychologique de la jeune mère et sa relation avec son bébé (Jack, DiCenso, Lohfeld, 2002 ; SmithBattle et al., 2013).

Toutefois, quel que soit le contexte de soins, la recherche menée auprès d'infirmières suggère qu'elles ne se sentent pas assez soutenues, ni compétentes ou outillées dans leur intervention auprès de personnes ayant vécu de la maltraitance durant leur enfance

(Dmytryshyn, Jack, Ballantyne, Wahoush et MacMillan, 2015 ; Goldblatt, 2009 ; Van Der Zalm et al., 2015). Ceci aurait pour effet d'entraver le déploiement et le développement des compétences infirmières pour intervenir auprès de ces personnes (Saifan, Alrimawi et Bashayreh, 2015 ; SmithBattle et al., 2013). Dans un tel contexte, il arrive même que les infirmières perçoivent que leurs capacités en relation d'aide soient insuffisantes pour faire face aux expériences de maltraitance (Gallop, McKeever, Toner, Lancee et Lueck, 1995 ; Laubsher et Corwin, 2005 ; Phillips, 2011 ; Ross et al., 2010 ; Sharkey, 1997). Par exemple, dans une étude menée auprès d'infirmières en santé mentale qui démontraient déjà des habiletés relationnelles avancées auprès de patients ayant une expérience d'abus sexuel, celles-ci sous-estimaient leurs compétences relationnelles en raison d'un manque de soutien clinique (Chernomas et Mordoch, 2013). D'autres études suggèrent que des infirmières hésitent à ouvrir « la boîte de Pandore » du sujet de la maltraitance vécue durant l'enfance, de crainte de causer des situations de décompensation psychologique chez des personnes qu'elles considèrent déjà vulnérables (Chernomas et Mordoch, 2013 ; Ross et al., 2010 ; Saifan et al., 2012). En ce qui a trait plus spécifiquement aux programmes d'intervention précoce, SmithBattle et Freed (2016) rapportent que les infirmières se sentent généralement peu préparées pour répondre aux souffrances vécues des jeunes mères et qu'elles manquent ainsi des occasions pour ouvrir la discussion à ce sujet.

Dans un tel contexte, le manque de soutien clinique contribue au risque pour les infirmières de souffrir de fatigue de compassion (Sorenson, Bolick, Wright et Hamilton, 2016) qui comporte un ensemble d'effets psychologiques ressentis par l'infirmière qui interagit avec des personnes ayant vécu une expérience traumatique (Brillon, 2013 ; Figley, 1995 ; Joinson, 1992). Plus spécifiquement, l'infirmière peut ressentir de l'anxiété, de l'irritabilité, de la colère ou de l'inquiétude, et elle peut vivre un sentiment de fatigue et d'impuissance quant à la façon d'intervenir (Gates et Gillespie, 2008). À titre d'exemple, dans une étude qualitative récente ayant évalué l'impact d'un programme d'intervention précoce dédié à des jeunes mères, en Ontario au Canada (Dmytryshyn et al., 2015), les infirmières ont partagé divers symptômes relatant de la fatigue de compassion et de l'épuisement professionnel. Les chercheuses suggèrent que cet état serait conséquent à leur pratique auprès de jeunes mères et qu'il y a une nécessité d'instaurer du soutien clinique pour les infirmières. Des moyens sont donc nécessaires pour

soutenir les infirmières dans leur pratique d'accompagnement auprès de jeunes mères ayant vécu une expérience de maltraitance afin qu'elles se sentent davantage compétentes (Havig, 2008 ; Ross et al., 2010 ; SmithBattle et Freed, 2016 ; SmithBattle et al., 2013), tout en réduisant le risque de développer un épuisement professionnel ou une fatigue de compassion (Sorenson et al., 2016 ; Townsend et Campbell, 2009). Il existe néanmoins peu d'écrits qui rendent compte d'interventions et de leurs retombées pour soutenir les infirmières qui pratiquent dans des programmes d'intervention précoce. Nous en avons repéré deux qui correspondent au contexte de services offerts en première ligne auprès de jeunes mères vivant en contexte de vulnérabilité.

Le premier rapporte une étude pilote utilisant des méthodes mixtes menée par l'équipe de SmithBattle et al. (2013) qui a développé et évalué une intervention nommée « *Listening with Care* ». L'intervention de formation inclut la présentation de récits de jeunes mères pour aider les infirmières à comprendre les expériences vécues et pour soutenir le déploiement de leurs compétences relationnelles auprès des jeunes mères. Cette intervention inclut un guide d'entretien clinique pour appuyer les infirmières dans leur capacité d'écoute active et de dialogue avec des jeunes mères au sujet de leurs aspirations, leurs préoccupations et leur identité personnelle. Offerte en six séances, sur une période de deux mois, cette formation s'avère acceptable et faisable, dans la mesure où des professionnelles expérimentées sont disponibles pour son déploiement. Le deuxième écrit offre une description détaillée du développement et de l'implantation d'un modèle de soutien clinique basé sur le cycle de réflexion de Gibb (1988, cité dans Beam et al., 2010) et le modèle de supervision clinique de Fenichel (1992, cité dans Beam et al., 2010) pour soutenir le développement des compétences des infirmières auprès de jeunes mères (Beam, O'Brien et Neal, 2010). Déployé au sein du programme national de « *Nurse-Family Partnership* » qui existe depuis les années 1970 aux États-Unis (Dawley, Loch et Bindrich, 2007), ce modèle comporte des discussions de cas, de la supervision clinique hebdomadaire et deux visites à domicile annuelles en compagnie de la superviseure pour renforcer le raisonnement clinique des infirmières et réduire l'incidence de fatigue de compassion.

Il demeure que les interventions précédentes, bien que pertinentes lorsque les ressources sont disponibles, requièrent l'appui de divers experts et de superviseurs cliniques pour en soutenir le déploiement. De telles approches sont difficilement transférables dans des services

de première ligne au Québec, en raison du manque de ressources monétaires et professionnelles. Or, en contexte de ressources limitées, il est suggéré que des approches réflexives collectives seraient pertinentes, pour soutenir les infirmières dans leur intervention d'accompagnement (Beam et al, 2010 ; Dmytryshyn et al., 2015 ; McGuigan, Katzev et Pratt, 2003). Diverses activités réflexives menées en groupe, qui se déclinent selon différents libellés, et qui ont pour but de favoriser le développement professionnel, le développement des compétences, la prise de décision éthique, l'amélioration de la conscience de soi ou des compétences relationnelles s'avèrent faisables (Asselin et Fain, 2013 ; Billington, 2013 ; Dawber, 2013b ; Dawber et O'Brien, 2013 ; Howatson-Jones, 2013 ; Lawrence, 2011 ; Peden-McAlpine, Tomlinson, Forneris, Genck et Meiers, 2004 ; Schön, 1983), tout en nécessitant peu de ressources, selon les exigences et opportunités dans le contexte clinique des infirmières (Dubé et Ducharme, 2015).

Règle générale, une activité de réflexion collective consiste à décrire et à co-analyser ses émotions, pensées, croyances, valeurs, intentions et comportements par rapport à une situation clinique vécue (Dubé et Ducharme, 2015 ; McVey et Jones, 2012 ; Rolfe, Jasper et Freshwater, 2011). Par exemple, une infirmière rédige un récit sur une situation clinique vécue, puis raconte son histoire à des collègues pour amorcer une analyse réflexive en groupe (Asselin et Fain, 2013 ; Billington, 2013 ; Lawrence, 2011). Les échanges guidés par une animatrice et menés dans un tel espace de collaboration permettent une nouvelle compréhension de la situation clinique. Les infirmières proposent également des pistes d'intervention puis les essaient dans leur pratique afin de revenir ensemble, en groupe, pour en discuter (Dubé et Ducharme, 2015).

Pour cultiver une réflexion collective, il importe toutefois de contextualiser la pratique infirmière considérée au travers d'expériences concrètes et vécues (Dubé et Ducharme, 2015 ; Graham, Andrewes et Clark, 2005 ; Peden-McAlpine et al., 2004). À cet égard, le récit serait un dispositif permettant de révéler ces expériences pour favoriser des interactions entre les personnes et déclencher une réflexion collective (Collin et Karsenti, 2011). Les récits seraient également un moyen privilégié pour faire appel aux émotions des infirmières et pour solliciter un retour critique sur leur pratique de relation d'aide (Christiasen, 2011 ; Haines et Livesley, 2008 ; Macpherson, 2008 ; Schwart, 2012 ; Taylor, Banks-Wallace et Tripp-Reimer, 2001), qu'il soient présentés sous forme écrite, oralement en présentiel, ou en version audio ou audiovisuelle (Gidman, 2013 ; Macpherson, 2008 ; McDrury et Alterio, 2002 ; Moon et Fowler,

2008 ; Schwartz et Abbott, 2007 ; Wheeler, Butell, Epeneter, Langford et Taylor, 2016). Les récits peuvent également provenir de sources diverses. Par exemple, des personnes soignées peuvent consentir à raconter leur expérience de santé vécue (Fenton, 2014 ; Gidman, 2013).

Dans la même optique, des chercheurs ayant réalisé des études qualitatives auprès de jeunes mères ayant vécu des expériences de maltraitance suggèrent que les récits produits au terme de leurs recherches soient utilisés pour aider les infirmières à comprendre le vécu de ces jeunes mères et améliorer leur pratique d'accompagnement (Brand, Morisson et Down, 2015 ; Kennedy, 2005 ; Palacios et Kennedy, 2010 ; Pitre et al., 2015). L'étude de SmithBattle et al. (2013) décrite plus haut inclut d'ailleurs des récits construits à partir d'entretiens réalisés auprès de jeunes mères dans une recherche qualitative portant sur la façon dont leurs familles et leurs partenaires influencent leur transition de vie durant la maternité. Enfin, d'autres récits mettent plutôt en scène des situations cliniques infirmières, du point de vue des infirmières qui les vivent (Christiasen, 2011 ; Dubé et Ducharme, 2014 ; LeBlanc, 2017 ; McKeown et al., 2010 ; Schwartz, 2012).

Toutefois, l'élaboration de récits audio comportant des histoires réelles et vécues, ainsi que leur usage dans des groupes pour amorcer une réflexion collective sur sa pratique professionnelle est peu documentée (Christiasen, 2011 ; Fenton, 2014 ; LeBlanc, 2017 ; McDrury et Alterio, 2000 ; Schwartz, 2012 ; Waugh et Donaldso, 2016). Plutôt que de présenter le développement et la mise en application des récits, les écrits repérés présentent plutôt leur effet positif sur l'apprentissage et sur le développement de l'identité professionnelle d'étudiants en soins infirmiers (Christiasen, 2011 ; Fenton, 2014 ; Gidman, 2013) ou sur l'amélioration de la qualité des soins par des infirmières en exercice (Haigh et Hardy, 2011 ; Hardy, 2007 ; McKeown, Clarke, Ingleton, Ryan et Repper, 2010). Ces observations suggèrent qu'autant les récits de personnes ayant vécu une situation de santé que les récits des infirmières apparaissent pertinents.

Bref, les écrits suggèrent des pistes pour accompagner les infirmières dans le développement de leurs compétences auprès de jeunes mères ayant vécu de la maltraitance : des activités de réflexion collective déclenchées par des récits audio d'infirmières ou de jeunes mères consistent une avenue qui apparaît faisable et pertinente dans un contexte de ressources

limitées. Considérant le peu d'indications disponibles quant à l'élaboration des récits et leur usage, **le but de ce projet de stage fut le suivant :**

Documenter le développement et la mise à l'essai de deux récits audio, incluant le récit de pratique d'une infirmière et le récit d'une jeune mère ayant vécu une expérience de maltraitance durant son enfance, ceci dans l'optique d'amorcer une réflexion collective avec des infirmières de première ligne sur leur pratique dans un programme d'intervention précoce.

Pour atteindre ce but, le projet repose sur deux repères théoriques. Un premier est issu des travaux cliniques de Fraiberg (2012). Partant d'une longue expérience clinique auprès de jeunes mères ayant vécu des traumatismes durant leur enfance, Fraiberg (2012) fait la démonstration qu'il est essentiel de solliciter directement le récit de l'expérience de maltraitance de jeunes mères pour entendre et soutenir l'expression de la souffrance qu'elles vivent et qui se perpétue leur vie durant. Elle a proposé l'image métaphorique « des fantômes dans la chambre de l'enfant » (Fraiberg, Adelson et Shapiro, 1975) pour représenter la souffrance et les expériences de maltraitance vécues durant l'enfance et qui suivent la personne toute sa vie. Ces « fantômes » seraient très présents dans la vie des jeunes mères au cours de la transition vers la maternité ou peuvent surgir lors de la naissance de leur enfant. En leur présence, la jeune mère peut éprouver de la difficulté à entendre les pleurs de son enfant puisque les siens n'ont pas été écoutés lorsqu'elle en avait tant besoin (Fraiberg et al., 1975). Raconter sa propre histoire constituerait ainsi un jalon thérapeutique essentiel pour être entendu, reconnu et validé dans son expérience. En retour, cela permet d'accompagner ces jeunes femmes de manière à ce qu'elles comprennent la présence et l'influence de leurs « fantômes » sur leur relation avec leur propre enfant.

Cela dit, pour aider les intervenants à reconnaître l'existence « des fantômes » des jeunes mères qui surgissent et qui nuisent à leur capacité d'établir une relation avec leur enfant, Fraiberg (2012) utilisait des récits racontant des histoires réelles, issues de la pratique des intervenants. Ces récits audiovisuels et oraux, présentés lors de discussions de cas en groupe,

incluaient des propos de jeunes mères ainsi que des questionnements et propos d'intervenants. Les espaces de discussion déclenchés par ces récits favorisaient une réflexion de groupe entre les intervenants. De plus, Fraiberg invitait les intervenants à mettre en mots leur propre pratique, donc à partager leurs propres récits de pratique, pour les aider à développer leurs capacités d'accompagnement auprès des jeunes mères. En particulier, elle soulignait la légitimité de reconnaître leurs propres émotions face à de telles situations, pour être plus disponible à reconnaître les « fantômes » des jeunes mères et leur souffrance refoulée. Une telle approche aurait renforcé la capacité des intervenants à établir un lien thérapeutique signifiant pour favoriser le bien-être psychologique et la sensibilité maternelle des jeunes mères envers leurs bébés afin de réduire la transmission intergénérationnelle de traumatismes. Bref, l'approche de Fraiberg (2012) suggère la pertinence de développer des récits qui incluent les intervenants. Cette approche serait d'autant plus pertinente pour les infirmières de services première ligne, même en contexte d'intervention précoce, où il demeure difficile pour elles de s'exprimer spontanément sur ce sujet sensible (SmithBattle et Freed, 2016).

Le deuxième repère théorique retenu est le modèle de Rolfe (2011) pour guider la réalisation d'une activité de réflexion collective (Annexe A). Son modèle, clair et concret, souligne l'importance à accorder à l'exploration des émotions vécues par les participants et les personnes auprès desquels elles interviennent. Il convient ainsi aux réalités et à la charge émotionnelle qu'invoque l'accompagnement de jeunes mères ayant vécu de la maltraitance.

Le projet étant exposé, **trois objectifs spécifiques** ont été formulés pour atteindre le but de ce stage : 1) Développer deux récits audio ; 2) Planifier une activité de réflexion collective adaptée aux besoins et aux ressources des infirmières d'un programme d'intervention précoce dans une équipe de première ligne ; et 3) Mettre à l'essai les récits audio dans une activité de réflexion collective.

En corollaire, dans l'atteinte des exigences du développement des compétences attendues au niveau des études de deuxième cycle en sciences infirmières, **les objectifs d'apprentissage** furent les suivants : 1) Développer mes capacités d'introduction d'une intervention en soutien au développement des compétences infirmières dans un nouveau milieu ; 2) Développer mes habiletés d'animation dans une activité de réflexion collective ; et 3) Approfondir mes habiletés de raisonnement, de synthèse et de rédaction scientifique.

Le chapitre suivant présente un article scientifique en préparation pour la revue *Public Health Nursing* et documente le projet réalisé dans un programme d'intervention précoce. Le chapitre 3 présentera le bilan des objectifs de stage et d'apprentissage et se conclut par des recommandations.

Chapitre 2. Article

L'article proposé dans ce chapitre représente le projet de stage de l'étudiante. Il résulte d'un travail d'équipe avec la co-superviseuse de stage et la directrice de maîtrise qui a permis de réaliser un projet contextualisé aux besoins des infirmières dans un programme d'intervention précoce. En voici les détails:

Titre : Listening to young mothers who have experienced childhood trauma: stories to initiate a collective reflection among nurses in an early intervention programme

Auteurs : Marie-Pier Long, Madeline Pierre et Sylvie Gendron

État actuel de l'article : Suite à l'évaluation du rapport de stage, la version en français sera traduite en anglais pour soumission à la revue Public Health Nursing.

Contribution de la première auteure : Élaboration et mise à l'essai du projet. Rédaction et révision de l'article.

Contribution des coauteures :

Madeline Pierre, M.Sc., inf. : Collaboration au projet en tant que co-superviseuse de stage. Elle a soutenu l'étudiante dans l'élaboration de ce projet.

Sylvie Gendron, inf., Ph. D. : Collaboration au projet, à la rédaction et révision de l'article. Elle a accompagné l'étudiante dans la rédaction de l'article par le biais de commentaires, de suggestions et de discussions réflexives.

Listening to young mothers who have experienced childhood trauma: stories to initiate a collective reflection among nurses in an early intervention programme

Marie-Pier Long, Madeline Pierre, Sylvie Gendron

RÉSUMÉ :

PROBLÉMATIQUE : Une part considérable de jeunes mères accompagnées par des infirmières de services de première ligne a vécu une expérience de maltraitance durant l'enfance. Ces infirmières se sentent peu soutenues, compétentes ou outillées pour aborder ce sujet auprès des jeunes mères. Le recours à des récits audio dans une activité de réflexion collective apparaît pertinent pour soutenir ces infirmières dans leur pratique d'accompagnement. Toutefois, l'élaboration et l'usage de ces récits demeurent peu décrits. **BUT :** Ce rapport présente le développement de récits audio et leur mise à l'essai dans une activité de réflexion collective auprès d'infirmières d'un programme d'intervention précoce. **MÉTHODE :** Les propositions de Fraiberg (1975) issues de sa longue expérience clinique d'intervention auprès de jeunes mères ayant vécu de la maltraitance durant leur enfance ont servi à la création de deux récits audio à partir d'entretiens non dirigés menés auprès d'une infirmière et d'une mère. Une période immersive dans un programme d'intervention précoce a permis une approche contextualisée pour recruter des interlocutrices crédibles, solliciter leurs histoires et construire les récits. Cinq infirmières ont participé à une activité de réflexion collective de trois rencontres et inspirée de la méthode de Rolfe (2011). Le déroulement de l'activité a été documenté itérativement par un journal de bord de l'animatrice. Cette dernière a été soutenue par un retour réflexif après chaque rencontre, avec ses co-directrices de stage. **CONSTATS :** Les récits ont fait « entendre la voix » de jeunes mères et ont déclenché l'expression d'émotions refoulées par les infirmières qui ont amorcé la description de situations concrètes de leur pratique et entrepris une analyse critique des conditions de leur pratique professionnelle. Une fois le dialogue ouvert sur ce sujet sensible, le travail émotionnel des infirmières, au sein de leur organisation, fut mis en évidence. L'exercice concourant de pratique réflexive, par l'animatrice, est apparu indispensable pour accompagner les infirmières à s'engager dans une activité de réflexion collective.

CONCLUSION : L'usage de théories s'est avéré utile pour créer un dispositif narratif déclencheur d'une activité de réflexion collective sur un sujet sensible et peu reconnu. La réflexion collective amorcée signale le potentiel de poursuivre une pratique réflexive collective avec des infirmières de programmes d'intervention précoce sur ce sujet qui est généralement passé sous silence, tout en accordant une attention accrue au développement de leurs compétences émotionnelles pour renforcer la capacité des infirmières à entendre la voix de jeunes mères ayant vécu de la maltraitance.

Mots-clés : récits audio, infirmières de première ligne, réflexion collective, maltraitance, jeunes mères, travail émotionnel, compétences émotionnelles, programme d'intervention précoce

Problématique

Depuis les années 1970, des programmes d'intervention précoce sont dédiés aux familles dont les mères ont moins de 20 ans à la naissance de leurs enfants (Olds, Henderson et Kitzman, 1994). Dans ces programmes, les infirmières figurent parmi les principales intervenantes des équipes interdisciplinaires auprès de jeunes mères en raison des besoins liés aux expériences de la maternité (Dawley, Loch et Bindrich, 2007). La plupart du temps, ces jeunes femmes n'ont pas terminé leurs études secondaires, sont sans emploi et vivent dans des conditions de précarité matérielle et sociale (Eckenrode et al., 2010 ; Koniak-Griffin, Anderson, Verzemnieks et Brecht, 2000 ; Olds et al., 2010). Malgré ces conditions de vulnérabilité sociale, la maternité confère un sens positif à leur vie et procure un ancrage transformateur aux projets de vie des jeunes femmes (Herrman, 2006 ; SmithBattle, 2003 ; SmithBattle et Leonard, 2012 ; Spear, 2001). Il n'est pas rare que la maternité facilite l'accès à de nouvelles ressources et constitue même une voie de guérison par rapport à des souffrances du passé, y incluant des expériences de maltraitance vécues durant leur enfance (Bernard, 2015 ; Middleton, 2010 ; SmithBattle et Leonard, 1998 ; Williams et Vines, 1999).

Les programmes d'intervention précoce sont reconnus pour leurs effets positifs sur le développement des bébés et l'attachement mère-enfant, la réduction du taux de maltraitance infantile et l'amélioration des conditions de vie des jeunes mères (Koniak-Griffin et al., 2000 ; Olds, Sadler et Kitzman, 2007 ; Reynolds, Mathieson et Topitzes, 2009 ; Schaffer, Goodhue, Stennes et Lanigan, 2012). Force est de constater que la pratique infirmière dans de tels programmes demeure généralement circonscrite au suivi de santé du bébé et aux conditions assurant son bien-être (Dolan-Mccall, Eckenrode et Olds, 2009 ; McNaughton, 2004). Pourtant, des études qualitatives soutiennent qu'une part considérable de jeunes mères accompagnées souffre en silence (Kennedy, 2005 ; Maxwell, Proctor et Hammond, 2011 ; Palacios et Kennedy, 2010 ; Pitre, Kushner, Hegadoren et Raine, 2015) et que des émotions liées aux expériences de maltraitance vécues durant leur propre enfance tendent à resurgir au cours de la transition vers la maternité (Brand, Morisson et Down, 2015 ; Erdman et Black, 2008).

Les expériences de maltraitance incluent toute forme d'abus ou de négligence physique ou affective, ou encore de sévices sexuels perpétrés dans une relation de responsabilité, de

confiance ou de pouvoir (OMS, 2006). Depuis les années 2000, des études menées au Canada et aux États-Unis rapportent des prévalences variant de 45% à 96%, selon la forme de maltraitance, parmi des jeunes mères (Gendron, Dupuis, Moreau, Clavier, Dupuis et Lachance, 2014 ; Madigan, Vaillancourt, McKibbin et Benoit, 2012 ; Noll, Shenk et Putnam, 2009 ; Putman-Hornstein, Cederbaum, King, Cleveland et Needell, 2013). Cette prévalence élevée d'expériences de maltraitance durant l'enfance des jeunes mères ne semble pas abordée directement par des interventions spécifiques dans les programmes d'intervention précoce (Dolan-McCall, Eckenrode et Olds, 2009 ; McNaughton, 2004 ; Roman, Raffo et Meghea, 2012). L'intervention porte plutôt sur des conséquences à moyen et à long terme de ces expériences (Garcia, McNaughton, Radosevich, Brandt et Mosen, 2013 ; Koniak-Griffin et al., 2003), lesquelles incluent des symptômes dépressifs, d'anxiété, de stress post-traumatique et des tentatives de suicide (Lesser et Koniak-Griffin, 2000 ; Meltzer-Brody et al., 2013). Ces conditions psychologiques auraient des répercussions sur les compétences parentales et la sensibilité maternelle (Koren-Karie, Oppenheim et Getzler-Yosef, 2008) qui, en retour, auraient une incidence sur le développement global des enfants et la relation d'attachement mère-enfant (Atkinson et al., 2000 ; Lounds, Borkowski et Whitman, 2006 ; Sommer et al., 2000). Selon les outils de mesure utilisés et le contexte, les études rapportent que les jeunes mères ayant vécu des expériences de maltraitance ont davantage de difficultés à développer une relation affective avec leur bébé comparativement aux jeunes mères n'ayant pas vécu de la maltraitance (Berthelot, Ensink, Bernazzani, Normandin, Luyten et Fonagy, 2015 ; Ensink, Berthelot, Bernazzani, Normandin et Fonagy, 2014 ; Pasalich, Cyr, Zheng, McMahon et Spieker, 2016).

D'autres études menées auprès de jeunes mères ayant vécu des expériences de maltraitance durant leur enfance ou leur adolescence rapportent qu'elles n'ont souvent pas été entendues et auraient peur d'être rejetées ou jugées si elles dévoilent leur passé (Erdman et Black, 2008 ; Maxwell, Proctor et Hammond, 2011). Il n'est pas rare qu'un parent ou un autre membre de leur famille ait trahi leur confiance en demandant qu'elles taisent les événements par crainte de représailles, de déshonneur ou d'éclatement familial (Koren-Karie, Oppenheim et Getzler-Yosef, 2008). Réduites au silence, elles sont donc ambivalentes face aux intervenants qui tentent d'établir une relation d'aide, notamment dans des programmes d'intervention précoce. Il n'en demeure pas moins que le développement d'une relation d'aide s'avère essentiel

pour construire la confiance, pour reconnaître l'expérience vécue, et pour répondre aux besoins des jeunes mères (Aston et al., 2015 ; Browne, Doane, Reimer, MacLeod et McLellan, 2010 ; SmithBattle, Lorenz et Leander, 2013). Ces dernières doivent se sentir en sécurité dans l'espace relationnel pour être en mesure de mettre des mots sur leurs émotions et leurs souffrances liées aux expériences de maltraitance (Aston et al., 2015 ; Fraiberg, 2012). Lorsqu'elles constatent et ressentent que leur expérience est validée, elles peuvent davantage identifier et exprimer ce qu'elles souhaitent pour elles et pour leurs enfants afin de s'engager dans des projets de vie personnels et familiaux (Herrman, 2006 ; SmithBattle et Lenoard, 2012 ; Spear, 2004).

L'espace relationnel établi entre les infirmières et les jeunes mères dans un programme d'intervention précoce constitue, en l'occurrence, une voie privilégiée pour favoriser le bien-être psychologique de la jeune mère et, par extension, sa relation d'attachement avec son bébé (Porr, 2015 ; Schaffer et Mbibi, 2014). La relation d'aide exige, cependant, un engagement émotionnel soutenu de la part des infirmières pour établir des liens signifiants auprès des jeunes mères, sans quoi il est difficile pour ces dernières de s'ouvrir au sujet de leurs préoccupations et d'expériences difficiles vécues durant leur enfance (Aston et al., 2015 ; Porr, 2015 ; SmithBattle, 2003). À cet égard, il n'est pas rare que des infirmières craignent qu'en abordant directement le sujet de la maltraitance soit déclenchée une décompensation psychologique chez les jeunes femmes qu'elles considèrent vulnérables (Chernomas et Mordoch, 2013 ; Ross et al., 2010 ; Saifan et al., 2012). Selon SmithBattle et Freed (2016), des experts reconnus dans le domaine de l'intervention précoce, les infirmières de ces programmes se sentent peu préparées pour répondre aux souffrances vécues des jeunes mères et manquent ainsi des occasions pour ouvrir la discussion à ce sujet.

Ceci dit, de manière générale et quel que soit le contexte de soins, la recherche menée auprès d'infirmières suggère qu'elles ne se sentent pas assez compétentes, ni soutenues ou outillées dans leur intervention auprès de personnes ayant vécu de la maltraitance durant leur enfance (Dmytryshyn, Jack, Ballantyne, Wahoush et MacMillan, 2015 ; Saifan, Alrimawi et Bashayreh, 2015 ; Van Der Zalm et al., 2015). L'appui mitigé des gestionnaires de soins, le manque de soutien clinique et l'absence de lignes directrices au sujet de la prestation de soins dédiés aux personnes ayant vécu des expériences de maltraitance durant leur enfance créent une réelle ambiguïté par rapport au rôle des infirmières et au déploiement de leurs compétences

(Chernomas et Mordoch, 2013 ; Phillips, 2011 ; Warne et McAndrew, 2010). En particulier, les infirmières doutent de leurs compétences professionnelles et des interventions à réaliser (Laubscher et Corwin, 2005 ; Mansfield, Meehan, Forward et Richardson-Clarke, 2016 ; Ross et al., 2010). De plus, le manque de soutien clinique peut contribuer au développement d'une fatigue de compassion (Sorenson, Bolick, Wright et Hamilton, 2016), d'un épuisement professionnel (Towsend et Campbell, 2009) et peut engendrer un travail émotionnel exigeant (Aston et al., 2015 ; Gray et Smith, 2009). Il importe donc de soutenir les infirmières dans leur expérience d'accompagnement auprès de jeunes mères ayant vécu une expérience de maltraitance afin qu'elles se sentent davantage compétentes dans leur pratique de relation d'aide (Beam, O'Brien et Neal, 2010 ; Porr, 2015 ; SmithBattle, 2003 ; SmithBattle et Freed, 2016).

Soutenir les infirmières par une activité de réflexion collective

En contexte de ressources limitées dans des services de première ligne, ce sont des approches privilégiant la réflexion sur la pratique qui retiennent l'attention des chercheurs pour soutenir les infirmières dans leur intervention d'accompagnement (Asselin et Fain, 2013 ; Azzi-Lessing, 2011 ; Dubé et Ducharme, 2015 ; Lawrence, 2011 ; McVey et Jones, 2012 ; Peden-McAlpine, Tomlinson, Forneris, Genck et Meiers, 2004). Le but général d'une telle approche est d'améliorer les pratiques cliniques et la qualité des soins. Diverses activités réflexives en groupe, apparemment préférées aux activités individuelles (Dubé et Ducharme, 2015), et qui se déclinent selon différents libellés, s'avèrent relativement faisables à implanter, tout en exigeant peu de ressources (Dubé et Ducharme, 2015 ; Lawrence, 2011 ; McVey et Jones, 2012 ; Peden-McAlpine, Tomlinson, Forneris, Genck et Meiers, 2004). Une fois obtenus l'appui d'un milieu clinique pour octroyer du temps et l'engagement des personnes qui désirent déployer une telle approche (Burton, 2000 ; Dawber, 2013a), des activités de réflexion collective peuvent être animées par une infirmière avec un petit groupe de participantes. Par exemple, des écrits font état de groupes de trois à dix infirmières engagées dans des activités sur une période de vingt-deux semaines à huit mois, selon le contexte clinique (Dawber, 2013b ; Dubé et Ducharme, 2014 ; Gustafsson et Fagerberg, 2004 ; Platzer, Blake et Ashford, 2000). L'approche consiste à susciter une réflexion sur sa pratique professionnelle, ses pensées, ses croyances et émotions, ainsi que ses valeurs et celles de l'organisation (Schön, 1983, 1987). Des échanges guidés par

une animatrice permettent également aux participants de concevoir des interventions nouvelles, de discuter de leur mise à l'essai et de poursuivre une réflexion sur et dans l'action. Ceci est cohérent avec les principes des différents modèles théoriques sous-jacents retenus (Gibbs, 1988 ; Kim, 1999 ; Rolfe, 2011) qui comportent des cycles ou des phases séquentielles de réflexion sur ou dans l'action.

Cependant, peu d'études rendent compte d'activités de réflexion collective et de leurs retombées pour soutenir les infirmières qui pratiquent dans des programmes d'intervention précoce. Par exemple, l'étude de Beam et al. (2010) offre une description détaillée du développement et de l'implantation d'un modèle de soutien clinique basé sur le cycle de réflexion de Gibb (1988) et le modèle de supervision clinique de Fenichel (1992, cité dans Beam et al., 2010) pour soutenir le développement des compétences des infirmières auprès de jeunes mères. Déployé au sein du programme national de « *Nurse-Family Partnership* » qui existe depuis les années 1970 aux États-Unis (Dawley, Loch et Bindrich, 2007), ce modèle comporte des discussions de cas, de la supervision clinique hebdomadaire et deux visites à domicile annuelles en compagnie de la superviseuse pour renforcer le raisonnement clinique des infirmières et réduire l'incidence de fatigue de compassion. À tout le moins, les infirmières qui reçoivent du soutien clinique dans ces programmes mentionnent que les expériences émotionnelles sont insuffisamment explorées en groupe (Dmytryshyn et al., 2015). D'autres études indiquent qu'elles désirent partager leurs réflexions, en groupe, à partir de situations cliniques qu'elles ont vécues auprès de personnes cumulant des expériences d'abus ou de négligence (Chernomas et Mordoch, 2013; Phillips, 2011; Ross et al., 2010). Divers auteurs ont déjà conclu que l'instauration d'espaces collectifs permettant de partager des réflexions est essentielle et nécessaire pour soutenir les infirmières qui interviennent auprès de femmes ayant vécu des événements de violence (Phillips, 2010 ; Van Der Zalm et al., 2015).

En l'occurrence, ce projet a amorcé une activité de réflexion collective avec des infirmières dans un programme d'intervention précoce pour en concevoir les opérations et la faisabilité. Le modèle de Rolfe (2011), basé sur la théorie de l'apprentissage par l'expérience de Kolb (1984, cité dans Rolfe et al., 2011), est retenu parmi les modèles recensés (Gibbs, 1988 ; Johns, 2006 ; Kim, 1999). Sa conception, claire et concrète, souligne l'importance accordée à l'exploration des émotions vécues par les participants. Ce modèle convient ainsi aux réalités et

à la charge émotionnelle qu'invoque l'accompagnement de jeunes mères ayant vécu de la maltraitance. De plus, il peut être déployé en groupe, avec un facilitateur issu du groupe de personnes engagées dans l'activité. Des questions spécifiques pouvant être adaptées au contexte clinique des infirmières peuvent être formulées en appui à l'animatrice dans une visée de développement des compétences infirmières (Nelumbu, 2015). Ces questions favorisent la réflexion sur les expériences et les incertitudes des participants et, dans un espace de groupe, peuvent engager un dialogue avec soi-même et les autres (Jay et Johnson, 2002) sur des sujets qui sont signifiants pour les participants. Les interactions entre les infirmières conjuguent ainsi leurs réflexions individuelles, leurs connaissances et leurs expériences pour approfondir la compréhension et pour développer leurs compétences (Collin et Karsenti, 2011). La Figure 1 présente une adaptation du modèle de Rolfe (2011) pour ce projet.

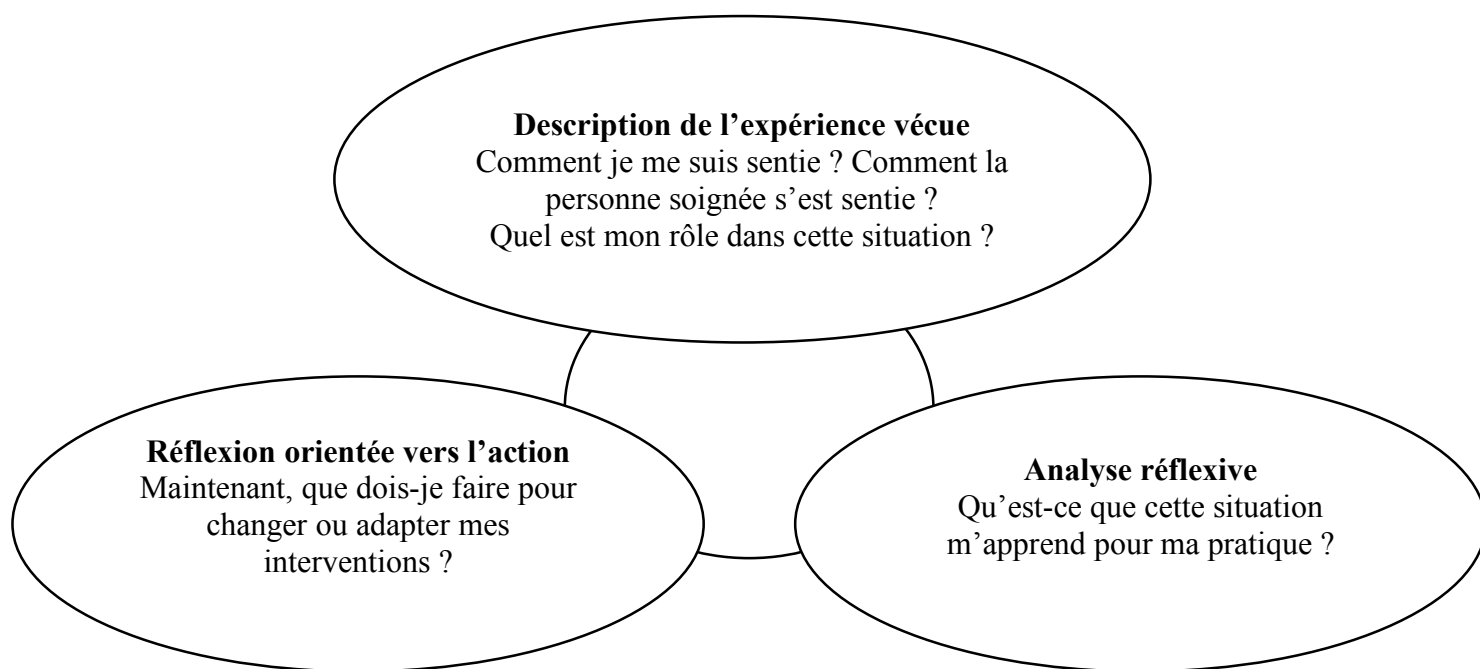


Figure 1. Adaptation du modèle de Rolfe (2011)

Spécifiquement, Rolfe (2011) propose un cycle comportant trois dimensions de réflexion, chacune basée sur des questions clés, à savoir « What? So what? Now what ? » (Rolfe, 2011, p.42). Ces dimensions sont concourantes et non-linéaires. La première dimension correspond à la description, où les participants décrivent une expérience vécue ayant suscité des

émotions et des questionnements. La pratique des infirmières est mise en mots et amenée à leur conscience, tout en invitant à une reconnaissance de ses émotions (Rolfe, 2011). Dans la deuxième dimension, la réflexion comporte une analyse de ce qui s'est passé ou a été vécu, qu'il s'agisse de comportements, d'actions, de sentiments, de pensées ou d'évènements qui se sont déroulés (Rolfe, 2011). La troisième dimension du modèle représente la réflexion orientée vers l'action. Les participants se questionnent sur la manière dont ils peuvent changer leur pratique par des actions concrètes. Des idées d'interventions peuvent être formulées pour éventuellement être mises à l'essai.

Cultiver la réflexion par des récits

Pour cultiver une réflexion collective, il importe toutefois de contextualiser la pratique infirmière considérée au travers d'expériences concrètes et vécues (Dubé et Ducharme, 2015 ; Graham, Andrewes et Clark, 2005 ; Peden-McAlpine et al., 2004). À cet égard, le récit serait un dispositif permettant de révéler ces expériences pour favoriser des interactions entre les personnes et déclencher une réflexion collective (Collin et Karsenti, 2011). Les récits seraient également un moyen privilégié pour faire appel aux émotions des infirmières et pour solliciter un retour critique sur leur pratique de relation d'aide (Christiasen, 2011 ; Haines et Livesley, 2008 ; Macpherson, 2008 ; Schwart, 2012 ; Taylor, Banks-Wallace et Tripp-Reimer, 2001). Les émotions exprimées dans les récits permettent notamment aux infirmières de nommer, de reconnaître et de ressentir leur propre réaction émotionnelle face à une expérience vécue par une personne soignée et faciliteraient ainsi l'exploration de sujets sensibles face auxquels elles se sentent incompetentes ou peu soutenues (Macpherson, 2008 ; McDrury et Alterio, 2002 ; Nathaniel, 2006). Les récits peuvent être sous forme écrite, oralement en présentiel, ou en version audio ou audiovisuelle (Gidman, 2013 ; Macpherson, 2008 ; McDrury et Alterio, 2002 ; Moon et Fowler, 2008 ; Schwartz et Abbott, 2007 ; Wheeler, Butell, Epeneter, Langford et Taylor, 2016). Les récits peuvent également provenir de sources diverses. Par exemple, des personnes soignées peuvent consentir à raconter leur expérience de santé vécue (Fenton, 2014 ; Gidman, 2013).

Dans la même optique, des chercheurs ayant réalisé des études qualitatives auprès de jeunes mères ayant vécu des expériences de maltraitance suggèrent que les récits produits au

terme de leurs recherches soient utilisés pour aider les infirmières à comprendre le vécu de ces jeunes mères et améliorer leur pratique d'accompagnement (Brand, Morisson et Down, 2015 ; Kennedy, 2005 ; Palacios et Kennedy, 2010 ; Pitre et al., 2015). L'étude de SmithBattle et al. (2013) présentent des récits construits à partir d'entretiens réalisés auprès de jeunes mères dans une recherche qualitative portant sur la façon dont leurs familles et leurs partenaires influencent leur transition de vie durant la maternité. Enfin, d'autres récits mettent plutôt en scène des situations cliniques infirmières, du point de vue des infirmières qui les vivent (Christiasen, 2011 ; Dubé et Ducharme, 2014 ; LeBlanc, 2017 ; McKeown et al., 2010 ; Schwartz, 2012).

Dans le contexte particulier des programmes d'intervention précoce, les travaux cliniques de Selma Fraiberg (2012) témoignent de la pertinence de faire « entendre la voix » des jeunes mères ayant vécu de la maltraitance durant leur enfance, par le biais de récits audiovisuels et oraux, pour soutenir le développement de la pratique des intervenants lors de discussions cliniques. Cités plus de 2000 fois dans la littérature scientifique et clinique depuis les années 1980, Fraiberg, Adelson et Shapiro (1975) ont évoqué l'image puissante des « fantômes dans la chambre d'enfant » pour aider les intervenants à comprendre les réalités des jeunes mères, tout en réduisant leur propre charge émotionnelle ressentie dans la relation d'aide. Cette conception issue de la psychanalyse propose que les fantômes représentent les expériences de maltraitance vécues durant l'enfance, qui suivent une personne sa vie durant et qui peuvent réapparaître chez les jeunes mères au cours de la transition vers la maternité ou survenir lors de la naissance de leur enfant. En leur présence, la jeune mère ne peut entendre les pleurs de son enfant qui réveillent des souvenirs et des émotions appartenant à sa propre enfance et qui n'ont pas été reconnus ni entendus lorsqu'elle en avait tant besoin. Raconter sa propre histoire constituerait ainsi un jalon thérapeutique essentiel pour être entendu, reconnu et validé dans son expérience. En retour, cela permet d'accompagner ces jeunes femmes de manière à ce qu'elles comprennent la présence et l'influence de leurs « fantômes » sur leur relation avec leur propre enfant.

Cela dit, pour aider les intervenants à reconnaître l'existence « des fantômes » des jeunes mères qui surgissent et qui nuisent à leur capacité d'établir une relation avec leur enfant, Fraiberg (2012) utilisait des récits racontant des histoires réelles, issues de la pratique des intervenants. Ces récits audiovisuels et oraux, présentés lors de discussions de cas en groupe, incluaient des propos de jeunes mères ainsi que des questionnements et propos d'intervenants.

Les espaces de discussion déclenchés par ces récits favorisaient une réflexion de groupe entre les intervenants. De plus, Fraiberg invitait les intervenants à mettre en mots leur propre pratique, donc à partager leurs propres récits de pratique, pour les aider à développer leurs capacités d'accompagnement auprès des jeunes mères. En particulier, elle soulignait la légitimité de reconnaître leurs propres émotions face à de telles situations, pour être plus disponible à reconnaître les « fantômes » des jeunes mères et leur souffrance refoulée. Une telle approche aurait renforcé la capacité des intervenants à établir un lien thérapeutique signifiant pour favoriser le bien-être psychologique et la sensibilité maternelle des jeunes mères envers leurs bébés afin de réduire la transmission intergénérationnelle de traumatismes. L'approche de Fraiberg (2012) suggère la pertinence de développer des récits qui incluent les intervenants. Cette approche serait d'autant plus pertinente pour les infirmières de services première ligne, même en contexte d'intervention précoce, où il demeure difficile pour elles de s'exprimer spontanément sur ce sujet sensible (SmithBattle et Freed, 2016).

Les écrits suggèrent des pistes pour accompagner les infirmières dans le développement de leurs compétences auprès de jeunes mères ayant vécu de la maltraitance : des activités de réflexion collective déclenchées par des récits audio d'infirmières ou de jeunes mères constituent une avenue qui apparaît faisable et pertinente dans un contexte de ressources limitées. Toutefois, l'élaboration de récits audio comportant des histoires réelles et vécues, ainsi que leur usage dans des groupes pour amorcer une réflexion collective sur sa pratique professionnelle est peu documentée (Christiasen, 2011 ; Fenton, 2014 ; LeBlanc, 2017 ; McDrury et Alterio, 2000 ; Schwartz, 2012 ; Waugh et Donaldso, 2016). Plutôt que de présenter le développement et la mise en application des récits, les écrits repérés présentent plutôt leur effet positif sur l'apprentissage et sur le développement de l'identité professionnelle d'étudiants en soins infirmiers (Christiasen, 2011 ; Fenton, 2014 ; Gidman, 2013) ou sur l'amélioration de la qualité des soins par des infirmières en exercice (Haigh et Hardy, 2011 ; Hardy, 2007 ; McKeown, Clarke, Ingleton, Ryan et Repper, 2010). Ces observations suggèrent qu'autant des récits de personnes ayant vécu une situation de santé que ses récits des infirmières soignantes apparaissent pertinents.

Pour pallier à la pénurie de repères portant sur la construction et l'usage de récits, cet article décrit un projet sur le développement de deux récits audio ainsi que leur utilisation pour

déclencher une réflexion collective avec des infirmières de première ligne qui travaillent au sein d'un programme d'intervention précoce dédié à des jeunes mères.

Développement des récits audio et mise à l'essai

Ce projet s'est déroulé en 2017 durant une période de 10 semaines au Québec (Canada) dans un programme public d'intervention précoce offert par une équipe interdisciplinaire évoluant au sein d'un établissement de services de première ligne en milieu urbain. Ce milieu inclut des quartiers parmi les plus défavorisés de la ville, y incluant une croissance de populations récemment immigrées. L'équipe accompagne des familles vulnérables y incluant des jeunes mères de moins de 20 ans à la naissance de leur enfant. Les infirmières figurent parmi les intervenantes les plus présentes auprès des jeunes mères, autant dans l'offre de services en clinique qu'à domicile, pour contribuer à leur potentiel de santé et au bien-être des bébés. La Figure 2 représente la séquence temporelle du déroulement du projet selon trois phases: l'immersion dans le milieu, le développement des récits audio et leur utilisation dans une activité de réflexion collective.

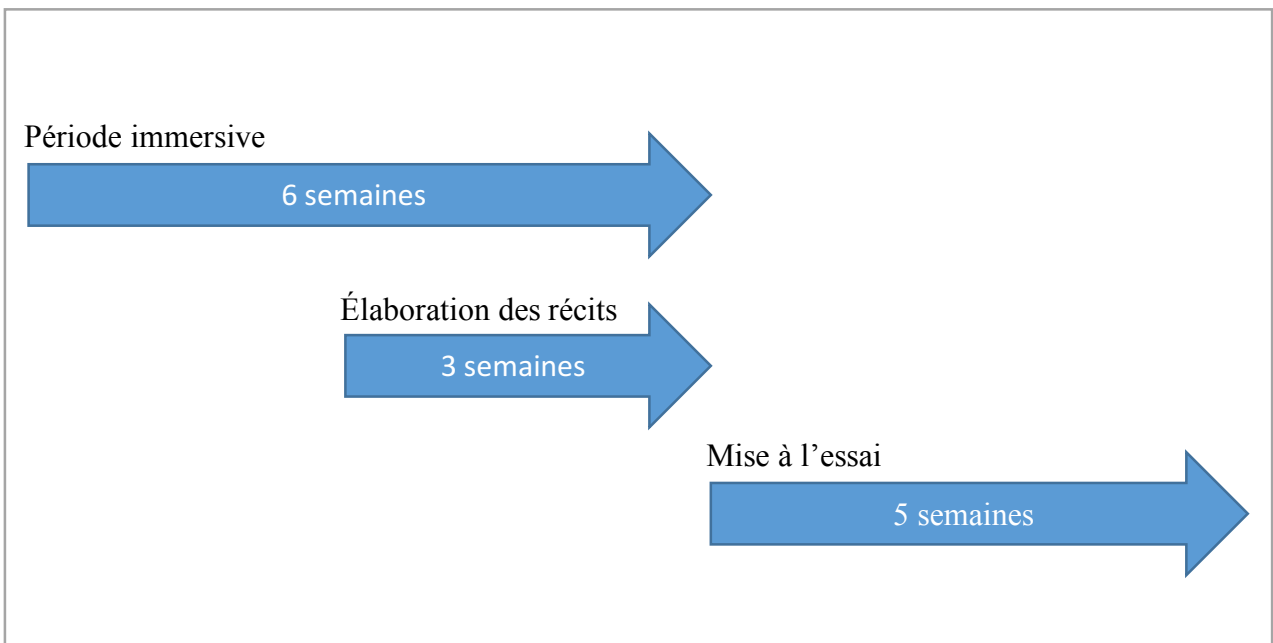


Figure 2. Séquence temporelle du déroulement du projet

Dans un premier temps, afin d'assurer une approche contextualisée aux réalités du milieu, une période d'immersion de six semaines a permis à la première auteure d'établir des liens avec les infirmières et leur équipe. Dès le départ, une réunion d'équipe a permis de présenter le projet et de discuter des enjeux de la pratique des infirmières auprès de jeunes mères ayant vécu des expériences de maltraitance durant leur enfance. De prime abord, l'intervention liée à la maltraitance apparaissait comme une chasse gardée des travailleuses sociales. La première auteure a accompagné les infirmières dans leurs diverses réunions d'équipe et dans leurs rencontres de suivi auprès de jeunes mères et leurs bébés au domicile, dans la clinique et dans des organismes communautaires. Durant cette période, il est apparu que peu d'interventions abordaient directement l'expérience de maltraitance vécue par des jeunes mères, malgré une certaine reconnaissance de celle-ci. Au moment de ce projet, une réorganisation majeure des services et des réseaux de ressources exigeait des ajustements au niveau de travail des infirmières, notamment en termes d'accroissement de tâches administratives. De leur point de vue, ces changements réduisaient leur temps d'accompagnement auprès des familles. Ainsi, ce moment d'immersion a servi à planifier une démarche sensible aux réalités que vivent les infirmières quotidiennement et à faciliter la réalisation du projet sur le sujet sensible, voire peu abordé, de leur pratique d'accompagnement auprès de jeunes mères qui ont vécu de la maltraitance. Les sections suivantes présentent le développement des récits, puis leur mise à l'essai dans une activité de réflexion collective.

Développement des récits audio

Le développement des récits a comporté trois étapes clés, sur une période de trois semaines : le recrutement des personnes, la sollicitation des histoires et la construction des récits audio.

Recrutement des personnes

Deux personnes ont consenti à l'enregistrement d'entretiens individuels à partir desquels les récits ont été créés. Dans un premier temps, une infirmière a été approchée en raison d'un lien de confiance mutuel et de son expérience clinique de plus de huit années auprès de jeunes mères. Invitée pour raconter son histoire d'accompagnement auprès de jeunes mères ayant vécu de la maltraitance, elle a consenti à ce que tout identificateur personnel soit retiré de son récit.

En parallèle, trois infirmières ont identifié des jeunes mères parmi celles qu'elles accompagnaient à ce moment. Bien que n'ayant pas fait l'objet d'interventions spécifiques à ce sujet, toutes avaient vécu de la maltraitance durant leur enfance ou leur adolescence. Les infirmières ont toutefois exprimé des inquiétudes quant aux conséquences d'un entretien sollicitant le passé traumatique des jeunes mères sur leur bien-être et le maintien de la relation de confiance établie. Des rencontres individuelles avec chaque infirmière ont donc été nécessaires pour rediscuter du but de l'entretien souhaité, ce qui a permis d'affiner, avec elles, les questions pouvant être posées à une jeune mère pour solliciter son histoire. Chaque infirmière, rassurée, a pu ainsi solliciter une jeune mère. Une seule était disponible à court terme et a accepté que la première auteure soit présente lors d'une visite à domicile pour exposer le projet, prendre le temps d'expliquer le déroulement d'un entretien et assurer un consentement éclairé pour la création d'un récit excluant tout identificateur personnel. Un rendez-vous a été fixé cinq jours plus tard au domicile de la jeune femme, cette fois-ci en l'absence de l'infirmière. Un rappel téléphonique a été effectué 24 heures avant cette rencontre pour assurer sa disponibilité.

Sollicitation des histoires

Deux guides d'entretien ouverts ont été développés en se référant aux repères théoriques retenus pour ce projet (Fraiberg, 1975 ; Rolfe, 2011). Bien qu'il s'agît tout simplement d'inviter les personnes à raconter leur propre histoire, de leur point de vue et à leur rythme, ces guides ont servi de support à la première auteure pour appuyer une écoute active qui était particulièrement sensible à la subtilité des propos liés à un potentiel traumatisme. Se basant sur les principes d'un entretien de type narratif (Chase, 2011 ; Creswell, 2007), chaque guide comportait cinq dimensions avec des sous-questions potentielles. Les éléments d'intérêt auprès de l'infirmière portaient sur ses sentiments, ses pensées, ses actions lorsqu'elle accompagne des jeunes mères ayant vécu des expériences de maltraitance. L'entretien a débuté comme suit : *j'aimerais que vous pensiez à une jeune mère que vous avez déjà accompagnée et qui a déjà vécu une expérience de maltraitance...pourriez-vous me raconter comment ça s'est passé pour vous deux ?* En ce qui concerne la jeune mère, les questions abordaient son enfance et sa relation avec l'infirmière et l'équipe du programme d'intervention précoce depuis la naissance de son bébé. Par exemple : *De quoi parlez-vous ensemble quand l'infirmière te rend visite chez toi ?*

Comment te sens-tu avec elle ? Est-ce que vous avez déjà pu parler ensemble de ton enfance ? De certains moments qui ont pu être difficiles pour toi quand tu étais enfant ?

En rencontre individuelle avec la première auteure, dans un bureau fermé pour l'infirmière et à domicile pour la jeune mère, chaque participante a été invitée à raconter son histoire après avoir consenti par écrit à un enregistrement audionumérique de l'entretien. Sur vérification auprès du Comité d'éthique de la recherche de l'université, le formulaire de consentement utilisé fut celui du milieu puisque les enregistrements sonores des entretiens servaient à un usage clinique. Ces enregistrements ont uniquement été utilisés pour construire les récits et ont été détruits à la fin du projet. Les deux entretiens ont duré environ 50 minutes durant lesquels chaque participante a raconté son histoire sans retenue avec peu d'interventions de la part de la première auteure. Cette dernière a respecté les moments de silence, maintenu un contact visuel et communiquait son écoute et sa compréhension des propos et des émotions exprimées par des « Oui », « OK », « Hmm » ou « Oh », ou encore par des paraphrases pour inviter la personne à poursuivre son histoire.

L'infirmière a surtout parlé de sa façon d'établir une relation avec des jeunes mères et de son rôle dans son équipe interdisciplinaire. Elle a souligné la nécessité d'une approche adaptée aux différentes réalités des jeunes mères, selon leur degré de confort dans l'espace relationnel. Aussi, elle a témoigné que son rôle dépasse les soins physiques des bébés et des jeunes mères et qu'elle tentait de répondre aux besoins émotionnels de ces dernières. La jeune mère a parlé de son enfance, de son adolescence, et de sa relation avec sa mère, son bébé et l'infirmière. Elle a décrit ce qu'elle aurait souhaité comme relation avec sa mère. Vers la fin de l'entretien, elle a aussi fait part d'une escalade de violence qu'elle subissait présentement de la part de son conjoint. Elle a constaté qu'elle n'en avait pas fait part à son infirmière puisqu'elle concevait que cette dernière demeurait présente pour son bébé, plutôt qu'elle. L'entretien terminé, la première auteure a invité la jeune mère à en parler avec son infirmière, s'est assurée qu'elle avait bel et bien les coordonnées de son infirmière pour la rejoindre au besoin.

Construction des récits audio

Partant des versions audionumériques des deux entretiens, la première auteure a fait plusieurs écoutes attentives pour sélectionner des verbatim à partir desquels rédiger deux

récits. Des verbatim ayant un caractère particulièrement évocateur au niveau des émotions ont été intentionnellement sélectionnés. La sélection des verbatim de l'entretien de l'infirmière permet de décrire ses émotions, ce qu'elle pense de son rôle, et ses interventions auprès des jeunes mères, surtout la manière dont elle tente de construire et de maintenir ses liens avec ces dernières. Par exemple, « *...quand la mère s'ouvre, des fois, ça me jette à terre, j'ai envie de la consoler ... Des fois je bloque...c'est trop...* » Les verbatim de l'entretien de la jeune mère ont été sélectionnés pour faire part de ses pensées et ses émotions relatives aux événements de maltraitance vécus durant son enfance et pour décrire son rôle de mère et ses relations avec ses proches et son infirmière. Par exemple, « *...quand j'en ai parlé à l'infirmière...j'avais des larmes...le plus difficile à raconter c'est le vécu avec ma mère...* » Pour la validation de la sélection des verbatim, la troisième auteure a procédé indépendamment en se référant aux repères théoriques du projet. Suite à un accord quant à la sélection des verbatim, la première auteure a reconstruit un récit par participante en accordant une attention à la chronologie du propos. Les deux récits ont été validés au travers de deux cycles d'ajustements avec la troisième auteure pour en assurer la fluidité. Par la suite, deux acteurs non professionnels ont prêté leur voix à la production de deux récits audio d'une durée de 4 minutes chacun. À l'écoute du récit de la jeune mère, on entend la tristesse et la colère face à son passé ; le bonheur et l'inquiétude dans le présent, et l'espoir pour le futur. Le récit de l'infirmière laisse entendre une diversité de tonalités incluant la fierté, la colère et la détermination, mais aussi de la tristesse : « *j'me sens toute seule... toute seule en gang ...* ». Au final, chaque participante préférerait recevoir une copie écrite du récit élaboré plutôt que l'enregistrement audio. Les deux ont exprimé leur satisfaction du récit.

Mise à l'essai des récits dans une activité de réflexion collective

Une activité de réflexion collective a été instaurée via trois rencontres de 90 minutes chacune. L'équipe de gestion a accepté que les rencontres aient lieu durant les heures de travail des infirmières. La première auteure était l'animatrice tandis que la deuxième auteure a accompagné celle-ci dans la préparation et l'organisation matérielle des rencontres. Cette infirmière d'expérience a facilité la réalisation de ce projet par son leadership clinique dans son milieu.

Accompagnement des participantes

Cinq infirmières ont participé aux trois rencontres sur une base volontaire. Trois infirmières avaient plus de huit ans d'expérience et deux infirmières travaillaient depuis moins de trois ans au sein de ce programme d'intervention précoce. Deux infirmières avaient des études de niveau collégial et trois autres de niveau universitaire. Aucune n'avait un accès formel à de la supervision clinique.

En préparation de l'activité de groupe, la première auteure a rencontré individuellement chaque infirmière. Ces rencontres, d'une durée de 30 à 60 minutes, ont permis de clarifier les principes d'une activité de réflexion collective, de préciser le rôle de l'animatrice et de connaître leurs attentes. Chacune a été avisée que les propos entretenus durant les rencontres ne seraient pas divulgués aux autres membres de l'équipe ni aux gestionnaires. En parallèle, des démarches ont été entreprises pour établir un corridor vers des ressources de soutien pour les infirmières, si nécessaire, car ce projet était une initiative nouvelle dans l'établissement. Un guide d'accompagnement a été remis à chaque infirmière trois jours avant la première rencontre pour faire un rappel des principes d'une activité de réflexion collective et du déroulement des rencontres. À la fin du guide apparaissait une invitation personnalisée à penser à une situation où elles avaient accompagné une jeune mère ayant vécu de la maltraitance durant son enfance. Un journal personnel était joint au guide afin qu'elles puissent inscrire leur réflexion en préparation à la première rencontre, y incluant leurs émotions, leurs pensées et les actions déployées durant cet accompagnement.

Déroulement des rencontres de l'activité de réflexion collective

Lors de chaque rencontre, les participantes ont été accueillies dans une salle fermée offrant un environnement calme et des collations et rafraichissements. Chaque rencontre a débuté par un moment d'expression de son état et de ses attentes pour se poser et se rendre disponible à l'activité de groupe. L'animatrice a utilisé des questions réflexives adaptées du modèle de Rolfé (2011) (cf. Figure 1) pour engager les participantes dans le partage de leurs émotions, pensées et actions déployées dans leur pratique d'accompagnement auprès de jeunes mères ayant donné des indices de maltraitance à leur égard. Le déroulement des rencontres a été documenté itérativement dans un journal de bord qui inclut également les réflexions de

l'animatrice sur les dynamiques interactionnelles et le registre de ses propres émotions afin d'améliorer ses habiletés d'animation. Le contenu de ce journal de bord a été partagé entre les coauteures pour approfondir la réflexion et identifier des thèmes et des questionnements pertinents pour la rencontre de subséquente avec les infirmières. La réflexivité fut ainsi au cœur de la démarche avec les participantes et en soutien au déploiement de l'activité de réflexion collective. Dans ce qui suit, le déroulement de chaque rencontre est présenté.

Rencontre 1. Récits audio déclencheurs de réflexion

Le but de cette première rencontre était d'amorcer l'activité de réflexion collective à l'aide des deux récits audio. Suite à l'accueil, l'animatrice a débuté la rencontre avec une question ouverte : « *Comment vous sentez vous d'être là, aujourd'hui, pour discuter de votre pratique ?* » Les infirmières ont exprimé leur souhait de partager entre elles, en tant qu'infirmières. Elles avaient le goût de ce nouvel espace professionnel. Ensuite, les deux récits audio ont été présentés. L'animatrice leur a demandé d'être attentives à « *ce que ces récits vous rappellent par rapport à votre rôle, vos expériences* », l'objectif étant d'utiliser les récits pour déclencher une réflexion sur un sujet difficile à mettre en mots. Suite à l'écoute ininterrompue des deux récits, les infirmières ont spontanément exprimé ce qu'elles ressentaient, à tour de rôle, sans intervention de la part de l'animatrice. Elles ont exprimé être bouleversées par le vécu de la jeune mère et par le reflet qu'ont procuré ces récits de leur pratique. Elles se sont reconnues. Partant d'une situation spécifique qui leur était propre, chacune a dévoilé ce qu'elle ressentait lorsqu'elle se retrouve dans une situation qui aborde l'expérience de maltraitance observée ou racontée par une jeune mère. Elles ont constaté la charge émotionnelle vécue dans leur pratique et dont elles parlent peu au quotidien, car il y a peu de place accordée à leurs expériences émotionnelles dans les discussions d'équipe. Elles ont échangé entre elles sur leur rôle professionnel dans ces situations qui dépasse largement des préoccupations physiques. Les infirmières abordent les multiples dimensions de la vie des familles, de manière systémique, y incluant la qualité des relations, les conditions de vie, les trajectoires et croyances des jeunes femmes. Elles ont constaté qu'elles décrivaient des émotions semblables, telles la solitude, l'impuissance, la tristesse, la colère, la fierté de leur pratique et l'apaisement d'être entendues. Vers la fin de la rencontre, elles se sont questionnées sur la façon de reconnaître les signaux de détresse des jeunes mères. Elles ont questionné la conception de leur rôle professionnel par les

autres membres de l'équipe interdisciplinaire. Elles ont constaté qu'elles doivent défendre leur rôle, leur point de vue et la légitimité de leur intervention au sein de l'équipe, pour aborder plus directement le sujet de la maltraitance vécue par les jeunes mères. Pour clore la rencontre, les participantes ont été invitées à nommer ce qu'elles avaient trouvé de plus significatif et important pour elles de cette première discussion. Sans retenue, elles ont reflété leur besoin urgent d'un tel espace de parole pour échanger entre elles, pour parler de leur pratique et de ce qu'elles ressentent. Cette rencontre, planifiée pour 90 minutes, a duré deux heures. Les infirmières, dans leur élan engagé, ne souhaitaient pas terminer la rencontre. Il fut entendu que la prochaine rencontre pourrait porter sur un récit raconté par l'une d'elles pour poursuivre une réflexion sur l'expérience vécue auprès d'une jeune mère.

En somme, les récits audio se sont avérés de puissants déclencheurs d'émotions et de réflexions chez les infirmières, libérant leur parole sur un sujet peu abordé, voire reconnu, au quotidien. La dynamique des échanges, centrée sur la description des expériences vécues et ressenties par les infirmières dans leur pratique professionnelle suggère que les récits audio permettent d'engager la première dimension du modèle de Rolfe (2011) et de faire entendre la voix des jeunes mères (Fraiberg, 1975). Le choix de privilégier le récit d'une infirmière du groupe, lors de l'activité réflexive suivante suggère qu'elle facilite l'amorce d'une démarche réflexive sur une situation clinique concrète.

Rencontre 2. Amorce d'une analyse réflexive et récit d'une infirmière du groupe

Le groupe s'est réuni une semaine plus tard. Dans une visée de continuité, l'animatrice a nommé deux thèmes ayant fait l'objet de la première rencontre : l'exercice de leur rôle professionnel en tant qu'infirmière auprès des jeunes mères et le sentiment de solitude qu'elles vivent dans leur pratique. En réponse à ceci, le soulagement d'être entendues et d'être légitimées par leurs pairs, ainsi qu'un sentiment d'épuisement et de découragement furent exprimés et reconnus mutuellement. Ce retour, qui a duré près de la moitié de la rencontre a aussi soulevé des questionnements critiques au travers des récits spontanés des infirmières sur l'exercice de leur rôle et de leur pratique auprès des jeunes mères, face aux attentes organisationnelles. Par exemple, les infirmières ont questionné les paramètres du programme guidés par des mécanismes de reddition de comptes qui semblent imposer des exigences priorisant la santé et

le développement du bébé plutôt que les besoins émotionnels de la mère. Certaines ont questionné leur sentiment d'inquiétude et d'échec lorsqu'elles décident néanmoins de prioriser les besoins présents des jeunes mères. De plus, elles ont questionné la pertinence de la liste préétablie de sujets à aborder dans un espace-temps restreint lors des visites postnatales et qui laisse peu de place à l'exercice de leur jugement clinique. Le dialogue suscité fut celui d'une réflexion critique sur les conditions de leur pratique, plutôt qu'une réflexion sur des situations spécifiques de leur pratique professionnelle.

Dans la deuxième partie de la rencontre, le récit d'une participante du groupe, qui s'était préparé avec l'aide de l'animatrice a été introduit. La participante a raconté une histoire d'accompagnement auprès d'une jeune mère ayant vécu une agression sexuelle et qui lui racontait ses cauchemars récurrents et les répercussions de ces événements sur sa relation avec son conjoint et son bébé. L'infirmière a décrit la situation et ses interventions de manière factuelle. Les participantes lui ont posé des questions pour élaborer sa description. Certaines ont posé un jugement évaluatif favorable sur sa pratique, tout en reconnaissant les défis d'un tel accompagnement. Lorsque l'animatrice est intervenue pour poser la question de ce que l'infirmière a ressenti dans sa pratique auprès de cette jeune mère, celle-ci a commencé à nommer ses émotions et s'est mise à raconter son malaise et sa peur que la jeune mère s'écroule si elle abordait davantage le sujet de cette violence puisqu'elle se sentait peu outillée pour intervenir. Toutefois, à travers l'appui exprimé par ses collègues, l'infirmière a réalisé que son écoute active constituait une compétence relationnelle qui répondait réellement aux besoins de la jeune mère.

À partir de ce récit, d'autres participantes ont partagé leurs émotions, ce qu'elles ressentaient et pensaient dans des situations semblables qu'elles avaient vécues. Elles ont exprimé la peur de recevoir la souffrance des jeunes mères, en l'absence de soutien clinique. Vers la fin de la rencontre, les échanges se sont reportés, à nouveau, sur des questionnements critiques sur fond de frustration, d'incertitude, d'ambivalence et d'affirmation de son identité professionnelle. Les questionnements soulevés ont porté sur le rôle qui est attribué aux infirmières par leur équipe interdisciplinaire, notamment leurs collègues travailleuses sociales qui estiment que l'intervention infirmière devrait se limiter à des dimensions de santé physique, à l'exclusion de dimensions sociales. De plus, elles ont questionné la priorité qu'elles tendent à

accorder à la santé et au développement du bébé, plutôt qu'aux besoins et au bien-être émotionnel des jeunes mères, tout en reconnaissant l'influence de normes organisationnelles sur leur pratique. Elles ont questionné leur conception des jeunes mères qui réduit leur identité à celle de mère vulnérable. Une infirmière s'est prononcée : « *Elle n'est pas seulement une mère, elle est aussi une femme* ».

Somme toute, durant cette rencontre, les infirmières ont amorcé une réflexion critique sur les conditions de leur pratique d'accompagnement de jeunes mères et ont exprimé des émotions vécues dans leur pratique professionnelle. Les échanges, surtout axés sur leurs réalités, partiellement en réponse au récit d'une de leurs collègues, furent surtout centrés sur elles-mêmes. En l'absence de la voix d'une jeune mère durant cette rencontre, la majorité des échanges ont porté sur les réalités des infirmières.

Rencontre 3. Planification pour la poursuite d'une activité de réflexion collective

Cette dernière rencontre était différente en raison de la présence d'une gestionnaire ayant une expérience antérieure comme infirmière auprès de jeunes mères. L'objectif était de discuter de la démarche amorcée et d'assurer sa poursuite. Une rencontre préalable avec la gestionnaire a été organisée par les deux premières auteures pour lui expliquer les principes d'une activité de réflexion collective. Elle a pu écouter les deux récits audio pour saisir leur portée. S'y référant, elle a donné un appui favorable à la poursuite des rencontres, soulignant que les infirmières ont besoin de soutien clinique pour exercer leur rôle à son plein potentiel et pour développer leurs compétences. Lors de la rencontre de groupe, les infirmières ont entrepris l'élaboration d'un plan d'action, en étant à l'écoute de la gestionnaire, pour obtenir l'autorisation de la direction en vue de poursuivre leur activité de réflexion collective. Dans ce plan, les infirmières ont déterminé le but de ces rencontres qui devrait viser leur bien-être au travail. Elles ont aussi souligné le souhait d'un espace entre infirmières pour accueillir, reconnaître et valider des émotions vécues durant leur pratique de relation d'aide afin d'améliorer leur compétence relationnelle auprès des jeunes mères. Comme moyen, les infirmières ont souhaité entendre d'autres récits de jeunes mères. Elles ont suggéré qu'une infirmière du groupe anime les rencontres, avec la possibilité d'échanger le rôle d'animation. Des questions clés adaptées du modèle de Rolfe (2011) ont été retenues pour animer l'activité de réflexion collective. Une

préparation préalable aux rencontres était souhaitée et un horaire fut proposé. Durant la planification, les échanges étaient cependant moins personnels en présence de la gestionnaire.

Au moment du bilan de cette activité de réflexion collective, les infirmières ont souligné leur appréciation des démarches préparatoires individualisées et personnalisées. Elles ont également souligné la pertinence d'un espace de parole libre d'un potentiel d'évaluation ou de jugement par un superviseur clinique. Elles se sont senties valorisées dans leur rôle auprès des jeunes mères. Aucune n'a rapporté avoir eu recours à un aide psychologique durant ce projet.

Discussion

Ce projet a permis d'amorcer une activité de réflexion collective avec des infirmières de services de première ligne dans un programme d'intervention précoce en ce qui a trait à leur pratique d'accompagnement auprès de jeunes mères ayant vécu de la maltraitance. Les étapes réalisées pour développer les récits audio ont produit deux histoires vraisemblables qui se sont avérées des déclencheurs d'une réflexion collective. Celle-ci a permis d'aborder un sujet sensible qui n'avait jamais été soulevé en équipe et a suscité l'amorce d'une analyse critique sur les conditions de la pratique infirmière auprès de cette clientèle vulnérable. La méthode de production des récits, telle que décrite, peut ainsi servir de repères qui apparaissent peu dans les écrits qui suggèrent pourtant leur usage dans diverses activités réflexives avec des infirmières (Christiasen, 2011 ; Fenton, 2014 ; Graham et al., 2005 ; LeBlanc, 2017 ; Moon et Fowler, 2008 ; Schwartz, 2012 ; Waugh et Donaldso, 2016).

Quatre aspects méritent une attention particulière pour développer des récits évocateurs qui ont un caractère réel et signifiant, à savoir le recrutement de collaborateurs, la sollicitation des histoires et la construction et production des récits audio. Premièrement, les inquiétudes exprimées par les infirmières quant à la fragilisation des jeunes mères ou de leur relation avec elles si l'expérience de la maltraitance est directement abordée doivent être considérées. Entendre les préoccupations des infirmières a permis d'ajuster la démarche de sollicitation des histoires et d'assurer l'accès à une jeune mère ; en plus d'assurer la collaboration avec ces infirmières dans l'introduction d'une nouvelle approche dans leur milieu. Deuxièmement, la préparation d'un guide est aidant pour appuyer une écoute active de la part de celle qui sollicite le récit. Ce faisant, l'approche non directive (Chase, 2011) doit demeurer centrée sur

l'expérience vécue et non sur l'analyse de cette expérience ou des émotions exprimées afin d'obtenir un récit spontané (Frank, 1995 ; Holloway et Freshwater, 2007). Troisièmement, en ce qui concerne la construction des récits, notre projet fait la démonstration de la pertinence d'utiliser des repères théoriques pour, d'une part, justifier le choix des sujets racontant leur récit ; et pour, d'autre part, orienter la sélection de verbatim. Les principes mis de l'avant par Fraiberg (1975) justifient la pertinence d'inclure autant une jeune mère qu'une infirmière dans la construction des récits; et de mettre en mots l'expérience de maltraitance telle qu'exprimée par des jeunes mères, en plus de rendre légitime la souffrance vécue par des intervenants et leur questionnement soulevé face à des récits familiaux tragiques. Le modèle de Rolfe (2011), par ailleurs, a orienté la sélection de verbatim d'entretien pour décrire l'expérience vécue de l'infirmière soit : comment la personne se sent, ce qu'elle a pensé, ce qu'elle croit, ce qu'elle a fait, et comment elle explique ce qui s'est passé. Peu d'auteurs rendent explicites les repères théoriques qu'ils ont utilisés pour construire des récits dans une visée de développement de compétences infirmières (Fenton, 2014 ; LeBlanc, 2017 ; Stacey et Hardy, 2007) ce qui réduit le potentiel de reproductibilité de leurs interventions dans d'autres contextes. Quatrièmement, en ce qui a trait à la production des récits audio, le traitement des voix mérite attention. Des voix de figurantes ont été utilisées dans ce projet pour respecter les ententes avec le milieu clinique. Nous questionnons ce choix, a posteriori, puisque les entretiens enregistrés auprès des participantes rendent davantage compte des émotions et de la réalité de l'expérience humaine. Dans la mesure où il importe néanmoins de préserver l'anonymat, nous suggérons que les figurants écoutent attentivement les enregistrements pour s'imprégner davantage des personnages. Enfin, la production de deux récits indépendants reflète la réalité du milieu, où le sujet de maltraitance est rarement, dans certains cas jamais, discuté entre les jeunes femmes et les infirmières. La question demeure à savoir si la création d'un dialogue ou la mise en parallèle des deux voix reflétant des identités différentes aurait pu mener à la production d'un récit signifiant (Willis, 2018).

En ce qui a trait à la mise à l'essai des récits, ce projet suggère que l'usage des récits permet d'initier rapidement une réflexion collective. En particulier, le récit audio de l'infirmière a permis de légitimer l'expérience des participantes et a ouvert un espace d'analyse critique sur leurs conditions de pratique dans un programme d'intervention précoce, sur leur rôle

professionnel quant aux dimensions sociales de leur intervention auprès des jeunes mères et sur l'identité que leurs collègues lorsqu'il est question d'intervenir auprès de jeunes femmes ayant vécu de la maltraitance. Elles ont notamment formulé des remises en question critiques quant aux attentes de leur équipe multidisciplinaire et de gestionnaires qui doivent prendre appui sur des lignes directrices du programme d'intervention précoce qui ne correspondent pas nécessairement aux réalités des jeunes mères et encore moins aux exigences temporelles de la construction d'une relation de confiance. L'ouverture créée par les récits audio a permis de revenir vers le groupe et le récit d'une des leurs, ce qui constitue un premier pas possible vers une pratique réflexive (Dubé et Ducharme, 2015; Rolfé et al., 2011).

Pour faciliter la mise en application d'une telle initiative auprès d'infirmières dans des programmes d'intervention précoce, deux éléments méritants considération à notre avis, soit la préparation des infirmières et la mise en place de dispositifs réflexifs externes pour soutenir le déploiement du rôle de l'animatrice. Dès l'amorce du projet, certaines infirmières étaient ambivalentes ou réticentes face au sujet de la maltraitance et certaines rattachaient cette activité à de la supervision clinique. Dawber (2013a) a également rapporté de la résistance exprimée par des infirmières en oncologie et en soins critiques, ainsi que des sages-femmes, lorsqu'il a initié des activités de réflexion : ces professionnelles de la santé avaient peur d'être évaluées. Bien que cet auteur suggère d'identifier les préoccupations des infirmières et de collaborer avec elles pour faciliter leur engagement, il ne témoigne pas de la préparation offerte aux infirmières. D'ailleurs, peu d'écrits décrivent la façon d'accompagner les infirmières afin de les préparer à une démarche réflexive (Dubé et Ducharme, 2015). Une période immersive dans le milieu clinique des infirmières permettant de comprendre leur pratique quotidienne est apparue aidante pour planifier une démarche qui soit sensible à leur réalité, en préparation de leur participation. Lorsque possible, des rencontres individuelles auprès de chacune des infirmières invitées à participer à l'activité apparaissent souhaitables pour connaître leurs attentes et favoriser leur engagement.

Autrement, peu d'écrits portant sur la pratique réflexive mentionnent la démarche entreprise pour soutenir l'exercice du rôle de l'animatrice (Dubé et Ducharme, 2014). Celle-ci doit tenter d'établir un espace de relations respectueuses et égalitaires pour faciliter des échanges entre les participantes et appuyer la réflexion, tout en étant attentive aux dynamiques, aux idées

exprimées et à l'ambiance du groupe (Beam et al., 2010 ; Dawber, 2013b). Bien que l'instauration d'un dispositif externe de supervision clinique soit une option à considérer (Dmystrytn et al., 2015), les ressources destinées au développement des compétences infirmières dans les services de première ligne sont généralement limitées, rendant improbable cette éventualité. L'instauration de discussions pré et post-animation comme celles déployées entre les coauteurs sont à considérer. En particulier, au moins une personne du groupe engagé dans l'activité devrait être désignée pour entreprendre un débriefage avec l'animatrice. Dans ce projet, l'animatrice a eu recours au modèle de Rolfe (2011) pour rédiger ses réflexions sur sa pratique d'animation, sur les dynamiques interactionnelles et sur les émotions qu'elle a vécues. Elle a partagé son journal avec les co-auteurs, ce qui l'a aidé dans son parcours d'animation des rencontres auprès des infirmières. Il s'agit d'une approche qui ressemble à celle utilisée pour soutenir les superviseurs cliniques qui accompagnent des cliniciens oeuvrant dans les programmes de santé mentale en première ligne (Rodriguez-Keyes, Gossart-Walker et Rowland, 2012).

Ainsi, le modèle de pratique réflexive de Rolfe (2011) aura été utile, dans ce projet pour informer le développement des récits narratifs audio et pour appuyer l'animation de l'activité de réflexion collective. L'invitation à exprimer ses pensées et ses émotions, et à amorcer la description de sa pratique, ouvre un espace potentiel pour une réelle pratique réflexive de groupe à partir de situations spécifiques, tel que le suggère la deuxième rencontre de groupe. De plus, le modèle de Rolfe (2011) aura été particulièrement pertinent pour soutenir le développement des compétences de l'animatrice qui s'est engagée dans la description de sa pratique d'animation, l'analyse et la réflexion sur des actions à entreprendre avec le groupe. Dans la mesure où des infirmières cliniciennes souhaiteraient développer leurs compétences d'animation d'une activité de réflexion collective similaire, les propositions de Rolfe (2011) présentent un intérêt à vu de leur accessibilité pour des néophytes.

Enfin, nous avons constaté que le récit audio de la jeune mère a bouleversé les infirmières qui ont exprimé un sentiment d'impuissance, de peur, de tristesse et d'inconfort face à la souffrance vécue des jeunes mères. Cependant, ce ne sont pas tant les réalités des jeunes mères qui ont fait l'objet de réflexions que les réalités de pratique des infirmières. À cet égard, elles ont témoigné d'émotions fortement ressenties telles que la solitude, l'impuissance, la tristesse

et la colère par rapport à leur pratique infirmière. Les émotions exprimées et les questionnements critiques des participantes signalent un travail émotionnel chez les infirmières. Peu d'écrits portant sur les activités réflexives font mention du travail émotionnel exigé des infirmières (Elfer, Greenfield, Robson, Wilson et Zachariou, 2018 ; Graham et al., 2005). Pourtant, il serait essentiel de s'y attarder afin de contribuer au développement de compétences émotionnelles permettant aux infirmières de composer avec leurs questionnements et ressenti, ainsi que les conditions qui les engendrent, afin d'offrir des soins sensibles aux réalités des personnes qu'elles accompagnent (Freshwater et Stickley, 2004 ; Kooker, Shoultz et Codier, 2007 ; Bulmer Smith, Profetto-McGrath et Cummings, 2009), notamment dans des programmes d'intervention précoce (Aston et al, 2015 ; Dmystrytn et al., 2015). Les notions de travail émotionnel et de compétences émotionnelles suggèrent quelques pistes permettant de bonifier les initiatives ultérieures d'activités de réflexion collective avec des infirmières qui accompagnent des jeunes femmes ayant vécu de la maltraitance durant leur enfance.

Travail émotionnel

Le travail émotionnel, concept initialement proposé par Hochschild (1983), correspond à l'induction ou la suppression d'émotions vécues par des professionnelles pour maintenir leur capacité à fournir des services à la clientèle tout en répondant aux exigences de performance attendues par leur organisation. Le travail émotionnel renvoie ainsi à un processus de gestion des émotions par les infirmières pour répondre aux expériences des personnes qu'elles soignent tout en se conformant à des normes organisationnelles et professionnelles. Ceci nécessite un certain équilibre entre des postures d'engagement émotionnel et de détachement (Badolamenti, Sili, Caruso et Fida, 2017 ; Henderson, 2001 ; McQueen, 2004). Des études menées auprès d'infirmières qui accompagnent des femmes victimes de violence exposent la difficulté à maintenir cet équilibre, menant à un sentiment d'incompétence professionnelle et à de l'épuisement (Goldblatt, 2009 ; Henderson, 2001). Lorsque le détachement prend le dessus sur l'engagement, les infirmières se sentent moins compétentes, puisqu'elles correspondent moins à leur conception de leur identité professionnelle (Froggatt 1998 ; Kooker et al., 2007).

Dans le contexte de programmes d'intervention précoce, les écrits recensés et le propos des infirmières de ce projet indiquent que ces professionnelles vivent des expériences

émotionnelles en réponse à celles des jeunes mères, mais que leur rôle, tel que conçu par leurs collègues ou gestionnaires, demeure plutôt délimité à des considérations de santé physique, ce qui engendre et maintient un travail émotionnel exigeant (Aston et al., 2015 ; Gray et Smith, 2009). Cette posture à l'égard des infirmières, conjuguée à la quasi-absence de soutien clinique au contact répété d'expériences de vulnérabilité et de maltraitance, peut faire en sorte que les infirmières se coupent de leurs émotions dans leur pratique de relation d'aide auprès de jeunes mères (Badolamenti, Sili, Caruso et Fida, 2017 ; Henderson, 2001). On comprendra que cela nuit à la capacité de solliciter les jeunes mères dans leur expérience de maltraitance. Nous avons d'ailleurs constaté le défi d'élaborer et d'analyser leur pratique de relation d'aide auprès des jeunes mères, en soi, durant l'activité de réflexion collective, au profit d'une analyse critique des conditions de pratique des infirmières. Pourtant, si ce sujet n'est pas directement traité avec les jeunes mères, il est probable que celles-ci pensent ou ressentent que les infirmières soient moins intéressées à entendre cette partie de leur réalité et à y répondre (Gray, 2002 ; Porr, 2015 ; SmithBattle, 2003).

Bien que le concept de travail émotionnel demeure contesté (Gray et Smith, 2009 ; Huynh, Alderson et Thompson, 2008 ; Smith et Gray, 2001), des études recommandent d'offrir du soutien clinique aux intervenants pour contrebalancer le travail émotionnel, notamment en contexte d'intervention auprès des personnes ayant vécu diverses formes de violence (Elfer et al., 2018 ; Goldblatt, 2009 ; Henderson, 2001 ; Mann, 2005 ; Porr, 2015). Il est fait mention de discussions de groupe, de séances pour ventiler les émotions vécues et de supervision clinique. L'activité de réflexion collective initiée dans ce projet serait une option à considérer pour réduire le fardeau du travail émotionnel d'infirmières dans un contexte où il n'y a pas de ressources de supervision clinique (Dawber, 2013a, 2013b ; Goldblatt, 2009 ; Henderson, 2001). Reconnaître le travail émotionnel des intervenants dans les programmes d'intervention précoce serait d'ailleurs essentiel pour éviter l'épuisement professionnel (Gray, 2002). Il importe donc de sensibiliser les gestionnaires de ces programmes aux enjeux du travail émotionnel des infirmières pour assurer une meilleure cohérence entre leur pratique réelle et les attentes organisationnelles (Badolamenti, Sili, Caruso et Fida, 2017 ; Huynh et al., 2008 ; Mann, 2005) et diminuer le sentiment d'impuissance qu'elles peuvent éprouver (Gray, 2002 ; Townsend et Campbell, 2009). Toutefois, il est peu souhaitable d'inviter des gestionnaires dans ces

démarches, étant donné que l'activité de réflexion collective devrait demeurer un lieu non hiérarchique entre infirmières. Malgré notre intention stratégique, nous avons été à même d'observer que l'invitation d'une gestionnaire à la dernière rencontre de l'activité de réflexion a plutôt limité l'espace de parole entre les infirmières, comparativement aux deux premières rencontres. Il aurait été préférable de déléguer une ou deux participantes du groupe pour obtenir le soutien favorable des gestionnaires dans la poursuite de la démarche entreprise, plutôt que de lancer cette invitation.

Le développement de la compétence émotionnelle

Réduire le fardeau du travail émotionnel requiert des compétences émotionnelles (Freshwater et Stickley, 2004), parfois nommées intelligence émotionnelle ou littératie émotionnelle, tout dépendamment des disciplines (Akerjordet et Severinsson, 2007 ; Kozlowski, Hutchinson, Hurley, Rowley et Sutherland, 2017). Bien que le consensus reste encore à construire au sujet de ce concept (Raghubir, 2018 ; Ondrejka, 2013), la compétence émotionnelle est définie ici par « l'habileté d'être à l'écoute de ses propres émotions et celles d'autrui, de les nuancer, de les raisonner et de les utiliser pour guider ses pensées et actions dans sa pratique » (Traduction libre, Freshwater et Stickley, 2004, p. 92). Goleman (1995) suggère que cette forme d'intelligence inclut quatre domaines soit, la conscience de soi, l'autogestion, la conscience sociale et la gestion des relations. Par exemple, une personne doit avoir la capacité d'évaluer ses forces et limites, et de reconnaître ses propres émotions et leurs effets, tout en comprenant les besoins, émotions et préoccupations d'autrui. Des études transversales suggèrent que le développement de cette compétence ou des capacités nommées ci-haut améliore la qualité des soins (Bulmer Smith et al., 2009 ; Nightingale, Spiby, Sheen et Slade, 2018). En ce qui concerne plus spécifiquement la relation d'aide, il est d'ailleurs généralement admis qu'il importe d'enseigner, de cultiver et de soutenir des capacités émotionnelles (Akerjordet et Severinsson, 2004 ; Bailey, Murphy et Porock, 2011 ; Maatta, 2006 ; Ondrejka, 2014 ; Reynolds, Scott et Austin, 2000). Au vu des besoins émotionnels des jeunes mères dans les programmes d'intervention précoce (Aston et al., 2015 ; Azzi-Lessing, 2011 ; Porr, Drummond et Olson, 2012 ; SmithBattle et Leonard, 2012) et de la charge émotionnelle invoquée par cet accompagnement pour les infirmières (Dmystrytyn et al., 2015 ; Gray, 2002 ; SmithBattle,

2003), l'on comprendra que les infirmières doivent développer leur compétence émotionnelle pour composer avec les souffrances vécues ou refoulées des jeunes mères et pour reconnaître l'influence des « fantômes » sur la relation mère-enfant (Fraiberg, 2012). Pourtant, à l'heure actuelle, peu d'études permettent d'identifier les meilleures pratiques pour le développement de cette compétence (Bulmer Smith et al., 2009 ; Nightingale et al., 2018). Même si on prône la valorisation du raisonnement clinique et des compétences relationnelles ou l'offre de discussions de groupe (Aston et al., 2015 ; Porr, 2015 ; SmithBattle, 2003), l'évaluation de programmes d'enseignement ou de formation professionnelle initiale présente des résultats peu concluants (Cleary, Visentin, West, Lopez et Kornhaber, 2018 ; Codier, Freitas et Muneno, 2013 ; Foster, McCloughen, Delgado, Kefalas et Harkness, 2015).

Néanmoins, quelques auteurs suggèrent que la réflexion et la narration soient retenues pour le développement de compétences émotionnelles (Akerjordet et Severinsson, 2007 ; Beydler, 2017 ; Freshwater et Stickley, 2004 ; Kaya, Senyuva et Bodur, 2018). Ce projet appuie cette orientation. Trois rencontres de réflexion collective ont mis en exergue le travail émotionnel des infirmières qui expriment, souvent pour la première fois, les émotions qu'elles vivent face à la maltraitance vécue des jeunes mères qu'elles accompagnent. L'activité de réflexion collective, sur une plus longue durée, constituerait une opportunité à saisir pour intervenir dans une visée plus explicite au regard du développement des compétences émotionnelles. À défaut d'y être engagé, ce projet aura démontré qu'il est possible de créer un dispositif narratif déclencheur d'une activité de réflexion collective sur un sujet sensible et qu'il est acceptable pour les infirmières d'exprimer leurs émotions.

Conclusion

Les récits audio ont été des déclencheurs vraisemblables pour amorcer une activité de réflexion collective avec des infirmières d'un programme d'intervention précoce. L'explicitation du développement de récits audio répond à la pénurie des repères sur l'élaboration d'histoires réelles. Leur mise à l'essai dans une espace de dialogue a facilité l'expression d'émotions longtemps refoulées et a libéré la parole des infirmières sur les conditions organisationnelles et professionnelles de leur pratique en contexte de maltraitance. Ce projet soulève l'enjeu critique du travail émotionnel des infirmières dans des programmes

d'intervention précoce et suggère la pertinence d'accorder davantage d'attention au développement des compétences émotionnelles des infirmières pour renforcer leurs capacités de répondre aux exigences de l'intervention précoce auprès de jeunes mères qui ont vécu, et qui vivent parfois encore, diverses formes de maltraitance. Le développement des compétences émotionnelles pourrait être une voie prometteuse pour contrer le travail émotionnel des infirmières et les aider à mieux entendre la voix des jeunes mères qui souffrent en silence.

Références

Akerjordet, K. et Severinsson, E. (2004). Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(3), 164-170. doi :10.1111/j.1440-0979.2004.0328.x

Akerjordet, K. et Severinsson, E. (2007). Emotional intelligence: A review of the literature with specific focus on empirical and epistemological perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1405-1416. doi :10.1111/j.1365-2702.2006.01749.x

Apker, J., Propp, K. M., Zabava Ford, W. S. et Hofmeister, N. (2006). Collaboration, credibility, compassion and coordination : Professional Nurse Communication Skill Sets in Health Care Team Interactions. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 180-189. doi:10.1016/j.profnurs.2006.03.002

Asselin, M. E. et Fain, J. A. (2013). Effect of reflective practice education on self-reflection, insight, and reflective thinking among experienced nurses: A pilot study. *Journal of Nurses Professional Development*, 29(3), 111-119. doi:10.1097/NND.0b013e318291c0cc

American Association of Colleges of Nursing (AACN). (2008). Cultural competency in baccalaureate nursing education. Repéré à

https://www.migrationpolicy.org/sites/default/files/language_portal/Bac%20Nursing%20Education_0.pdf

Aston, M., Price, S., Etowa, J., Vukic, A., Young, L., Hard, C., ... Randel, P. (2015). The power of relationships: Exploring how public health nurses support mothers and families during postpartum home visits. *Journal of Family Nursing*, 21(1) 11–34. doi: 10.1177/1074840714561524

Atkinson L., Niccols A., Paglia A., Coolbear, J., Parker, K. C. H., Poulton, L., ... Sitarenios, G. (2000). A meta-analysis of time between maternal sensitivity and attachment assessments : Implication for internal working models in infancy/ toddlerhood . *Journal of Social and Personal Relationships*, 17(6), 791-810. doi:10.1177/0265407500176005

Azzi-Lessing, L. (2011). Home visitation programs: Critical Issues and Future Directions. *Early Childhood Research Quarterly*, 26, 387–398. doi:10.1016/j.ecresq.2011.03.005

Badolamenti, S., Sili, A., Caruso, R. et Fida, R. (2017). What do we know about emotional labour in nursing? A narrative review. *British Journal of Nursing*, 26(1), 48-55. doi:10.12968/bjon.2017.26.1.48

Bailey, C., Murphy, R. et Porock, D. (2011). Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3364-3372. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03860.x

Beam, R. J., O'Brien, R. A. et Neal, M. (2010). Reflective practice enhances public health nurse implementation of nurse-family partnership. *Public Health Nursing*, 27(2), 131-139. doi:10.1111/j.1525-1446.2010.00836.x

- Bernard, C. (2015). Black teenage mothers' understandings of the effects of maltreatment on their coping style and parenting practice: A pilot Study. *Children and Society*, 29, 355-365. doi:10.1111/chso.12057
- Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P. et Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 200-212. doi:10.1002/imhj.21499
- Beydler, K. W. (2017). The role of emotional intelligence in perioperative nursing and leadership: developing skills for improved performance. *AORN J*, 106(4), 317-323. doi:10.1016/j.aorn.2017.08.002
- Bournes, D. A. et Milton, C. L. (2009). Nurses' experiences of feeling respected-not respected. *Nursing Science Quarterly*, 22(1), 47-56. doi:10.1177/0894318408327294
- Brand, G., Morisson, P. et Down, B. (2015). "You don't know half the story": Deepening the dialogue with young mother in Australia. *Journal of Research in Nursing*, 20(5), 352-269. doi: 10.1177/1744987114565223
- Browne, A. J., Doane, G. H., Reimer, J., MacLeod, M. L. et McLellan, E. (2010). Public health nursing practice with « high priority » families: The significance of contextualizing « risk ». *Nursing Inquiry*, 17(1), 27-38. doi:10.1111/j.1440-1800.2009.00478.x
- Bulmer Smith, K., Profetto-McGrath, J. et Cummings, G. G. (2009). Emotional intelligence and nursing: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(12), 1624-1636. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.05.024

- Burton, A. J. (2000). Reflection: Nursing's practice and education panacea? *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1009-1017.
- Canadian Nurses Association (CNA). (2015). Framework for the Practice of Registered Nurses in Canada.
- Chase, E. S. (2011). Narrative inquiry: Still a field in the making. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *The SAGE handbook of qualitative research* (4^e Éd., p.421-434). Los Angeles : Sage.
- Chernomas, W. M. et Mordoch, E. (2013). Nurses' perspectives on the care of adults with mental health problems and histories of childhood sexual abuse. *Issues Mental Health in Nursing*, 34(9), 639-647. doi:10.3109/01612840.2013.799721
- Christiansen, A. (2011). Storytelling and professional learning: A phenomenographic study of students experience of patient digital stories in nurse education. *Nurse Education Today*, 31(3), 289-293. doi :10.1016/j.nedt.2010.10.006
- Cleary, M., Visentin, D., West, S., Lopez, V. et Kornhaber, R. (2018). Promoting emotional intelligence and resilience in undergraduate nursing students: An integrative review. *Nurse Education Today*, 68, 112-120. doi:10.1016/j.nedt.2018.05.018
- Codier, E., Freitas, B. et Muneno, L. (2013). Developing emotional intelligence ability in oncology nurses: A clinical rounds approach. *Oncology Nursing Forum*, 40(1), 22-29. doi:10.1188/13.ONF.22-29
- Collin, S. et Karsenti, T. (2011). The collective dimension of reflective practice: The how and why. *Reflective Practice*, 12(4), 569-581.

- Dawber, C. (2013a). Reflective practice groups for nurses : A consultation liaison psychiatry nursing initiative: Part 1 - the model. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(2), 135-144. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00839.x
- Dawber, C. (2013b). Reflective practice groups for nurses: A consultation liaison psychiatry nursing initiative: Part 2--the evaluation. *Journal of Mental Health Nursing*, 22(3), 241-248. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00841.x
- Dawber, C. et O'Brien, T. (2013). Longitudinal, comparative evaluation of reflective practice groups for nurses working in intensive care and oncology. *Journal of Nursing & Care*, 2(3), 1-8. <http://dx.doi.org/10.4172/2167-1168.1000138>
- Dawley, K., Loch, J., et Bindrich, I. (2007). The nurse-family partnership. *The American Journal of Nursing*, 107(11), 60-67. doi: 10.1097/01.NAJ.0000298065.12102.41
- Dmytryshyn, A. L., Jack, S. M., Ballantyne, M., Wahoush, O. et MacMillan, H. L. (2015). Long-term home visiting with vulnerable young mothers: An interpretive description of the impact on public health nurses. *BMC Nursing*, 14(12), 1-14. doi:10.1186/s12912-015-0061-2
- Dolan-Mccall, N., Eckenrode, J. et Olds, D. L. (2009). Home visiting for the prevention of child maltreatment : Lessons learned during the past 20 years. *Pediatric Clinics of North America*, 56(2), 389-403. doi:10.1016/j.pcl.2009.01.002
- Dube, V. et Ducharme, F. (2014). Evaluation of a reflective practice intervention to enhance hospitalized elderly care: A mixed method study. *Journal of Nurses Professional Development*, 30(1), 34-41. doi:10.1097/NND.0000000000000028
- Dubé, V. et Ducharme, F. (2015). Nursing reflective practice: An empirical literature review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(7), 91-99. <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v5n7p91>

Durgahee T. (1997). Reflective practice: Nursing ethics through story telling. *Nursing Ethics*, 4(2), 135-146. <http://dx.doi.org/10.1177/096973309700400205>

Eckenrode, J., Campa, M., Luckey, D., Henderson, R. C., Cole, R., Kitzman, H., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., Powers, J. et Olds, D. (2010). Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths' 19-years follow-up of a randomized trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 164(1), 9-15. doi:10.1001/archpediatrics.2009.240

Elfer, P., Greenfield, S., Robson, S., Wilson, D. et Zachariou, A. (2018). Love, satisfaction and exhaustion in the nursery: Methodological issues in evaluating the impact of Work Discussion groups in the nursery. *Early Child Development and Care*, 18, 892-904. doi: 10.1080/03004430.2018.1446431

Ensink, K., Berthelot, N., Bernazzani, O., Normandin, L. et Fonagy, P. (2014). Another step closer to measuring the ghosts in the nursery: Preliminary validation of the Trauma reflective functioning scale. *Frontiers in Psychology*, 5, 1-12. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01471

Erdmans, M. P. et Black, T. (2008). What they tell you to forget: From child sexual abuse to adolescent motherhood. *Qualitative Health Research*, 18(1), 77-89. doi: 10.1177/1049732307309004

Fenton, G. (2014). Involving a young person in the development of a digital resource in nurse education. *Nurse Education in Practice*, 14(1), 49-54. doi:10.1016/j.nepr.2013.04.014

- Fraiberg, S., Adelson, E. et Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387–422.
- Fraiberg, S. (2012). *Fantômes dans la chambre d'enfants : évaluation et thérapie des perturbations de la santé mentale du nourrisson*. (3e éd ; traduit par A. Nataf). Paris : Presses universitaires de France.
- Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Freshwater, D. et Stickley, T. (2004). The heart of the art: Emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry*, 11(2), 91-98. doi:10.1111/j.1440-1800.2004.00198.x
- Froggatt, K. (1998). The place of metaphor and language in exploring nurses' emotional work. *Journal of Advanced Nursing* 28(2), 332–8. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00688.x>
- Garcia, C., Mcnaughton, D., Radosevich, D. M., Brandt, J. et Monsen, K. (2013). Family home visiting outcomes for Latina mothers with and without mental health problems. *Public Health Nursing*, 30(5), 429-438. doi:10.1111/phn.12054
- Gendron, S., Dupuis, G., Moreau, J., Clavier, C., Dupuis, F. et J. Lachance, F. (2014). Évaluation du Programme de Soutien aux Jeunes Parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Équipe d'Évaluation du Programme de Soutien aux Jeunes Parents. Rapport de Recherche. Montréal. 219 pages.

- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford, England: Further Education Unit Oxford, Polytechnic.
- Gidman, J. (2013). Listening to stories: Valuing knowledge from patient experience. *Nurse Education in Practice*, 13(3), 192-196. doi:10.1016/j.nepr.2012.09.006
- Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: Impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1645-1654. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Graham, I. W., Andrewes, T. et Clark, L. (2005). Mutual suffering : A nurse's story of caring for the living as they are dying. *International Journal of Nursing Practice*, 11(6), 277-285. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2005.00535.x>
- Gray, B. (2002). Emotional labour and befriending in family support and child protection in tower hamlets. *Child and Family Social Work*, 7, 13-22.
- Gray, B. et Smith, P. (2009). Emotional labour and the clinical settings of nursing care: The perspectives of nurses in East London. *Nurse Education in Practice*, 9(4), 253-261. doi:10.1016/j.nepr.2008.08.009
- Gustafsson, C. et Fagerberg, I. (2004). Reflection, the way to professional development? *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 271-280.
- Haigh, C. et Hardy, P. (2011). Tell me a story—A conceptual exploration of storytelling in healthcare education. *Nurse Education Today*, 31(4), 408-411. doi:10.1016/j.nedt.2010.08.001

- Haines, C. et Livesley, J. (2008). Telling tales: Using storytelling to explore and model critical reflective practice in integrated children's services. *Learning in Health and Social Care*, 7(4), 227–234.
- Henderson, A. (2001). Emotional labor and nursing: an under-appreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry*, 8(2), 130-138.
- Herrman, J. W. (2006). The voices of teen mothers: The experience of repeat pregnancy. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 31(4), 243-249.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley; CA: University of California Press.
- Holloway, I. et Freshwater, D. (2007). Vulnerable story telling: Narrative research in nursing. *Journal of Research in Nursing*, 12(6), 703–711.
<https://doi.org/10.1177/1744987107084669>
- Huynh, T., Alderson, M. et Thompson, M. (2008). Emotional labour underlying caring: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 64(2), 195-208.
doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04780.x
- Jack, S. M., DiCenso, A. et Lohfeld, L. (2002). Opening doors: Factors influencing the establishment of a working relationship between paraprofessional home visitors and at-risk families. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 34(4), 59–69.
- Jay, J.K. et Johnson, K.L. (2002). Capturing complexity: A typology of reflective practice for teacher education. *Teaching and Teacher Education*, 18(1), 73-85.
- Johns, C. (2006). *Engaging reflection in practice: A narrative approach*. Malden, MA: Blackwell Publishing.

- Kennedy, A. C. (2005). Resilience among urban adolescent mothers living with violence: Listening to their stories. *Violence Against Women, 11*(12), 1490–514. doi: 10.1177/1077801205280274
- Kim, H. S. (1999). Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing, 29*(5), 1205-1212.
- Koniak-Griffin, D., Anderson, N. L., Verzemnieks, I. et Brecht, M. L. (2000). A public health nursing early intervention program for adolescent mothers: Outcomes from pregnancy through 6 weeks postpartum. *Nursing Research, 49*(3), 130-138.
- Koniak-Griffin, D., Verzemnieks, I. L., Anderson, N. L. R., Brecht, M., Lesser, J., Kim, S. et Turner-Pluta, C. (2003). Nurse visitation for adolescent mothers: Two-year infant health and maternal outcomes. *Nursing Research, 52*(2), 127-136.
- Kooker, B. M., Shoultz, J. et Codier, E. E. (2007). Identifying emotional intelligence in professional nursing practice. *Journal of Professional Nursing, 23*(1), 30-36. doi:10.1016/j.profnurs.2006.12.004
- Koren-Karie, N., Oppenheim, D. et Getzler-Yosef, R. (2008). Shaping children's internal working models through mother-child dialogues: The importance of resolving past maternal trauma. *Attachment & Human Development, 10*(4), 465-483. doi: 10.1080/14616730802461482
- Kozlowski, D., Hutchinson, M., Hurley, J., Rowley, J. et Sutherland, J. (2017). The role of emotion in clinical decision making: An integrative literature review. *BMC Medical Education, 17*(1), 255. doi:10.1186/s12909-017-1089-7

- Latham, C. L., Hogan, M. et Ringl, K. (2008). Nurses supporting nurses: Creating a mentoring program for staff nurses to improve the workforce environment. *Nursing Administration Quarterly*, 32(1), 27-39. doi:10.1097/01.NAQ.0000305945.23569.2b
- Laubscher, A. L. et Corwin, E. J. (2005). Inquiring about a history of childhood sexual abuse: Why NPs need to ask. *The American Journal for Nurse Practitioners*, 9(5), 44–54.
- Lawrence, L. A. (2011). Work engagement, moral distress, education level, and critical reflective practice in intensive care nurses. *Nursing Forum*, 46(4), 256–268.
- Lee, H., Fawcett, J. et DeMarco, R. (2016). Storytelling/narrative theory to address health communication with minority populations. *Applied Nursing Research*, 30, 58-60. doi:10.1016/j.apnr.2015.09.004
- Lesser, J. et Koniak-Griffin, D. (2000). The impact of physical or sexual abuse on chronic depression in adolescent mothers. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 378-387. doi:10.1053/jpnd.2000.16714
- Lounds, J. J., Borkowski, J. G. et Whitman, T. L. (2006). The potential for child neglect: the case of adolescent mothers and their children. *Child Maltreatment*, 11(3), 281-294. doi:10.1177/1077559506289864
- LeBlanc, R. G. (2017). Digital story telling in social justice nursing education. *Public Health Nursing*, 34, 395–400. <https://doi.org/10.1111/phn.12337>
- Maatta, S. M. (2006). Closeness and distance in the nurse-patient relation: The relevance of Edith Stein's concept of empathy. *Nursing Philosophy*, 7(1), 3-10. doi:10.1111/j.1466-769X.2006.00232.x

- Madigan, S., Vaillancourt, K., Mckibbin, A. et Benoit, D. (2012). The reporting of maltreatment experiences during the Adult Attachment Interview in a sample of pregnant adolescents. *Attachment et Human Development, 14*(2), 119-143.
- Mansfield, Y., Meehan, T., Forward, R. et Richardson-Clarke, F. (2016). asking the question: childhood sexual abuse in adults with mental illness. *Australian Social Work, 1-9*. doi: 10.1080/0312407X.2016.1213873
- Mann, S. (2005). A health-care model of emotional labour: An evaluation of the literature and development of a model . *Journal of Health Organization and Management, 19*, 304-317. doi.10.1108/14777260510615369
- Maxwell A., Proctor, J. et Hammond, L. (2011). 'Me and my child' parenting experiences of young mothers leaving care. *Adoption and fostering, 35*(4), 29-40.
- McDrury, J. et Alterio, M. (2002). *Learning through storytelling: Using reflection and experience in higher education context*. Palmerston North, New Zealand: Dunmore Press.
- McGuigan, W. M., Katzev, A. R. et Pratt, C. C. (2003). Multi-level determinants of retention in a home-visiting child abuse prevention program. *Child Abuse & Neglect, 27*(4), 363-380.
- McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T. et Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing, 5*(2), 148-158. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x
- McNaughton, D. B. (2004). Nurse home visits to maternal-child clients: A review of intervention research. *Public health Nursing, 21*(3), 207-219.

- McQueen, A. C. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 101-108. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03069.x
- McVey, J. et Jones, T. (2012). Assessing the value of facilitated reflective practice groups. *Cancer Nursing Practice*, 11(8), 32–37.
- Meltzer-Brody, S., Bledsoe-Mansori, S. E., Johnson, N., Killian, C., Hamer, R. M., Jackson, C., . . . Thorp, J. (2013). A prospective study of perinatal depression and trauma history in pregnant minority adolescents. *American Journal of Obstetrics et Gynecology*, 208(3), 211-217. doi:10.1016/j.ajog.2012.12.020
- Middleton, S. (2010). Hearing the voices of young women: Interpreting teenage pregnancy narratives individually and collectively. *School of Health and Social Sciences Institute of Social and Health Research Middlesex University*. Repéré à <https://eprints.mdx.ac.uk/6616/1/Middleton-phd.pdf>
- Moon, J. et Fowler, J. (2008). There is a story to be told: A framework for the conception of story in higher education and professional development. *Nurse Education Today*, 28, 232-239. doi:10.1016/j.nedt.2007.05.001
- Nelumbu, L.N. (2015). Implementation of reflective practice programme for registered nurses. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 4(2), 115-121. doi:10.14419/ijans.v4i2.4983
- Nathaniel, A. K. (2006). Moral reckoning in nursing. *Western Journal of Nursing Research*, 28(4), 419–438.
- Noll, J., Shenk, C. Et Putnam, K. (2009). Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: A meta-analytic update. *Journal of Pediatric Psychology*, 34, 336–378.

- Nursing & Midwifery Council (NMC). (2018). Standards for competence for registered nurses. Repéré à <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/standards/nmc-standards-for-competence-for-registered-nurses.pdf>
- Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., Luckey, D. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *The Journal of the American Medical Association*, 278(8), 637–643.
- Olds, D. L., Henderson, C. R. et Kitzman, H. (1994). Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics*, 93, 89-98.
- Olds, D. L., Kitzman, H. J., Cole, R. E., Hanks, C. A., Arcoleo, K. J., Anson, E. A., . . . Stevenson, A. J. (2010). Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: Follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(5), 419-424. doi:10.1001/archpediatrics.2010.49
- Olds, D. L., Sadler, L. et Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3/4), 355–391. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01702.x
- Ondrejka, D. (2014). *Affective teaching in nursing: Connecting to feelings, values, and inner awareness*. New York: Springer.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2006). Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : Intervenir et produire des données. Organisation mondiale de la Santé et International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43686/1/9789242594362_fre.pdf

- Palacios, J. F., Salem, B., Hodge, S. F., Albarran, C. R., Anaebere, A. et Hayes-Bautista, T. M. (2015). Storytelling: A qualitative tool to promote health among vulnerable population. *Journal of Transcultural Nursing*, 26 (4), 346-353.
- Palacios, J. et Kennedy, H. P. (2010). Reflections of Native American teen mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 39, 425-434.
- Pasalich, D., Cyr, M., Zheng, Y., McMahon, R. et Spieker, S. (2016). Child abuse history in teen mothers and parent–child risk processes for offspring externalizing problems. *Child Abuse & Neglect*, 56, 89-98. doi:10.1016/j.chiabu.2016.04.011
- Peden-McAlpine, C., Tomlinson, P. S., Forneris, S. G., Genck, G. et Meiers, S. J. (2004). Evaluation of a reflective practice intervention to enhance family care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 494-501. doi.10.1111/j.1365-2648.2004.03322.x
- Phillips, L. (2011). Reflections on the education and training of mental health staff who work with women who have been sexually abused in childhood. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 696–705.
- Platzer, H., Blake, D. et Ashford, D. (2000). An evaluation of process and outcomes from learning through reflective practice groups on a postregistration nursing course. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 689-695. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01337.x>
- Pitre, Y. N., Kushner, E. K., Hegadoren, M. K. et Raine, D. K. (2015). Mothering in the wake of childhood violence experiences: Reweaving a self and a world at the intersection of history and context. *Health Care for Women International*, 36(2), 229-254. doi: 10.1080/07399332.2014.943837

- Price, D. M., Strodtman, L., Brough, E., Lonn, S. et Luo, A. (2015). Digital storytelling: An innovative technological approach to nursing education. *Nurse Education*, 40(2), 66-70. doi:10.1097/NNE.0000000000000094
- Porr, C., Drummond, J. et Olson, K. (2012). Establishing therapeutic relationships with vulnerable and potentially stigmatized clients. *Qualitative Health Research*, 22(3), 384-396. doi:10.1177/1049732311421182
- Porr, C. J. (2015). Important interactional strategies for everyday public health nursing practice. *Public Health Nursing*, 32(1), 43-49. doi:10.1111/phn.12097
- Porter, B. (2006). Beyond words the craftsmanship of digital products. *Learn Lead Technology*, 33(8), 28-31.
- Putman-Hornstein, E., Cederbaum, J. A., King, B., Cleveland, J. et Needell, B. (2013). A population based examination of maltreatment history among adolescent mothers in California. *Journal of Adolescent Health*, 53, 794-797.
- Reynolds, A. J., Mathieson, L. C. et Topitzes J. W. (2009). Do early childhood interventions prevent child maltreatment? *Child Maltreatment*, 14(2), 182-206.
- Reynolds S., Scott, P. A. et Austin, W. (2000). Nursing, empathy and perception of the moral. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 235-242. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01440.x>
- Rodriguez-Keyes, E., Gossart-Walker, S. et Rowland, C. (2012). Revitalizing the vision in supervision : supporting the supervisor in home-based therapy programs. *Smith College Studies in Social Work*, 82(2-3), 276-288. doi: 10.1080/00377317.2012.693031

- Rolfe, G., Jasper, M. et Freshwater, D. (2011). *Critical reflection in practice: generating knowledge for care*. (2e éd.) London: Palgrave Macmillan.
- Rolfe, G. (2011). Models and frameworks for critical reflection. Dans G. Rolfe, M. Jasper et D. Freshwater (dir.), *Critical reflection in practice: Generating knowledge for care* (2^e éd., p.31-51). London : Palgrave Macmillan.
- Roman, L. A., Raffo, J. E. et Meghea, C. I. (2012). Maternal perceptions of help from home visits by nurse-community health worker teams. *American Journal of Public Health*, 102(4), 643-645. doi:10.2105/AJPH.2011.300455
- Ross, R., Burke Draucker, C., Martsoff, D., Adamie, K., Chiang-Hanisko, L. et Lewandoski, W. (2010). The bridge: Providing nursing care for survivors of sexual violence. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 361–368.
- Schaffer, M. A., Goodhue, A., Stennes, K. et Lanigan, C. (2012). Evaluation of a public health nurse visiting program for pregnant and parenting teens. *Public Health Nursing*, 29(3), 218-231. doi:10.1111/j.1525-1446.2011.01005.x
- Schaffer, M. A. et Mbibi, N. (2014). Public health nurse mentorship of pregnant and parenting adolescents. *Public Health Nursing*, 31(5), 428-437. doi:10.1111/phn.12109
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Schwartz, M. R. (2012). Storytelling in the digital world: Achieving higher-level learning objectives. *Nurse Educator*, 37(6), 248-251.
- Schwartz, M.R. et Abbott, A. (2007). Storytelling: A clinical application for undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*, 7, 181–186.
- SmithBattle, L. et Freed, P. (2016). An overview of teen mothers' mental health. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 41(1), 31-36. doi: 10.1097/nmc.0000000000000198.
- SmithBattle, L. et Leonard, L. W. (1998). Adolescent mothers 4 years later: Narratives of self and visions of the future. *Advances in Nursing Science*, 20(3), 36-50.
- SmithBattle, L. et Leonard, V. (2012). Inequities compounded: Explaining variations in the transition to adulthood for teen mothers' offspring. *Journal of Family Nursing*, 18(3), 409-431. doi:10.1177/1074840712443871
- SmithBattle, L., Lorenz, R. et Leander, S. (2013). Listening with care: Using narrative methods to cultivate nurses' responsive relationships in a home visiting intervention with teen mothers. *Nursing Inquiry*, 20(3), 188-198. doi:10.1111/j.1440-1800.2012.00606.x
- SmithBattle, L. (2003). Displacing the "rule book" in caring for teen mothers. *Public Health Nursing*, 20(5), 369-376.
- Smith, P. et Gray, B. (2001). Reassessing the concept of emotional labour in student nurse education: Role of link lecturers and mentors in a time of change. *Nurse Education Today*, 21(3), 230-237. doi:10.1054/nedt.2001.0541

- Sommer, K. S., Whitman, T. L., Borkowski, J. G., Gondoli, D. M., Burke, J., Maxwell, S. E. et Weed, K. (2000). Prenatal maternal predictors of cognitive and emotional delays in children of adolescent mothers. *Adolescence*, 35, 87-112.
- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K. et Hamilton, R. (2016). Understanding compassion fatigue in healthcare providers: A review of current literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(5), 456-465. doi:10.1111/jnu.12229
- Spear, H. (2001). Teenage pregnancy: “Having a baby won’t affect me that much.” *Pediatric Nursing*, 27(6), 574-580.
- Spear, H. (2004). A follow-up case study on teenage pregnancy: “Having a baby isn’t a nightmare, but it’s really hard. *Pediatric Nursing*, 30(2), 120-125.
- Stacey, G. et Hardy, P. (2011). Challenging the shock of reality through digital storytelling. *Nurse Education in Practice*, 11(2), 159-164. doi: 10.1016/j.nepr.2010.08.003
- Townsend, S. M. et Campbell, R. (2009). Organizational correlates of secondary traumatic stress and burnout among sexual assault nurse examiners. *Journal of Forensic Nursing*, 5, 97–106.
- Van Der Zalm, Y. C., Nugteren, W. A., Hafsteinsdottir, T. B., Van Der Venne, C. G., Kool, N., et Van Meijel, B. (2015). Psychiatric nursing care for adult survivors of child maltreatment: a systematic review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(1), 71-78. doi:10.1111/ppc.12059
- Warne, T. et McAndrew, S. (2010). Re-searching for therapy: The ethics of using what we are skilled in. *Journal of Psychiatry Mental Health Nursing*, 17(6), 503-509. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01545.x

Waugh, A. et Donaldson, J. (2016). Students' perceptions of digital narratives of compassionate care. *Nurse Education in Practice*, 17, 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.01.008>

Williams, C. et Vines, S. W. (1999). Broken past, fragile future: Personal stories of high-risk adolescent mothers. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 4(1), 15-23.

Willis, R. (2018). The use of composite narratives to present interview findings. *Qualitative Research*, 1-10. <https://doi.org/10.1177/1468794118787711>

Chapitre 3. Bilan de l'atteinte des objectifs et recommandations

Dans ce chapitre, une première partie présente un retour sur l'atteinte des trois objectifs de stage et une deuxième partie fait le bilan réflexif des trois domaines d'apprentissage visés en pratique infirmière avancée. La troisième partie présente des recommandations au terme de ce projet.

Bilan de l'atteinte des objectifs de stage

Dans cette section, l'étudiante présente les démarches entreprises dans le milieu du stage pour faire la démonstration de l'atteinte de ses objectifs de stage.

Objectif 1. Développer deux récits audio

Selon l'expérience acquise par ce stage, et tel que décrit dans l'article, la création d'histoires réelles inclut le recrutement des personnes, la sollicitation des histoires et la construction des récits. Quatre éléments ont facilité ces processus et l'atteinte de cet objectif de stage.

Premièrement, l'étudiante a pris le temps d'écouter et de discuter avec la superviseuse de stage sur les besoins et les réalités de la pratique infirmière dans son milieu et ses expériences professionnelles. En retour, cela a permis de soutenir l'étudiante dans l'établissement de liens auprès d'infirmières de son équipe afin de recruter des personnes potentielles pour obtenir du matériel à partir duquel créer les récits. Dans ce sens, l'étudiante a débuté par une approche inclusive avec toute l'équipe multidisciplinaire par une présentation orale qui a permis de susciter la discussion sur le projet de stage. Ensuite, il s'agissait d'une approche progressive auprès des infirmières qui sera davantage expliquée dans le deuxième objectif. Deuxièmement, la sollicitation de la collaboration des infirmières, nécessaire pour repérer et recruter des jeunes mères pour l'entretien, repose sur une approche sensible aux préoccupations des infirmières. Dans cette démarche, il a été aidant d'entendre les préoccupations des infirmières. À ce sujet, l'étudiante a fait preuve d'écoute active pour reconnaître et comprendre les inquiétudes des infirmières au sujet du bien-être des jeunes mères et le maintien de la relation d'aide.

Troisièmement, l'usage des repères théoriques retenus (Fraiberg, 1975 ; Rolfe, 2011) a été aidants pour concevoir le guide d'entretien auprès de la jeune mère (Annexe B) et pour la sélection de verbatim d'entretien et la construction du récit. Enfin, le recours à des principes d'entretien de recherche de type narratif centré sur l'expérience vécue de la personne, et non sur l'analyse de cette expérience (Chase, 2011 ; Holloway et Freshwater, 2007), a été aidant pour préparer un guide d'entretien (Annexe B) permettant d'appuyer une écoute active, tout en évitant de s'inscrire dans une démarche thérapeutique.

Au final, deux récits audio de quatre minutes ont été construits à partir de deux enregistrements sonores, chacune d'environ 50 minutes. Pour des raisons de confidentialité et dans le respect de l'entente établie avec milieu, il n'est pas possible de publier le matériel qui a servi à la construction des récits de l'infirmière et de la jeune mère.

Objectif 2. Planifier une activité de réflexion collective adaptée aux besoins et aux ressources des infirmières d'un programme d'intervention précoce dans une équipe de première ligne

La planification de l'activité de réflexion collective s'est déroulée en concomitance avec le développement des récits audio. Globalement, la planification fut une activité relationnelle qui a nécessité le développement de la confiance et une approche progressive auprès des infirmières, selon leur rythme.

Premièrement, l'observation de la pratique des infirmières sur une durée de six semaines a permis à l'étudiante de participer à des réunions d'équipe et d'accompagner les infirmières dans leur pratique auprès de jeunes mères et leurs bébés, autant à domicile, à la clinique et dans des organismes communautaires. Cet accompagnement a été aidant pour l'étudiante, pour mieux comprendre le contexte de pratique des infirmières. Ceci a permis de planifier une démarche sensible aux réalités qu'elles vivent quotidiennement et de faciliter le recrutement d'infirmières pour l'activité de réflexion collective.

Malgré une certaine confiance, ouverture et curiosité pour participer à l'activité de réflexion collective, il y a toutefois eu une certaine réticence de la part des infirmières à participer à des rencontres de groupe. Pour pallier à cette réalité, la réalisation de rencontres

individuelles avec chacune d'elles, avant de débiter l'activité, a été aidante. Lors de ces rencontres, la plupart ont commencé à raconter ce qu'elles vivaient par rapport à leur pratique d'accompagnement auprès de jeunes mères et à exprimer leurs émotions. Ces moments ont permis à certaines de nommer leur besoin d'avoir un espace de parole. Cette approche personnalisée a ainsi permis de recruter cinq infirmières de l'équipe sur six.

Par ailleurs, la collaboration de la superviseuse de stage a été aidante pour soutenir l'étudiante dans la préparation et l'organisation matérielle des rencontres parce qu'elle ne connaissait pas les ressources et l'organisation du CLSC. Enfin, la rédaction d'un guide développé sur le déroulement des rencontres (Annexe A), la préparation dédiée aux infirmières (Annexe C) et la préparation pour le récit oral de l'infirmière, livrée durant la deuxième rencontre (Annexe D) a permis d'organiser une planification efficace de l'activité de réflexion collective.

Objectif 3. Mettre à l'essai les récits audio dans une activité de réflexion collective

Le déroulement de la mise à l'essai est décrit dans l'article de ce rapport. L'usage d'un journal de bord (Annexe E) basé sur le modèle de Rolfe (2011) a permis à l'étudiante d'entreprendre son propre retour réflexif sur des situations précises et sur les dynamiques interactionnelles et les émotions vécues durant chaque rencontre. Des synthèses de ses réflexions écrites ont été partagées et discutées avec l'équipe de codirection du stage et ont fait l'objet de commentaires, par écrit, pour préparer la poursuite de l'activité de réflexion collective avec les infirmières. Par ces moyens qui lui ont permis de valider et de partager son expérience, l'étudiante a ajusté son parcours d'animation pour s'assurer de la continuité de l'activité auprès des infirmières. Les infirmières ont rapporté leur appréciation d'avoir participé à ce projet. L'étudiante retient toutefois trois éléments pour bonifier la mise en application d'une telle activité, à savoir le nombre de rencontres, la documentation du déroulement de l'activité et l'implication de la gestionnaire.

Premièrement, trois rencontres de réflexion collective demeurent insuffisantes autant pour entamer une pratique réflexive que pour contribuer au développement de compétences émotionnelles. Le temps accordé à ce projet ne serait pas suffisant pour traiter le sujet sensible

de la pratique infirmière auprès de jeunes mères ayant vécu des expériences de maltraitance durant leur enfance (SmithBattle et Freed, 2016) ; trois rencontres ne permettent que d'amorcer une réflexion. L'usage de récits audio dans une activité de réflexion collective sur ce sujet sensible aura ainsi permis d'ouvrir un espace de réflexion et de partage des expériences de pratique des infirmières. Mais la démarche mériterait davantage de rencontres pour poursuivre une analyse réflexive des participantes sur leurs émotions vécues, ceci à partir de leurs propres expériences qui sont rarement évoquées dans leur pratique quotidienne. Dans d'autres programmes d'intervention précoce, des rencontres de pratique réflexive de groupe ont lieu chaque mois durant l'année pour soutenir les infirmières (Beam et al., 2010). Ce projet a néanmoins permis de reconnaître et de légitimer l'expérience émotionnelle vécue par les infirmières et de les accompagner dans la planification de la poursuite de rencontres de groupe. Si cette démarche devait être reproduite, l'étudiante recommande d'offrir plus de trois rencontres pour permettre aux infirmières de poursuivre leur analyse réflexive, d'essayer des pistes d'intervention, de revenir ensemble pour en discuter et de compléter un cycle réflexif, comme celui suggéré par Rolfe (2011) . Autrement, si la pratique réflexive n'est pas souhaitée, il y pourrait être pertinent de planifier de manière plus spécifique des activités pouvant contribuer au développement de la compétence émotionnelle des infirmières, étant donné le travail émotionnel qui a été illustré durant cette courte période.

Deuxièmement, en ce qui concerne la documentation de ce projet, il aurait été pertinent d'enregistrer les rencontres de réflexion collective pour mieux détailler le journal de bord de l'étudiante. Aussi, une entrevue individuelle non directive avec chaque participante, une semaine après l'activité terminée, aurait pu être un moyen pertinent pour documenter plus spécifiquement leurs expériences vécues à travers ce projet et ainsi offrir des pistes plus concrètes pour réduire l'impact vécu du travail émotionnel ou pour planifier des activités en soutien au développement des compétences émotionnelles.

Troisièmement, l'invitation de la gestionnaire à la dernière rencontre était une intention stratégique, pour appuyer la poursuite de cette démarche dans le milieu. Sa présence a plutôt diminué les échanges entre les infirmières, comparativement aux deux premières rencontres. Une étude souligne que les gestionnaires ne devraient pas participer à de telles activités, mais devraient plutôt demeurer en soutien à la démarche (Dawber, 2013a). Il aurait peut-être été

souhaitable de déléguer une ou deux participantes du groupe pour obtenir le soutien favorable des gestionnaires dans la poursuite de la démarche entreprise. Il reste que ce projet de stage a été une expérience positive, en raison du soutien formulé de la part de la gestionnaire pour envisager la poursuite de cette activité. De plus, il a été possible de réaliser une communication scientifique en collaboration avec les infirmières du milieu. Il y a d'ailleurs une ouverture pour y retourner afin de présenter la synthèse du projet à l'équipe.

Retour réflexif sur mes apprentissages

Les trois apprentissages qui suivent ont contribué au déploiement de ma pratique infirmière avancée (PIA) et s'appuient sur le référentiel de compétences à la maîtrise (FSI, 2014). En particulier, ce retour réflexif sur mon expérience de stage porte sur le développement des compétences suivantes : soutenir les apprentissages dans les milieux de pratique (C1) ; établir des partenariats en vue d'une collaboration centrée sur la santé et les soins (C2) ; et s'engager dans des recherches scientifiques et des activités d'intégration des connaissances dans la pratique (C3) (FSI, 2014). Dans ce qui suit, ces compétences seront indiquées par les indices C1, C2 ou C3.

Objectif 1. Développer mes capacités d'introduction d'une intervention en soutien au développement des compétences infirmières dans un nouveau milieu

L'atteinte de cet objectif correspond plus particulièrement aux compétences C1 et C2 : j'ai pu développer la compétence C1 en demeurant sensible aux inquiétudes des infirmières pour amorcer une démarche de coapprentissage avec elles. De plus, j'ai développé la compétence C2 liée au partenariat en créant des conditions relationnelles permettant de mobiliser les infirmières dans la réalisation de ce projet (FSI, 2014).

Pour y arriver, j'ai surtout dû développer mes capacités d'appréhender l'incertitude. Le terme incertitude, ici, se réfère aux propos de Bourgeault (1999) qui propose que les incertitudes doivent être apprivoisées par une posture réflexive. Je crois réellement que son propos rend légitime ma propre pratique réflexive durant mon projet et dans ce bilan réflexif : « D'un point de vue comme de l'autre, sont requises la reconnaissance et la prise en compte de l'incertitude dans la décision d'agir, dans l'action elle-même, après l'action » (Bourgeault, 1999, p.87). Pour

ce bilan réflexif, j'ai utilisé l'adaptation proposée dans ce projet du modèle de Rolfe (2011). Cette adaptation m'a été utile pour mon journal de bord durant le projet en appui à une pratique réflexive sur ma pratique professionnelle. J'en partage ici des éléments, pour faire part de ma démarche réflexive liée à ma capacité d'introduction d'une intervention dans un nouveau milieu, où j'ai eu à composer avec l'incertitude. L'usage de mon journal de bord (Annexe E) et des discussions avec l'équipe de co-direction m'ont permis de reconnaître mes propres émotions et pensées liées à l'incertitude, ce qui m'a permis d'entendre les inquiétudes et les incertitudes des infirmières.

Comment je me suis sentie ? L'entrée dans le milieu a été déstabilisante puisqu'il s'agissait d'une première expérience pour moi. J'arrivais dans une équipe qui ne me connaissait pas avec un sujet sensible et peu abordé dans le milieu ! Lorsque les infirmières ont exprimé des inquiétudes et des réticences durant mes démarches pour rencontrer des jeunes mères, j'ai vécu de la peur, de la culpabilité de causer des préjudices aux infirmières et aux jeunes mères, en plus d'un sentiment de ne pas être comprise. Pourtant, je savais que de parler de ce sujet allait permettre d'aider les infirmières dans leur pratique d'accompagnement auprès des jeunes mères puisque selon Fraiberg (1975), il importe d'ouvrir directement le sujet des expériences de maltraitance pour mieux accompagner les jeunes mères et les intervenants. Je me demandais si les infirmières percevaient aussi de ne pas être comprises, de vivre de la peur et de la culpabilité. Dans l'incertitude, j'ai réfléchi sur mes expériences passées dans ma pratique professionnelle pour constater que mes craintes avaient été peu considérées par l'équipe et les gestionnaires lorsque je m'étais retrouvée dans une situation exigeante et difficile au plan émotionnel, intervenant dans des situations sensibles de violence conjugale et de suicide. J'aurais voulu être entendue et discuter de ma pratique, de mon rôle et de mon expérience dans ces situations délicates.

Qu'est-ce que cette situation m'apprend pour ma pratique? Pour vivre avec l'incertitude dans ma pratique professionnelle, j'ai besoin de parler, d'exprimer mes craintes, d'explorer mes expériences émotionnelles et d'être entendue sans jugement. J'ai compris qu'il importe d'être à l'écoute de soi et de réfléchir sur ses expériences passées qui peuvent resurgir dans sa pratique. D'une part, il est pertinent pour moi de distinguer mes émotions et mes pensées qui peuvent appartenir à mon passé et de composer avec mes propres « fantômes » afin d'éviter

que ceux-ci viennent fragiliser mes capacités à déployer l'intervention en soutien aux infirmières. D'autre part, j'ai compris que mon enthousiasme de mettre à l'essai une intervention efficace et qui marche ne doit pas prendre le dessus sur le temps nécessaire pour connaître, comprendre et explorer la pratique infirmière d'un milieu, afin de ne pas nuire à mes capacités d'introduction d'une intervention. J'ai aussi appris que je devais composer avec mes incertitudes en ayant une posture réflexive dans ma démarche pour tenter de développer une intervention qui répond aux réalités et aux besoins de la pratique infirmière.

Que dois-je faire pour changer ma pratique? Introduire une intervention nouvelle crée de l'incertitude, autant pour celle qui apporte ce changement que pour celles qui y sont invitées. J'ai appris que je dois reconnaître mon incertitude et prendre le temps de composer avec mes propres expériences passées. Pour y parvenir, ça été d'appréhender l'incertitude avec une posture réflexive et de faire confiance en mes habiletés d'écoute active. En retour, cela m'a permis de m'ajuster au rythme des infirmières et de poursuivre mes démarches d'introduction de ce projet dans un nouveau milieu. Être entendue, me reconnaître, requestionner mes certitudes m'a permis d'entendre et d'être davantage sensible à autrui.

Les capacités d'introduction d'une intervention en soutien au développement des compétences infirmières dans un nouveau milieu sont avant tout relationnelles et réflexives. Ainsi, pour amorcer la démarche coapprentissage souhaité (C1), je retiens qu'il est essentiel de tenir compte de l'incertitude, de susciter des réflexions et d'entretenir les relations de collaboration avec les infirmières et les gestionnaires (C2).

Objectif 2. Développer mes habiletés d'animation dans une activité de réflexion collective

L'atteinte de cet objectif correspond à la compétence C1. J'ai appris à animer les rencontres de l'activité de réflexion collective pour soutenir la participation des infirmières à cette activité, dans un climat de confiance. En particulier, j'ai pratiqué mes habiletés de relance et d'accompagnement pour soutenir leur réflexion sur elles-mêmes et sur leurs expériences de pratique.

Au début, j'ai trouvé difficile de clarifier les idées des infirmières lorsqu'il y avait plusieurs échanges dans le groupe, d'autant plus que j'avais la croyance que je devais aider les infirmières à trouver des solutions à leurs défis et donc diriger la discussion. Je croyais que je devais intervenir dans la recherche de solutions et que l'animation était déficitaire si j'intervenais peu. Des notions liées aux techniques d'animation de groupe Kalfon (2015) et une discussion post-animation avec l'équipe de co-direction m'ont permis de reconnaître que les habiletés à privilégier étaient plutôt celles d'écouter et de relancer les idées des infirmières au besoin. Puisqu'il s'agissait de leurs réflexions à elles, de leurs apprentissages à venir, j'ai compris que je devais plutôt accompagner les infirmières à mettre des mots sur leurs expériences, leurs émotions et leurs pensées. Je me devais de rester centrée sur leurs idées à elles, tout en me rappelant qu'une démarche réflexive est difficile à s'approprier au début (Rolfe et al., 2011).

Des retours réflexifs à l'aide de mon journal de bord (Annexe E) m'ont aidé à réfléchir sur mes habiletés d'animatrice et à identifier celles qui devaient être mobilisées. D'ailleurs, j'ai constaté l'accroissement de ma capacité d'écoute active lorsque j'ai gagné confiance en mes habiletés. Puis, j'ai été plus ciblée dans mes relances liées aux expériences, émotions et pensées des participantes. Dès la deuxième rencontre, j'ai pu aider des participantes à clarifier quelques idées. Les commentaires des infirmières, à la fin du projet, suggèrent que mes habiletés d'animation ont été aidantes pour favoriser leur réflexion collective. Elles se sont senties soutenues dans leur réflexion, plutôt que jugées ou évaluées. Il s'agit de conditions essentielles pour soutenir les apprentissages des infirmières (C1).

Objectif 3. Approfondir mes habiletés de raisonnement, de synthèse et de rédaction scientifique

L'atteinte de cet objectif correspond à la compétence C3. Premièrement, la rédaction d'un article pour la revue *Public Health Nursing* (Annexe F) est un apprentissage en cours. J'ai appris qu'il était pertinent de vérifier si mon article issu de projets s'inscrivait dans la continuité des articles publiés de la revue choisie et j'ai envoyé une lettre à l'éditrice afin de vérifier si ce projet pouvait être pertinent pour la revue. Ensuite, j'ai élaboré un plan de rédaction en suivant

les critères spécifiques de cette revue (Annexe E) et pour assurer que ma contribution contribue aux connaissances et sujets traités par la revue.

Deuxièmement, j'ai identifié et reconnu ma difficulté à structurer mes plans d'écriture et à gérer mon temps de rédaction. J'ai donc participé à un atelier de rédaction et j'ai cherché le soutien d'une orthopédagogue du Centre de soutien à l'apprentissage de l'UdeM. Cet accompagnement m'a aidé à structurer mes pensées et à mieux élaborer mes plans de rédaction. Par exemple, j'identifiais une idée principale suivie d'idées secondaires en m'appuyant sur des écrits issus de mes tableaux de synthèse. Ceci a facilité mon écriture et ma concentration. Pour ce qui est de la gestion du temps, j'identifiais le nombre d'heures de travail pour chaque section. Je divisais ma journée en périodes de travail et en pauses santé. Par exemple, toutes les 60 minutes, je prenais une pause de dix minutes et après trois intervalles de 60 minutes, je prenais une pause d'une heure pour manger ou pour marcher. Ceci m'a aidé à atteindre mes objectifs de rédaction suivant mon échéancier.

Troisièmement, j'ai constaté qu'une posture réflexive durant la rédaction m'a permis de rester centrée sur le sujet ciblé et de faire des liens entre mes idées, ce qui fait en sorte que je me suis approprié davantage les idées essentielles de mon projet. J'ai été en mesure de mieux vulgariser mes réflexions et arguments. Je retiens qu'il est essentiel de comprendre la définition et les nuances de certains mots et de me poser des questions durant la rédaction, ce qui facilite l'expression de mes pensées de façon juste et claire. J'ai donc développé une littérature scientifique ainsi qu'une stratégie de rédaction.

Quatrièmement, les propositions de communications orales pour le colloque Alice Girard de la FSI (mai 2018) et le congrès du SIDIIEF (juin 2018) et de l'OIIQ (novembre 2018) ont été des activités réalisées qui ont été utiles dans la poursuite de mes apprentissages de rédaction scientifique. En effet, les habiletés de rédaction acquises ont été aidantes pour synthétiser les idées du projet pour les présentations orales.

Recommandations au terme du projet

Cette dernière section propose trois recommandations pour la pratique clinique, la formation au baccalauréat et la recherche.

Pratique clinique

Puisque les infirmières se sont senties soutenues pour réfléchir ensemble sur un sujet sensible peu abordé, qu'elles ont exprimé des émotions peu entendues auparavant, qu'elles ont amorcé une analyse critique suggérant qu'elles sont aux prises avec un travail émotionnel peu reconnu et qu'elles ont signalé leur capacité à mettre en mots leurs propres récits d'intervention auprès des jeunes mères qu'elles accompagnent: nous recommandons d'implanter ce type d'activité de réflexion collective, basée sur des repères théoriques de Fraiberg (1975), sur une plus longue période pour aider les infirmières à poursuivre le développement de leur compétence professionnelle en contexte de soins de première ligne auprès de familles ayant vécu des expériences de maltraitance durant leur enfance. Il resterait toutefois à prioriser les suites à donner : soit soutenir les infirmières dans leur engagement plus particulier dans une pratique réflexive de groupe, ce qui impliquerait d'approfondir leur description de situations concrètes qu'elles vivent pour poursuivre avec une réflexion et un retour sur l'action permettant de compléter le cycle de réflexion proposé par le modèle de Rolfe (2011) ; ou soit s'engager avec les infirmières dans l'élaboration des enjeux du travail émotionnel et planifier des activités en soutien au développement de leurs compétences émotionnelles ; ou penser à une combinaison des deux possibilités. Dans tous les cas, l'équipe de gestion devrait être mobilisée pour appuyer ces démarches et pour agir sur des conditions qui contribuent aux exigences du travail émotionnel des infirmières. Ces dernières ont exprimé le souhait d'autres rencontres et auraient voulu entendre d'autres récits de jeunes mères et d'infirmières pour prendre le temps de s'arrêter, de réfléchir et de discuter. Une plus longue durée en termes de nombre de rencontres de réflexion collective serait donc à envisager. Selon les écrits, il est préférable de planifier une rencontre mensuelle afin de permettre la mise en pratique des interventions identifiées par la démarche réflexive en vue de soutenir les compétences professionnelles et d'améliorer la qualité des soins (Beam et al., 2010 ; Dawber, 2013b ; Dubé et Ducharme, 2015). Suivant notre expérience, nous recommandons sans hésitation l'usage du modèle de Rolfe (2011) pour

accompagner la démarche réflexive des infirmières sur des sujets sensibles rencontrés dans la pratique infirmière puisqu'il convient aux réalités et à la charge émotionnelle vécue.

Enfin, nous recommandons aux infirmières l'utilisation du guide d'accompagnement formulé selon des principes de l'approche narrative (Annexe B) pour appuyer leur écoute active et faciliter la discussion auprès des jeunes mères au sujet des expériences de maltraitance durant l'enfance ou de violence qu'elles peuvent vivre encore de la part de leur conjoint ou leur famille.

Formation au baccalauréat et formation continue

En pratique, il est généralement admis que la relation d'aide comporte une composante émotionnelle qu'il importe d'enseigner, de cultiver et de soutenir (Cleary, Visentin, West, Lopez et Kornhaber, 2018 ; Maatta, 2006 ; Ondrejka, 2014). Ainsi, bien que la formation initiale des infirmières comporte une initiation à des activités de pratique réflexive dans leurs apprentissages, nous recommandons d'aborder plus spécifiquement le développement des compétences émotionnelles des étudiants en sciences infirmières et des infirmières en exercice, en complémentarité aux compétences cliniques de soins (Freshwater et Stickley, 2004 ; McQueen, 2004 ; Ondrejka, 2014 ; Ward, 2015). Nous proposons d'utiliser des récits audio issus de la pratique des étudiants ou des infirmières pour explorer, légitimer et valoriser leurs expériences émotionnelles vécues auprès des personnes soignées. Plus spécifiquement, les étudiants ou infirmières pourraient élaborer un récit en suivant la méthode de création des récits audio de ce projet et le présenter en groupe pour faire appel aux émotions de chacun et susciter une réflexion collective guidée par le modèle de Rolfé (2011).

Recherche

Enfin, ce projet offre des indications permettant de préparer le terrain à une recherche évaluative pour en distinguer les conditions d'implantation et les effets, autant pour la pratique infirmière que les jeunes mères ayant vécu des expériences de maltraitance durant l'enfance. La recherche évaluative pourrait s'intéresser à la capacité de ce type d'intervention pour améliorer la compétence émotionnelle des infirmières et la qualité des soins. De plus, ayant constaté que les récits audio permettent d'amorcer une réflexion collective sur un sujet sensible, en plus de légitimer les expériences émotionnelles de souffrance des infirmières, il serait pertinent d'explorer les usages de récits audio pour aborder d'autres sujets sensibles de la pratique

infirmière pour accompagner des activités de réflexion collective et ce, afin de faciliter le développement des compétences professionnelles.

Conclusion

Ce projet, appuyé par des repères théoriques, fait la démonstration qu'il est possible de créer un dispositif narratif déclencheur d'une réflexion collective sur un sujet sensible et qu'il est acceptable pour les infirmières d'exprimer leurs émotions. L'accompagnement continu et personnalisé de l'étudiante auprès des infirmières démontre que la sensibilité et l'écoute active sont des conditions essentielles pour établir un environnement de confiance et propice à l'expression des émotions et à la réflexion. Enfin, le retour réflexif de l'étudiante sur son projet de stage suggère qu'il importe de valoriser les récits des expériences vécues des infirmières et des personnes qu'elles accompagnent pour créer un espace de formation continue contextualisée aux réalités de la pratique infirmière. De l'avis de l'étudiante, les organisations de santé ne connaissent pas assez la réalité de pratique des infirmières, au quotidien. Le travail émotionnel dans un contexte d'accès limité à du soutien clinique et de la formation continue rend nécessaire la création d'activités de réflexion collective comme celle proposée par ce projet.

Références

- Akerjordet, K. et Severinsson, E. (2004). Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(3), 164-170. doi:10.1111/j.1440-0979.2004.0328.x
- Akerjordet, K. et Severinsson, E. (2007). Emotional intelligence: A review of the literature with specific focus on empirical and epistemological perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1405-1416. doi :10.1111/j.1365-2702.2006.01749.x
- Alvarez-Segura, M., Garcia-Esteve, L., Torres, A., Plaza, A., Imaz, M. L., Hermida-Barros, L., . . . Burtchen, N. (2014). Are women with a history of abuse more vulnerable to perinatal depressive symptoms? A systematic review. *Archives Women's Mental Health*, 17(5), 343-357. doi :10.1007/s00737-014-0440-9
- Asselin, M. E. et Fain, J. A. (2013). Effect of reflective practice education on self-reflection, insight, and reflective thinking among experienced nurses: A pilot study. *Journal of Nurses Professional Development*, 29(3), 111-119. doi:10.1097/NND.0b013e318291c0cc
- Atkinson L., Niccols A., Paglia A., Coolbear, J., C.H., Parker, K., Poulton, S., ... Sitarenios, G. et al. (2000). A meta-analysis of time between maternal sensitivity and attachment assessments : Implication for internal working models in infancy/ toddlerhood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17(6), 791-810. doi:10.1177/0265407500176005
- Barlett, D.J. et Easterbrooks, M.A. (2012). Links between physical abuse in childhood and child neglect among adolescent mothers. *Children and Youth Services Review*, 34, 2164-2169.

- Beam, R. J., O'Brien, R. A. et Neal, M. (2010). Reflective practice enhances public health nurse implementation of nurse-family partnership. *Public Health Nursing*, 27(2), 131-139. doi:10.1111/j.1525-1446.2010.00836.x
- Bernard, C. (2015). Black teenage mothers' understandings of the effects of maltreatment on their coping style and parenting practice: A Pilot Study. *Children and Society*, 29, 355-365. doi:10.1111/chso.12057
- Billington, T. (2013). Promoting self-awareness through reflective practice. *British Journal of Nursing*, 22(1), 45. doi: 10.12968/bjon.2013.22.1.45
- Bourgeault, G. (1999). *Éloge de l'incertitude*. Saint-Laurent, Québec : Bellarmin.
- Brand, G., Morisson, P. et Down, B. (2015). "You don't know half the story": Deepening the dialogue with young mother in Australia. *Journal of Research in Nursing*, 20 (5), 352-269.
- Brillon, P. (2013). « Fatigue de compassion et trauma vicariant. Quand la souffrance de nos patients nous bouleverse », *Psychologie Québec*, 30(3), 3-30.
- Browne, A. J., Doane, G. H., Reimer, J., MacLeod, M. L. et McLellan, E. (2010). Public health nursing practice with « high priority » families: The significance of contextualizing « risk ». *Nursing Inquiry*, 17(1), 27-38. doi:10.1111/j.1440-1800.2009.00478.x
- Burton, A. J. (2000). Reflection: Nursing's practice and education panacea? *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1009-1017.

- Chernomas, W. M. et Mordoch, E. (2013). Nurses' perspectives on the care of adults with mental health problems and histories of childhood sexual abuse. *Issues Mental Health in Nursing*, 34(9), 639-647. doi:10.3109/01612840.2013.799721
- Christiansen, A. (2011) Storytelling and professional learning: A phenomenographic study of students' experience of patient digital stories in nurse education. *Nurse Education Today*, 31(3), 289-293. doi :10.1016/j.nedt.2010.10.006
- Cleary, M., Visentin, D., West, S., Lopez, V. et Kornhaber, R. (2018). Promoting emotional intelligence and resilience in undergraduate nursing students: An integrative review. *Nurse Education Today*, 68, 112-120. doi:10.1016/j.nedt.2018.05.018
- Collin, S. et Karsenti, T. (2011). The collective dimension of reflective practice: The how and why. *Reflective Practice*, 12(4), 569-581.
- Dawber, C. (2013a). Reflective practice groups for nurses: A consultation liaison psychiatry nursing initiative: Part 1-The model. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(2), 135-144.
- Dawber, C. (2013b). Reflective practice groups for nurses: A consultation liaison psychiatry nursing initiative: Part 2-The Evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22,241-248. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00841.x
- Dawber, C. et O'Brien, T. (2013). Longitudinal, comparative evaluation of reflective practice groups for nurses working in intensive care and oncology. *Journal of Nursing & Care*, 2(3), 1-8. <http://dx.doi.org/10.4172/2167-1168.1000138>
- Dawley, K., Loch, J., et Bindrich, I. (2007). The nurse-family partnership. *The American Journal of Nursing*, 107(11), 60-67. doi: 10.1097/01.NAJ.0000298065.12102.41

- Dmytryshyn, A. L., Jack, S. M., Ballantyne, M., Wahoush, O., et MacMillan, H. L. (2015). Long-term home visiting with vulnerable young mothers: An interpretive description of the impact on public health nurses. *BMC Nursing*, 14(12), 1-14. doi:10.1186/s12912-015-0061-2
- Dolan-Mccall, N., Eckenrode, J. et Olds, D.L. (2009). Home visiting for the prevention of child maltreatment: Lessons learned during the past 20 years. *Pediatrics Clinics of North America*, 56, 389-403.
- Dube, V. et Ducharme, F. (2014). Evaluation of a reflective practice intervention to enhance hospitalized elderly care: A mixed method study. *Journal of Nurses' Professional Development*, 30(1), 34-41. doi:10.1097/NND.0000000000000028
- Dubé, V. et Ducharme, F. (2015). Nursing reflective practice: An empirical literature review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(7), 91-99.
- Durgahee T. (1997). Reflective practice: Nursing ethics through story telling. *Nursing Ethics*, 4(2), 135-146. <http://dx.doi.org/10.1177/096973309700400205>
- Erdmans, M.P. et Black, T. (2008). What they tell you to forget: From child sexual abuse to adolescent motherhood. *Qualitative Health Research*, 18(1), 77-89.
- Faculté des sciences infirmières (FSI). (2014). Référentiel de compétences à la maîtrise. Repéré dans l'environnement StudiUM: <https://studium.umontreal.ca/>
- Fenton, G. (2014). Involving a young person in the development of a digital resource in nurse education. *Nurse Education in Practice*, 14(1), 49-54. doi:10.1016/j.nepr.2013.04.014
- Figley, C.R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who Treat the Traumatized*. New York : Brunner/Mazel.

- Fraiberg, S., Adelson, E. et Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387–422.
- Fraiberg, S. (2012). *Fantômes dans la chambre d'enfants : évaluation et thérapie des perturbations de la santé mentale du nourrisson*. (3e éd; traduit par A. Nataf). Paris: Presses universitaires de France.
- Freshwater, D. et Stickley, T. (2004). The heart of the art: Emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry*, 11(2), 91-98. doi:10.1111/j.1440-1800.2004.00198.x
- Gallop, R., McKeever, P., Toner, B., Lancee, W. et Lueck, M. (1995). Inquiring about childhood sexual abuse as part of the nursing history: Opinions of abused and non-abused nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(3), 146–151. [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(95\)80037-9](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(95)80037-9)
- Garcia, C., Mcnaughton, D., Radosevich, D.M., Brandt, J. et Monsen, K. (2013). Family home visiting outcomes for Latina mothers with and without mental health problems. *Public Health Nursing*, 30(5), 429-438. doi: 10.1111/phn.12054
- Gates, D. M. et Gillespie, G. L. (2008). Secondary traumatic stress in nurses who care for traumatized women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(2), 243–249. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00228.x>
- Gendron, S., Dupuis, G., Moreau, J., Clavier, C., Dupuis, F. Et J.Lachance, F. (2014a). Évaluation du Programme de Soutien aux Jeunes Parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 1 évaluation de l'actualisation du PSJP: l'axe accompagnement des familles. Comité de suivi interministériel de l'Évaluation du PSJP. Faculté des sciences

infirmières, Université de Montréal, Équipe d'Évaluation du Programme de Soutien aux Jeunes Parents. Rapport de Recherche. Montréal. 219 pages.

Gendron, S., Dupuis, G., Moreau, J., Clavier, C., Dupuis, F. Et J.Lachance, F. (2014b). Évaluation du Programme de Soutien aux Jeunes Parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 3 modélisation de cibles d'action du psjp: le développement des enfants et les parcours de vie des jeunes parents. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Équipe d'Évaluation du Programme de Soutien aux Jeunes Parents. Rapport de Recherche. Montréal. 130 pages.

Gidman, J. (2013). Listening to stories: Valuing knowledge from patient experience. *Nurse Education in Practice*, 13(3), 192-196. doi:10.1016/j.nepr.2012.09.006

Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: Impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1645-1654. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x

Graham, I. W., Andrewes, T. et Clark, L. (2005). Mutual suffering: A nurse's story of caring for the living as they are dying. *International Journal of Nursing Practice*, 11(6), 277-285. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2005.00535.x>

Gustafsson, C. et Fagerberg, I. (2004). Reflection, the way to professional development? *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 271-280.

Haigh, C. et Hardy, P. (2011). Tell me a story—A conceptual exploration of storytelling in healthcare education. *Nurse Education Today*, 31, 408-411.

- Haines, C. et Livesley, J. (2008). Telling tales: Using storytelling to explore and model critical reflective practice in integrated children's services. *Learning in Health and Social Care*, 7(4), 227–234.
- Hamric, A.B, Spross, J.A. et Hanson, C.M. (2014). *Advanced Practice Nursing. An integrative Approach*. (5^e éd.). Saint-Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Hardy, P. (2007). An investigation into the application of the Patient Voices digital stories in healthcare education: Quality of learning, policy impact and practice-based value. Repéré à <http://www.pilgrimprojects.co.uk/papers/phardymisc.pdf>
- Havig, G. (2008). The health care experiences of adult survivors of sexual abuse: A systematic review of evidence on sensitive practice. *Trauma, Violence & Abuse*, 9(1), 19–33. doi: 10.1177/1524838007309805
- Henderson, A. (2001). Emotional labor and nursing: An under-appreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry*, 8(2), 130-138.
- Howatson-Jones, L. (2013). *Reflective practice in nursing* (2e éd.). Los Angeles, California : SAGE.
- Jack, S.M., DiCenso, A. et Lohfeld, L. (2002). Opening doors: Factors influencing the establishment of a working relationship between paraprofessional home visitors and at-risk families. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 34(4), 59–69.
- Jay, J.K. et Johnson, K.L. (2002). Capturing complexity: A typology of reflective practice for teacher education. *Teaching and Teacher Education*, 18(1), 73-85.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 118–121.

- Kalfon, J. (2015). *Animez vos réunions ! Méthodes et outils pour conduire vos groupes avec succès* (2e éd.). Paris: Dunod.
- Kennedy, A.C. (2005). Resilience among urban adolescent mothers living with violence: Listening to their stories. *Violence Against Women, 11*, 1490–1514.
- Koniak-Griffin, D., Anderson, N. L. R., Brecht, M., Verzemnieks, I., Lesser, J. et Kim, S. (2002). Public health nursing care for adolescent mothers: impact on infant health and selected maternal outcomes at 1 year postbirth. *Journal of Adolescent Health, 30*(1), 44–54.
- Koniak-Griffin, D., Verzemnieks, I. L., Anderson, N. L. R., Brecht, M., Lesser, J., Kim, S. et Turner-Pluta, C. (2003). Nurse visitation for adolescent mothers: Two-year infant health and maternal outcomes. *Nursing Research, 52*(2), 127-136.
- Koren-Karie, N., Oppenheim, D. et Getzler-Yosef, R. (2008). Shaping children's internal working models through mother–child dialogues: The importance of resolving past maternal trauma. *Attachment & Human Development, 10*(4), 465-483. doi: 10.1080/14616730802461482
- Laubscher, A. L. et Corwin, E. J. (2005). Inquiring about a history of childhood sexual abuse: Why NPs need to ask. *The American Journal for Nurse Practitioners, 9*(5), 44–54.
- Lawrence, L. A. (2011). Work engagement, moral distress, education level, and critical reflective practice in intensive care nurses. *Nursing Forum, 46*(4), 256–268.
- LeBlanc, R.G. (2017). Digital storytelling in social justice nursing education. *Public Health Nursing, 34*, 395–400. <https://doi.org/10.1111/phn.12337>

- Lesser, J. et Koniak-Griffin, D. (2000). The impact of physical or sexual abuse on chronic depression in adolescent mothers. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 378-387. doi:10.1053/jpdn.2000.16714
- Lounds, J. J., Borkowski, J. G. et Whitman, T. L. (2006). The potential for child neglect: the case of adolescent mothers and their children. *Child Maltreatment*, 11(3), 281-294. doi:10.1177/1077559506289864
- Maatta, S. M. (2006). Closeness and distance in the nurse-patient relation: The relevance of Edith Stein's concept of empathy. *Nursing Philosophy*, 7(1), 3-10. doi:10.1111/j.1466-769X.2006.00232.x
- Macpherson, C. F. (2008). Peer-supported storytelling for grieving pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 25(3), 148-163.
- Madigan, S., Vaillancourt, K., Mckibbin, A. et Benoit, D. (2012). The reporting of maltreatment experiences during the Adult Attachment Interview in a sample of pregnant adolescents. *Attachment et Human Development*, 14(2), 119-143.
- Maxwell A., Proctor, J. et Hammond, L. (2011). 'Me and my child': Parenting experiences of young mothers leaving care. *Adoption and fostering*, 35(4), 29-40.
- McDrury, J. et Alterio, M. (2000). Achieving reflective learning using storytelling pathways. *Innovations in Education and Training International*, 38(1), 1-11.
- McDrury, J. et Alterio, M. (2002). *Learning through storytelling: Using reflection and experience in higher education context*. New Zealand: Dunmore Press.

- McGuigan, W. M., Katzev, A. R. et Pratt, C. C. (2003). Multi-level determinants of retention in a home-visiting child abuse prevention program. *Child Abuse & Neglect*, 27(4), 363–380.
- McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T. et Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 148-158. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x
- McNaughton, D.B. (2004). Nurse home visits to maternal-child clients: A review of intervention research. *Public health Nursing*, 21(3), 207-219.
- McVey, J. et Jones, T. (2012). Assessing the value of facilitated reflective practice groups. *Cancer Nursing Practice*, 11(8), 32–37.
- Meltzer-Brody, S., Bledsoe-Mansori, S. E., Johnson, N., Killian, C., Hamer, R. M., Jackson, C., . . . Thorp, J. (2013). A prospective study of perinatal depression and trauma history in pregnant minority adolescents. *American Journal of Obstetrics et Gynecology*, 208(3), 211-217. doi:10.1016/j.ajog.2012.12.020
- Middleton, S. (2010). Hearing the Voices of Young Women: Interpreting Teenage Pregnancy Narratives Individually and Collectively. *School of Health and Social Sciences Institute of Social and Health Research Middlesex University*. Repéré à <https://eprints.mdx.ac.uk/6616/1/Middleton-phd.pdf>
- Milan, S., Lewis, J. Ethier, K., Kershaw, T. et Ickovics, R.J. (2004). The impact of physical maltreatment history on the adolescent mother-infant relationship: Mediating and moderating effects during the transition to early parenthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(3), 249-261.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2004). Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité. Résumé du Cadre de référence. Gouvernement du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-836-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2016). Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité. Guide de pratiques pour accompagner les familles. Gouvernement du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-836-01W.pdf>
- Moon, J. et Fowler, J. (2008). There is a story to be told: A framework for the conception of story in higher education and professional development. *Nurse Education Today*, 28, 232-239. doi:10.1016/j.nedt.2007.05.001
- Nelumbu, L.N. (2015). Implementation of reflective practice programme for registered nurses. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 4(2), 115-121. doi:10.14419/ijans.v4i2.4983
- Noll, J., Shenk, C. Et Putnam, K. (2009). Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: A meta-analytic update. *Journal of Pediatric Psychology*, 34, 336–378.
- Olds, D.L., Eckenrode, J., Henderson, C.R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., Luckey, D. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *The Journal of The American Medical Association*, 278(8),637–643.
- Olds, D. L., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R.M., Sidora, K., Luckey, D. W., ...Holmberg , J. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development:

Age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114 (6), 1550–1559. Repéré à <http://pediatrics.aappublications.org/content/114/6/1550>

Ondrejka, D. (2014). *Affective teaching in nursing: Connecting to feelings, values, and inner awareness*. New York: Springer.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2006). Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données. Organisation mondiale de la Santé et International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. 97 pages. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43686/1/9789242594362_fre.pdf

Palacios, J. et Kennedy, H. P. (2010). Reflections of Native American teen mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 39, 425-434.

Phillips, L. (2011). Reflections on the education and training of mental health staff who work with women who have been sexually abused in childhood. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 696–705.

Peden-McAlpine, C., Tomlinson, P. S., Forneris, S. G., Genck, G. et Meiers, S. J. (2004). Evaluation of a reflective practice intervention to enhance family care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 494-501. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03322.x>

Pitre, Y.N., Kushner, E.K., Hegadoren, M.K. et Raine, D.K. (2015). Mothering in the wake of childhood violence experiences: reweaving a self and a world at the intersection of history and context. *Health Care for Women International*, 36 (2), 229-254. doi: 10.1080/07399332.2014.943837

Platzer, H., Blake, D. et Ashford, D. (2000). An evaluation of process and outcomes from learning through reflective practice groups on a postregistration nursing course. *Journal*

of *Advanced Nursing*, 31(3): 689-695. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01337.x>

Putman-Hornstein, E., Cederbaum, J.A, King, B., Cleveland, J. et Needell, B. (2013). A population-based Examination of maltreatment history among adolescent mothers in California. *Journal of Adolescent Health*, 53, 794-797.

Rolfe, G. (2011). Models and frameworks for critical reflection. Dans G. Rolfe, M. Jasper et D. Freshwater (dir.), *Critical reflection in practice: Generating knowledge for care* (2^e éd., p.31-51). London: Palgrave Macmillan.

Rolfe, G., Jasper, M. et Freshwater, D. (2011). *Critical reflection in practice: Generating knowledge for care*. (2^e Éd.) London : Palgrave Macmillan.

Roman, L. A., Raffo, J. E. et Meghea, C. I. (2012). Maternal perceptions of help from home visits by nurse-community health worker teams. *American Journal of Public Health*, 102(4), 643-645. doi:10.2105/AJPH.2011.300455

Ross, R., Burke Draucker, C., Martsoff, D., Adamie, K., Chiang-Hanisko, L. et Lewandoski, W. (2010). The bridge: Providing nursing care for survivors of sexual violence. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 361–368.

Saifan, R.A., Alrimawi, A.I. et Bashayreh, I. (2015). Nurses' perceptions about child abuse. *International Journal of advanced Nursing Studies*, 4(1), 30-37.

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.

Schwartz, M.R. et Abbott, A. (2007). Storytelling: A clinical application for undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*, 7, 181–186.

- Schwartz, M. R. (2012). Storytelling in the digital world: Achieving higher-level learning objectives. *Nurse Educator*, 37(6), 248-251.
- SmithBattle, L. (2000). Developing a caregiving tradition in opposition to one's past: Lessons from a longitudinal study of teenage mothers. *Public Health Nursing*, 17(2), 85-93.
- SmithBattle, L. et Freed, P. (2016). An overview of teen mothers' mental health. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 41(1), 31-36. doi: 10.1097/nmc.0000000000000198.
- SmithBattle, L., et Leonard, V. (2012). Inequities compounded: Explaining variations in the transition to adulthood for teen mothers' offspring. *Journal of Family Nursing*, 18(3), 409-431. doi:10.1177/1074840712443871
- SmithBattle, L., Lorenz, R. et Leander, S. (2013). Listening with care: Using narrative methods to cultivate nurses' responsive relationships in a home visiting intervention with teen mothers. *Nursing Inquiry*, 20(3), 188-198. doi:10.1111/j.1440-1800.2012.00606.x
- Sommer, K. S., Whitman, T. L., Borkowski, J. G., Gondoli, D. M., Burke, J., Maxwell, S. E. et Weed, K. (2000). Prenatal maternal predictors of cognitive and emotional delays in children of adolescent mothers. *Adolescence*, 35, 87-112. Repéré à <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ba55db4c-3230-411e-a5b3-298d86cbc56b%40sessionmgr4007&vid=1&hid=4214>
- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K. et Hamilton, R. (2016). Understanding compassion fatigue in healthcare providers: A review of current literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(5), 456-465. doi:10.1111/jnu.12229

- Stacey, G. et Hardy, P. (2011). Challenging the shock of reality through digital storytelling. *Nurse Education in Practice*, 11(2), 159-164. doi:10.1016/j.nepr.2010.08.003
- Taylor, J., Banks-Wallace, J. et Tripp-Reimer, T. (2001). Storytelling and violence against women. *Journal of the Association of Black Nursing Faculty*, 12(2), 28-31.
- Townsend, S. M. et Campbell, R. (2009). Organizational correlates of secondary traumatic stress and burnout among sexual assault nurse examiners. *Journal of Forensic Nursing*, 5, 97-106.
- Van Der Zalm, Y. C., Nugteren, W. A., Hafsteinsdottir, T. B., Van Der Venne, C. G., Kool, N., et Van Meijel, B. (2015). Psychiatric nursing care for adult survivors of child maltreatment: A systematic review of the literature. *Perspective in Psychiatric Care*, 51(1), 71-78. doi:10.1111/ppc.12059
- Ward, T. D. (2015). Do You Hear What I Hear? The impact of a hearing voices simulation on affective domain attributes in nursing students. *Nursing Education Perspective*, 36(5), 329-331.
- Waugh, A. et Donaldson, J. (2016). Students' perceptions of digital narratives of compassionate care. *Nurse Education in Practice*, 17, 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.01.008>
- Wheeler, P. L., Butell, S. S., Epeneter, B. J., Langford, C. A. et Taylor, J. D. (2016). Storytelling: A guided reflection activity. *Journal of Nursing Education*, 55(3), 172-176. doi:10.3928/01484834-20160216-10

Annexe A: Guide du déroulement de l'activité de réflexion collective

RENCONTRE 1

Accueil (15 minutes)

- Suggestion de questions : Comment vous vous sentez aujourd'hui d'être ici ? Comment avez-vous trouvé le petit document préparatoire ?
- Rappel sur la confidentialité : Engagement au respect des informations divulguées
- Rappel sur le but de l'intervention : Il ne s'agit pas d'une supervision clinique, mais plutôt d'une réflexion collective. C'est de vous inviter à partager vos expériences et vos pensées ensemble.

Activité de réflexion collective (60 minutes)²

Déroulement	Temps	Explication	Commentaire de l'étudiante
<p>Explications des récits créés pour usage clinique aux infirmières.</p> <p>Inviter participantes à écouter les deux récits audio.</p> <p>Inviter à réfléchir sur : <i>Qu'est-ce que ces récits vous rappellent par rapport à votre rôle, ou bien votre pratique d'accompagnement, vos expériences...</i></p> <p>Par la suite, je vous inviterai à partager vos réflexions suscitées par ces deux récits et la situation à laquelle vous avez réfléchi en préparation de la rencontre.</p>	15 minutes		

² Questions adaptées du modèle de Rolfe (2011)

<p><u>Période de discussion :</u></p> <p>1. Suggestions de questions principales : <i>Qu'est-ce que ces récits vous rappellent ?</i></p> <p><i>Comment vous vous sentez ?</i></p> <p>2. Suggestions de questions par rapport à des thèmes :</p> <p>(Bébé vs mère) <i>comment ça se passe quand vous intervenez à la fois pour le bébé et pour la jeune mère ?</i></p> <p>(Santé physique vs Santé globale) <i>Quel est votre rôle ou bien qu'est que vous pensez de votre rôle ?</i></p>	<p>45 minutes</p>		
<p>Fin de la rencontre (15 minutes)</p>			
<p>Suggestions de questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comme ça a été cette discussion de groupe pour vous ? • Maintenant, pouvez-vous partager, selon vous, un ou deux éléments importants qui ressortent de cette discussion ? • Inviter une infirmière volontaire à raconter une expérience clinique vécue pour la prochaine rencontre du 12 avril. • Offrir à l'infirmière ma disponibilité pour l'accompagner dans sa réflexion. 			

RENCONTRE 2

Accueil (10 minutes)

- Suggestion de questions : Comment vous vous sentez aujourd'hui d'être ici ?
Comment avez-vous trouvé le petit document préparatoire ?
- Rappel sur la confidentialité : Engagement à respecter informations divulguées
- Rappel sur le but de l'intervention : Il ne s'agit pas d'une supervision clinique, mais plutôt d'une réflexion collective, qui vous invite à partager vos expériences et vos pensées ensemble. L'emphase porte sur sa pratique d'accompagnement auprès de jeunes mères ayant vécu une expérience de maltraitance.

Retour de la rencontre 1 (15 minutes)

J'aimerais partager avec vous 2 éléments importants que vous avez ressortis de la dernière rencontre.

Suggestions de questions : Comment vous vous êtes senties après notre rencontre ?
Comment ç'a été pour vous depuis une semaine ?

Et vous après la rencontre, qu'est qui vous est resté ? Y'a-t-il quelque chose qui vous a aidé avec la première rencontre ?

Activité de réflexion collective (45 minutes) ³			
Déroulement	Temps	Explication	Commentaire de l'étudiante
Inviter l'infirmière à présenter son récit d'expérience d'accompagnement auprès d'une jeune mère ayant vécu une expérience de maltraitance durant son enfance.	5-10 Minutes		
Inviter l'infirmière qui a raconté son histoire à s'exprimer ou à rajouter des éléments suite au partage de réflexions du groupe. 1. Suggestions de questions : Comment vous vous êtes senties ? À quoi, avez-vous pensé à ce moment-là ? (Clarifier ce qu'elle pense)	10 Minutes		
2. Suggestions de questions pour la discussion de groupe : Et vous, comment vous vous sentez ? À quoi pensez-vous dans ces situations semblables/vécues ? Que souhaitez-vous ? Y aurait-il quelque chose que vous souhaiteriez changer pour soutenir votre pratique auprès de jeunes mères ayant vécu de la maltraitance ?	30 Minutes		

³ Questions adaptées du modèle de Rolfe (2011)

Fin de la rencontre 2 (20 minutes)

Suggestions de questions pour conclure :

- Comme ça a été la discussion pour vous ?
- Maintenant, pouvez-vous identifier l'élément le plus important qui ressort pour vous de cette discussion ?
- Inviter le groupe à identifier 1 ou 2 souhaits importants pour elles: quels sont votre souhait ou deux souhaits, pour vous, comme infirmière ?

RENCONTRE 3

Accueil (10 minutes)

Bonjour à toutes,

Je vous remercie d'être ici aujourd'hui pour cette dernière rencontre. Depuis notre rencontre du 12 avril, j'ai poursuivi mon étude/ma réflexion pour développer, en collaboration avec [...], cette dernière rencontre.

Comme vous le savez, nous avons invité votre assistante infirmière afin qu'elle puisse prendre le pouls sur ce que nous allons concrétiser aujourd'hui et sur les thèmes/besoins/idées/souhaits identifiés ensemble durant l'activité de réflexion collective amorcée.

Activité de réflexion collective (60 minutes)⁴

Pour commencer, j'aimerais revenir avec vous sur un de vos souhaits. Vous avez mentionné vouloir poursuivre ces rencontres de réflexion collective pour prendre le temps de réfléchir ensemble pour le développement de votre pratique, de partager sur ce que vous vivez.

Que pensez-vous qu'on prenne le temps de faire vivre ce souhait ?

Retour sur l'activité de réflexion collective (15 minutes)

⁴ Questions adaptées du modèle de Rolfe (Rolfe et al., 2011)

Comment cela a été pour vous les rencontres/l'activité ? Comment vous vous sentez ?

Fin de la rencontre 3 (15 minutes)

Pour finir, j'aimerais pouvoir obtenir vos commentaires sur mon projet et sur mes objectifs de stage.

(Nommer mes objectifs de stage, demander leur point de vue, ce qu'elles en pensent, leur commentaire, etc.)

**Annexe B: Guide d'accompagnement pour les entretiens
réalisés par l'étudiante-stagiaire selon des principes
d'approche narrative**

Guide d'entretien avec l'infirmière*

Introduction	
Pour commencer, pouvez-vous me dire depuis combien de temps vous accompagnez des jeunes mères ? Comment se passe généralement cet accompagnement, pour vous, avec ces jeunes et leurs bébés ?	
Principales interventions	Sous-questions
J'aimerais que vous pensiez à une jeune mère que vous avez déjà accompagnée et qui a déjà vécu une expérience de maltraitance... Pourriez-vous me raconter votre pratique d'accompagnement avec elle ?	Comment ça s'est passé pour vous deux ? Pour elle et son bébé ?
Vous souvenez-vous d'une ou de fois où elle a parlé de son vécu de maltraitance ? Ou peut-être en a-t-elle fait mention indirectement ?	Comment vous sentiez-vous lorsque la jeune mère prononçait des mots/phrases qui pouvaient refléter son expérience de maltraitance ?
Comment vous sentiez-vous à ce moment-là ? Qu'est-ce qui s'est passé à ce moment-là, pour vous deux ?	Qu'est-ce qui vous aurait aidé à ce moment-là ? Qu'est-ce qui semblait l'aider, elle ?
De ce que j'en comprends de votre expérience ... (résumé)	
Conclure l'entretien	
Pour terminer, y aurait-il quelque chose que vous souhaiteriez changer dans votre pratique auprès de jeunes mères qui ont vécu de la maltraitance ?	Qu'est-ce qui vous aiderait à développer vos compétences professionnelles dans ces contextes d'intervention parfois exigeants/difficiles ? Moi, j'ai terminé. Comme ça a été notre conversation, pour vous ? Aimerez-vous ajouter autre chose ?

* Ce guide a servi de support à l'étudiante pour appuyer une écoute active et pour intervenir, au besoin.

Guide d'entretien avec la jeune mère*

Introduction

Bonjour, donc, j'aimerais te remercier d'avoir accepté de me rencontrer pour partager avec moi ton expérience de jeune mère. Comme je l'ai mentionné plus tôt, notre conversation est enregistrée pour m'aider à recréer un récit narratif pour l'utiliser dans le cadre de mon activité de formation pour les infirmières.

Pour commencer, j'aimerais savoir comment tu te sens aujourd'hui.

Principales interventions	Sous-questions
J'aimerais que tu me racontes comment ça se passe pour toi quand l'infirmière te rend visite chez toi...	De quoi parlez-vous ensemble quand elle te rend visite chez toi ? Comment te sens-tu avec elle ?
Est-ce que vous avez déjà pu parler ensemble de ton enfance ? De certains moments qui ont pu être difficiles pour toi quand tu étais enfant/adolescente ?	Comment te sentais-tu avec l'infirmière à ce moment-là ? Qu'est-ce qui était le plus aidant pour toi à ce moment-là ?
Est-ce qu'il y a d'autres sujets dont tu aimerais parler avec l'infirmière... mais dont tu n'as pas pu encore parler avec elle ? Pourquoi ? Qu'est-ce que tu souhaiterais aborder avec elle, pour toi et ton bébé ?	
Conclure l'entretien	
Moi, j'ai terminé avec mes questions. Comme ça a été notre conversation, pour toi ? Aimerais-tu ajouter autre chose ?	

* Ce guide a servi de support à l'étudiante pour appuyer une écoute active et pour intervenir, au besoin.

**Annexe C: Guide de préparation à l'activité de réflexion
collective pour les infirmières**

Développement et mise à l'essai de récits audio dans une activité de réflexion collective auprès d'infirmières en contexte de maltraitance

Coordonnées de l'étudiante-stagiaire

Chères infirmières,

Je vous remercie vivement d'avoir accepté de participer à l'activité de réflexion collective qui aura lieu le 6 avril de 9 :00 à 10 :30 à la salle [...], le 12 avril de 9 :00 à 10 :30 à la salle [...] et le 3 mai de 9 :00 à 10 :30 à la salle [...].

Je tenais à vous remettre ce court document pour vous permettre de vous préparer à cette activité. Vous trouverez également un petit journal personnel avec cet envoi. Ce journal est pour vous. Je vous invite à l'apporter lors des rencontres.

À bientôt !

À titre de rappel : résumé du projet de stage

Une évaluation québécoise des SIPPE (2006-2012) indique que **plus de 80% des jeunes mères** qui ont participé à la recherche évaluative ont vécu une expérience de maltraitance durant leur enfance (Gendron et al., 2014). La grande majorité des jeunes mères accompagnées par des infirmières des SIPPE ont donc vécu une expérience de négligence ou d'abus durant l'enfance. La recherche et nos observations cliniques suggèrent que les infirmières œuvrant dans de tels programmes d'intervention précoce dédiés aux jeunes mères ne se sentent pas soutenues ni outillées pour aborder le sujet de la maltraitance vécue avec les jeunes femmes. D'ailleurs, les infirmières ont généralement peu d'opportunités pour poursuivre le développement de leurs compétences en ce qui a trait au vécu de maltraitance des jeunes femmes qu'elles accompagnent. Une activité de réflexion réalisée en équipe et facilitée par des récits est pertinente pour soutenir les infirmières dans le renforcement de leurs compétences d'accompagnement auprès de jeunes mères ayant vécu une expérience de maltraitance. Par leurs capacités, les infirmières sont toutes désignées pour créer des conditions favorables à l'espace relationnel qui constitue le cœur de la relation d'accompagnement.

Qu'est-ce qu'une activité de réflexion collective ?

Une réflexion est un processus qui vise l'exploration de croyances, de pensées, de systèmes de valeurs, de sentiments et d'actions par rapport à une situation vécue. En milieu clinique, une telle pratique permet aux professionnels de réfléchir à leurs expériences de soins à partir de leurs points de vue personnels et professionnels. Ce faisant, une **activité de réflexion collective** a généralement pour but de soutenir le développement professionnel, d'améliorer la conscience de soi et de renforcer les compétences relationnelles.

Une réflexion peut se dérouler de façon individuelle ou en groupe. On peut débiter par la présentation d'une situation clinique vécue par une infirmière ou par un récit qui raconte l'expérience de santé d'une personne pour amorcer une réflexion collective. Dans notre cas, la rencontre du 6 avril commencera avec une histoire d'une jeune mère et celle d'une infirmière, pour amorcer la réflexion. Lors de la rencontre du 12 avril, il s'agira plutôt de commencer notre réflexion à partir d'une situation clinique qu'une infirmière de notre groupe racontera en personne. Dans les deux rencontres, une fois les récits racontés, il s'agira de partager nos propres réflexions et expériences pour partager et identifier nos besoins, nos défis et nos questionnements dans notre pratique d'accompagnement auprès de jeunes mères ayant vécu une expérience de maltraitance.

Une activité de réflexion collective nécessite une entente mutuelle afin de créer un espace de confiance et de respect. Il sera important de respecter la confidentialité des informations divulguées : ce qui sera partagé durant les rencontres demeurera entre nous. En tant qu'animatrice, je m'engage à ce que toutes les personnes puissent partager leur expérience vécue, selon leur rythme. J'accompagnerai votre réflexion pour questionner ensemble la pratique d'accompagnement en contexte d'expérience de maltraitance.

Pour vous préparer ...

J'aimerais que vous pensiez à une situation clinique où vous avez accompagné une jeune mère qui a vécu une expérience de maltraitance durant son enfance...

Comment c'était, pour vous, d'accompagner cette jeune femme avec son bébé ? Comment ça s'est passé pour vous deux ? Pour elle et son bébé ?

Plan des rencontres

Rencontre 1

- Accueil
- Récit narratif audio : nous écouterons ensemble l'histoire d'une infirmière et d'une jeune mère en contexte de maltraitance. Par la suite, nous prendrons un moment pour réfléchir, en silence. Vous pourrez inscrire vos réflexions dans votre journal si vous le désirez.
- Discussion : Il s'agit du retour réflexif en groupe. J'animerai les échanges, tout en vous laissant du temps pour réfléchir. Chaque personne sera invitée à partager ses réflexions en lien avec le récit narratif présenté. Vous serez aussi invitées à ajouter vos réflexions suite à celles de vos collègues. Il s'agit de réfléchir ensemble, de faire part de ses questionnements, idées, sentiments, pensées.
- Vers la fin de la rencontre, nous résumerons les thèmes abordés ensemble. Une personne sera invitée, en tant que volontaire, à présenter son expérience vécue de pratique infirmière en contexte de maltraitance lors de la prochaine rencontre.

Rencontre 2

- Accueil
- Partage d'une expérience vécue : nous écouterons le récit de la collègue volontaire. Puis, comme la rencontre précédente, nous prendrons un moment pour réfléchir en silence, avec ou sans le recours à votre journal réflexif.
- Discussion : J'animerai le retour réflexif en groupe. Chaque personne sera invitée à partager son expérience vécue en lien avec l'histoire de l'infirmière ; à ajouter ses réflexions à celles de ses collègues. En réfléchissant ensemble sur des expériences, on sera en mesure d'identifier les défis, les besoins, les idées par rapport à des interventions infirmières auprès de jeunes mères qui ont vécu de la maltraitance.
- Vers la fin de la rencontre, nous résumerons les sujets abordés et les idées. Ces idées pourraient être à essayer dans votre pratique d'accompagnement.

Rencontre 3

- Accueil
- Chaque personne sera invitée à faire part de son appréciation de l'activité et de suggérer des ajustements pour la réalisation de telles activités de réflexion collective.

**Annexe D: Guide de préparation pour le récit oral de
l'infirmière (rencontre 2)**

**Annexe E : Canevas du journal de bord de l'étudiante-
stagiaire**

Journal de bord

	Questions réflexives*
Retour réflexif sur les rencontres de réflexion collective	<ol style="list-style-type: none">1. Comment je me suis sentie ? Les infirmières ?2. Quels étaient les principaux thèmes de cette rencontre ?3. Qu'est-ce que j'ai appris/compris/perçu de leur rôle et de leur pratique en contexte d'accompagnement auprès des jeunes mères ayant vécu une expérience de maltraitance durant leur enfance ?4. Quels étaient les deux éléments importants ressortis par les infirmières ? Pour moi ?5. Quels étaient les souhaits des infirmières à la fin de la rencontre ? Pour moi ?6. Maintenant, qu'est-ce que je peux développer pour la prochaine rencontre afin de mieux amorcer/poursuivre l'activité de réflexion collective sur la pratique d'accompagnement auprès de jeunes mères ayant vécu de la maltraitance ?
Retour réflexif personnel sur les habiletés d'animatrice de l'étudiante	<ol style="list-style-type: none">1. Qu'est-ce que j'essayais d'atteindre ?2. Ce qui était bien et/ou moins bien réussi dans mon animation de groupe ?3. Maintenant, qu'est-ce que je peux faire pour améliorer mes habiletés d'animation animer un groupe de discussion ?

*Exemples de questions adaptées du modèle de Rolfe (2011)

**Annexe F : Les lignes directrices de présentation de la revue *Public
Health Nursing***

<https://onlinelibrary.wiley.com/page/journal/15251446/homepage/forauthors.html>