N° d'ordre NNT : 2017LYSE2097

THESE de DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

Opérée au sein de

L'UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2

École Doctorale : ED 485 Éducation Psychologie Information Communication

Discipline : Sciences de l'Éducation

Soutenue publiquement le 23 octobre 2017, par :

Olivier MORENON

Vulnérabilité et processus de résilience en formation infirmière : quels tuteurs pour les étudiants vulnérabilisés ?

Devant le jury composé de :

Gilles COMBAZ, Professeure des universités, Université Lumière Lyon 2, Président
Evelyne BOUTEYRE, Professeure des universités, Université d'Aix-Marseille, Rapporteure
Dominique BERGER, Professeur des universités, Université Claude Bernard Lyon 1, Rapporteur
Bernard MICHALLET, Professeur d'université, Université du Québec à Trois-Rivières, Examinateur
Marie ANAUT, Professeurs des universités, Université Lumière Lyon 2, Directrice de thèse

Contrat de diffusion

Ce document est diffusé sous le contrat *Creative Commons* « Paternité – pas d'utilisation commerciale – pas de modification » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.

UNIVERSITE LUMIERE LYON 2
ECOLE DOCTORALE EPIC ED 485
Laboratoire de Recherche CRPPC

Thèse en vue de l'obtention du grade de Docteur en Sciences de l'Education

Présentée et soutenue publiquement par

Olivier MORENON

Le lundi 23 Octobre 2017

Vulnérabilité et processus de résilience en formation infirmière : Quels tuteurs pour les étudiants vulnérabilisés ?

Sous la direction du Professeur Marie ANAUT
Et la co-direction du Professeur Bernard MICHALLET

Membres du jury :

Pr. ANAUT Marie, Université Lyon 2, (directrice)
Pr. BERGER Dominique, Université Lyon 1 (rapporteur)
Pr. BOUTEYRE Evelyne, Université d'Aix-Marseille (rapporteur)
Pr. COMBAZ Gilles, Université Lyon 2 (président du jury)
Pr. MICHALLET Bernard, Université du Québec à Trois-Rivières (co-directeur)

Résumé

Cette recherche a été initiée à partir des constats suivants : les étudiants en soins infirmiers français réussissent en majorité à achever leurs scolarités en dépit d'un vécu de stress important durant celles-ci, les conduisant parfois au *burnout*. Grâce à une approche exploratoire avec en premier une revue de littérature puis une enquête auprès de 30 participants à l'aide d'entretiens semi-directifs analysés de manière thématique, nous avons étudié ces phénomènes sous l'angle de la vulnérabilité et de la résilience.

D'une part, les principaux résultats nous permettent de confirmer que la formation infirmière place l'individu dans une situation de vulnérabilité conjoncturelle. Les facteurs personnels de vulnérabilité soulignés sont entre autres : le processus de transformation identitaire opérant lors de la scolarité, les enjeux dus à un apprentissage durant la jeunesse (alterner formation et premier travail d'étudiant, apprendre à s'autogérer dans un premier appartement, s'éloigner pour la première fois du cocon familial, etc.) ou plus tard dans la vie adulte (revenir à un statut financier plus précaire, se faire encadrer par des plus âgés que soi, assumer son rôle de parent en plus de celui de ses travaux d'étudiants, etc.). Les principaux facteurs de vulnérabilité liés à l'environnement sont : la mesure difficile de l'écart entre l'idéal et la réalité, le vécu émotionnel durant l'apprentissage en stage auprès des patients, des encadrants sur le terrain souvent en souffrance dans leur travail et dont la relation pédagogique avec l'apprenti est détériorée. Les symptômes qui en découlent vont d'un simple stress, à des angoisses, des insomnies, ou encore une perte d'espoir par exemple. Ces symptômes sont parfois l'expression d'un syndrome de stress post-traumatique ou d'un *burnout*.

D'autre part, l'enquête a révélé que des processus résilients peuvent être observés pendant les études. D'un point de vue des facteurs de protection, l'apprentissage en lui-même et des pédagogues soutenants favorisent le processus de mentalisation. Des mécanismes de défense sont également activés durant la formation comme l'altruisme lors de la relation d'aide ou l'affiliation au cours des nombreux temps de partage entre pairs. Des tuteurs potentiels de résilience à la disposition des étudiants ont été identifiés : les apprenants entre eux, les formateurs, les directeurs, les cadres de santé/maître de stage, les infirmiers, les aides-soignants et des psychologues. Nous avons identifié leurs caractéristiques comme la bienveillance dont ils font preuve, le rôle de garant de la loi, de l'éthique et de la déontologie…

Enfin, nous avons analysé les nouveaux éléments apportés par cette recherche et nous les avons éclairés par des investigations complémentaires dans la littérature. Nous avons notamment comparé les publications internationales sur les risques de *burnout* des étudiants en soins infirmiers. Nous avons approfondi la principale caractéristique de leurs tuteurs de

résilience qui est ressortie de notre enquête : la compassion. Enfin, nous avons envisagé le suivi pédagogique et l'analyse de pratique professionnelle comme deux séquences d'apprentissage permettant d'accompagner la résilience.

Abstract

The vast majority of French nursing students succeed in their studies despite having experienced stress factors, that can often be associated or, indeed, lead to burnout. We conducted a literature review followed by a semi-structured interview of 30 nursing students. The aim was to explore the concepts of vulnerability and resilience and how nursing students use these to succeed in their studies.

Our main results confirm that nursing training places students in a situation of temporary vulnerability. Personal factors of vulnerability identified were: the stakes due to learning during the youth or later in adult life and the process of identity. The main factors of vulnerability relating to the environment were; the difficulty in measuring the gap between the ideal and reality, the emotional experience with the patient during their placement and establishment of difficult relationships with supervisors, who are often suffering in their work. The main consequences observed were stress, anxiety, insomnia, or loss of hope. These symptoms are sometimes the expression of post-traumatic stress disorder or of a professional burnout.

On the other hand, the survey revealed that resilient processes can be observed during the studies. The main protective factors identified in the study that gave the students resilience were ; learning in oneself and supportive teachers, which allows the mentalization process. Defense mechanisms are also activated during training. Altruism in the supportive relationship both with mentors and the camaradery formed with fellow students were particularly evident amongst the interview responses. Potential sources of resilience identified were: student groups, trainers, directors, health managers / supervisors, nurses, nursing aides and psychologists.

In summary, we have analyzed the new elements that this research has shown and compared to previous studies that have been conducted about the risk of among nursing students. We identified the main characteristic of their resilience tutors that emerged from our investigation: compassion. Finally, we considered the pedagogical follow-up and the analysis of professional practice as the two sequences of learning to promote resilience.

Remerciements

Tout d'abord, mes remerciements s'adressent à ma directrice de recherche Marie Anaut et mon codirecteur Bernard Michallet. Vous avez su m'apporter vos expériences respectives et vos éclairages. Travailler avec vous a été une véritable chance. Merci.

Merci également à tous les participants ayant accepté d'être interrogés durant la recherche sur le terrain. J'ai apprécié votre authenticité et vous remercie de la confiance dont vous m'avez témoigné en vous étant livrés ainsi.

Merci à mes petites mains, qui par des travaux de relecture ou par d'autres participations diverses, m'ont permis d'achever ce travail. Merci donc à Andrée, Anne, Carole, Claire, Céline, Florian, Fabienne, Laure, Mélanie, Mellie, Nadège, Priscilla, Rachel et Valérie.

Les années de thèse n'ont pas été un long fleuve tranquille et j'ai bénéficié de soutiens affectifs nombreux. Merci à ma famille, dont Nadège, Laure, Anna Maria, et les amis Sophie, Carole, Élisabeth, Florian… Merci à mes anciens collègues des IFSI où j'ai travaillé et à ceux des autres instituts avec lesquels j'ai collaboré, pour m'avoir guidé, et, souvent sans le savoir, à élaborer cette recherche.

Merci aux collègues de séminaire thèse d'avoir été présents et pour avoir su me faire des retours constructifs et étayants.

Giovanni, tu es pour beaucoup dans ce travail par ton affection, ta bienveillance, ton positivisme et ton soutien en toutes circonstances. Merci d'être chaque jour à mes côtés.

Listes des abréviations, des sigles et des acronymes

APP : Analyse de la Pratique Professionnelle

DREES : Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECTS : European Credit Transfert System

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

ESI : Etudiant(e)(s) en Soins Infirmiers

FNESI : Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

IDE : Infirmier(-ère) Diplômé(e) d'Etat

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

SSPT : Syndrome de Stress Post-Traumatique

UE : Unité d'enseignement

Table des matières

Introduction **2**

1. Un contexte d'apprentissage problématique **4**
1.1 La formation infirmière française depuis 2009 ..... **4**
1.2 Résultats des recherches précédentes **5**
1.3 Questionnement de départ **6**

2. Revue de littérature **9**
2.1 La vulnérabilité **9**
2.1.1 Définition 9
2.1.2 Vulnérabilité et facteurs de risque 9
2.1.3 Stress et vulnérabilité 11
2.1.4 Vulnérabilité, psychopathologies et traumatisme 12
2.1.5 Le syndrome d'épuisement professionnel 14
2.2 La résilience **17**
2.2.1 Définition et évolution du concept 17
2.2.2 Les facteurs de protection individuels 19
2.2.3 Les facteurs de protection environnementaux 20
2.2.4 Mécanismes de défense et résilience 21
2.3 La vulnérabilité en formation infirmière **23**
2.3.1 Les facteurs personnels 23
2.3.2 Les facteurs de vulnérabilité des soignants 26
2.3.3 Les facteurs de vulnérabilité spécifiques aux ESI 30
2.3.4 Le stress des études infirmières 32
2.3.5 Vulnérabilisation et psychopathologies durant la formation 34
2.4 La résilience en formation infirmière **39**
2.4.1 Scolarité et résilience 39
2.4.2 Le processus de résilience en formation infirmière 41
2.4.4 Les tuteurs de résilience 43
2.4.5 Les tuteurs de résilience en formation infirmière 46

3. Étude empirique **50**
3.1 Méthode **50**
3.1.1 Reformulation de la problématique 50
3.1.2 Devis d'étude 51
3.1.2 Guide d'entretien 51
3.1.3 Sélection de l'échantillon 53
3.1.4 Description générale du déroulement de la recherche 54
3.1.5 Description de l'analyse 55
3.2 Présentation de l'échantillon **56**
3.2.1 Les étudiants 57
3.2.2 Les cadres de santé formateurs 60
3.2.3 Les directeurs d'IFSI 61
3.2.4 Les cadres de santé des unités de soins 62
3.2.5 Les infirmières et les aides-soignantes 62
3.3 Premier thème : la vulnérabilité en formation infirmière **64**
3.3.1 Un apprentissage pratique vulnérabilisant 64
3.3.2 L'apprentissage théorique fragilisant 80
3.3.3 Les facteurs personnels de vulnérabilité 84
3.3.4 Les signes de mal-être durant la formation 93
3.4 Les processus de résilience **104**
3.4.1 Les facteurs de protection 104
3.4.2 Les mécanismes de défense 112

3.3 Identification des potentiels tuteurs de résilience 119
3.3.1 L'environnement affectif 119
3.3.2 Les psychologues ou les psychiatres 120
3.5 Les caractéristiques des tuteurs de résilience des ESI 121
3.5.1 Les cadres de santé formateurs 121
3.5.2 Les professionnels encadrant en stage 132
3.6 Conclusion de l'analyse et confrontation aux hypothèses 143

4. Discussion 146
4.1 Critique de la méthode 146
4.2 Vulnérabilité, *burnout* ou traumatisme psychique ? 147
4.2.1 Signes cliniques et psychopathologies en formation 147
4.2.2 Un problème international 148
4.2.3 Les liens entre la vulnérabilité, le *burnout* et le stress post-traumatique 149
4.3 Les caractéristiques des tuteurs de résilience 150
4.3.1 Le triangle fondateur de la résilience 150
4.3.2 Les caractéristiques des tuteurs au-delà de Lecomte 151
4.4 Des tuteurs choisis ou des professionnels de la résilience ? 154
4.4.1 La résilience naturelle et l'accompagnement de la résilience 155
4.4.2 Tuteurs ou accompagnateurs de résilience ? 156
4.4.3 Le suivi pédagogique 157
4.4.4 L'analyse de pratique professionnelle 160
4.4.5 La résilience en formation et la formation pour la résilience 163

Conclusion et perspectives de recherche 165

Bibliographie 169

Introduction

Depuis les années 80 en France, les études en soins infirmiers se sont transformées en changeant trois fois de programme d'enseignement. Par exemple, le dernier de 2009 a modifié tant la forme du parcours de formation en passant au format Licence-Master-Doctorat après les accords de Bologne, que le fond avec l'apprentissage des problèmes des patients par processus pathologiques plutôt que par spécialités (cardiologie, urologie, psychiatrie...). Avec ces derniers changements, le mode d'évaluation en stage est passé d'une note concernant des capacités de soins à des validations de compétences. De nouvelles médiations pédagogiques réflexives comme l'analyse de la pratique professionnelle à chaque période sur le terrain ont été instaurées pour faire vivre l'apprentissage par alternance intégrative. Néanmoins, entre les enquêtes avant et après 2009, un même constat perdure : le sentiment de stress vécu par les Etudiants en Soins Infirmiers (ESI) (Lamaurt, Estryn-Behar, Le Moël, Chrétien et Mathieu, 2011) et un taux d'abandon d'environ 80 % entre la première et la troisième année d'étude (Castéran-Sacreste, 2016). Des recherches précédentes à la nôtre ont tenté de trouver des explications à ce vécu parfois douloureux durant la scolarité (Lamberton, Pelège, 2008 ; Estryn-Behar, Guetarmi, Picot & Bader, 2010 ; Lamaurt et *al*, 2011). Elles ont toutes mis en évidence que cette formation se déroulait dans un contexte difficile qui peut générer un mal-être chez l'étudiant. Mais aucune n'a envisagé de comprendre pourquoi, malgré une scolarité difficile, une majorité d'ESI parvenait tout de même à achever leur apprentissage.

Ainsi, nous allons approcher cette formation sous deux angles, celui de la vulnérabilité et celui de la résilience. D'une part, la vulnérabilité peut se concevoir comme un affaiblissement des résistances d'une personne face à l'adversité (Anthony, Chiland, Koupernik & Guérin-Jodin, 1982). D'autre part, le taux d'achèvement important des ESI en dépit d'un contexte délétère pourrait s'expliquer par l'engagement des étudiants dans un processus de résilience durant la scolarité (Anaut, 2006 ; Bouteyre, 2008). Et pour aller plus loin, considérant que ce processus ne se déroule pas seulement par des processus internes, mais également en interaction avec l'entourage (Ionescu, 2011 ; Cyrulnik, 2012 ; Anaut, 2015b), les personnes qui entourent les ESI durant leur parcours d'apprentissage sont peut-être à envisager comme de potentiels tuteurs de résilience.

Ainsi, après avoir détaillé le contexte de formation des ESI français, nous tenterons de répondre dans cette recherche à la question de départ suivante : dans quelle mesure les personnes évoluant auprès des étudiants infirmiers vulnérabilisés durant leur formation peuvent-elles constituer un maillage de tuteurs de résilience ? De manière exploratoire, nous commencerons par recenser les écrits sur la vulnérabilité, la résilience, les tuteurs de résilience, et nous les relierons aux données publiées sur la formation infirmière. Dans un deuxième temps, nous présenterons une recherche empirique, réalisée auprès de 30 participants au moyen d'entretiens semi-directifs. Les principaux résultats seront détaillés et analysés de manière thématique. Enfin, une discussion viendra clore cette thèse autour de différents sujets : les liens entre la vulnérabilité, le *burnout* et l' Etat de Stress Post-Traumatique (EPST) ; la dimension internationale de le la vulnérabilité des ESI ; les caractéristiques spécifiques des tuteurs potentiels de résilience des ESI ; l'accompagnement de la résilience en formation infirmière notamment par le biais du suivi pédagogique individuel et de l' Analyse de la Pratique Professionnelle (APP).

1. Un contexte d'apprentissage problématique

1.1 La formation infirmière française depuis 2009

La formation des étudiants infirmiers français s'effectue sur trois ans. C'est une formation professionnelle par alternance intégrative avec autant de temps d'apprentissage en stage sur le terrain qu'en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Pour articuler ces temps et garantir la continuité du projet pédagogique entre les lieux, les cadres de santé formateurs, sous l'autorité et la responsabilité du directeur, pensent et organisent la formation. En IFSI, l'équipe pédagogique coopère avec des intervenants extérieurs : des infirmiers, des médecins, des universitaires comme des anthropologues ou des psychologues, ou encore d'autres professionnels non médicaux. Ceux-ci participent à la formation théorique par des cours magistraux, en menant des travaux dirigés ou en animant des travaux pratiques. Ils agissent en respectant l'organisation de la formation réfléchie par l'équipe permanente de l'institut au regard du projet pédagogique et du référentiel de formation actuellement prescrit par l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état infirmier (Référentiel de formation infirmière, 2009).

Concernant l'apprentissage pratique, l'équipe pédagogique d'un IFSI collabore avec un dispositif d'encadrement composé de professionnels variés. D'abord, le maître de stage, qui est souvent un cadre de santé d'unité de soins, est responsable de l'organisation pratique du stage : il planifie les horaires de travail de l'étudiant, nomme un tuteur et coordonne l'encadrement de l'étudiant. Il est garant de l'évaluation des compétences acquises sur le terrain et reçoit l'étudiant en cas de difficultés sur le lieu de stage. Ensuite, les tuteurs de stage de l'étudiant sont des infirmiers : ils centralisent toutes les informations relatives au déroulement du stage, coordonnent l'encadrement de proximité, participent à l'évaluation et se rendent disponibles en cas de difficultés éprouvées par le tutoré. Enfin, les professionnels de proximité représentent tous les acteurs agissant dans le parcours de soins d'un patient et pouvant transmettre au quotidien des savoirs aux stagiaires. Majoritairement infirmiers et aides-soignants, ils peuvent aussi être des médecins, des assistants sociaux ou des psychologues.

Le principe d'apprentissage par alternance intégrative permet aux étudiants d'effectuer sans cesse des allers-retours entre la théorie et le terrain. Ce qui est intégré en IFSI est à valider sur le terrain et ce qui est vu en stage doit pouvoir être utilisé en formation théorique. Ainsi, il incombe à l'équipe de formation de mobiliser le savoir-faire et le savoir-être acquis afin de faire le lien entre la théorie et la pratique. Par exemple,

par période de 5 semaines de stage, les étudiants sont réunis en séance de groupe d'analyse de la pratique professionnelle. Durant ce temps de formation, les étudiants exposent une situation ou une activité de soins. Le groupe ainsi que l'animateur de la séance aident l'étudiant à mesurer les écarts entre le travail prescrit et le travail réel. Il aide à la prise de recul par la mobilisation de savoir théorique, par l'identification de savoir-être et par la mise en évidence d'éléments transférables lors de futures situations de soins. Néanmoins, si cet apprentissage est riche, le contexte d'apprentissage peut parfois être déstabilisant et être à l'origine d'un mal-être vécu par certains étudiants.

1.2 Résultats des recherches précédentes

En France, cinq enquêtes publiées avant 2017 soulignent un malaise vécu par des apprentis infirmiers durant leurs parcours d'études. La première est un rapport de Lamberton et Pelège (2008) sur les interruptions et les abandons de formation dans cette filière. Selon ces chercheurs, les étudiants qui quittent précocement leurs cursus d'apprentissage ressentent un stress intense et sont amenés à manifester des symptômes cliniques allant du simple mal-être à l'épuisement professionnel. Les causes de ce vécu parfois pathologique seraient dues entre autres : à un mauvais accueil en stage, à des pressions de la part de l'encadrement, à un manque de préparation pour affronter des cas de patients difficiles notamment en lien avec la violence ou la fin de vie…

La seconde recherche, réalisée par Estryn-Behar et *al*. (2010), avait pour principal objectif de comprendre les causes des interruptions et des abandons dans la formation en soins infirmiers en partant de résultats annoncés par la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) : « depuis 2000, le nombre d'étudiants cessant leurs études dans l'Hexagone varie entre 20 % et 30 % ». Grâce à une enquête quantitative à base de questionnaires, ils ont pu poser les constats suivants : chez ceux qui arrêtent leur formation avant le diplôme, 39,3 % ont présenté un syndrome de *burnout*. Parmi les causes évoquées par ceux-ci, certaines concernent la profession infirmière comme la surcharge émotionnelle durant des situations liées à des actes de violence ou de mort par exemple, et le décalage entre la théorie et la pratique. Également, des problèmes psychologiques personnels (56,3 % d'entre eux) seraient une autre cause de leurs souffrances. De plus, les spécificités liées à leur apprentissage sont citées comme fortement déstabilisantes : 61,4 % parlent d'un « climat d'intimidation et de harcèlement » en stage et 55,3 % d'entre eux l'expliquent par des soignants référents jugés comme peu pédagogues.

La troisième enquête a été réalisée à Marseille auprès de promotions infirmières dans le cadre d'ateliers d'apprentissage sur la gestion du stress (Botti, Foddis, Giacalone, Olive, 2011). Cette enquête a donné lieu à un article sur une réflexion autour de la prévention du *burnout* chez ce type d'étudiants. En effet, au-delà de symptômes de nervosité inhérents à la vie en général, aux situations d'apprentissage ou au travail de soins, ces étudiants seraient nombreux à souffrir d'un stress allant jusqu'à l'épuisement professionnel. Le stress et le *burnout* ont été confirmés par leur enquête au moyen notamment de l'échelle *Malash Burnout Inventory*.

La quatrième investigation a été menée à l'initiative de la Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers (FNESI) par Lamaurt, et *al*. (2011) à la suite de la première enquête d'Estryn-Behar et *al*. (2010) citée plus haut. Elle a permis de souligner le constat d'un vécu stressant durant cette formation, qui se dégraderait au fur et à mesure de leur avancée dans le parcours scolaire infirmier. Les étudiants interrogés énoncent les causes suivantes : un rythme d'enseignement trop soutenu, une formation décrite comme médiocre ou mauvaise, des conditions difficiles d'apprentissage en stage ou encore une précarité économique.

La dernière recherche se trouve dans un dossier de presse réalisé par la FNESI datant du 17 février 2015. Celle-ci fait suite à l'accumulation de témoignages d'étudiants infirmiers en souffrance et suite à la précédente enquête citée de Lamaurt et *al*. (2011). Du 17 novembre au 12 décembre 2014 via les messageries internet des IFSI, cette association aurait récupéré 3522 réponses dont 3486 exploitables après tris des doublons notamment. Sur ces 3486, 3247 personnes se déclarent « étudiants en soins infirmiers » et 35 « anciens étudiants infirmiers ayant arrêté [leur] formation ». L'apprentissage est décrit par ces personnes comme violente pour les raisons suivantes : 39 % pointent un « défaut d'encadrement » ; du jugement et du rejet avec 30 % des témoignages corrélés au « Jugement de valeur », 27 % des « difficultés d'intégration » et 24 % un « rejet de la part de l'encadrement » ; 7 % rapportent des situations de harcèlement.

1.3 Questionnement de départ

Les cinq investigations françaises citées précédemment indiquent que la formation aux soins infirmiers peut générer des souffrances. En effet, elles soulignent un contexte d'apprentissage pouvant être délétère pour les étudiants. Celui-ci serait en cause dans l'abandon précoce de cet enseignement pour environ 20 % d'entre eux qui entrent en 1re année en France. Néanmoins, 80 % de ces étudiant réussissent à obtenir leur diplôme

(Castéran-Sacreste, 2016). Ainsi, nous avons d'une part de nombreux étudiants se déclarant eux-mêmes en souffrance et d'autre part une très grande majorité achevant leur cursus scolaire. Ce constat nous invite à chercher ce qui pourrait expliquer que la plupart des apprenants en période de vulnérabilité conjoncturelle parviennent tout de même à surmonter l'adversité et à reprendre un développement suffisant pour réussir leur scolarité. Ce phénomène évoque l'engagement des étudiants dans un processus résilient dans le cadre de leur scolarité. De plus, la présentation du référentiel de formation exposée ci-dessus a mis en exergue différents professionnels qui entourent les étudiants et qui peuvent sans doute jouer un rôle dans leurs capacités à affronter et surmonter les obstacles. Ainsi, dans cette recherche, nous allons approfondir ces réflexions à partir de la question de départ suivante :

Dans quelle mesure les personnes évoluant auprès des étudiants infirmiers vulnérabilisés durant leur formation peuvent-elles constituer un maillage de tuteurs de résilience ?

L'exploration bibliographique et empirique que nous allons détaillées dans cette thèse, doit nous permettre de confirmer plusieurs hypothèses. D'abord, l'apprentissage des soins infirmiers correspondrait à une période de vulnérabilité conjoncturelle pouvant amener les étudiants à éprouver des souffrances, à manifester des signes de pathologies psychologiques ou même à se trouver en situation de vécu traumatique. Ensuite, afin de poursuivre et de terminer leurs études, ils auraient recours à des facteurs de protection et des mécanismes de défense relevant d'un processus résilient. Enfin, les personnes qui entourent ces élèves comme leurs collègues de promotions, leurs encadrants de stage, leurs formateurs... pourraient constituer un maillage de tuteurs de résilience favorisant ce processus.

En analysant les écrits dans un premier temps, puis grâce à une enquête sur le terrain, nous allons tenter de répondre plus précisément au questionnement suivant :
Qu'est-ce que la vulnérabilité ? Quels sont les facteurs de risque liés à la personne elle-même et ceux causés par la formation ? Quels peuvent être les symptômes témoignant de la vulnérabilisation ? Ces symptômes de souffrance sont-ils spécifiques à ce type d'apprenants ou peuvent-ils être rapprochés de ceux vécus par les étudiants en général ou par les professionnels soignants ?

Quels sont les éléments permettant d'observer qu'un individu entre en résilience ? Quelles sont les ressources dont un élève infirmier dispose lors de son parcours de formation pour la tisser ?

Dans quelle mesure les personnes entourant ces étudiants peuvent-elles être considérées comme des tuteurs de résilience ?

2. Revue de littérature

2.1 La vulnérabilité

2.1.1 Définition

Habituellement, la notion de vulnérabilité est évoquée lorsque l'intégrité humaine se trouve menacée du point de vue psychique ou physique. Ce terme vient du latin « vulnerare » et « vulnerabilis » désignant qui peut être blessé, « vulnus » signifiant blessure. Le premier sens du mot vulnérable renvoie ainsi à l'idée d'un être susceptible d'être agressé et, par extension, se dit d'un sujet qui peut être facilement atteint physiquement ou psychologiquement. Ce concept peut donc qualifier des personnes ayant des particularités qui les prédéterminent à une sensibilité ou à une fragilité somatique ou psychique. Des individus ou des groupes peuvent être considérés comme vulnérables « du fait de prédispositions génétiques, biologiques ou psychosociales conduisant à la maladie (physique ou mentale), à un dommage ou une issue comportementale négative » (Anaut, 2015b, pp 15-16).

Toutefois, elle peut être conjoncturelle et dépendre d'une période de la vie selon l'âge ou des étapes du développement, ou encore de conditions socio-environnementales. Le sujet se trouve alors fragilisé du fait des circonstances particulières (Anaut, 2015b). Notons cependant que les réponses adaptatives interindividuelles sont très variables, ainsi deux êtres humains ne réagiront pas et ne supporteront pas de la même manière face à un climat délétère ou agressif identique.

La vulnérabilité peut se concevoir comme un affaiblissement des résistances d'une personne face à l'adversité (Anthony et *al*., 1982). Dès lors, un événement, un contexte nocif ou des prédispositions génétiques peuvent rendre un être vulnérable et lui faire développer des problèmes comportementaux ou des psychopathologies (Cyrulnik, 2012 ; Anaut, 2015b). La personnalité et le fonctionnement des individus sont parfois modifiés de manière durable (Lighezzolo, De Tychey, 2004).

2.1.2 Vulnérabilité et facteurs de risque

La notion de risque « se réfère généralement à une probabilité élevée d'avoir une conséquence négative ou indésirable ». Ces conséquences néfastes peuvent être de « subir

un dommage ou une perte, la possibilité d'être soumis à un danger, d'être exposé à une blessure » (Anaut, 2015b, pp 31-32). Les facteurs de risque concernent « tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme » (OMS, 2017). Ces facteurs sont ainsi en lien d'une part avec l'individu — personnalité, compétences relationnelles et émotionnelles, structure psychique, mode de vie — et d'autre part avec son environnement. La vulnérabilité peut donc être appréhendée suivant deux axes principaux : celle qui est personnelle, regroupant tous les facteurs de risque exclusivement intrinsèques au sujet, et celle liée à l'entourage, c'est-à-dire les faiblesses et les interactions pathogènes qui peuvent se situer au niveau familial, socio-économique et culturel (Anaut, 2015b).

Les facteurs de risque de vulnérabilité personnelle peuvent se situer au niveau de faibles capacités neurologiques pour affronter les agressions extérieures, d'un attachement non sécure durant l'enfance (Cyrulnik, 2012), d'une répétition transgénérationnelle des pathologies familiales (Anaut, 2002) ou même ils peuvent être liés à des causes génétiques (Lighezzolo, De Tychey, 2004) ou encore liées au genre avec les garçons qui seraient plus vulnérables que les filles au moment de l'adolescence (Anaut, 2015b). Notons que la vulnérabilité ou l'invulnérabilité ne sont pas pérennes (Lighezzolo, De Tychey, 2004) : par exemple, une personne disposant habituellement de bonnes capacités de résistance peut se retrouver affaiblie dans des contextes plus délétères.

Par ailleurs, celle-ci peut être conjoncturelle et dépendre d'une période de la vie selon l'âge ou des étapes du développement par exemple. Elle peut varier aussi à cause de mauvaises conditions socio-environnementales. Le sujet se trouve alors fragilisé du fait des circonstances particulières (Anaut, 2015b). L'exposition à un seul facteur n'augmenterait pas la probabilité d'être vulnérabilisé (Rutter, 1990). Il s'agirait plutôt de la soumission du sujet à une « constellation de facteurs » (Anaut, 2015b) comme un environnement violent ou l'accumulation de stress. Concernant ce dernier, ses effets physiologiques et psychologiques affaiblissent physiquement et psychiquement le sujet, et entraînent des risques de développer des psychopathologies (Pronost, 2012). Notons cependant que les réponses adaptatives interindividuelles sont très variables. Ainsi deux personnes ne réagiront pas et ne résisteront pas de la même manière face à un contexte délétère ou agressif identique (Anaut, 2015b).

2.1.3 Stress et vulnérabilité

Le stress est un processus à double sens. Il implique d'une part l'existence de facteurs de stress dans l'environnement, et d'autre part, il dépend de la réaction de l'individu qui y est soumis. En effet, d'après Lazarus et Folkman (1984), la signification donnée au stress est dépendante de l'évaluation cognitive des personnes. Celui-ci peut être considéré comme positif lorsqu'il est stimulant ou qu'il met en état d'alerte le système limbique du cerveau pour fuir et se protéger d'un danger. À l'inverse, il peut également fragiliser physiquement avec toutes les réactions physiologiques liées à l'hypersécrétion de cortisol comme la tachycardie ou l'hypertension artérielle. Il pourra aussi ébranler la personne psychologiquement. Il ne s'agira alors pas de « stress banals de la vie quotidienne » (Anaut, 2015b), mais de ceux entraînant des situations de grandes adversités souvent liées à une accumulation de facteurs appelés également stresseurs (Sharpe et Lewis, 1978). Ces derniers peuvent être réunis dans les catégories suivantes : ceux de performance, de menace, de frustration ou bien d'ennui.

La perception et la gestion du stress dépendent de la personnalité, du soutien social, du contrôle interne de chacun, de sa propre estime de soi... Les individus ne la ressentiront pas de la même manière ni avec une intensité équivalente et n'en vivront pas des conséquences identiques (Pronost, 2012). De nombreux travaux relatent les effets du stress au niveau biologique et neurobiologique. Ces effets se caractérisent principalement par l'augmentation du rythme cardiaque et de la tension artérielle, ainsi que par l'élévation de la sécrétion d'hormones telles que certaines catécholamines (adrénaline, noradrénaline) et les glucocorticoïdes (Lupien, 2010). Cliniquement, nous pouvons entre autres observer des personnes plus sensibles aux infections ou en proie à une fatigue importante. Plus grave, les individus pourraient déclencher des maladies dégénératives inflammatoires chroniques ou seraient responsables de certains troubles psychiques telles que des démences types Alzheimer ou des comportements obsessionnels compulsifs par exemple. Le stress peut même avoir des conséquences mortelles avec des arrêts cardiaques consécutifs à des sécrétions trop importantes de cortisol (Pronost, 2012). Il peut également se traduire par des symptômes comme l'anxiété ou l'angoisse et être à l'origine de psychopathologies comme la dépression ou le syndrome d'épuisement professionnel (Piquemal-Vieu, 2001).

Par conséquent, en lien avec la notion de vulnérabilité, le stress est à la fois un facteur de vulnérabilisation et un état dans lequel une personne est après avoir été affaiblie ou même traumatisée (Anaut, 2015b). D'une part, l'accumulation de stresseurs ainsi que

les effets physiologiques et psychologiques cumulés fragilisent physiquement et psychiquement le sujet, et entraînent des risques de développer des psychopathologies. Les différentes expériences et sources de vulnérabilisation peuvent rendre l'individu moins résistant aux agressions. Le stress, l'angoisse et l'anxiété mobilisent de manière inconsciente les processus défensifs du sujet. Or, les mécanismes de défense peuvent se trouver dépassés par un contexte pathogène qui affaiblit l'individu, soit lorsqu'il est confronté à une situation fortement traumatisante, soit exposé à des conditions traumatogènes, notamment créées par une succession d'événements vulnérabilisants ou agressifs (Anaut, 2015b). D'autre part, le stress ou l'accumulation de stresseurs, ne constituent pas en soi des traumatismes, mais ils peuvent contribuer à rendre vulnérables les sujets et préparer le terrain pour l'installation de ceux-ci. Les contextes de stress chronique peuvent affaiblir les modalités défensives et les exposer au risque d'effraction psychique lors d'un événement qui aura dès lors une valeur traumatique (Pedinielli, Mariage, 2015). Les nouvelles épreuves peuvent également venir en réactiver certains vécus pendant l'enfance (Lebigot, 2005).

2.1.4 Vulnérabilité, psychopathologies et traumatisme

Si la vulnérabilité se réfère à un état de moindre résistance aux agressions, la *vulnérabilisation* vient rendre compte du trauma. Autrement dit, elle peut résulter d'un contexte traumatisant (Anaut, 2015b). D'un point de vue psychanalytique, certains auteurs comme Lebigot (2005), en référence au schéma métaphorique de l'appareil psychique de S. Freud, expliquent que le stress vient comprimer la membrane de celui-ci et il y a renforcement de la charge positive de pare-excitations autour de celle-ci. Il y a alors pression et non effraction de cette dernière même si le psychisme de l'individu est amené à en souffrir. En revanche, dans le cas du traumatisme, « l'élément de surprise est fondamental » (Lebigot, 2005). Le traumatisme n'est donc pas un simple stress, une angoisse ou une anxiété et ce sont le plus souvent ses conséquences qui vont le définir. Le moment de l'effraction ou son intensité sont vraiment variables et pas toujours identifiables par les personnes elles-mêmes. Par contre, la souffrance psychique et les pathologies peu structurées avec leurs manifestations concrètes vont permettre cliniquement d'observer la présence du traumatisme psychologique.

> *C'est la vulnérabilisation qui vient rendre compte du trauma. […] La vulnérabilisation peut donc résulter de la rencontre avec des traumatismes*

uniques ou bien multifactoriels, dont l'intensité met à mal le moi des sujets, déstabilise ses capacités de réponse et ses modalités défensives. (Anaut, 2015b, p 28)

Par conséquent, les liens entre vulnérabilisation, psychopathologie et psychotraumatisme sont étroits et ce sont plutôt les symptômes cliniques qui peuvent nous indiquer qu'une personne peut être considérée comme traumatisée. Ces symptômes, décrit par Lebigot (2005) peuvent être une angoisse de fond, la dépression, des troubles de conduites telles que des tentatives de suicide, le développement de comportements addictifs ou même le passage à l'acte agressif. Un syndrome psychosomatique peut également apparaître. L'entourage remarque souvent que les personnes sont différentes, notamment lorsque celles-ci n'ont pas encore manifesté de névrose traumatique. Ces changements, dont la personne a peu ou n'a pas conscience, sont traduits concrètement par des troubles du caractère comme de l'anxiété, de l'irritabilité voir de la violence. Dans ce cas, ce sont les proches qui poussent à consulter. Enfin, lorsque la névrose traumatique est déclarée, d'autres symptômes cliniques apparaissent : un syndrome de répétition, des cauchemars ou des reviviscences, des phobies ou une anxiété généralisée. Nous retrouvons les troubles du caractère, ceux addictifs, des maladies somatiques déclenchées telles que des ulcères gastriques, de l'hypertension artérielle ou encore du diabète.

En ce qui concerne les conséquences psychopathologiques, Lebigot décrit trois types de résultats liés à l'effraction psychique puis à l'image traumatique qui s'est incrustée dans le psychisme de la personne : « l'incrustation d'une image du néant (la mort), la mise à l'écart des représentations et une jonction réalisée avec le refoulé originaire ». Concernant la présence dans l'appareil psychique de l'image du réel de la mort, elle se manifeste par le syndrome de répétition des visions et des ressentis liés au traumatisme de manière nocturne ou de façon diurne à travers respectivement des cauchemars ou des reviviscences. Les conséquences dans la vie de la personne vont être de plusieurs ordres : l'incapacité à faire des projets qu'ils soient à court, moyen ou long terme ; le sentiment d'être différent des autres ; un « écroulement narcissique » avec des accès dépressifs parfois suicidaires. L'auteur évoque aussi un certain « attachement au traumatisme » qui va s'observer par une sorte de fascination à revivre son propre malheur au travers des épreuves des autres comme en regardant des images horribles à la télévision, en s'attroupant autour d'un accident... Concernant la mise à l'écart des représentations, il s'agit d'un certain abandon de la réalité qui peut s'illustrer par la forme clinique de l'effroi (Lebigot, 2005). L'effroi peut être synonyme d'un sentiment d'horreur au-delà du sentiment de peur. L'effroi est l'envahissement par un vécu de néant lié à la

rencontre avec la mort. Concrètement, cet effroi va pouvoir se traduire dans le comportement par un sentiment et une angoisse d'abandon, un caractère taciturne plus ou moins agressif, dans certains cas, en se sentant persécuté. Ce sont des personnes qui à la suite d'un traumatisme vont perdre leur emploi, se séparer de leur conjoint, parfois rompre avec leur famille jusqu'à s'exclure de la société. Enfin, par rapport à « la jonction réalisée avec le refoulé originaire » (Lebigot, 2005), les manifestations concrètes seraient une culpabilité par exemple comme le fait de se sentir responsable d'un accident, ou encore celui du sauveteur qui penserait qu'il n'en a pas assez fait pour « secourir les autres ou les protéger ». Ce sentiment se rencontrerait régulièrement dans chez les sujets qui étaient destinées à préserver, servir ou sauvegarder les personnes comme les pompiers, les médecins, les soldats. Ces derniers, pour faire le lien avec l'effroi, vont souvent évoquer qu'ils n'ont pas eu le temps d'avoir eu peur. Par contre, ce sont dans les reviviscences ou les cauchemars que ces sentiments terribles ressortiront. Il s'agit du déni de l'effroi. Ce déni peut être aussi le fait de ressentir une sorte de dissociation. Celle-ci peut se nommer comme le « sentiment de vivre un rêve ou un cauchemar » (Lebigot, 2005). Elle peut aussi se traduire dans l'absence de rêve ou de cauchemars. Elle peut aller jusqu'à la dépersonnalisation, des troubles mnésiques ou une désorganisation de la conscience.

En conclusion à propos des liens entre vulnérabilité, psychopathologies et traumatismes, il n'est pas toujours possible de déterminer l'origine de ce dernier, car celui-ci peut être causé par un trauma unique ou résulter d'un processus de vulnérabilisation. Les contextes de stress chronique peuvent affaiblir les modalités défensives et exposer les personnes au risque d'effraction psychique lors d'un événement qui aura dès lors une valeur traumatique (Pedinielli, Mariage, 2015). Également, les symptômes peuvent être variés et se confondre avec l'expression de la vulnérabilité d'un sujet, avec le syndrome de stress post-traumatique ou encore avec des psychopathologies comme l'angoisse de fond, la dépression… (Lebigot, 2005). Dans le monde du travail, le syndrome d'épuisement professionnel, communément appelé *burnout*, peut être une manifestation du syndrome de stress post-traumatique (Boudoukha, 2016).

2.1.5 Le syndrome d'épuisement professionnel

Les liens entre la vulnérabilisation, le traumatisme et l'épuisement professionnel sont étroits. L'expression de la vulnérabilité par la manifestation de symptômes cliniques peut survenir avant le choc, autour de celui-ci ou lors du syndrome de stress post-

traumatique. Dans le milieu du travail, ces signes peuvent se confondre avec ceux décrits pendant *le burnout* (Boudoukha, 2016).

Le premier stade du syndrome d'épuisement professionnel est « l'épuisement émotionnel » (Canouï, 2003). Cette étape correspond à une perte progressive des affects. Le travailleur se sent « vidé ». Faire preuve d'empathie et comprendre les émotions qui l'entourent deviennent des efforts immenses. Les personnes oscillent entre deux comportements. D'une part, elles vivent des périodes de fatigues physiques et psychiques intenses, donnant parfois l'impression d'être passifs ou insensibles, avec des oublis concernant des demandes très simples comme si les fonctions cognitives étaient altérées. D'autre part, ces périodes d'apathie et de retrait émotionnel alterneront avec des moments de clash, d'énervement et de colère.

Le deuxième stade est celui du « sentiment d'échec professionnel ». Le travailleur se rend compte de ses difficultés. Il est déçu de lui-même. Il commence à ressentir de la culpabilité et de la honte. En effet, en conflit avec ses propres valeurs, et en même temps incapable de faire mieux, le sujet vit tout cela douloureusement. La personne en souffrance se dénigre et perd peu à peu son élan. Les conséquences sont variées et variables (Delbrouck, Vénara, Goulet, Ladouceur, 2011) : absentéisme, motivé ou non ; fuite du travail ; projet de changer de métier ou à l'inverse un présentéisme exacerbé. A ce stade, l'activisme est prégnant. Plutôt que de lâcher-prise, la personne souffrante va se plonger dans la tâche en réaction, mais son travail sera moins rentable même s'il est intense.

Ces étapes du *burnout* se présentent le plus souvent dans un ordre quasi habituel (Delbrouck et al, 2011). Puis, malgré les sonnettes d'alarme tirées par les proches et les collègues, la personne use de toute une panoplie de mécanismes de défense ou de stratégies d'évitement comme : le déni, la désensibilisation, la projection, le refoulement et l'identification projective. Finalement, la dépression ou une décompensation psychiatrique plus importante l'obligeront bien souvent à s'arrêter.

Delbrouck et *al*. (2011) liste les manifestations somatiques et psychiques cliniques observables. Concernant l'expression physique, « en tout premier lieu, apparaissent l'épuisement physique et la fatigue ». Les autres signes seraient aussi variés qu'atypiques et ce sont plutôt tous les symptômes en lien avec cette fatigue corporelle et mentale qui seraient à décoder. L'auteur liste ces différents symptômes « signes prémonitoires » du *burnout* :

> *les troubles du sommeil (réveils précoces, nocturnes, difficultés d'endormissement) qui alertent sur l'existence d'un état dépressif majeur ;*

> *[…] les troubles musculo-squelettiques (maux de dos, douleurs et contractions musculaires, douleur articulaires…), les manifestations cardiovasculaires (poussées d'hypertension, palpitations, douleurs dans la poitrine…), les troubles digestifs (perte d'appétit, épisode boulimique, digestion difficile, douleur dans l'abdomen, coliques, nausées, diarrhées…), la sphère neurologique et hormonale avec les migraines, les pertes d'équilibre, les vertiges, tremblements, troubles sensitifs, sueurs inhabituelles, les baisses d'énergie, les déséquilibres hormonaux ; […] l'installation de maladies organiques plus systématisées comme les ulcères d'estomac, l'hypertension artérielle sévère, les problèmes cardiaques majeurs, l'hyperthyroïdie…*

Concernant les manifestations mentales, l'auteur les réunit en différentes catégories : « les dysfonctionnements psychiques », « les symptômes émotionnels » et « les symptômes comportementaux ». Il en donne les signes cliniques suivants en précisant qu'il n'est pas aisé pour tous de les repérer :

> *– Des dysfonctionnements psychiques peuvent se manifester par la négation des échecs, l'oubli de soi, la perte du sens de l'humour, l'indifférence, le désintérêt, la dépersonnalisation, le manque d'assurance, l'indécision, l'insatisfaction, l'impatience, la diminution de l'estime de soi, l'anxiété flottante, le sentiment d'impuissance, le sentiment de culpabilité, la culpabilité…*
> *– Des symptômes émotionnels se manifestant sous la forme d'irritabilité, de cynisme, de colère, de crise de larmes ou de nerfs, de désespoirs, d'agressivité, d'une sensibilité et d'une nervosité accrues, d'angoisse, d'excitation, de tristesse, d'une culpabilité excessive… Plus connus et plus facilement dépistables, ces symptômes sont parfois masqués par le sujet et leur prise de conscience sera un des objectifs de traitement.*
> *– Des symptômes intellectuels — difficulté de concentration, distraction, erreurs fréquentes, pertes de mémoire, oublis… – dominent parfois le tableau clinique. Au fur et à mesure de l'aggravation de la situation apparaissent des difficultés à prendre des initiatives, de la confusion, de l'insatisfaction, un sentiment d'impuissance et d'incompétence professionnelle, une nette perte d'estime de soi, des attitudes négatives de fuite ou d'opposition passive ou active.*
> *– Des symptômes comportementaux se manifestent également par des comportements inhabituels pour la personne. Ce sont des modifications ou aggravations de troubles alimentaires, l'apparition de comportements violents et agressifs, des attitudes négatives, une perte ou une distorsion de ses valeurs, un isolement social (repli sur soi, difficultés à coopérer) et enfin des comportements addictifs comme la consommation de produits calmants ou excitants (café, tabac, alcool, somnifères ou de la cyberaddiction, de l'addiction au sport, au sexe…)*

L'étude de la vulnérabilité et des symptômes ou des maladies en lien avec celle-ci, nous amène à rechercher ce qui peut inciter un individu à surmonter cette adversité et de se reconstruire. En effet, dans certains cas, les personnes vulnérabilisées développent des psychopathologies durables et dans d'autres, elles parviennent à surmonter l'adversité et

à reprendre un développement (Anaut, 2002). La résilience peut expliquer ce deuxième phénomène.

2.2 La résilience

2.2.1 Définition et évolution du concept

L'origine du mot est un dérivé du latin. Il se retrouve pour la première fois dans la langue anglaise autour de 1926 dans *Sylva Sylvarum ou histoire naturelle* de Bacon, pour désigner la manière dont l'écho « rebondit » (Ionescu, 2012). Nous voyons ici le premier sens de la résilience qui est « rebondir », « se ressaisir » ou « se redresser ». Son application se retrouve dans différents contextes. Mais déjà dès 1668, le philosophe More l'utilise dans le champ de la psychologie. Il parle de résilience face « à la misère et au péché ». En 1830, l'*Oxford English Dictionary* cite des exemples pour évoquer ce terme dans le sens de « se lever à nouveau facilement après avoir été déprimé » et, donc, devenir « joyeux, enjoué, exubérant ». En 1857, un médecin explique la résilience des Japonais confrontés à la « calamité » des tremblements de terre dans un ouvrage *The American in Japan*.

En physique, Tredgold (1814) dans son livre intitulé *Traité pratique sur la solidité de la fonte et d'autres métaux*, use du terme de résilience et non de résistance en référence à un certain Dr Young qui utilisait ce terme. Il le faisait pour parler de l'élasticité et de la résistance des matériaux. Aujourd'hui encore, dans le champ de la physique, la résilience fait référence à l'énergie cinétique absorbée pour résister au choc et reprendre son aspect initial. Le parallèle avec l'usage actuel en psychologie est limpide. De manière métaphorique, l'esprit est le métal. L'événement traumatique est le choc. Le sujet résilient verra son psychisme reprendre forme après avoir été agressé psychologiquement. Il saura rebondir, se ressaisir, se redresser, faire preuve d'élasticité telle que le métal le fera après avoir été choqué.

Ionescu (2012) note la première apparition du terme en 1942 dans un écrit de Scoville dans *l'American Journal of Psychiatry*. Ce texte est consacré à l'activité des travailleurs sociaux psychiatriques en Grande-Bretagne, pendant la Seconde Guerre mondiale. Scoville souligne « l'étonnante résilience des enfants confrontés à des situations dangereuses pour leur vie » tout en citant un article de la même année de

Burlingham et A. Freud qui « notaient que 138 jeunes ayant vécu des bombardements répétés et très destructeurs ne présentaient pas de signes observables de "choc traumatique" ».

Le CNRS, dans le T*résor de la langue française*, parle de la résilience qui apparaît sous le terme résélience en 1906, puis résilience en janvier 1911. L'adjectif résilient se trouve dans le *Larousse* en 1932. Tisseron (2007) ajoute que le français a accepté avec plus de retard son sens actuel, car sa racine latine était plus proche de résiliation qui signifie la libération d'un contrat. À l'origine de « résiliation » et de « résilience », il y a le mot latin *resilire*, fabriqué à partir du verbe *salire*, qui veut dire « sauter », et du préfixe « re » qui indique un mouvement vers l'arrière. Toutefois, l'évolution anglaise du terme, a emprunté le participe présent du latin *resilire*, *resiliens*, et de ce fait a retenu le sens de rebond après le saut. C'est ce sens qui a donné le paradigme du rebond après le choc dans la résilience telle qu'elle est entendue aujourd'hui. Après des difficultés à traduire la résilience de *resilience* en anglais, la définition actuelle a accepté les deux dimensions apportées par l'histoire étymologique du mot : la capacité à absorber un choc et celle de pouvoir rebondir et se reconstruire après celui-ci.

Au fil des recherches, nombreux sont les auteurs à avoir donné un sens au terme de résilience. L'origine de la résilience est rapportée à la physique et l'énergie cinétique absorbée par un métal. Exprimée en joules par centimètre carré, la résilience a pour signification la résistance au choc (Lighezzolo, De Tychey, 2004). Transposé à la psychologie, le terme veut dire la capacité de l'esprit à absorber les chocs de la vie. Plus que résister aux épreuves, la résilience dont fait preuve l'individu met en évidence la compétence de son psychisme à reprendre forme après avoir été vulnérabilisé. Cyrulnik (2012) explique qu'elle est « un processus biologique, psychoaffectif, social et culturel ». Selon Bessoles (2001), ce processus est inconscient et est imagé par l'homéostasie du corps permettant instinctivement à l'homme de vivre sans avoir à penser à respirer, faire battre son cœur... Pour De Tychey (2001), le sujet effectue tout le même un travail intrapsychique à la fois conscient et inconscient notamment au moyen de mécanismes de défense. Il s'inscrit en même temps dans un processus de mentalisation, c'est-à-dire il relie les ressentis dus aux contextes et événements délétères avec ces événements, et en les partageant avec d'autres, en les verbalisant afin de communiquer sur ceux-ci.

La résilience appliquée au domaine de la psychologie est un processus dynamique, à la fois mental, biologique, social et culturel, qui se met en place après des événements délétères de la vie. Ces derniers peuvent être traumatiques ou résultants de l'accumulation de facteurs de vulnérabilisation. Le psychisme de la personne résiliente va être pressé par

le contexte ou la situation traumatogène à l'image des matériaux dans le champ de la physique, et le trauma pourra éventuellement s'installer dans le Moi du sujet. Mais, cet esprit va pouvoir se ressaisir et reprendre forme afin de pouvoir se développer à nouveau avec des conséquences limitées voir avec une force renouvelée. L'individu acquière des capacités de résilience au moyen de facteurs protection et devient plus solide en ayant surmonté l'expérience traumatogène (Anaut, 2015b). Ces facteurs peuvent être individuels ou environnementaux avec ceux reliés à la famille et d'autres extra-familiaux.

2.2.2 Les facteurs de protection individuels

Les facteurs de protection sont à la fois présents pour préserver l'individu des agressions extérieures, mais aussi pour favoriser l'entrée dans un processus de résilience. Ils ne sont pas à envisager comme une liste permettant de déterminer un profil type de personnes résilientes. Ils sont plutôt à considérer comme des « caractéristiques qui sont susceptibles de favoriser un processus de résilience » (Anaut, 2015b). Les facteurs de protection individuels sont composés des différents traits de caractère recensés chez le sujet résilient. Ceux-ci déterminent l'entrée dans le processus et forment les compétences pour l'activer. Ces facteurs seraient intéressants à déterminer pour pouvoir l'accompagner (Ionescu, 2011 ; Anaut, 2015b). Avant d'énoncer les différents traits de caractère permettant d'identifier le sujet résilient, il est nécessaire de préciser ce que cet individu n'est pas.

D'abord, cet individu n'est pas un être invincible ou invulnérable. Comme le métaphorise Anaut (2015 b), il s'agit plus d'un Batman que d'un Superman. Il n'est pas un surhomme doté de super pouvoirs. Mais il est une personne capable de s'adapter aux situations et de développer des forces face à l'adversité. Bien qu'il éprouve des émotions et qu'il puisse être blessé, il se relève et surmonte les difficultés. Par conséquent, la personne résiliente n'est pas un être qui ne souffre pas. Il peut rencontrer des limites à son processus. Dans le même ordre d'idée, il ne l'est pas en permanence. « Rien n'indique que le sujet qui se montre résilient à un moment donné de son parcours de vie le sera tout le temps et face à tout » (Anaut, 2015b).

Les traits de caractère reconnaissables pour identifier un individu capable de résilience ont émergé années après années. Hamelin et Jourdan-Ionescu (2011) ont synthétisé ces traits de caractère qui ont été identifiés au fil des recherches. Nous pouvons

déterminer la liste non exhaustive suivante. Le sujet de capable de résilience serait quelqu'un qui a la capacité d'être heureux, a la capacité d'engagement dans un travail productif, a un sentiment de sécurité émotionnelle ainsi que des capacités à développer et d'entretenir des relations satisfaisantes. Par ailleurs, l'individu résilient est quelqu'un qui a connu des réussites, des succès. Il possède un sens de l'humour et sait s'adapter aux changements, ou encore il est capable de faire preuve d'optimisme et d'espoir.

Anaut (2015 b), en référence aux travaux de Cyrulnik (1998), propose une synthèse de ce que certains auteurs évoquent comme des compétences de l'individu résilient : « avoir un Q.I. élevé, être capable d'être autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement, avoir le sentiment de sa propre valeur, avoir de bonnes capacités d'adaptation relationnelles et d'empathie, être capable d'anticiper et de planifier, avoir le sens de l'humour ». Le terme de « compétence » semble assez adapté, car comme le précise Cyrulnik, la résilience ne se résume pas à un ensemble de traits de caractère. L'individu mobilise ses facteurs de protection personnels et les facteurs environnementaux afin de « tisser sa résilience » (Anaut, 2015b).

2.2.3 Les facteurs de protection environnementaux

Les facteurs de protection familiaux sont très importants pour la résilience d'un individu. Selon la synthèse d'Anaut (2015b), ils sont représentés par : « des parents chaleureux » et soutenants ; « de bonnes relations parents/enfants » ; « une adéquation relationnelle/éducative » ; « une harmonie parentale (entente) ». Ils renvoient à la notion d'attachement. En effet, une relation d'attachement sécurisante permet « de fonder à la fois la qualité de la mentalisation et, partant de là, la résilience future de l'individu. » (Anaut, 2002). Lighezzolo, De Tychey (2004) ont synthétisé les différents styles d'attachement : l'attachement « sécure autonome » ; l'attachement insécurisé-évitant (« insecure ») ; l'attachement insécurisé ambivalent ; l'attachement insécurisé-désorganisé. L'attachement sécure a permis à un individu d'explorer son environnement autonome, d'être capable de l'affronter sans trop être déstabilisé par celui-ci, et est heureux de retourner vers ses parents. L'attachement insécurisé-évitant (« insecure ») s'est instauré entre un enfant et un parent « qui est dans l'incapacité de tenir compte de son état émotionnel. L'enfant est alors dans l'impossibilité de partager ses ressentis, ce qui va le pousser à ne plus en tenir compte en optant de manière défensive pour un déni de ses affects » (Lighezzolo, De Tychey, 2004). Dans le cadre de l'attachement insécurisé

ambivalent, l'enfant s'est structuré dans le cas de « conflits parentaux non résolus conduisant l'adulte à investir l'enfant pour combler un manque affectif » (Lighezzolo, De Tychey, 2004). L'enfant est tantôt ignoré, tantôt surinvesti affectivement. Enfin, concernant celui qui est insécurisé-désorganisé, l'enfant construirait le plus souvent à la suite de traumatismes non résolus des parents comme des deuils ou carences graves et développe ainsi des peurs inexpliquées. C'est l'attachement sécure qui est corrélé au tempérament résilient et qui favorise le processus de mentalisation et de résilience. Néanmoins, les auteurs précise qu'un attachement défaillant dans la prime enfance ne détermine pas pour une vie entière les capacités ou non d'un individu à entrer en résilience.

En effet, la qualité de l'attachement évolue tout au long de l'existence. Cyrulnik (1998) précise que même si le sujet garde des séquelles de son premier style d'attachement, celui-ci peut changer dans la vie de l'individu. La reconstruction d'un lien avec l'entourage est essentielle et constitue un facteur de protection important et favorisant le processus de résilience.

Les facteurs qui se situent au niveau extrafamilial sont aussi cruciaux. Il s'agit du « réseau de soutien social (pairs, communauté d'appartenance idéologique, religieuse, spirituelle, etc.) » (Anaut, 2015b) et du conjoint ou thérapeute (Cyrulnik, 2012). Ce sont également des « expériences de succès scolaires [ou d'autres réussites extrascolaires] » (Anaut, 2015b). Les individus identifiés comme résilients soulignent « l'importance des liens relationnels ou affectifs qu'ils ont noués avec des personnes qui ont contribué à les soutenir pendant des périodes difficiles » (Anaut, 2015b). Appelés au départ tuteurs de développement, ils sont nommés aujourd'hui tuteurs de résilience (Cyrulnik, 2012).

2.2.4 Mécanismes de défense et résilience

Lors du processus de résilience, nous retrouvons l'utilisation des mécanismes de défense. Ceux-ci sont « des processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de la perception des dangers ou de facteurs de stress internes ou externes » (Ionescu, Jacquet, Lhote, 2012). Ils servent donc à préserver le Moi de l'angoisse.

Dans la première phase de la résilience, le sujet doit se protéger de l'adversité ou du trauma. La variété, la nature et la souplesse des mécanismes de défense doivent être là pour faire face au « déplaisir » et aux « représentations » ces contextes délétères pour le

sujet (Lighezzolo, De Tychey, 2004). Dans la deuxième phase, ces mécanismes ont un rôle dans le processus de mentalisation c'est-à-dire, en psychanalyse, lors du « travail de la pensée sur elle-même pour traduire les excitations en représentations partageables ce qui implique une opération de symbolisation » (Lighezzolo, De Tychey, 2004).

Les auteurs retiennent certains mécanismes comme jouant un rôle plus important que d'autres. Leur fonction sera différente dans le processus de résilience suivant leur usage souple ou rigide. Cela dépendra de leur nature : « immature » (projection, fuite dans l'agir...) ; « adaptatifs dans des situations légitimes de défense » (clivage, déni...) ou « constructifs matures dont le sujet peut tirer des bénéfices pendant toute sa vie » (sublimation) (Lighezzolo, De Tychey, 2004).

Par exemple, l'imagination et notamment le refuge dans la rêverie semble avoir une fonction indispensable dans l'équilibre psychique. Ils aident l'individu confronté aux images terribles du trauma à faire partir son esprit vers des pensées plus agréables. De même, le clivage consiste à « séparer les représentations entre elles ou les affects des représentations, afin de mettre à l'écart les plus insupportables » (Lighezzolo, De Tychey, 2004). Il s'agit d'une défense immédiate qui peut entraver le développement de la personnalité à plus long terme. L'utilisation du déni comporte les mêmes enjeux : son rôle est seulement protecteur dans l'immédiat et « contrairement à son usage dans les fonctionnements psychotiques, il porte davantage sur la signification affective de la réalité insupportable que la réalité en elle-même chez le sujet résilient ». (Lighezzolo, De Tychey, 2004). Son usage à plus long terme marquerait les signes d'un processus psychopathologique. Dans un autre ordre d'idée, selon ces mêmes auteurs, « l'intellectualisation […] constitue un moyen de se protéger de l'intensité des affects de déplaisir en les évacuant pour privilégier le monde des idées et de la rationalisation logique ». En outre, l'altruisme favorise le déplacement des ressentis en s'investissant dans l'aide à autrui (Anaut, 2005). Enfin, l'humour est un mécanisme majeur dans le processus de résilience (Anaut, 2014). C'est une « défense permettant une sublimation des pulsions agressives, c'est-à-dire une élaboration de ces dernières et des excitations qu'elles génèrent par un canal d'expression socialement valorisé » (Lighezzolo, De Tychey, 2004).

Ces mécanismes de défense sont des facteurs de protection du Moi. S'il les mobilise de manière souple et variée, l'individu n'est pas malade parce qu'il les utilise. L'usage de défenses moins matures (clivage, déni, fuite…) doit faire place à plus long terme à des défenses favorisant la mentalisation. En effet, selon Lighezzolo et De Tychey

(2004), dans le cadre du processus, il y a rupture de résilience si l'emploi de ces mécanismes ne permet pas de gérer les excitations causées par le trauma, quand il y a passage à l'acte agressif notamment. Son processus est aussi suspendu lorsque l'individu ne peut pas partager les affects liés au trauma en utilisant des mécanismes de défense favorisant la sublimation comme l'écriture (Anaut, 2002), l'humour (Anaut, 2014) ou l'affiliation.

2.3 La vulnérabilité en formation infirmière

2.3.1 Les facteurs personnels

Dans le cadre d'une recherche concernant un grand échantillon de personnes, il est complexe d'identifier tous les facteurs personnels de vulnérabilité de chacun. Par exemple, les structures de personnalité sont difficilement observables et les causes d'origines génétiques sont impossibles à déterminer pour chaque sujet (Lighezzolo, De Tychey, 2004). En revanche, de grandes tendances émergent de la littérature. Premièrement, la période de la vie d'un individu dans laquelle se déroule sa formation peut fragiliser un sujet. En effet, au regard des profils de promotions des IFSI, deux catégories d'étudiants se distinguent. Les premiers, les plus jeunes, sont ceux qui s'instruisent à la suite de l'obtention de leur baccalauréat autour de leurs 20 ans. Les seconds sont les apprenants en reconversion professionnelle, c'est-à-dire ceux qui étudient à l'âge adulte, qui sont souvent installés dans leur vie personnelle et qui ont déjà fréquenté plus longuement le milieu du travail.

Tout d'abord, selon une étude de la DREES (Castéran-Sacreste, 2016), à propos de l'âge des ESI entrant en première année, les plus jeunes représentent la très grande majorité de la composition d'une promotion : 31,8 % d'entre eux ont moins de 20 ans ; 35,9 % ont entre 20 et 22 ans et 7,9 % entre 23 et 25 ans. Par conséquent, dans un groupe de première année, 75,6 % ont moins de 25 ans. Nous pouvons constater la jeunesse de ces groupes en formation. Les autres ESI entrant en première année sont répartis ainsi : 8,1 % ont entre 26 et 30 ans ; les trentenaires représentent 11 % de cet effectif, les quadragénaires sont 4,3 % et les plus de 50 ans sont 0,3 %. Pour synthétiser, parmi toutes ces statistiques sur la composition des classes d'ESI arrivant en formation en première année, nous voyons bien deux groupes apparaître : une majorité d'étudiants jeunes, environ les 2/3, ayant essentiellement une expérience de la scolarité, et le tiers restant

s'étant déjà inscrit plus profondément dans la vie adulte avec une expérience de salarié ou du moins une autonomie personnelle et une indépendance financière plus forte que les moins avancés en âges de leur promotion.

Les enjeux de la formation ont des particularités selon la période de la vie de l'étudiant. Concernant la jeunesse, De Singly (2004) la décrit comme une étape de l'existence entre autonomie et indépendance. Le défi pour ces post-adolescents est d'acquérir l'une et l'autre alors qu'ils ne possèdent pas encore toutes les ressources liées à la vie d'adulte actif : un travail, des finances, un logement ou également par exemple, un couple stable. Cet auteur évoque un état de « dissociation de ces deux dimensions ». Cette dissociation entraînerait une difficulté importante dans les repères qu'ils ont à trouver. Ils ont quelques cartes en mains : une voiture, un appartement étudiant, un groupe d'amis, un revenu d'appoint… Mais ils ont rarement tout en même temps et la capacité de tout faire à plein temps tel un adulte actif. En effet, la jeunesse est une étape de la vie dont les repères sont à trouver seul avec soi-même, au sein de sa famille, à l'école, puis au travail. C'est une période dont les enjeux se surajoutent au contexte des études et peut venir fragiliser la personne. Dubet (2004) a même écrit que « la jeunesse est une épreuve » car ces étudiants relèvent le défi de la formation professionnelle pour entrer dans la vie active et pour s'établir en tant qu'adulte. C'est, selon lui, une étape difficile qui apporte au sujet une pression importante. Les enjeux des études peuvent mener les individus vers la réussite. Il peut également faire revoir leur projet à la baisse. Pour les moins résistants, ils peuvent être « vaincus » par une école qui n'aura pas su les accompagner vers le succès. Dans les cas majeurs, certains iraient jusqu'à des comportements addictifs ou vers le suicide.

Concernant les étudiants plus âgés, leur formation représente d'autres enjeux personnels, notamment au niveau psychologique. D'une part, ils ont à apprendre les bases d'un métier. Bien qu'ayant acquis certaines compétences durant leurs expériences passées, c'est à la fois tout un savoir-faire et tout un savoir-être qu'il va leur falloir acquérir. Ce développement va devoir s'effectuer dans une structure de personnalité et une existence beaucoup plus figées que celles des jeunes en apprentissage étudiant directement après leur baccalauréat. Avanzini (1996) analyse ces enjeux psychologiques liés à l'éducation tout au long de la vie. Premièrement, il s'agit souvent d'une volonté de revanche sur une formation qui n'a pu se réaliser pour une raison ou une autre plus tôt dans la vie : absence de financement d'études, grossesse très jeune, incertitudes sur l'orientation… Deuxièmement, les adultes ont besoin d'être motivés par l'effet de groupe et le soutien transmis par celui-ci. Troisièmement, le formateur a un rôle très important

par rapport à la confiance qu'il doit leur apporter quant à leur éducabilité. En effet, les marches doivent être hautes à atteindre pour être valorisantes. Chaque palier franchi doit être relevé pour encourager la progression et donner de l'assurance à l'adulte qui se sent plus fragile dans une reprise d'études. Enfin, la formation étant un processus de transformation, elle doit être soumise à la vigilance de l'encadrement éducatif. En effet, la personnalité et la vie privée de ces étudiants sont déjà bien établies. Les bouleversements engendrés par ces changements cognitifs peuvent affaiblir l'apprenant, sa famille, et sa vie en général.

Un autre profil semble également se dégager au-delà de l'âge des étudiants. Ce sont ceux qui n'auraient pas choisi ce parcours scolaire et qui entrent en formation à cause de circonstances, d'un échec dans d'autres disciplines ou en raison de la pression familiale (Lamberton, Pelège, 2008). Il y a d'abord ceux qui ont dû renoncer à un cursus plus ambitieux. La recherche de Lamberton et Pelège évoque tous ceux qui ont dû se réorienter après un échec dans des disciplines considérées avec plus de reconnaissance sociale : « pour 40 % des étudiants interrogés, c'est en premier lieu le métier de médecin qui a été envisagé » (Lamberton, Pelège, 2008). Ces étudiants envisageaient une profession plus valorisée par la société et se voyaient dans un métier pouvant renforcer leur narcissisme. Qu'ils aient échoué au concours de médecine ou qu'ils se soient sélectionnés eux-mêmes en abandonnant, la personne se retrouve ébranlée. De plus, le travail fourni est colossal lors de ces une ou deux années de première année de faculté, et malgré tout, la sélection est rude. Le deuil du parcours, ajouté au stress des concours et à l'affaiblissement narcissique que renvoie l'échec, sont autant d'éléments vulnérabilisant l'étudiant. Par ailleurs, l'enquête montre que d'autres ne sont pas prêts pour apprendre les soins infirmiers, parce que ce n'est pas leur choix. La pression familiale peut être forte et pousser l'individu à faire ces études, car cela est reconnu par les parents ou dans un objectif de « reproduction familiale ». « Dans le milieu ouvrier, le métier d'infirmière est vécu comme une stratégie de promotion sociale et la pression peut être forte » (Lamberton, Pelège, 2008). Les auteurs expliquent comme il peut être difficile pour ces personnes de s'opposer à leurs parents par peur d'être rejetés. Aussi, d'après les témoignages de directeurs d'IFSI, ces étudiants finiraient par se mettre en situation d'échec scolaire. Nous pouvons supposer que ces éléments rendent ces élèves fragiles psychologiquement par le manque de soutien, l'absence de motivation et la non-reconnaissance de leurs désirs autant par eux-mêmes que par les autres, notamment les proches. En cas d'insuccès aux examens ou à un stage par exemple, de mise en échec

consciente ou inconsciente, la vulnérabilisation face aux agressions potentielles des situations d'apprentissage en est le résultat.

2.3.2 Les facteurs de vulnérabilité des soignants

Bien que novices, dès les premières semaines d'études, les ESI vont en stage. Ils deviennent des soignants et sont confrontés directement aux enjeux émotionnels véhiculés par la relation d'aide. Egalement, les facteurs de risque psychosociaux des soignants peuvent avoir un impact sur les étudiants. Commençons par les enjeux émotionnels de la relation de soins comme premier facteur de vulnérabilité des soignants.

Selon Rogers (1968), « les relations thérapeutiques ne sont qu'une forme de relations interpersonnelles, en général, et que les mêmes lois régissent toutes les relations de ce genre ». Elles mettent en jeu des mécanismes spécifiques à toute rencontre entre deux êtres. Celle-ci relie des individualités et des émotions qui se transfèrent l'un vers l'autre, consciemment ou inconsciemment. Ainsi, un soignant va devoir gérer les transferts, son propre contre-transfert, décoder les identifications possibles et les mécanismes de défense présents. Que la relation d'aide soit médiatisée par un acte technique ou qu'il s'agisse d'un simple entretien infirmier, des échanges d'émotions ne vont cesser de se faire. Celles-ci vont être autant positives que négatives et le soignant va devoir gérer son propre contre-transfert. Egalement, comme le décrit Rogers (1968), la compréhension empathique c'est « sentir le monde privé du client comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité de "comme si" ». La relation d'aide est sans cesse un effort de reconnaissance de ses propres ressentis et de ceux véhiculés par le patient. Nous pouvons donc comprendre facilement la part plus fragilisante de cette relation lorsque celle-ci est teintée d'émotions négatives, ardues voire délétères pour le soignant. Alors que celui-ci a construit sa motivation professionnelle pour l'accompagnement de l'autre dans ses difficultés, un patient peut ne pas être d'accord pour se faire aider. Il peut être de mauvaise humeur, en colère contre le système de santé ou bien être violent parce qu'il n'arrive pas à accepter sa maladie, son handicap ou sa mort prochaine. L'écart entre la volonté d'épauler et le refus plus ou moins agressif peut être fragilisant ou même choquant.

De plus, soigner va au-delà de la simple relation interpersonnelle entre deux êtres. Même si avec l'expérience cela se produit inconsciemment, le soignant fait cet effort constant d'être empathique, authentique, congruent et considérant positivement l'autre afin de le faire grandir. Simultanément, lorsque l'accompagnant est lui-même en situation

de fragilité à cause de la fatigue ou d'un contexte de vie complexe avec un parent malade par exemple, tenir cette relation avec suffisamment d'empathie et de distance peut s'avérer un exercice très difficile. La gestion du contre-transfert afin de pouvoir donner des réponses orales ou comportementales adaptées, nécessite d'être équilibré moralement. Mais les soignants ne sont pas des individus dotés d'emblée de solutions relationnelles plus importantes que les autres. Lorsqu'une histoire de vie de patient ou une maladie les touche, par identification et par projection, c'est aussi eux-mêmes que cela affecte. Dans le contre-transfert, la fragilité des personnes soignées vient faire écho à leurs propres facteurs de vulnérabilité.

Au-delà de ces difficultés émotionnelles, l'étudiant infirmier s'approprie son futur métier dans un contexte hospitalier qui peut être délétère. Il peut l'être pour les ESI au même titre que les soignants en poste. Ces difficultés sont appelées dans la littérature des facteurs de risques psychosociaux. Premièrement, l'environnement de travail des infirmiers peut être source de stress quotidien voir de violence. Les normes auxquelles les professionnels sont soumis sont importantes : les règles de qualité des soins engendrent un état d'hypervigilance pour à la fois correspondre aux besoins des patients, gérer et anticiper les risques et répondre aux demandes d'efficience de la part des structures (Piquemal-Vieu, 2001). Ainsi, les infirmiers doivent agir avec le moins de matériel, en perdant un minimum de temps, en avançant le plus vite possible, avec une posture relationnelle accueillante et empathique, en faisant preuve d'une qualité d'observation rigoureuse et en se conformant à tous les protocoles de l'établissement allant de la prescription médicale, au respect de la loi et en adéquation aux règles d'hygiène. Les responsabilités liées à cette liste non exhaustive de tâches à exécuter en obéissant au maximum de critères exigeants de qualité s'avèrent parfois lourdes et mêlées d'injonctions paradoxales (Carpentier-Roy, 1995 ; Molinier, 2007). Ainsi, cet environnement peut devenir contradictoire avec le plaisir de travailler et avec le prendre soin lorsque les contraintes temporelles et administratives sont trop intenses ou encore que la fatigue liée à la forte amplitude du travail sur 12 heures ou à cause de l'alternance des horaires de matin, après-midi et nuit est trop importante. Ensuite, la démographie infirmière s'est aussi amoindrie. Le personnel remplaçant ou intérimaire peut changer tous les jours. Les arrêts de travail se multiplient. La demande des patients et des familles pour la qualité et les résultats s'intensifie. Tous ces exemples sont des poids énormes pour les infirmiers. De plus, le déficit de reconnaissance de la part des supérieurs s'ajoute à la pression du quotidien (Boivin-Desrochers, Alderson, 2014). Par exemple, il est remarqué que certains collaborateurs médicaux manquent de respect ou ne reconnaissent pas le

travail du personnel infirmier : « pour les paramédicaux, la question du manque de reconnaissance est importante et est un facteur de vulnérabilité des infirmiers lorsqu'elle vient à faire défaut auprès de leurs collaborateurs ». La lutte pour se faire reconnaître risque d'absorber, vainement, une grande partie de l'énergie psychique des sujets (Vidaillet, 2014). Les recherches montrent aussi que lorsqu'une organisation des services de soins s'avère défaillante ou que les responsabilités prises deviennent maximales au point de dépasser les tâches prévues par la loi, l'environnement de travail est si hostile que l'infirmier peut souffrir professionnellement au quotidien (Boivin-Desrochers, Alderson, 2014).

D'autre part, la charge de travail est autant un stresseur physique que mental. « Faire les 3-8 » ou être présent durant 12 h nécessitent des capacités d'adaptation et d'endurance importantes pour le personnel. Les heures supplémentaires dues aux arrêts de travail fréquents ou les rappels habituels des salariés sur ses jours de repos pour remplacer le manque d'effectif sont lourds corporellement. La récupération physiologique et psychologique demanderait souvent plus de temps que les infirmiers n'en ont. Notons également que la longueur des couloirs à arpenter sans cesse durant son temps de travail ou les manipulations physiquement difficiles de malades lourdement handicapés, sont des exemples représentatifs de cette pénibilité ressentie par le personnel infirmier (Carpentier-Roy, 1995 ; Boivin-Desrochers, Alderson, 2014).

En ce qui concerne la charge mentale, la violence quotidienne vécue dans les services des hôpitaux peut paraître difficile à imaginer lorsque nous ne travaillons pas dans cet univers. Au-delà de la relation d'aide abordée plus tôt qui peut s'avérer fragilisante sur le plan psychologique, certains soins montrent la déchéance possible du corps humain : l'odeur d'une plaie infectée, la vue repoussante des brûlures étendues (Anzieu, 1995)… Dans ces exemples, la confrontation avec la mort d'autrui et par conséquent sa propre fin de vie, est un facteur vulnérabilisant et même potentiellement traumatisant (Lebigot, 2005). « De façon concomitante, le soignant peut être ému par la détresse du patient, être dégoûté par l'état de dégradation de son corps, par ses excréments ou la puanteur de ses plaies, avoir peur de commettre une erreur. » (Molinier, 2007)

Mais encore, les violences peuvent ne pas être seulement dans ce que les situations renvoient personnellement aux infirmiers. Elles peuvent se manifester également dans des passages à l'acte de patients. De nombreux services de soins sont concernés par l'agressivité physique ou celle verbale. Les insultes, le manque de respect journalier envers le personnel, le bruit des sonnettes et les appels téléphoniques incessants sont aussi des éléments qui affaiblissent les travailleurs et les rendent psychiquement vulnérables.

Et même si « le plus souvent les malades ne sont pas agressifs avec les infirmières […] la reconnaissance de son travail reste problématique » (Loriol, 2001). Ces exemples viennent illustrer ce que des psychologues du travail nomment comme les difficultés à gérer l'écart entre l'idéal et la réalité, entre le « travail prescrit et le travail réel ». Le « travail prescrit » regroupe les consignes, les modes opératoires, décrits dans des procédures et autres référentiels. C'est le travail comme il devrait être fait. Le « travail réel » est l'activité concrète telle qu'un opérateur aille le réaliser, en mobilisant des moyens ou des méthodes qui ne respectent pas forcément la marche à suivre protocolaire (Dujarier, 2006). Dans le cas des infirmiers, ces écarts sont à plus fortes raisons dures à gérer quand il s'agit de difficultés relationnelles. En effet, lorsque les soignants conçoivent leurs missions comme un rôle d'aide et de protection pour une personne en situation de faiblesse, l'agressivité du malade s'oppose à leurs émotions et celle-ci doit être acceptée : il ne reste à l'infirmière qu'à « prendre sur soi ». (Loriol, 2001)

En outre, les violences rencontrées en situation de soins s'ajoutent encore à d'autres émotions potentiellement agressantes. Par exemple, la coopération en équipe paramédicale et médicale, avec par exemple les humeurs de chacun de ses membres, apporte son lot de conflits à gérer : du simple désaccord à la véritable altercation avec un pair ou un supérieur, collaborer en équipe est un travail d'organisation, mais aussi de gestion des émotions autant que des susceptibilités. Autre exemple, la forte rigueur de pairs ou de supérieurs peut amener leurs collègues à agir sous la pression de l'excellence des « héroïques » au travail et les conduit parfois à se sentir accablés par leur hyperexigence (Dujarier, 2006). Le stress professionnel peut devenir alors du harcèlement par la répétition de ces situations. Et comme le relatent Boivin-Desrochers et Alderson (2014), « le stress au travail se mesure à l'aide de plusieurs facteurs, notamment les tensions et les contraintes associées au travail, les exigences physiques et l'absence de soutien des collègues et superviseurs ». Cette dernière citation vient clôturer le cocktail de facteur de stress au travail pouvant faire passer un soignant de vulnérable à potentiellement traumatisé.

De même, le soutien de ses proches est un facteur de protection essentiel contre la vulnérabilité. Par conséquent, Boivin-Desrochers et Alderson (2014) mentionnent que les difficultés à équilibrer sa vie personnelle et les exigences de la profession sont un dernier élément vulnérabilisant pour les infirmiers. En effet, le soutien des proches et l'investissement dans sa sphère privée peuvent protéger et aider l'individu à se défendre des agressions au travail. A contrario, le travail de nuit, le week-end, rentrer quand ses

enfants sont couchés ou enchaîner les jours de travail en ne faisant que croiser son conjoint par exemple… peuvent être des facteurs vulnérabilisant pour ces agents. Par ailleurs, l'infirmier face à ces facteurs peut mettre en place des stratégies de défense déjà évoquées plus haut. Toutefois, leur utilisation quotidienne et fréquente pour gérer le quotidien peut à long terme être aussi négative pour l'équilibre psychique. « En effet, l'utilisation excessive de stratégies ne permet pas aux individus de transformer les situations difficiles, mais bien de s'y adapter » (Alderson, 2004).

2.3.3 Les facteurs de vulnérabilité spécifiques aux ESI

Même si les étudiants infirmiers ne sont pas en situation de responsabilité dans un service de soins, ils apprennent dans cet univers. Au même titre que leurs tuteurs, ils peuvent se retrouver vulnérabilisés par tous ces facteurs de stress au travail. De plus, différentes recherches témoignent d'une fragilité psychique supplémentaire à celle des infirmiers. Tout d'abord, les étudiants infirmiers français vont en stage dès le premier semestre de formation alors qu'ils sont peu outillés pour faire face aux difficultés du terrain et qu'ils ont encore peu de connaissances pour pouvoir comprendre et prendre du recul sur tout ce qui se passe. Ces novices sont remplis de motivations et découvrent la réalité d'une profession souvent très idéalisée : ils veulent soigner des patients qu'ils imaginent comme reconnaissants ; ils attendent l'entraide en équipe, la collaboration, l'accueil, le soutien et la pédagogie des infirmiers qui vont les encadrer. Ils se projettent dans les gestes techniques au sein d'un univers propre et médicalisé. Toutefois, la réalité s'impose rapidement à eux. Gérer l'écart en l'idéal et le monde tel qu'il est peut s'avérer difficile : car cela ébranle les certitudes et une part d'identité chez le sujet (Dujarier, 2006). Lamberton et Pelège (2008) avertissent que cette « désillusion trop forte peut entamer la motivation de façon conséquente ».

D'autre part, un des premiers ressentis négatifs vécu par les étudiants en stage, est le sentiment de peur généré par les soins : « La peur des réactions face au patient […] la peur de la relation à l'autre […] de faire mal […] de l'inconnu » (Lovens, 2008). Lamberton et Pelège appuient ce sentiment en parlant d'un "choc" : « le choc des odeurs », « la maladie, la mort, la souffrance... écouter les problèmes ». Ils décrivent en outre que ces représentations sont « traumatisantes et font effraction dans la vie personnelle ». Lamberton et Pelège (2008) citent une étudiante interrogée : « J'y pensais tout le temps, même en rentrant chez moi ». En effet, les apprenants n'ont pas un parcours de stage progressif qui leur permettrait d'aller en premier s'approprier les techniques de

soins dans des unités au contexte émotionnellement moins mobilisant comme la crèche, le milieu de l'entreprise... Selon leur cursus, ils peuvent aller directement dans des services où la mort, la violence et la maladie sont très présentes. Cela est dû au nombre de stagiaires important comparé à la faible quantité de places disponibles pour les accueillir dans les unités. Mais aussi, cela est inhérent au métier : un infirmier ou une infirmière s'occupe de personnes malades, qui souffrent et avec tous les éléments dégoûtants qui accompagnent les troubles comme le vomi, les sécrétions, le pus... (Lovens, 2008).

De plus, lorsqu'ils sont en stage, les étudiants sont extraits de leur groupe affectif et social. Ainsi, il est difficile de partager ses émotions avec des inconnus qu'ils viennent de rencontrer. Le partage entre pairs est un élément majeur qui permet de surmonter les crises, les remises en question, l'atteinte de ses valeurs... (Boittin, 2002) Avec la bienveillance et l'empathie développées par la posture soignante, les tuteurs de stage et autres professionnels de proximité peuvent être présents et étayants pour les aider à partager sur des situations de soins difficiles d'autant plus qu'ils vivent les mêmes et ressentent des émotions intenses comme nous l'avons vu précédemment. Ils peuvent les aider à identifier et comprendre ce qu'ils sont en train de traverser. Toutefois, ces élèves vont en stage dans le milieu de la santé et celui-ci ne permet pas toujours aujourd'hui un encadrement optimal et bienveillant des étudiants. « L'apprenti soignant, découvrant ce monde hospitalier, reçoit et vit cette souffrance également. Mais, dans bien des cas, il ne peut pas en faire écho à l'équipe soignante, ne faisant pas partie de celle-ci » (Lovens, 2008). En effet, en France, Lamberton et Pelège (2008) recensent tous les arguments dont témoignent infirmiers, cadres et étudiants pour parler de la crise du milieu hospitalier : la profession est « en crise » ; il y a « des restrictions de personnels », il y a une « surcharge d'étudiants infirmiers » ... Toutes ces conditions rendent l'accueil et l'encadrement des stagiaires compliqués. Egalement, leurs difficultés relationnelles sont parfois liées à la « pression hiérarchique et à la mauvaise ambiance dans les équipes ». De nombreux témoignages d'étudiants s'accordent à dire qu'ils vivent à certains moments des « jugements de valeur », le sentiment « d'être mal perçu », « l'infantilisation », « l'ignorance » de leur présence et parfois certains seraient la cible de « propos […] d'une rare violence » (FNESI, 2015). De là, nous pouvons imaginer la fragilité liée à l'incapacité de pouvoir partager ce qui fait souffrir en stage et la vulnérabilité de la posture d'étudiant sur le terrain. Lamberton et Pelège (2008), formulent alors l'hypothèse que la « crise de l'identité de la profession infirmière (notamment liée au durcissement des

conditions de travail relatif à la maîtrise des dépenses de santé) » peut être responsable « d'abandons en cours de formation ».

2.3.4 Le stress des études infirmières

Les recherches sur la population étudiante infirmière s'accordent sur le fait que les apprenants ont un vécu stressant de leur formation. Outre les facteurs de vulnérabilité identifiés en rapport avec l'éducation à la relation d'aide et les problèmes liés au contexte de l'hôpital aujourd'hui, d'autres éléments spécifiques à la situation étudiante apparaissent : la précarité de certains ESI et les difficultés inhérentes à l'organisation des IFSI français.

De manière générale, la condition étudiante est reconnue pour être un statut précaire financièrement. Au-delà d'une absence de revenu durant l'apprentissage qui a un coût important pour se loger près de l'institut ou pour se déplacer sur les lieux de stage parfois lointains..., « la précarité touche aussi les étudiants qui ne peuvent accéder aux bourses à la suite d'une rupture familiale ou du refus d'un parent de communiquer ses revenus » (Antipoff-Catheline, 2003). Pelège et Lamberton (2008) ont constaté que la précarité financière était un facteur de stress important et une raison d'abandonner ses études infirmières. Cet élément est à considérer car les directeurs d'établissements interrogés par ces deux chercheurs ont fait part de cette observation et affirment que la précarité est en augmentation chez les étudiants infirmiers. Ce facteur de vulnérabilité durant les études peut dans certaines circonstances être intense. Ainsi, un fonds d'aide d'urgence peut être trouvé. Par exemple, pour les étudiants infirmiers de la région Rhône-Alpes, ce fond représente entre 1500 et 3000 €, une seule fois par an, versé en une fois à la demande de l'étudiant et suite à l'acceptation d'une commission. Mais surtout, nombreux s'en sortent en travaillant le week-end. Le secteur de la santé offre la possibilité aux ESI, ayant validé certaines unités d'enseignement de première année, d'exercer comme aides-soignants. C'est une opportunité de financement dont certains se saisissent. Toutefois, cet emploi effectué en plus des études à 35 heures par semaine peut engendrer une certaine fatigue physique et psychique déstabilisant l'équilibre émotionnel outre les autres causes déjà relevées (Lamberton, Pelège, 2008).

D'autres facteurs de vulnérabilité, inhérents à l'apprentissage en IFSI, peuvent fragiliser l'étudiant. L'évaluation est citée comme particulièrement source de stress notamment à cause de son nombre important en formation infirmière française. En effet,

les ESI français sont évalués en permanence sur le lieu de stage et de très nombreuses fois de manière théorique. En IFSI, selon la prescription du référentiel, ils passent 12 devoirs écrits ou oraux au semestre 1, 11 évaluations au semestre 2, 10 au semestre 3, 10 au semestre 4, 10 au semestre 5 et 4 partiels au semestre 6 dont un travail d'initiation à la recherche. Les étudiants se sentent stressés par ces contrôles théoriques récurrents et très fréquents (Lamaurt et *al*., 2011). Dans le rapport de Lamberton et Pelège (2008), nous pouvons lire les propos d'une directrice qui évoque ce sujet : « il y a la pression scolaire très forte que subissent les étudiants. Ils sont sans arrêt en évaluation. C'est perçu par certains comme une forme de sélection : si on supporte tout ça, c'est que l'on peut être infirmier. »

En référence au programme de formation (Référentiel de formation, 2009), en plus de ces partiels, ils analysent sur le terrain des situations de soins. Le compte-rendu écrit de ces analyses fait partie des critères de validation du stage. Les formateurs des IFSI effectuent aussi des enseignements sur les lieux d'apprentissage pratique. Les étudiants ont à ce moment-là des démarches cliniques à présenter à un cadre de santé enseignant. Ces analyses de cas réels de patients sont souvent encadrées de manière formative, mais peuvent aussi générer une note, et sont toujours vectrices de beaucoup de travail et d'un moment d'évaluation pour l'attribution des crédits de stage. Mais la pression de l'évaluation la plus dure à assumer serait celle des compétences à acquérir en pratique. En effet, chaque période passée sur le terrain fait l'objet d'une synthèse d'évaluation écrite des compétences développées en stage au jour le jour. Celle-ci se réalise par des modèles identitaires professionnels et des séniors, et leur donne les bases de leur personnalité professionnelle. Elle a beaucoup de valeur ce qui augmente encore un peu plus son potentiel stressant (Lamberton, Pelège, 2008). De plus, du moment où l'étudiant se présente sur son lieu de stage le premier jour, les élèves sentent que l'équipe les juge déjà. Lovens (2008) rapporte même, de manière concordante avec les dires de la FNESI, que les étudiants tairaient toute souffrance ou difficulté en stage par « crainte de la sanction ».

Ensuite, l'augmentation des promotions et l'éloignement de l'IFSI de certains lieux de stage rendraient le suivi insuffisant et ne permettraient pas de dépister le stress et d'accompagner les étudiants vulnérabilisés en difficulté. Ils seraient nombreux à se sentir mal à cause de ce manque de lien. « L'incohérence des parcours de stage et la défaillance des liens entre IFSI et terrain » fragilise un peu plus l'étudiant infirmier (Lamberton, Pelège, 2008). Les auteurs mettent en cause ici le travail d'organisateur de l'alternance des cadres de santé formateurs. Sans des liens forts entre les lieux

d'apprentissage et une cohérence du parcours individuel de stage, une alternance mal réfléchie serait un facteur de vulnérabilité.

Enfin, nous pouvons lire que la relation pédagogique unissant les cadres de santé formateurs aux étudiants infirmiers est très importante (Boittin, 2002 ; Lamberton, Pelège, 2008). Toutefois, lorsque cette relation est absente ou « malade », les étudiants peuvent en souffrir. En effet, dans ces cas-là, les élèves ressentent un manque d'intérêt manifesté de la part des formateurs envers leurs problèmes rencontrés (FNESI, 2015). Ces derniers vivraient donc la formation comme « violente ». Par ailleurs, la relation pédagogique durant les études infirmières telle qu'elle est prescrite en IFSI comporte les mêmes enjeux négatifs pour l'élève que dans tout apprentissage, mais aussi des enjeux spécifiques liés au fait que ces formateurs soient d'anciens soignants. Par exemple, l'examen des compétences relationnelles peut comprendre des moments « douloureux et intrusifs » si les formateurs-évaluateurs ne sont pas vigilants à ne pas se conduire comme des thérapeutes : « certains formateurs dépassent ce qui est de l'ordre de la formation, ils interviennent sur notre personnalité » affirme un étudiant rencontré par Lamberton et Pelège (2008).

2.3.5 Vulnérabilisation et psychopathologies durant la formation

La psychopathologie correspond à l'étude des causes internes et externes psychologiques de survenue de toutes formes de souffrance, et à l'examen des mécanismes intrapsychiques à l'œuvre. « À noter que dans la pratique clinique, la démarche explicative se confond bien souvent avec une interprétation des causes de survenue de la maladie ou des troubles » (Anaut, 2015b). Carpentier-Roy (1995) évoque le terme de « psychopathologie du travail infirmier » lorsque la souffrance au travail s'installe dans le cadre de la pratique des soins infirmiers. Dans les parties précédentes, nous avons vu que l'expression de la vulnérabilité par des symptômes somatiques et psychiques peut témoigner d'un stress modéré, d'un syndrome de stress post-traumatique ou encore d'un *burnout*. Après l'analyse de la littérature spécifique au milieu des études en soins infirmiers, nous avons extrait des symptômes fréquemment observés chez ces apprenants en lien avec la vulnérabilité, à rapprocher de ce que certains auteurs ont nommé la détresse morale, la crise de l'identité ou encore le syndrome d'épuisement professionnel des soignants.

Tout d'abord, d'après les recherches françaises précédemment citées de Lamberton et Pelège (2008), d'Estryn-Behar, et *al*. (2010) et de Lamaurt, et *al*. (2011), les étudiants sont des sujets vulnérables dans le milieu du travail au même titre que leurs encadrants de stage. Leur expression est parfois un peu plus spécifique car elle se situe dans un contexte d'apprentissage. D'après ces infirmiers novices, leur état de santé physique global se dégrade avec l'avancée dans les études. Le vécu de stress est très présent durant cette période et difficile à supporter : ils « se déclarent de plus en plus stressés par leur formation au fur et à mesure de leurs études : en 1re année, le quart (25,6 %) des étudiants se déclarent "souvent" ou "toujours" stressés, c'est le cas de 44,4 % des étudiants en 2e année et de plus de la moitié (50,9 %) en 3 ° année » (Lamaurt et *al*., 2011). La dégradation de leur hygiène de vie est également pointée avec entre autres une absence de sport et une consommation d'alcool ou autres toxiques. Elle n'est pas satisfaisante pour eux et ne s'améliore pas avec l'augmentation de leurs connaissances sur la santé au cours de leurs études. Ainsi, ces élèves sont 55,7 % à ne pratiquer aucun sport, 29 % à fumer tous les jours et 9,2 % moins régulièrement. La consommation d'alcool de temps en temps est déclarée par 61,7 % sans que l'on puisse savoir si elle peut être massive en une seule sortie, et 1,4 % affirment en boire quotidiennement. D'autres substances, sans précision, sont prises occasionnellement par 10,1 % des étudiants et 1,5 % en utilisent chaque jour. De plus, la qualité et la quantité du sommeil diminueraient au fur et à mesure des trois années avec le recours aux médicaments pour pouvoir tenir la formation : « ils sont 3,1 % à déclarer prendre des tranquillisants 2 fois par semaine ou plus et 9,8 % en prennent 1 à 5 fois par mois, sans différence selon l'année de scolarité » (Lamaurt et *al*., 2011). Pour Lamberton et Pelège (2008), l'arrêt de la formation est bien un signe de survenue de troubles psychopathologiques. La souffrance psychique sur le versant anxio-dépressif est remarquée dans ce groupe d'étudiants. Ils concernent plus de la moitié d'entre eux. Ces « crises d'angoisse » ou ces vécus dépressifs donnent de temps en temps lieu à un traitement médical, à un suivi psychologique et conduisent très souvent à un arrêt de travail s'enchaînant parfois avec une interruption de la formation (Lamberton, Pelège, 2008). Pour aller plus loin, la FNESI (2015) avance des chiffres exprimant une envie de passage à l'acte suicidaire chez certains : « 12 % des étudiants-es peuvent témoigner de cas de suicides dans leur IFSI et 7 % des étudiants-es (9 % chez les étudiants es en 3e année) ont pensé à mettre fin à leurs jours durant leur formation. Le chiffre atteint les 11 % chez les 23-25 ans ». Ces chiffres peuvent coïncider avec ceux apportés par Estryn-Behar et *al*. (2010) qui, après avoir analysé les résultats de leur

enquête et mesuré l'épuisement professionnel au moyen du *Copenhagen burnout inventory*, ont déclaré que sur les 306 questionnaires retournés lors de cette enquête « Un score de *burnout* élevé concernait 39,9 % des étudiants ».

Les symptômes ou les pathologies citées par les recherches précédentes se rapprochent de ce que d'autres études décrivent sur la détresse morale infirmière, sur la crise de l'identité et à propos du syndrome d'épuisement professionnel. Premièrement, la détresse morale infirmière est une souffrance ressentie, « une grande douleur », qui peut affecter physiquement et psychiquement les soignants. Elle provoque un déséquilibre psychologique et des sentiments négatifs. Ce problème de détresse morale infirmière est inhérent à ce travail soignant, quel que soit le contexte économique ou géographique. Elle peut amener ces professionnels paramédicaux à vivre divers symptômes tant somatiques qu'émotionnels (Poisson, Alderson, Caux, Braut, 2014). Les causes de cette détresse sont liées d'abord aux situations cliniques : par exemple, durant des soins aux personnes en fin de vie, « lorsqu'il y a non-respect des volontés du patient ou de sa famille […] ou quand le médecin donne un espoir irréaliste [à ceux-ci] en donnant des informations incomplètes. » (Poisson, et *al.,* 2014). Également, il y a aussi « les facteurs internes », c'est-à-dire, propres à l'individu : « un manque de volonté d'agir de l'infirmière […] le sentiment d'impuissance lorsqu'il s'agit de poser une action […] ou à son manque de connaissances de cette dernière pour répondre de façon adéquate à des situations de soins. » Ajoutés à cela, nous retrouvons des facteurs externes. Il y a les écarts importants entre la théorie et la pratique. Ces écarts peuvent fragiliser l'infirmière face aux conflits de valeurs engendrés par ceux-ci. L'organisation des soins et la politique des hôpitaux sont également mises en cause : manque d'effectif, sacrifice de la qualité des prises en charge… (Poisson et *al*., 2014). Les conséquences observables de la détresse morale infirmière sont d'abord des reviviscences des douleurs vécues dans le travail même si celles-ci se sont passées plusieurs années auparavant (Poisson et *al*., 2014). Ces symptômes peuvent nous faire penser aux manifestations cliniques du traumatisme psychique. Également, d'autres signes psychologiques sont listés dans les études sur la détresse morale infirmière : un vécu « frustration », de « colère » et d' « anxiété », ressentir de la « culpabilité […] de la tristesse […] et de la peur » ; « des cauchemars […], de l'insomnie » ; une perception négative du « niveau de satisfaction au travail », de « l'image de soi » et cela affecterait la « spiritualité des infirmières » (Poisson et *al*., 2014). Au niveau physique, cela peut « se manifester par des maux de tête […] des douleurs musculaires […] des palpitations ». La conséquence ultime de cette détresse

morale serait « de mener à l'épuisement professionnel de ces dernières ». En effet, à cause de ce syndrome, « 33 % des infirmières songeaient à quitter leur emploi au cours de la prochaine année » (Poisson et *al*., 2014).

En outre, la vulnérabilisation des étudiants infirmiers peut aussi bien s'exprimer par de la détresse morale qu'une véritable crise de l'identité lors de sa construction au niveau professionnel. La période de la scolarité est particulièrement propice à ces chocs et cette nécessité de transformation pour en bâtir une nouvelle. D'un point de vue positif, ces différentes crises vont permettre à l'individu de continuer son processus de progression identitaire (Mucchielli, 1986). « L'identité saine » évolue sans perdre « son intégrité » et « sa valeur ». Elle devient de plus en plus « mature ». Lors des études, il peut y avoir un choc au niveau des référents identitaires. Il s'agit de « contradictions » entre ce que le sujet ou le groupe a intégré et ce qu'il constate dans la réalité de ce qu'il vit. « Ces dissonances identitaires existent aussi bien dans le système culturel que dans le système cognitif individuel. » L'étudiant infirmier vit cela dans sa formation en général et particulièrement sur le terrain et l'exprime souvent en analyse de pratique par exemple. Mais, lorsqu'il y a crise, donc incapacité à s'adapter ou à dépasser les changements, les tensions arrivent par des « chocs "acculturatifs" » (Mucchielli, 1986). Dans ce cas-là, la personne ne peut évoluer et peut être amené à manifester des symptômes de cette crise. Au-delà d'un ébranlement, l'individu peut vivre un véritable sentiment d'aliénation. C'est pourquoi lorsqu'un environnement, une organisation ou des individus cherchent à atteindre l'identité d'une personne ou d'un groupe, des réactions défensives vont se mettre en place. Quand celles-ci sont en échec, la psychopathologie peut s'imposer à un sujet. L'identité en crise est marquée et freinée dans son évolution par « les chocs affectifs qu'elle traverse : traumatismes affectifs individuels, groupals ou culturels » (Mucchielli, 1986). Ces crises sont plutôt saines dans un contexte de formation, mais peuvent se réaliser dans la douleur par l'intensité de ces chocs.

Alors, selon le niveau de détresse morale infirmière ou le degré de bouleversement identitaire, les conséquences psychopathologiques commencent déjà à apparaître dans les manifestations cliniques listées ci-dessus. Elles se rapprochent des symptômes menant au syndrome de *burnout* notamment dans le milieu soignant. Ce syndrome est aussi pointé par Lamberton, Pelège (2008) et Estryn-Behar et *al*. (2010) chez les étudiants infirmiers. Il en est de même chez leurs tuteurs au point que Vega (2000) écrit : « les soignants savent que le *burnout* les traque » et « la plupart des infirmières insistent sur la nécessité d'accepter l'usure inévitable induite par le métier ». Selon Canouï (2003), « 10 à 48 %

(moyenne 25 %) des infirmières actives des pays occidentaux présentent un niveau élevé d'épuisement professionnel (*burnout*) quel que soit le milieu de travail ou la spécialité. »

En référence aux stades décrits précédemment par Delbrouck (2014), des dimensions particulières aux soignants sont remarquables en plus de ceux annoncés pour les professionnels en général. Carpentier-Roy (1995) exprime l'idée que l'infirmier lutte contre son mal-être en utilisant des mécanismes de défense comme l'activisme ou l'altruisme, mais il ne ressent plus de plaisir à travailler. De plus, le patient ou sa famille sont déshumanisés. Nous pouvons observer « un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme. L'autre est chosifié. Pour le soignant, le malade devient un objet, un cas, un numéro de chambre ». De même, Canouï (2003) affirme que lorsqu'ils sont en situation de *burnout*, les infirmiers présentent une « psychopathologie particulière, liée à la perte de la capacité d'empathie » avec toute la culpabilité ou la honte que cela génère chez eux. Comprendre les émotions des patients devient un effort immense. À l'inverse d'une sorte d'apathie dépressive, les soignants épuisés professionnellement peuvent vivre des moments de clash et « des explosions comme des crises d'énervement et de colère », altérant profondément leurs capacités à travailler en équipe ou auprès des patients. Canouï (2003) ajoute que ce mal qui peut envahir les soignants est encore plus difficile à repérer, mais aussi à admettre pour eux. En effet, il vient toucher les fondements de ce qui les a construits et motivés pour faire ce métier. Ce trouble serait « tabou » : « il existe une incapacité à exprimer que prendre soin d'autrui est un métier à risque pour soi [...] Les soignants victimes de *burnout* ne se soignent pas, par idéal de don de soi, par ignorance ou par vanité ». Selon ce même auteur, la spécificité de l'avancée dans la maladie pour ces professionnels réside dans cette relation d'aide. Étant le cœur du métier des infirmiers, l'alerte donnée par les collègues ou les proches est souvent tardive, car le sujet a témoigné de capacités d'investissement relationnel identiques voire à l'excès. En même temps, quand la personne craque, la souffrance peut être encore plus intense, parce qu'elle se traduit par de la violence dans les soins et une « sécheresse compassionnelle » qui peut la rendre horrible à ses yeux et à ceux des autres. Les conséquences narcissiques sont alors très douloureuses. Molinier (2007) ajoute une spécificité importante que l'on retrouve chez cette population : « l'automédication » leur permettrait de tenir la fatigue physique et l'épuisement psychique.

Nous venons de voir que la formation infirmière est un parcours parsemé d'obstacles pouvant mener un étudiant vulnérabilisé à décompenser des pathologies somatiques et psychiques, synonymes d'un syndrome de *burnout*, de l'expression d'un

traumatisme psychique ou d'une réactivation d'un trauma plus ancien. Néanmoins, 80 % d'entre eux terminent leurs études (Castéran-Sacreste, 2016). Voyons en quoi un processus de résilience peut être mis en place dans le cadre de la scolarité et plus particulièrement en formation infirmière. Par ailleurs, comme celle-ci leur offre un dispositif de professionnels d'encadrement composé d'une multitude de personnes, voyons en quoi celles-ci pourraient faire office de tuteurs de résilience.

2.4 La résilience en formation infirmière

2.4.1 Scolarité et résilience

Que cela soit dans la symbolique que joue l'école, grâce aux liens tissés avec les acteurs évoluant dans les structures scolaires, ou par des « expériences de succès scolaires (ou d'autres réussites extrascolaires) le sujet peut disposer d'un vivier de ressources externes de résilience dans le cadre de l'apprentissage scolaire » (Anaut, 2015b).

D'abord, précisons que le terme école est ici utilisé pour les études allant de la maternelle à celles de l'enseignement supérieur. En effet, les premières recherches sur l'impact de l'éducation et de son cadre sur la résilience se sont déroulées auprès d'enfants (Anaut, 2006). Toutefois, d'autres investigations notamment celle de Bouteyre (2008) traite de la résilience dans le cadre du milieu scolaire de la maternelle à l'université. L'école est un lieu d'apprentissage. « La résilience résulte de l'intégration d'apprentissages spécifiques réalisés dans un contexte d'interactions sociales. ». Ainsi, l'école est un lieu privilégié pour entrer en résilience (Terrisse, Lefebvre, 2007). Les contributions de l'institution scolaire à la résilience peuvent être organisées selon trois axes : un climat de bienveillance favorisant des rapports de proximité ; de hautes attentes associées à un soutien performant ; se sentir utile en s'occupant des autres (Tisseron, 2007).

Premièrement, concernant le climat scolaire, il se compose de plusieurs données : un univers d'éducation salubre et confortable ; des règles de vie en communauté claires et respectées de tous permettant la sécurité physique et émotionnelle des apprenants ; une relation pédagogique attentive et bienveillante. Ce milieu rassurant peut jouer le rôle de substitut pour les élèves qui en manquent et peut intervenir comme facteur de protection dans la résilience. Egalement, le fait d'aller à l'école est aussi un facteur de normalité (Bouteyre, 2008). En effet, tous les enfants sont obligés de s'y rendre. Les personnes

d'une même formation appartiennent toutes à un groupe d'apprentissage identique. Ainsi, les sujets vivant des contextes difficiles ou douloureux dans leur vie privée trouvent en ce lieu un espace où les conflits familiaux ou les carences affectives et éducatives sont mis entre parenthèses voire substitués par les bonnes relations avec les camarades ou les professeurs. Bouteyre (2008) évoque l'école comme un facteur de normalité participant à la résilience. Deuxièmement, l'institution scolaire qui a « de hautes attentes associées à un soutien performant » intervient aussi dans ce processus (Tisseron, 2007). En effet, Rutter a montré que les établissements qui avaient ces attentes élevées favorisaient une « attitude résiliente ». Celles-ci doivent être encore une fois supportées par le lien d'apprentissage étayant et bienveillant. Troisièmement, les nombreux acteurs participant à la vie scolaire jouent un rôle dans l'attachement et l'affectivité. La relation pédagogique, mais aussi celle entre élèves ou celle avec d'autres personnes de l'école comme une assistante sociale ou un agent territorial des écoles maternelles (ATSEM), si ces relations sont bienveillantes, peut favoriser l'altruisme. Elles peuvent offrir la possibilité à l'enfant ou à l'étudiant en souffrance de compenser certaines carences affectives liées à des perturbations issues d'un attachement défaillant ou pathologique. Lecomte (2004) nomme cet échange de sentiments compris dans la relation pédagogique comme un élément essentiel de la résilience dans le cadre scolaire même si le terme d'affection est souvent tabou dans le milieu éducatif. D'un point de vue psychologique,

> *l'altruisme, c'est-à-dire, le fait de donner à autrui, de lui faire plaisir… est à la fois une manifestation et une source de résilience […] par le lien qu'il établit avec l'élève, l'enseignant permet à l'enfant de créer du sens, il lui permet de se projeter dans l'avenir, de donner une direction et une signification à son travail scolaire, voire à son existence. Lecomte (2004)*

A la suite de cet extrait, Lecomte prend exemple sur le rôle de l'enseignant. De manière plus globale, l'ensemble des intervenants lors d'un parcours scolaire est susceptible de former un maillage de tuteurs de résilience permettant à l'individu en souffrance de « tisser sa résilience » (Anaut, 2015b) afin de surmonter ses propres traumatismes.

Enfin, l'école favorise la résilience en mettant en action les mécanismes de défense de l'individu. Nous avons vu que ces mécanismes ont une fonction protectrice, adaptative et permettant le processus de mentalisation. Par exemple, concernant l'affiliation, le groupe d'élèves étant au même stade d'apprentissage met à disposition du sujet vulnérable de nombreux pairs avec qui partager des affects. Ce groupe lui apporte par conséquent la capacité de rebondir lors d'évènements difficiles. Autre exemple, le travail scolaire joue un rôle dans la sublimation et l'activisme : « l'école propose un large panel d'activités collaboratives dans lesquelles l'enfant peut s'investir et se sentir utile

envers le groupe » (Tisseron, 2007). Se mettre en action permet de s'occuper l'esprit lorsque les conditions de vie de l'élève sont difficiles par exemple et forme une échappatoire salvatrice pour le psychisme de l'individu. Sublimer, c'est-à-dire transformer les émotions en une production concrète médiatisée, est permise par l'école par les activités favorisant la créativité notamment.

2.4.2 Le processus de résilience en formation infirmière

L'apprentissage en IFSI offre certaines possibilités aux étudiants de mobiliser des facteurs de protection individuels, des facteurs de protection externes ainsi que des mécanismes de défense, permettant le processus de résilience. Elle organise également un cadre contenant concernant l'affectivité générée par les situations de soins.

D'abord, les facteurs de protection individuels peuvent être stimulés et mobilisés en formation en IFSI. Le premier peut concerner de supposées capacités intellectuelles suffisantes pour prendre du recul et mentaliser leurs futures difficultés en formation. Les apprentis infirmiers sont sélectionnés sur concours, avec entre autres la réussite à des tests psychotechniques et un entretien oral (Référentiel de formation, 2009). Nous pouvons présumer que cet examen sélectionne des étudiants qui disposent d'un QI suffisamment élevé pour faire des liens, chercher à comprendre et surmonter les évènements difficiles auxquels ils seront confrontés. En outre, les IFSI organisent une formation par alternance. Un étudiant apprend sur un lieu de stage différent toutes les 5 à 10 semaines (Référentiel de formation, 2009). S'il réussit à s'adapter à ces changements et faire preuve de flexibilité, nous pouvons penser qu'il peut avoir ces compétences pour entrer en résilience si nécessaire. De même, le fait d'avoir des objectifs de succès aux examens, des buts de stage et de soins à atteindre pour maintenir la santé de patients par exemple, montrent que la formation infirmière est stimulante pour le processus de résilience, car elle permet au sujet de se fixer des objectifs personnels et collectifs.

Par ailleurs, nous ne pouvons pas garantir des compétences relationnelles individuelles de chaque étudiant infirmier. Néanmoins, à l'oral du concours, le jury est vigilant à l'ouverture d'esprit, à l'écoute, à l'acceptation de la controverse et aux capacités relationnelles globales du candidat. En stage et à l'IFSI, les étudiants développent ces compétences et sont évalués à propos de celles-ci notamment à travers la compétence 6 (Référentiel de formation, 2009). Ils apprennent et mettent en pratique en permanence sur le terrain la relation d'aide et ses principes d'authenticité, d'empathie et de congruence. Par conséquent, concernant les facteurs de protection individuels mobilisables dans le

processus de résilience, les dispositions sociales positives, les capacités de bienveillance, la patience et la tolérance sont potentiellement des atouts dont peuvent faire preuve les étudiants soignants. Aussi, les situations de stage étant très variées, chaque cas étant unique, chaque organisation de travail étant différente selon les unités de soins, les apprentis infirmiers qui arrivent à poursuivre leur formation en dépit de l'adversité rencontrée durant leurs scolarités sont des étudiants flexibles sachant s'adapter et planifier de manière autonome. Ces données individuelles sont des facteurs de protection essentiels dans le processus de résilience.

En outre, nous avons vu que ces études, tant dans leur dimension pratique que théorique, pouvait être très stressantes. Un des facteurs de protection individuel très important dans le cadre de la résilience est la capacité à gérer le stress et ne pas être accablé par celui-ci. La formation incite l'individu à mobiliser des mécanismes de défense pour faire face à l'angoisse générée par les situations anxiogènes. En effet, lorsque les élèves infirmiers sont en stage, ils travaillent et prodiguent des soins. Ceci leur permet d'utiliser l'activisme en étant investis dans des tâches à effectuer. Cet activisme pourra aussi faire en sorte que l'étudiant oublie un temps ses problèmes personnels en se concentrant sur le travail. De même, ce dernier favorise la sublimation en transformant les pulsions négatives en plaisir de travailler et en créativité. La rédaction d'APP mobilise aussi ce mécanisme. Soigner les autres permet aussi de faire preuve d'altruisme en donnant de soi-même à un autre souffrant qui a besoin d'aide.

Ensuite, outre l'activisme et la sublimation que l'on peut retrouver semblablement dans l'apprentissage théorique, le mécanisme d'affiliation est très présent en IFSI. En effet, de nombreux temps de travail en groupe permettent aux étudiants de partager entre pairs et donc de décharger les affects négatifs ressentis au moment de situations difficiles. Ils favorisent également le processus de mentalisation essentiel à la résilience. Par conséquent, lors des séances d'APP, durant des séances d'exploitations de stage où chaque ESI raconte comment il a vécu son apprentissage pratique, ou pendant des travaux de groupes par exemple, les étudiants ont de nombreuses occasions de partager leurs difficultés avec d'autres qui peuvent se reconnaître en eux. Enfin, en formation et ainsi en IFSI, l'intellectualisation favorisant le processus de mentalisation est très centrale. Le fait de comprendre ce qu'ils ont vécu par une explication théorique en cours, ou d'avoir un regard bienveillant extérieur et des explications théoriques en analyse de la pratique... sont des exemples apportés par la formation permettant l'intellectualisation et favorisant la mentalisation.

Pour finir à propos des facteurs de protection individuels mobilisés en IFSI, cette formation offre un cadre structurant à l'affectivité générée par les situations de soins. En effet, nous avons vu que les soins et la relation pédagogique pouvaient produire un transfert d'affects négatifs potentiellement vulnérabilisant pour l'étudiant. Mais le contraire est possible. D'une part, les patients et leur famille, bien que parfois agressifs dans leur comportement et par leur maladie, transfèrent aussi énormément d'émotions positives. Par leurs remerciements manifestés verbalement ou dans leurs gestes, ils peuvent être très valorisants pour l'apprenant. Ils peuvent permettre également de s'occuper d'eux malgré leur inexpérience et être assez bienveillants avec les novices. Ces situations renvoient aux étudiants une image narcissiquement positive en termes de sentiment d'utilité, mais aussi peuvent leur transmettre des émotions de soulagement, d'apaisement, de rire et de sympathie par exemple. Cette affectivité mobilisée lors de la formation aux soins peut en outre favoriser le processus de résilience. Dans le même ordre d'idée, les évaluations, facteurs importants de stress, sont aussi des moments structurants pour la construction de l'identité soignante des étudiants, car ils voient concrètement la validation de leurs compétences par leurs futurs pairs. Ces évaluations, lorsqu'elles sont réussies sont génératrices de plaisir, de satisfaction et témoigne de la progression de l'individu. Ces instants peuvent participer à la résilience dans le cadre d'une scolarité infirmière. Enfin, ces moments de transfert positif d'affectivité s'effectuent dans le cadre structuré des études. Le climat général de l'école par ses règles, son programme de formation, son équité de traitement, quels que soient les problèmes personnels des sujets, offre un milieu rassurant et bienveillant à l'affectivité et à l'apprentissage. Ce cadre est un facteur de protection externe important pour la résilience.

2.4.4 Les tuteurs de résilience

Alors que la « vocation des enseignants est plus éducative que thérapeutique » (Tisseron, 2007), le rôle de ceux-ci et des acteurs du parcours scolaire en général comme facteur externe de résilience apparaît indispensable. Il apparaît dans les écrits que ce groupe de professionnels favorisant la résilience d'un élève en situation de vulnérabilité ou traumatisé, peut être qualifié de tuteurs de résilience.

Premièrement, Ionescu (2011) annonce clairement que dans le processus de résilience, les personnes ont « toujours » besoin de quelqu'un d'autre. D'une part, l'interaction avec l'entourage pour un individu blessé lui permet de reprendre contact

avec autrui, avec la vie et avec lui-même par ce décloisonnement des ruminations internes et cette reprise du lien (Tisseron, 2007). D'autre part, selon Cyrulnik (2012), écrire et verbaliser ses souffrances n'apportent pas toujours un soulagement. Parler de ses émotions négatives en est source dans un premier temps, mais cela peut entretenir le mal-être à force de les ruminer (Rimé, 2009 ; Cyrulnik, 2012). Les individus n'ont pas seulement besoin de partager leur malheur dans le cas du traumatisme. Il leur faut reprendre vie, reprendre un développement interrompu grâce à l'identification et à la projection de ses propres affects sur autrui. Ces deux phénomènes rendraient l'appui sur un tuteur de résilience nécessaire.

Dans la littérature, nous pouvons trouver les notions de tuteurs de développement et de tuteurs de résilience. Lighezzolo et De Tychey (2004) clarifient le sens des deux termes. Les premiers seraient plutôt envisagés pour les personnes de l'entourage familial et affectif proche. Les autres sont ceux dont ce rôle est tenu par « tous les autres modèles environnementaux que le sujet peut rencontrer lorsque les modèles parentaux sont défaillants ou insuffisants » (Lighezzolo et De Tychey, 2004). Dans tous les cas, ils prennent une fonction importante dans les mécanismes d'identification et de transfert d'affectivité lorsque ceux-ci sont défaillants chez les parents, premiers modèles et repères d'attachement et de tendresse. L'utilisation du terme tuteur de résilience est aujourd'hui majoritaire dans les écrits.

Les auteurs semblent unanimes quant à la désignation du tuteur de résilience en général. En effet, une personne ne s'autoproclame pas tuteur, mais elle est choisie inconsciemment par le sujet en processus de résilience. Ce choix s'effectue selon les nécessités de l'individu et en fonction des attributs apportés par le tuteur. Autrement dit, l'être en résilience prend ce dont il a besoin chez les autres en fonction de ce qui lui manque. Anaut (2012) situe ce dernier au niveau des liens d'attachement défaillants, inexistants ou inopérants, dans le cadre de la famille. Le sujet procède par identification et projection le tissage de « liens d'attachement alternatifs. Les liens trouvent de nombreux supports dans la périfamille » (Anaut, 2012). Mais ces tuteurs peuvent être également toute personne rencontrée qui a pu manifester soit de l'écoute, du soutien, des encouragements, des félicitations... , « soit à partir de ce que le sujet va projeter sur eux en leur attribuant une valeur de modèle identificatoire » (Anaut, 2012). Les tuteurs peuvent être alors des amis, le conjoint et même de manière plus symbolique, la culture. Le tuteur est à ce moment-là encore plus « un tuteur qui s'ignore » lorsque celui qui est choisi par le sujet est « un sportif, un musicien, un comédien, un écrivain qui correspond à la relation qu'espère le traumatisé » (Cyrulnik, 2014). Les tuteurs peuvent aussi se

trouver dans l'institution scolaire : les professeurs, les camarades, les assistants sociaux... (Tisseron, 2007 ; Bouteyre, 2008). De manière également symbolique à l'école, c'est celle-ci dans son ensemble qui fait office de maillage de tuteurs grâce à tous les intervenants qui la composent, par ses règles structurantes imposées à l'individu, ou dans le fait que l'élève vulnérable à l'extérieur de l'école est considéré comme un autre individu en son sein (Bouteyre, 2008).

Lecomte (2005) a constaté une récurrence d'attitudes qui reviennent chez ces tuteurs, sans que celles-ci soient une garantie non plus pour mener à la résilience « à coup sûr ». Selon Lecomte (2005), ces caractéristiques sont :

- *Ils manifestent de l'empathie et de l'affection,*
- *Ils s'intéressent prioritairement aux côtés positifs de la personne,*
- *Ils laissent à l'autre la liberté de parler ou de se taire,*
- *Ils ne se découragent pas face aux échecs apparents,*
- *Ils respectent le parcours de résilience d'autrui,*
- *Ils facilitent l'estime de soi d'autrui,*
- *Ils évitent les gentilles phrases qui font mal.*

L'auteur les détaille ainsi. Tout d'abord, à propos de l'empathie et l'affection, ces deux attitudes sont des « facilitateurs de résilience ». L'intérêt manifesté et la sensibilité à la souffrance de l'autre lui permettent d'entrer dans ce processus car il peut se sentir reconnu, soutenu et étayé. Concernant les côtés positifs, le tuteur de résilience, bien que conscient des « zones d'ombre » de l'autre, croit au potentiel d'autrui, l'incite à le reconnaître et lui permet ainsi de se développer. Également, les tuteurs de résilience « ne se découragent pas face aux échecs ». Lecomte explique qu'il est normal d'avoir envie que celui qu'on accompagne se développe de manière « linéaire ». Mais les insuccès faisant partie de la vie, le tuteur sait faire prendre conscience au sujet en résilience qu'il s'agit d'une « étape dans un parcours de vie », avec des obstacles plutôt que des échecs. De plus, les tuteurs « respectent le parcours de résilience d'autrui ». Lecomte donne l'exemple de certains pour qui la religion sera d'une grande aide dans le parcours de résilience et pour d'autres ce sera la thérapie psychologique. Les tuteurs de résilience laissent la liberté au sujet de choisir. Ils n'imposent pas un cheminement ou un moyen en généralisant ce qui aurait marché chez d'autres.

Par ailleurs, ils sont des individus qui facilitent l'estime de soi. Selon Lecomte, « deux éléments majeurs sont susceptibles de faciliter le développement de l'estime de soi : sentir qu'on a de la valeur aux yeux d'autrui, se prouver à soi-même qu'on a de la valeur ». Ainsi, les tuteurs qui encouragent et mettent en valeur les progrès facilitent la résilience. Également, nous pouvons encore comprendre cette notion de résilience dans

le cadre scolaire par la revalorisation de l'individu qu'il obtient par ses succès à l'école, notamment lorsque les objectifs sont suffisamment hauts pour être valorisant et bien accompagnés pour qu'ils ne le mettent pas en échec. Lecomte explique qu'à terme l'attitude des tuteurs permettra à l'individu de croire en ses capacités. Ainsi, les tuteurs de résilience garantissent la difficulté des paliers à grimper : « un défi trop élevé risque de conduire à l'échec et donc au découragement ; un défi trop facile risque d'être pris comme une marque de dévalorisation ».

Également, dans le cadre de l'attitude empathique des tuteurs, ceux-ci sont vigilants aux « gentilles phrases qui font mal ». Lecomte donne l'exemple de « je me mets à votre place ». En effet, sous une approche qui se veut bienveillante, l'aidant n'aide pas vraiment, car par cette phrase, il ne reconnaît pas totalement la souffrance de l'autre qu'il peut déposséder de celle-ci en la banalisant ou la généralisant. Par ailleurs, « fournir des repères » est un élément caractéristique des tuteurs de résilience. L'affection n'est pas la seule chose dont un être nécessite. Il a également besoin de se structurer avec des règles : « le lien sans loi s'apparente à du laxisme de la part de l'adulte et risque de générer un sentiment de toute puissance chez le jeune. De l'équilibre entre les deux peut émerger la cohérence éducative et, par voie de conséquence, la résilience » (Lecomte, 2005). Dans le même ordre d'idée, le tuteur est également quelqu'un qui fournit des repères, mais sait aussi décrypter la réaction de l'autre face à cette contrainte. L'auteur entend par ici que le tuteur met des limites, encadre et peut être amené à sanctionner. Mais, il revient toujours vers le sujet pour analyser ce qu'il s'est passé et permettre par conséquent de reprendre un développement. Nous pouvons ainsi faire le lien avec le processus de mentalisation indispensable dans la résilience.

2.4.5 Les tuteurs de résilience en formation infirmière

Les IFSI et les stages mettent à disposition un ensemble de personnes qui gravitent autour de l'étudiant. Dans le cadre d'un processus de résilience enclenché en formation, l'apprenant vulnérabilisé pourra tisser sa résilience, entre autres grâce à ce maillage de tuteurs constitué par les personnes entourant le sujet durant sa scolarité en IFSI.

Premièrement, le soutien affectif et la mobilisation des sentiments liés à l'attachement étant essentiels dans le cadre d'un processus de résilience, nous devons évoquer le rôle important des proches. En effet, même s'ils ne font pas partie des membres pédagogiques de l'IFSI, leur fonction est à souligner. Les étudiants sont d'ailleurs souvent

reconnaissants de ce soutien lors des remerciements écrits en premières pages de leur mémoire d'initiation à la recherche. Ces personnes sont issues de la famille proche : les parents, les frères et sœurs. Mais aussi, dans le cadre d'une formation adulte, le conjoint est un soutien affectif très fort. Notamment quand la relation avec les parents au sens large est plus difficile, ou lorsque l'étudiant est déjà plus âgé et n'évolue plus dans sa sphère familiale, le rôle du conjoint ou même des enfants est très important. En effet, ils offrent une vision de la vie et de l'amour hors des situations douloureuses de maladie et de mort rencontrées à l'hôpital. Lorsque les relations sont saines et plus ou moins sans orage, elles apportent aussi une soupape pour exprimer les difficultés d'équipe et soutenir moralement et sentimentalement. Ce qu'on appelle la périfamille est crucial : toute forme de liens affectifs positifs est importante à maintenir dans le cadre de la formation comme les relations amicales.

Deuxièmement, en relation plus directe avec l'univers de la formation infirmière, il y a des acteurs pouvant jouer le rôle de tuteurs de résilience « explicites » (Cyrulnik, 2014). En référence à l'organisation des IFSI, les médecins du travail, les psychologues et les assistants sociaux sont des ressources utilisables par l'étudiant pour surmonter les difficultés. Troisièmement, il y a les tuteurs de résilience faisant partie de l'entourage direct des étudiants durant leur formation. Il y a tout d'abord les pairs, nous avons vu précédemment leur importance en ce qui concerne l'affiliation. Ceux-ci jouent un rôle majeur dans le transfert d'affectivité et dans l'identification. En effet, les nombreuses occasions de partage d'émotions, mais aussi de savoirs peuvent favoriser la résilience. En APP par exemple, un étudiant en difficulté pourra comprendre ce qu'il vit au travers d'un autre. Il pourra se saisir inconsciemment des parties de personnalité de l'autre pour surmonter ses propres obstacles durant un échange sur le vécu de stage. Le nombre d'élèves offre un réseau important pour partager le stress, mais aussi d'organisation des révisions par exemple ou de ressources de connaissances lors de difficultés d'apprentissage. De même, ces étudiants, tous soignants, forment un tissu relationnel où nous pouvons supposer que l'empathie, le respect du vécu de chacun et le soutien émotionnel sont inhérents à chaque membre de ces promotions soignantes, et utilisables par celui qui est en souffrance.

Nous pouvons préciser également le rôle de pédagogues qui garantissent un cadre juste et bienveillant durant l'apprentissage, attitude importante des tuteurs de résilience selon Lecomte. Il s'agit des directeurs d'institut, des formateurs, des maîtres de stage et des professionnels de proximité. Chacun d'entre eux, selon leurs responsabilités hiérarchiques, garantit aux étudiants des conditions d'apprentissage favorables à la

résilience. Par exemple, concernant le rythme de travail, les cadres des unités veillent à ce que les horaires leur accordent suffisamment de repos. Le directeur fait attention à l'équité de traitement en sanctionnant les manquements au règlement intérieur et invite chaque professionnel de la formation à respecter un projet pédagogique défendant des valeurs : par exemple, certains inscrivent les principes de bienveillance et d'équité clairement dans ce projet. Mais encore, nous avons vu que l'évaluation pouvait être cause de résilience si elle est garantie par un cadre juste et bienveillant. Lorsqu'elle se déroule accompagnée d'un retour constructif et compréhensible par l'étudiant de la part des pédagogues-évaluateurs, l'évaluation peut être source de progrès, d'encouragement et de renforcement de l'image positive, et par conséquent de résilience.

Les apprenants sont formés par des soignants. En effet, qu'ils soient infirmiers ou aides-soignants en activité de soins, ou ceux qui ont évolué vers des fonctions de directeurs, de cadres formateurs ou de cadres de santé/maîtres de stage, nous pouvons supposer qu'ils aient en possession des compétences attribuées aux tuteurs de résilience comme l'empathie et la bienveillance. Par leur expérience de la relation d'aide auprès de patients, ils sont formés et donc sans doute dotés d'une capacité d'écoute importante : le directeur peut les recevoir pour prêter attention à leurs discours et pour les orienter lors de difficultés sociales, financières ou personnelles ; les formateurs les accueillent pour des accompagnements pédagogiques individuels qui sont souvent des instants relationnels d'écoute et d'empathie ; les infirmiers vivant les mêmes contextes de soins difficiles peuvent solliciter un moment de partage de situation et ainsi permettre l'évacuation des tensions ressenties par l'étudiant etc. Par ailleurs, leur qualité de soignant fait que les étudiants peuvent s'identifier à eux et projeter des affects. Ceux-ci, s'ils sont en processus de résilience, peuvent se saisir d'éléments positifs de personnalité et d'attitudes pouvant leur permettre de trouver des ressources pour surmonter les contextes difficiles des soins. La rencontre avec un infirmier qui les écoute, ou bien avec un professionnel à qui ils attribuent des compétences pour affronter l'adversité peut être source de résilience pour eux-mêmes en formation. De même, bien que sous la responsabilité des professionnels en poste, ils vivent en même temps qu'eux les épreuves liées aux soins et peuvent trouver en eux des pairs avec lesquels s'identifier et effectuer un transfert d'affectivité. En outre, nous avons vu que l'humour était un mécanisme de défense et un trait de caractère que l'on retrouve beaucoup dans les équipes infirmières lors de contextes difficiles. Nous pouvons supposer que par identification en stage, les étudiants peuvent aussi trouver dans ces partages entre pairs un moyen de se décharger

du stress des situations de soins pour eux-mêmes l'utiliser plus tard ou avec leurs collègues de promotion.

Enfin, dans le cadre de l'apprentissage, les tuteurs de résilience constitués par les formateurs permanents ou occasionnels des IFSI, les maîtres de stage et les infirmiers, sont là pour favoriser le processus de mentalisation. En effet, lors des cours, les étudiants peuvent faire des liens avec ce qu'ils ont vécu et ainsi comprendre pour avancer et trouver des outils pour surmonter de futurs obstacles. Les analyses de pratique en stage ou en IFSI sont un moment de partage où les explications apportées par les pédagogues permettent cette mentalisation. L'étudiant est invité implicitement à s'en saisir et à faire des liens avec son propre vécu. Ces temps d'apprentissage par les formateurs au sens large peuvent être sources de résilience.

3. Étude empirique

3.1 Méthode

3.1.1 Reformulation de la problématique

À partir de la revue de littérature précédente, nous pouvons affiner la problématique de recherche en la formulant de cette manière :

Dans quelle mesure les professionnels appartenant au dispositif de formation des IFSI peuvent-ils constituer un maillage de tuteurs de résilience pour les étudiants infirmiers vulnérabilisés afin de se reconstruire et d'achever leurs études ?

À partir de cette problématique, nous nous attendons à vérifier sur le terrain les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : Les apprentis infirmiers qui entrent en IFSI présentent des facteurs personnels de vulnérabilité communs : les enjeux liés à la jeunesse s'ils commencent leurs études après le baccalauréat, et ceux de la formation à l'âge adulte en cas de reconversion professionnelle ou de reprise de scolarité.

Hypothèse 2 : En plus de facteurs personnels de vulnérabilité, ces élèves peuvent être affaiblis par l'environnement d'apprentissage en IFSI à cause notamment des enjeux psychologiques de la relation pédagogique étudiants/cadres de santé formateurs.

Hypothèse 3 : Les ESI peuvent être affaiblis par le contexte d'apprentissage en stage notamment par les enjeux émotionnels liés à la relation d'aide ou par l'organisation du travail des hôpitaux, au même titre que les infirmiers qui les encadrent.

Hypothèse 4 : Ils peuvent manifester des symptômes témoignant d'une vulnérabilisation ou de réactivation de psychotraumatisme allant du simple mal-être au *burnout*.

Hypothèse 5 : La formation permet aux étudiants de mobiliser des facteurs de protection environnementaux spécifiques tels que l'apprentissage ou le partage entre pairs, et des mécanismes de défense favorisant la protection et l'élaboration, dans le cadre d'un processus de résilience.

Hypothèse 6 : Les étudiants entre eux, les cadres de santé formateurs, les directeurs d'IFSI, les cadres de santé d'unité/maîtres de stage, les infirmiers et les psychologues forment un maillage de tuteurs de résilience à la disposition des apprenants vulnérabilisés.

3.1.2 Devis d'étude

En référence à la revue de la littérature précédente et compte tenu de l'aspect subjectif des phénomènes en lien avec la résilience, nous avons envisagé d'enquêter au moyen d'une approche qualitative. Ainsi, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs. À partir de notre expérience professionnelle en psychiatrie et notre formation universitaire en psychologie, nous avons choisi d'adopter une posture d'inspiration rogérienne en essayant de faire preuve d'empathie, d'authenticité et de congruence auprès des personnes enquêtées (Rogers, 1968). Lors des entretiens, nous avons utilisé les techniques de reformulation décrites par R. Mucchielli (1972), c'est-à-dire l'écho, la clarification et la transposition figure/fond. Nous avons appris par cœur notre guide afin de mener celui-ci de la manière la plus fluide possible, avec l'envie de donner l'aspect d'une conversation professionnelle invitant au partage et à la confidence en toute confiance et sécurité. Le guide d'entretien a été construit dans cet esprit et n'a pas été transmis à l'avance aux personnes afin de susciter le plus possible des réponses spontanées.

3.1.2 Guide d'entretien

Nous avons constitué une liste de cinq questions permettant d'aborder les différents thèmes balayés dans la revue de littérature afin de confirmer ou infirmer ce qui a déjà été soulevé, et pour approfondir notre sujet. En référence à Becker (2002), nous avons formulé nos demandes en choisissant de les commencer par « comment » pour décrire un processus et fournir l'opportunité à la personne de répondre avec sa propre vision. Grâce à cette manière de faire, le discours des interviewés doit être facilité, plus exhaustif et donnant des détails. Par conséquent, cette formulation incite à se rappeler des événements. Elle permet de se souvenir du pourquoi et prépare la personne en douceur à le confier. En effet, nous voulions éviter d'utiliser d'emblée « pourquoi » qui engendre des réactions défensives, des réponses brèves en demandant automatiquement des raisons. Par ailleurs, dans nos reformulations, nous avons employé plutôt « en quoi » ou « dans quelle mesure » pour inviter la personne à analyser les situations et éviter les réponses contenant une perspective. Enfin, ce guide a été pensé pour qu'il puisse s'adapter à des personnes témoins de vulnérabilisation et de parcours de résilience, autant

qu'à des sujets vulnérabilisés. En revanche, nous avons tenu à conserver le même guide avec les mêmes thèmes communs auprès de tous les participants pour faciliter la comparaison entre les différents recueils de données.

La première question du guide (Annexe N° 1) était : « Pouvez-vous vous présenter personnellement et présenter votre parcours professionnel ? ». Les objectifs de cette question étaient de permettre à l'individu de se présenter personnellement et professionnellement. Nous voulions également obtenir certaines notions d'âge, de sexe, de situations familiales (avec ou sans enfants), des données de parcours pouvant expliquer certaines sensibilités à l'aide ou l'accompagnement psychopédagogique. Nous avons choisi de ne pas être rigide sur les éléments demandés pour la présentation, car cette question est plus une prise de contact, un moment de mise en confiance et moins un recueil précis d'informations. En effet, l'âge et la situation familiale ne nous importaient que très peu pour cette étude. Au contraire, nous pensions que l'exiger par une question directe sur ce point pouvait freiner l'expression de la personne à propos du reste de l'entretien.

La seconde question était « Comment qualifiez-vous l'apprentissage des étudiants infirmiers en situations réelles de soin ? » Nous avions formulé cette demande pour amener les individus rencontrés à évoquer les points enrichissants et motivants pour soigner et apprendre les soins. Également, cette question devait laisser la possibilité aux interviewés d'aborder les difficultés relatives à cet enseignement. Lors des reformulations, nous pensions appréhender les aspects stressants de cette formation et nous amenions l'autre à évoquer une histoire au fort potentiel émotionnel, voire traumatisant. Une fois la situation exposée, nous voulions obtenir des indicateurs caractérisant l'événement éventuellement vulnérabilisant durant l'apprentissage, plus particulièrement en stage, en amenant la personne interrogée à le décrire et à évoquer les conséquences psychopathologiques.

La troisième question du guide était « En quoi le contexte de formation en stage a-t-il été fragilisant à ce moment-là ? Dans quelle mesure étiez-vous plus prédisposés personnellement à ressentir un mal-être dans ce genre de situation ? » Cette demande devait inciter à déterminer des signes cliniques psychopathologiques présents chez les étudiants en situation de vulnérabilité. Éventuellement, elle permettait de mettre en lumière des éléments de vulnérabilité personnels et professionnels.

La quatrième question était « Comment avez-vous/ont-ils réussi à surmonter ces événements ? ». Les objectifs de celle-ci ont été d'identifier le processus de résilience de

manière individuelle, familiale et extrafamiliale, et d'étudier les liens affectifs ou encore les mécanismes de défense.

La cinquième question a été celle qui devait aboutir au sujet des tuteurs de résilience : « Dans quelle mesure le dispositif de formation infirmière a-t-il été aidant pour surmonter ces difficultés et continuer la formation ? » Avec cette question, nous devions amener le sujet à évoquer des tuteurs de résilience de cette formation et à en déterminer les principales caractéristiques.

Avant l'entretien, nous avons proposé aux personnes de participer à l'enquête directement lors de rencontres professionnelles, ou par mails et téléphone en utilisant notre réseau de connaissances dans le milieu des soins ou de la formation. Nous nous sommes attachés à ne donner qu'un thème très général qui était : « les émotions vécues par les étudiants en formation infirmière ». Le fait de rester général a été pensé pour ne pas induire les notions de vulnérabilité, traumatisme ou de résilience, et pour extraire les attributs et les exemples de chaque concept traité dans la revue de littérature.

Tous les entretiens ont été enregistrés. Un accord d'enregistrement et de confidentialité a été signé par les deux parties, chercheur et interviewé, avant le début de l'échange (Annexe N° 2). Les rencontres se sont déroulées entre septembre et décembre 2015. Les entretiens ont fait l'objet d'une retranscription mot à mot. Nous avons attendu quasiment un an avant d'analyser ces entretiens pour notre propre prise de recul, pour élaborer la revue de littérature et pour bien maîtriser les concepts qui selon nous, allaient être une clé importante pour étudier en détail les données recueillies.

3.1.3 Sélection de l'échantillon

Nous avons mené 30 entretiens semi-directifs avec des personnes identifiées comme appartenant au dispositif de formation pouvant jouer le rôle de tuteur : 5 étudiants infirmiers potentiellement tuteurs et potentiellement vulnérabilisés, 5 cadres de santé formateurs, 5 cadres de santé/maître de stage, 6 directeurs, 4 infirmières, 2 aides-soignantes, 3 psychologues. Les nombres représentant chaque catégorie de personnes ont évolué entre le début et la fin de la session d'entretiens.

Avant de commencer l'enquête, nous avions pensé à 10 étudiants, 10 directeurs, 10 cadres formateurs, 10 cadres d'unité, 10 infirmières et 10 psychologues. Confrontés au phénomène de saturation des données empiriques, nous avons réduit la taille de l'échantillon. Les psychologues n'apportant pas autant d'informations que nous le

pensions, nous avons arrêté les entretiens après le troisième. En revanche, dès les deux premiers entretiens, les aides-soignantes ont été identifiées comme des tuteurs de résilience par un étudiant et une formatrice. Nous avons contacté deux aides-soignantes pour vérifier et approfondir cette dimension.

Pour tout l'échantillon, nous avons déterminé les critères d'inclusion suivants : que les interviewés appartiennent aux catégories de potentiels tuteurs déterminés selon notre expérience professionnelle, à partir de la revue de littérature et des premiers résultats d'enquête ; que les tuteurs soient d'accord pour participer à l'entretien ; qu'ils interviennent dans le processus de formation des étudiants ou qu'ils aient à recevoir en consultation des ESI pour les psychologues. Pour les apprenants rencontrés, nous avons utilisé le bouche-à-oreille en prenant comme critère qu'ils aient manifesté un signe de mal-être durant leur formation. Les critères d'exclusion étaient de ne pas être volontaires. Nous ne voulions pas voir les étudiants non plus ayant arrêté leur apprentissage, car, selon notre revue de littérature, ils n'ont pas continué leur développement scolaire en poursuivant leurs études après vulnérabilisation. Compte tenu d'un grand nombre de réponses positives lorsque nous prenions un premier contact avec un potentiel interviewé, nous nous sommes permis de ne pas voir certaines personnes après ce contact. En effet, nous souhaitions instaurer un climat de confiance propice à l'échange par notre posture relationnelle. Cette dimension concernait l'individu interrogé mais aussi notre bien-être dans la relation. Si nous ressentions un malaise dans la communication dès la prise de contact, nous n'allions pas vers la concrétisation d'un rendez-vous.

3.1.4 Description générale du déroulement de la recherche

Pour tous les entretiens, nous avons reçu un très bon accueil. L'anticipation du lieu calme et d'un temps réservé exclusivement pour l'entretien a été quasiment toujours respectée. Nous avons donc mené ces entretiens dans de très bonnes conditions : les salles étaient retenues pour l'occasion, ou l'interview de déroulait dans leurs bureaux respectifs et même à domicile. La durée moyenne a été d'environ 45 à 50 min.

Concernant les catégories de personnes interrogées, les psychologues étaient assez réservées pour transmettre des informations et parfois semblaient tester nos connaissances en psychologie. Néanmoins, nous avons recueilli de très nombreuses données grâce à elles. Tous les autres ont été très prolixes, spontanés, authentiques, congruents et bienveillants envers notre recherche. Ils ont tous témoigné d'une forte envie de se raconter personnellement et professionnellement.

3.1.5 Description de l'analyse

Nous avons réalisé l'analyse en deux phases. La première a visé à organiser les très nombreuses données obtenues lors des interviews. Après une lecture flottante, nous avons réécouté chaque entretien en prenant des notes. Nous avons codifié les extraits en surlignant et en attribuant une couleur à chaque thématique émergente. Nous avons catégorisé ces notes dans quatre tableaux de synthèse (Annexe N° 3).

Le premier tableau d'analyse a permis de classer les citations du texte en orange. Ces extraits ont concerné les arguments témoignant de la vulnérabilité des étudiants infirmiers : une colonne pour les facteurs personnels, une autre pour les ceux environnementaux liés au contexte d'apprentissage des soins en stage, une pour ceux attribuables à la formation en IFSI, une quatrième colonne permettant de recenser les signes cliniques argumentant la vulnérabilisation voire de traumatisme.

Le second tableau dont les extraits ont été surlignées en bleu dans le texte a contribué à classer les citations pouvant évoquer l'entrée en résilience. Celle-ci était possible à mesurer si les interviewés témoignaient ou rendaient compte de traumatismes ou de vulnérabilisation d'étudiants. Les éléments montrant la reprise d'un néo-développement ont alors été divisés en deux catégories d'après nos lectures. D'une part, ces éléments à détecter pouvaient faire référence aux trois piliers de la construction résiliente selon Gilligan (1997) c'est-à-dire le sentiment d'avoir une sécurité interne liée à celui d'appartenance à une famille, à un groupe ; l'estime de soi sachant que celle-ci « correspond à l'amour que le sujet porte à lui-même et au sentiment qu'il a de sa valeur à ses propres yeux et à celle des autres » (Anaut, 2015b) ; le sentiment de sa propre efficacité (prendre son autonomie en prenant conscience de ses compétences). Les autres indicateurs à repérer dans la retranscription des entretiens concernant l'entrée en résilience, ont été déterminés par ceux décrits par Ligghezzolo et De Tychey (2004) . D'abord, les critères internes concernent : les compétences de socialisation ; les capacités d'apprentissage ; les liens d'attachement extérieurs à la famille (à l'adolescence) ; l'insertion professionnelle ; l'absence de symptômes psychosociaux invalidants ; la non-répétition des traumatismes sur la descendance. Ensuite, les critères externes sont à propos de la capacité de rendre compte de ses états intérieurs ou affects et de les partager (qualité de mentalisation) ; le sentiment de bien-être subjectif (plaisir à vivre) ; ou encore l'équilibre psychosomatique.

Le troisième tableau dont les extraits ont été surlignés en jaune dans le texte a favorisé le classement des citations permettant d'identifier le processus de résilience. D'abord, nous avons réalisé trois colonnes correspondant aux facteurs de protection personnels, à ceux familiaux puis à ceux extrafamiliaux. La dernière colonne a été consacrée aux mécanismes de défense favorisant la protection du Moi dans un premier temps puis l'élaboration dans un deuxième temps.

Le quatrième tableau dont les citations ont été surlignées en vert dans le texte a organisé les extraits permettant d'identifier les tuteurs de résilience et de définir leurs caractéristiques. Nous les avons catégorisées selon celles décrites par Lecomte (2005) pour constituer la base de notre classement : « Ils manifestent de l'empathie et de l'affection ; ils s'intéressent prioritairement aux côtés positifs de la personne ; ils laissent à l'autre la liberté de parler ou de se taire ; ils ne se découragent pas face aux échecs apparents ; ils respectent le parcours de résilience d'autrui ; ils facilitent l'estime de soi d'autrui ; ils évitent les gentilles phrases qui font mal ». Nous avons ajouté au fur et à mesure d'autres caractéristiques qui ont émergé au fil des entretiens.

Lors de la seconde étape d'analyse, nous avons extrait les principaux thèmes transversaux qui sont ressortis des différentes relectures et de la première phase de classement des données, selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2012). Les extraits d'entretien ont été organisés dans des tableaux pour argumenter les sujets qui ont émergé de l'analyse du discours (Annexe N° 34). Le premier thème a été celui de la vulnérabilité durant ces études. Nous avons pu identifier différents facteurs environnementaux : ceux dus à l'apprentissage des soins sur le terrain, liés à celui en IFSI. Nous avons en outre repéré des facteurs liés à la personne elle-même. La recherche a aussi mis en évidence des signes témoignant de vulnérabilisation. Concernant le deuxième thème, nous avons déterminé des éléments argumentant l'observation de processus résilients c'est-à-dire des facteurs de protection singuliers à cette formation et des mécanismes de défense durant l'apprentissage des soins infirmiers. Enfin, des tuteurs potentiels de résilience ainsi que leurs caractéristiques spécifiques ont pu émerger de l'étude.

3.2 Présentation de l'échantillon

Nous allons présenter synthétiquement les personnes interrogées durant cette étude ainsi que les éléments les plus marquants issus de leur échange. Pour chacune d'entre elles, les extraits d'entretien classés dans des tableaux d'analyse sont disponibles

en annexe. La référence de celle-ci est indiquée entre parenthèses juste après le prénom de l'interviewé.

3.2.1 Les étudiants

Nous avons rencontré 5 apprentis infirmiers : Martin, Latifa, Sophie, Marine et Manon. Globalement, tous ont raconté des situations vulnérabilisantes qu'ils ont vécu personnellement. Tout d'abord, Martin (Annexe N° 4) est un étudiant de 22 ans en 3e année. L'interview a été très riche en exemples douloureux en formation. Entre autres, quatre l'ont particulièrement marqué. La première s'est déroulée en soins généraux dans un contexte de fin de vie. Il y a eu un conflit entre l'infirmière et le médecin sur la nécessité d'administrer un traitement qui aurait pu entraîner la mort. Martin n'a pas compris les enjeux de ce désaccord entre les deux professionnels. Il a absorbé l'énervement de l'infirmière et s'est senti très mal. La deuxième situation était en psychiatrie lors de la contention d'une dame âgée de 70 ans qui a été très violente. La troisième s'est déroulée en réanimation où une aide-soignante a dit, en faisant comme si son patient pourtant conscient n'était pas présent : ce pus « me dégoûte, ça pue c'est dégueulasse ». La quatrième situation a été en néonatologie où il voyait ses collègues en stage avec une autre infirmière référente que la sienne, pleurer après chaque soin encadré par celle-ci. De manière générale, il a expliqué ce qu'il a ressenti et de quelles ressources il disposait pour surmonter ces difficultés en formation.

Latifa (Annexe N° 5) est étudiante en 3e année. Elle a longuement raconté et analysé une situation d'apprentissage pratique qui l'a fragilisée au point de vivre un « mini *burnout* ». C'est un événement où elle dit que le contexte personnel et professionnel a joué. Déjà « affaiblie par des problèmes familiaux », elle était dans un stage en cardiologie où il y avait une activité intense et beaucoup de décès. Le moment douloureux s'est passé alors qu'elle accompagnait une dame en salle de coronarographie pour une pose de stent. Celle-ci a fait un arrêt cardiaque. Elle s'est retrouvée en position d'agir sans avoir été formée pour cette réanimation, notamment pour lui administrer plusieurs chocs électriques. Sur l'ordre du médecin, dans le cadre de l'urgence, elle l'a fait sans supervision infirmière. La femme a été sauvée mais Latifa s'est rendue compte qu'elle avait brûlé le thorax de celle-ci n'ayant pas mis de protection entre le défibrillateur et la peau. N'ayant pu en parler après l'événement et étant repartie seule dans le service

l'accueillant au quotidien, elle a vécu une fin de stage émotionnellement ardue au point de devoir se mettre en arrêt de travail.

Sophie (Annexe N° 6) a 23 ans et est en troisième année de formation au moment de l'entretien. Elle a exposé deux situations difficiles de stage qui l'ont « bouleversée ». La première a conduit à ce qu'elle se mette en danger elle-même ainsi que son avenir professionnel. Durant une période d'apprentissage en unité spécialisée en cardiologie, elle a été choquée par le manque de considération envers elle. Elle s'est sentie ignorée et prise pour un bouc émissaire dans une équipe surchargée, sans cadre de santé, avec des conflits entre professionnels très intenses. Au bout de deux semaines à évoluer dans ce milieu hostile et ressentant jour après jour un peu plus d'angoisse, elle est partie subitement « faire n'importe quoi » dans le sud de la France. Elle raconte pour la première fois durant cet entretien ce qu'elle a fait : mélangeant « drogue, alcool... un peu de tout ça ». Elle a passé trois jours où elle ne s'est pas reconnue. Elle a fui la réalité. Lorsqu'elle s'est « réveillée », elle a écouté son répondeur où l'IFSI (formateurs et directeur), le stage et ses parents s'inquiétaient de ne plus avoir de nouvelles. Elle est retournée dans sa région. Elle est allée « se montrer » à l'IFSI où elle a été reçue et « recadrée » : « une grande claque » selon ses dires qu'elle comprend mais elle a été incapable de justifier ce qui lui était arrivé. Ensuite, elle est allée présenter ses excuses en stage où l'encadrement de garde lui a signifié son « manque de responsabilité ». Enfin, elle est allée chez ses parents qui lui ont fait faire sa valise, la mettant « dehors temporairement ». Elle a été accueillie par son meilleur ami dans son appartement durant un mois. Après avoir été acceptée « pour une deuxième chance » dans l'IFSI et ayant apaisé ses relations avec ses parents, Sophie a repris le cours de sa formation en deuxième année. D'autre part, lorsque nous la rencontrons en début de troisième année, elle évoque également une expérience de stage émotionnellement très intense, car une patiente du même âge qu'elle, atteinte d'une maladie bulleuse, lui a transféré beaucoup d'affects négatifs. Elle nous a expliqué comment elle avait surmonté les difficultés liées à cette prise en charge compliquée. Cela nous a permis de comprendre en quoi elle avait pu fait preuve de résilience pendant son parcours de formation en tirant partie notamment des conséquences de l'expérience de stage en cardiologie et des tuteurs de résilience qu'elle avait à sa disposition durant sa période d'apprentissage.

Marine (Annexe N° 7), 43 ans, est étudiante en soins infirmiers en troisième année. Elle est mariée et a deux enfants adolescents. Avant de passer le concours d'entrée en IFSI, elle a été préparatrice en pharmacie. À 35 ans, elle a recommencé des études

d'aide-soignante. Elle a exercé ensuite dans un établissement pour polyhandicapés. Elle dit avoir eu « envie d'évoluer » et a repris ses études pour devenir infirmière. Durant son entretien, Marine a évoqué une situation de stage « très dure » en réanimation. Un patient polyhandicapé s'agitait régulièrement lors du sevrage au respirateur et menaçait de s'extuber trop tôt, c'est-à-dire, de se séparer du respirateur artificiel avant qu'il ne manifeste tous les signes cliniques permettant l'arrêt de la ventilation assistée. Les médecins étaient dans l'obligation de le « sédater » à nouveau. Un jour, en réunion pluridisciplinaire, le réanimateur a proposé de ne pas réintuber le patient s'il enlève son matériel, car, de toute façon, « il n'a pas une grande espérance de vie ». Le médecin fait également un commentaire sur la qualité inférieure de l'existence d'un polyhandicapé comparée aux gens « normaux ». Marine, qui est elle-même mariée avec une personne qui a une incapacité et qui a de nombreux amis qui en ont, est heurtée par ce discours. Selon la procédure de ce service, pour prendre une décision influençant la vie ou la mort d'un patient, chaque personne est invitée à donner son avis. Marine a osé dire qu'elle n'était pas d'accord. Un interne a suivi en exprimant son désaccord. Le patient a été réintubé et s'en est sorti quelques semaines plus tard. Sur le moment, Marine a oscillé entre des moments de certitude d'avoir bien agi et de malaise. En effet, elle manifesté le jour même et les mois suivants, des symptômes pathologiques.

Enfin, Manon (Annexe N° 8) est une infirmière nouvellement diplômée qui travaille en service de soins généraux. Elle s'est autorisée à raconter un événement au fort retentissement affectif qui aurait pu l'empêcher de mener à bien sa scolarité. Lors d'un stage en gynécologie qui était déjà difficile émotionnellement, car il confrontait l'étudiante à des femmes vivant des grossesses difficiles ou à des avortements dans des conditions douloureuses, Manon a été agressée physiquement par le conjoint d'une patiente qui ne séjournait pas dans son service. Manon s'était approchée de lui dans l'objectif de le renseigner voyant qu'il cherchait son chemin. Sans pouvoir prédire ce qui allait se passer, cet homme a frappé Manon brutalement avec son casque de moto sans qu'elle ne puisse ni se défendre ni comprendre ce qui a déclenché cette attaque. D'abord épaulée par l'équipe d'encadrement de stage, elle a ensuite été désignée comme bouc émissaire, l'incitant à penser qu'elle s'était mise en condition pour être maltraitée. Le soutien des formateurs et de la directrice de l'IFSI a été primordial. Ses proches et son petit ami l'ont aussi beaucoup épaulée. L'agresseur a été jugé au tribunal. Manon a réussi à terminer ses études. Malgré tout, elle reste profondément blessée par cet acte au point d'en pleurer encore lorsqu'elle nous l'a raconté.

3.2.2 Les cadres de santé formateurs

Nous avons rencontré 5 cadres de santé pédagogiques : Catherine, Françoise, Élisa, Maria, et Patricia. Premièrement, Catherine (Annexe N° 9) est formatrice depuis 6 ans. Durant son entretien, elle a livré son expérience dans l'enseignement en exposant des exemples d'élèves vulnérabilisés par la formation. Elle a approfondi le cas d'une étudiante d'origine étrangère qui a chaque fois qu'un patient en stage était de la même origine qu'elle, elle n'arrivait pas à mettre de distance et vivait très mal les dires des équipes de soins en les prenant pour du racisme. Grâce au groupe de pairs et à l'analyse de la pratique, cette jeune fille a pu entrer en résilience. Catherine s'est aussi confié sur des souvenirs douloureux vécus lors de sa propre scolarité. Deuxièmement, Françoise (Annexe N° 10), formatrice depuis 7 ans, a apporté de nombreux éléments d'analyse sur les thèmes de la vulnérabilité en formation infirmière et sur les tuteurs de résilience. L'exemple d'un apprenant a particulièrement été développé. Il s'agit d'un sujet qui a perdu sa mère avant de commencer ses études et qui est allé en stage dans le service où elle a terminé sa vie. L'interview a permis d'illustrer le parcours de résilience de cet élève.

Ensuite, Élisa (Annexe N° 11) est une formatrice bénéficiant de 11 ans d'expérience en pédagogie en IFSI. Lorsque nous avons abordé l'entretien en annonçant le thème des émotions vécues par les apprentis infirmiers, elle a su qualifier l'initiation pratique comme « une confrontation à une réalité difficile » et elle a donné quelques exemples généraux de signe de vulnérabilisation. Elle a ensuite raconté l'expérience de stage d'une novice qui a été forcée par l'équipe qui l'encadrait à effectuer un massage cardiaque sur une personne âgée qui venait de mourir. L'étudiante n'a pas eu d'autre choix que de le faire sous la pression des professionnels présents. Celle-ci aurait mis beaucoup de temps à se ressaisir passant par un état de choc, puis de colère et de culpabilité, avant de réussir à surmonter l'événement.

Maria (Annexe N° 12) est cadre de santé formatrice depuis 15 ans. Son entretien a été très riche en éléments concernant la vulnérabilité de l'étudiant en soins infirmiers. Elle a exposé elle-même son propre exemple de mal-être généré par la formation lorsqu'elle a parlé de sa première expérience sur le terrain dont elle garde un souvenir douloureux encore aujourd'hui. Il s'agit pourtant d'une situation banale en maison de retraite où elle a dû, dès son premier stage de première année, s'occuper seule d'une dame âgée. Mais la confrontation brutale à la réalité du vieillissement l'a marqué au point de se souvenir de comment elle se sentait durant cette période (cauchemars, pleurs, remise en question du projet...) et d'en reparler comme quelque chose de violent même 30 ans après.

Patricia (Annexe N° 13) est cadre de santé pédagogique depuis 12 ans. Elle a exposé trois situations très différentes. La première concerne une jeune femme qui n'arrivait pas à gérer son émotivité durant la formation. Bien que celle-ci ait 35 ans et déjà exercé dans la vie professionnelle, le retour à une condition d'apprentissage à l'âge adulte lui a provoqué un stress tellement intense qu'au moment de l'entretien, elle allait arrêter sa formation. Le deuxième cas est à propos d'une étudiante qui a été confrontée au décès d'une mère et d'un de ses enfants jumeaux en néonatologie. L'élève s'est retrouvée dans une situation de mal-être intense. Patricia nous a donné de nombreux éléments concernant le processus de résilience de cette étudiante et les tuteurs dont elle a su se saisir pour réussir à prendre en charge jusqu'à la fin de son stage le père et le deuxième bébé encore en soins palliatifs. La troisième situation a été évoquée plus rapidement. Il s'agit d'une jeune fille apprenant le métier chez les pompiers qui a été traumatisée par une intervention sur un décès. Elle aussi a réussi à surmonter en poursuivant favorablement sa formation.

3.2.3 Les directeurs d'IFSI

Nous avons rencontré 5 directeurs d'IFSI : Dominique, Ahmed, Paule, Sylvie et Marie-Françoise et Sylvie. Tout d'abord, Dominique (Annexe N° 14) est à la tête d'établissements pédagogiques depuis 2007 et formateur depuis 30 ans. Lors de son entretien, il a exposé des cas en généralisant quelques catégories d'étudiants qu'il a rencontrés pour les mêmes problématiques. Il a donné un exemple plus précis : celui d'une jeune fille ayant subi des abus sexuels et qui a ressenti un mal-être intense durant un stage en psychiatrie au moment de l'admission d'une femme ayant vécu un traumatisme similaire. Deuxièmement, Ahmed (Annexe N° 15) est aussi responsable d'un IFSI. Il a apporté de nombreux arguments concernant la vulnérabilité en formation. Il n'a pas approfondi un cas en particulier, mais en a exposé une multitude. Ensuite, Paule (Annexe N°16) est directrice depuis 6 ans. Elle a également donné des exemples généraux mais elle s'est livrée aussi avec beaucoup d'authenticité sur son propre vécu de stage. Nous avons été assez touché par l'émotion véhiculée par Paule quand elle raconte plus de 20 ans après les faits, comme il est difficile d'être rabaissée par une personne malveillante qui encadre un élève en unité de soin. Sylvie (Annexe N° 17) est directrice d'un IFSI depuis 6 mois lors de notre entretien. Malgré cette expérience récente en formation, elle a manifesté son étonnement face aux grandes souffrances auxquelles certains étudiants peuvent être confrontés. Elle s'attardera plus longuement sur le cas

d'une d'entre eux, témoin de maltraitances de la part d'un soignant et particulièrement choquée. Enfin, Marie-Françoise (Annexe N° 18), directrice depuis 20 ans, a livré son point de vue sur les éléments généraux qui peuvent affaiblir les élèves durant leur formation infirmière et a donné de très nombreux exemples de facteurs permettant la reprise de la scolarité lorsque celle-ci a été fragilisée. Elle a beaucoup insisté sur les étudiants recommençant un apprentissage à l'âge adulte, soulignant la remise en cause difficile que la formation avait sur eux.

3.2.4 Les cadres de santé des unités de soins

Nous avons interviewé 6 cadres de santé responsables d'équipes de soins : Marie, Stéphanie, Laurène, Angélique, Hélène et Francine. Premièrement, Marie (Annexe N° 19), 40 ans, est manager d'un bloc opératoire. Elle a exposé différents cas d'étudiants mais aussi son propre vécu douloureux lors de sa formation infirmière. Ensuite, Stéphanie (Annexe N° 20), 48 ans, cadre en unité de soins de longue durée, et Laurène (Annexe N° 21), 44 ans responsable d'un service de psychiatrie, ont exposé de nombreuses situations difficiles vécues par des étudiants en lien avec leurs spécialités. Angélique (Annexe N° 22), 49 ans, en psychiatrie également, en a fait de même en insistant sur un dernier cas où l'étudiante a terminé hospitalisée pour un début de schizophrénie. Hélène (Annexe N° 23), cadre dans une unité de soins externes, a raconté des situations d'élèves et son propre vécu lors de cette formation. Elle a détaillé, entre autres, l'histoire d'un jeune homme qui a commencé son stage en apprenant qu'il était atteint d'une maladie potentiellement incurable. Enfin, Francine (Annexe N° 24), responsable d'équipe dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, a plutôt insisté sur toutes les conditions qu'elle essaie de créer pour l'encadrement des apprenants afin de prévenir d'éventuelles situations douloureuses. Elle est celle qui s'est aussi le plus attardée sur les conséquences négatives sur l'étudiant que peuvent avoir des conflits d'équipe.

3.2.5 Les infirmières et les aides-soignantes

Nous avons rencontré 4 infirmières et 2 aides-soignantes. Les premières sont Fatia, Aline, Maeva et Élodie. Les deuxièmes sont Sabrina et Vanessa. Fatia (Annexe N° 25), 30 ans, travaille en service spécialisé en cancérologie. Parallèlement à son expérience personnelle et à celle d'étudiants, elle nous a permis d'identifier en quoi

l'altruisme peut jouer un rôle déterminant dans le parcours de résilience malgré la confrontation quotidienne à la mort. Aline (Annexe N° 26), 43 ans, infirmière en pédopsychiatrie, a plutôt souligné la fonction des connaissances théoriques comme un levier important dans le processus de mentalisation. Maeva (Annexe N° 27), infirmière en réanimation, a beaucoup témoigné de situations de fin de vie ou d'urgences qui peuvent fragiliser un apprenant. Élodie (Annexe N° 28), puéricultrice en néonatologie, a donné des exemples similaires adaptés au domaine des enfants. Maeva et Élodie ont plutôt fait ressortir que le manque de compétence pour affronter une situation difficile pouvait transformer l'apprentissage en épreuve douloureuse.

Enfin, Sabrina (Annexe N° 29), 45 ans, et Vanessa (Annexe N° 30), 35 ans, sont toutes deux aides-soignantes. La première est en réanimation et l'autre tourne entre le bloc et la réanimation ou les urgences. Elles ont confirmé le potentiel fragilisant de la formation infirmière en stage. En revanche, elles ont illustré les traits spécifiques de leur rôle dans une équipe, dont les élèves en difficulté peuvent se saisir lorsqu'ils sont en vécu de mal-être.

3.2.6 Les psychologues

Nous avons rencontré 3 psychologues exerçant dans des milieux différents, mais où chacune est amenée à prendre soin d'étudiants vulnérabilisés par la formation. Premièrement, Isabelle (Annexe N° 31) est psychologue clinicienne installée en libéral depuis 5 ans. Elle a proposé aux IFSI de sa région des consultations « moins chères » pour les élèves qui chercheraient un thérapeute durant leurs études. Elle est sensibilisée à ce public, car pendant ses premières expériences professionnelles, elle recevait des apprenants qui dépendaient d'une université et qui n'avaient pas les moyens de se payer une consultation. Nous avons recueilli auprès d'elle des données intéressantes avec l'exemple marquant d'une jeune femme souffrant de troubles alimentaires en lien avec le stress des études. Deuxièmement, Régine (Annexe N° 32) est psychologue en cabinet libéral. Elle l'est devenue après une longue expérience d'infirmière en psychiatrie. Elle connaît donc bien les enjeux liés à cet apprentissage. Elle a bien illustré le rôle de bouc émissaire que certaines équipes de soins ou de formation peuvent attribuer à des étudiants. Troisièmement, Mylène (Annexe N° 33) est psychologue clinicienne engagée à mi-temps par un IFSI. Elle tient une permanence de consultation appelée « point écoute » à la demande des élèves en difficulté. Après être restée très générale, elle nous a livré deux exemples plus précis. Le premier a été le cas d'une jeune fille en état de stress post-

traumatique après une période d'apprentissage en Afrique où elle et son groupe de camarades stagiaires se sont fait poursuivre et menacés dans la brousse par des personnes. Le second a été l'exemple de deux étudiantes très mal à la suite d'un suicide d'un collègue de promotion. Mylène ne connaissait pas ce jeune homme et n'a donc pas pu établir d'hypothèse ayant amené cet étudiant à mettre fin à ses jours. En revanche, elle a reçu plusieurs fois ses amies de la même classe qui étaient très mal et coupables de ne pas avoir su détecter le mal-être aussi profond de leur copain.

3.3 Premier thème : la vulnérabilité en formation infirmière

3.3.1 Un apprentissage pratique vulnérabilisant

3.3.1.1 La mesure de l'écart entre l'idéal et la réalité

L'idéal au travail se confronte à la réalité (Loriol, 2001 ; Dujarier, 2006). Mesurer l'écart entre ces deux dimensions peut être un levier de connaissances notamment pour apprendre de l'intelligence pratique (Schön, 1994). Ce constat peut générer des désillusions qui sont source de fragilité pour l'étudiant. Celui-ci remet ainsi en question sa vision du monde et ses savoirs théoriques et qui voit ses valeurs être bousculées. Les entretiens ont complètement confirmé cette difficulté et permettent d'affirmer que la mesure de l'écart entre l'idéal et la réalité est une source de vulnérabilité.

D'abord, les étudiants interrogés l'ont évoqué de la manière suivante. Sophie témoigne de ce constat : « en cours, on a les choses bien cadrées et en stage tout varie ». Manon, qui vient d'être diplômée, en donne une analyse avec un léger recul : « Nous nous rendons bien compte, nous professionnels de terrain que les étudiants n'ont pas toujours en tête la réalité du terrain. À l'école nous apprenons la théorie, bien sûr indispensable, mais nous nous rendons compte qu'il y a un gros décalage avec la vie professionnelle. Décalage avec le temps à disposition, mais aussi les moyens, la dextérité, le contact humain… » Martin a exprimé qu'il s'était senti mal quand une aide-soignante face à un patient trachéotomisé qui « ne parlait pas, mais comprenait » a dit « ça m'dégoûte, y a plein de pus, ça m'dégoûte... » Il ne pensait pas qu'un professionnel pouvait brutalement dire ça devant un patient. Latifa a exprimé sa difficulté lorsque les soignants qui l'encadrent n'interviennent pas selon ses codes de référence. En effet, elle dit « l'infirmière a agi "différemment en fonction de moi et de comment j'agirais moi-même,

en tant que soignante" » et elle a ajouté concernant ce qui est difficile pour un étudiant : « on est pas d'accord, ce n'est pas dans nos valeurs, ce n'est pas dans notre manière d'être, mais parce qu'on a cette position-là, parce qu'on a envie d'arriver à un point, on est obligé de supporter et de ne rien dire ». Elle laisse supposer que ça peut être compliqué à gérer. Quant à Marine, elle a manifesté sa profonde désillusion vis-à-vis du corps médical en réanimation lors d'une réunion clinique pluridisciplinaire sur la poursuite des soins d'un patient handicapé : « je me dis qu'ils sont médecins, mais la seule phrase qu'ils disent, c'est qu'on ne connaît pas l'espérance de vie de ces gens-là... mais on s'en fout de l'espérance de vie de ces gens-là ! »

De la même manière, les formateurs ont témoigné de cet écart entre les idéaux et la réalité que les étudiants doivent nécessairement apprendre à gérer. Mais celui-ci peut être bouleversant. Catherine exprime cet intervalle ainsi : « C'est une formation en alternance. L'apprentissage de la théorie c'est une chose, mais le fait d'être immergé dans un service de soins est une autre ». Maria rend compte également de ce constat : « la confrontation entre l'idée qu'ils peuvent se faire de l'exercice professionnel et du métier, et la vraie vie avec tout ce que ça comporte en termes à la fois de difficulté et en termes de richesse sur le plan de l'apprentissage ». Élisa a aussi abordé ceci : « il y a quelque chose chez l'étudiant, qui est de l'ordre très utopique aussi dans leur regard sur la réalité » et de l'autre côté il y a « la confrontation à une réalité difficile, à tous les aspects difficiles de la vie, et du coup à quelque chose d'émotionnellement très fort ». Puis, chacune de ces trois formatrices exprime clairement que l'étudiant peut se retrouver vulnérabilisé lors de la confrontation entre ses idéaux et la réalité. Selon Catherine, quand elle-même était plus jeune, à propos de l'observation d'une situation de maltraitance : « c'était traumatisant pour moi. C'est un contre-choc de valeur ». Élisa raconte qu'une apprenante était « désespérée » de voir « que des professionnels de la santé peuvent avoir des attitudes aussi peu bienveillantes, aussi peu humaines ». Maria utilise la métaphore d'un dessin animé pour souligner que l'idéal est brutalement terni par la réalité : « c'est comme s'ils mesuraient qu'on n'est pas dans le monde des Bisounours, que ça peut être compliqué ».

Les directeurs ont témoigné d'un constat identique et de ces mêmes conséquences en termes de fragilisation de l'étudiant. Ahmed note que « les étudiants "idéalisent" le métier. » Selon Dominique, en stage « la fonction idéalisée est en train, déjà, de se fissurer, il y a un choc de la réalité, même si elles étaient préparées mentalement, et une réalité qui est difficile. Toute la question du sens, de la vie, de la mort de la limite de nos actions... » Paule qualifie cet « écart » de « terrible » pour l'élève. Marie-Françoise

argumente que ce constat s'effectue dès le « premier stage » et les étudiants doivent faire face à cela : « c'est un premier stage qui interroge énormément [...] ils sont confrontés à la réalité parce qu'entre la réalité de la représentation qu'ils ont de l'infirmière et puis ce qu'ils vont vivre dans les premiers terrains, c'est le grand choc pour certains ». Elle donne un exemple concret : « par exemple, le premier stage d'une première année qui va dans un cabinet infirmier, déjà on la laisse toute seule pour des soins (ce qui est interdit), et elles vont dans une maison de retraite où il a une dame qui a 105 ans qui dès qu'on la touche crie parce que l'infirmière, pratiquement chaque fois quand elle arrive elle dit "ah ben elle est encore vivante celle-là vite qu'elle soit morte" ». Elle cite un autre exemple où « il y avait de la brutalité avec les personnes âgées » et Marie-Françoise laisse entendre qu'il y a eu des conséquences en termes de vulnérabilisation pour l'apprenti soignant : « vraiment on se dit que l'étudiant vit quelque chose qui est difficile, qui interroge complètement ses valeurs soignantes, maltraiter une personne âgée ça interroge ».

Au-delà d'un constat, les cadres de santé et les infirmiers ont illustré les situations qui peuvent permettre de comprendre la brutalité de la confrontation à certains contextes de soins. En gériatrie, Marie éclaire ces situations avec des éléments qui sont « loin des représentations des grands-parents idéaux » : « Des personnes âgées qu'il faut faire manger, qui crachent, qui vont aux toilettes, il faut leur essuyer les fesses, et deux secondes après, il faut recommencer. Ils ont fait caca dans le couloir… les étudiants sont préparés d'une autre façon. Ils sont préparés quelque part. Mais entre la théorie et la pratique… » En gériatrie également, Stéphanie évoque la brutalité des patients déments que les professionnels sont obligés parfois d'attacher : « des contentions quand elles sont mises sur des patients qui sont débordés par leur symptomatologie ou leur émotion, oui c'est une situation violente en tout cas, et pour le patient et pour l'équipe infirmière ». En unités pour malades en souffrance mentales, Angélique montre cette vision brutale de l'humanité en présentant le contexte dans lequel elle accueille des stagiaires : « C'est une unité de psychiatrie où les patients sont très déficitaires, souvent violents, dans un mode relationnel archaïque et cela peut être très impressionnant. On a des patients déficitaires, qui ont peu accès à la parole, qui sont quand même très dépendants au niveau des gestes quotidiens, qui sont dans des mouvements et des comportements très archaïques quelquefois. Donc d'emblée, c'est compliqué de les humaniser. La population soignée ici est compliquée, il faut s'apprivoiser hein, t'as besoin de les apprivoiser, eux ils ont besoin de t'apprivoiser aussi et la rencontre quelquefois elle prend du temps. En plus "ils ne sont pas beaux, ils puent..." voilà, "ils sont sales, ils bavent" ».

Les infirmières interviewées ont elles-mêmes bien illustré la brutale réalité dans laquelle sont plongés les apprentis en stage. Aline, qui travaille en pédopsychiatrie, l'a particulièrement transmis lorsqu'elle évoque que les élèves n'ont pas les représentations de ce groupe de patients avant d'arriver dans ce stage : une étudiante a dit « je ne m'attendais vraiment pas à ce genre de population » ; une autre qui pensait prendre en soins plutôt des enfants classiques, a eu beaucoup de difficultés à être confrontée aux adolescents violents : « ce patient j'en ai peur, j'ai peur qu'il me frappe, j'ai du mal à comprendre ses réactions, j'ai l'impression que cela arrive comme cela d'un seul coup ».

3.3.1.2 Les émotions inhérentes à la relation soignant/soigné

Nous avons vu que dans les liens entre infirmiers et patients, des mécanismes émotionnels étaient en action. Entre autres, les enjeux psychologiques dans la relation d'aide peuvent s'analyser sous l'angle du transfert et du contre-transfert, ou encore de l'identification et de la projection (Rogers, 2005 ; Anaut, 2015b). Ce vécu affectif et ce recul nécessaire à prendre pour un soignant en exercice est toujours qualifié de « difficile », « compliqué » ou encore d'« extrêmement dur » par les interviewés. Les différentes catégories de sujets interrogés illustrent cette complexité ainsi.

Concernant les étudiants, Marine analyse elle-même que cette difficulté à prendre du recul face aux situations mettant en jeux des personnes handicapées, provient du fait que son mari l'est lui-même, comme un certain nombre de ses amis, et qu'elle a une sensibilité particulière à ce public. En effet, elle travaillait avant ses études comme aide-soignante dans un lieu de vie auprès de polyhandicapés. Quant à Martin, il a eu mal d'avoir dû contenir une personne âgée agitée : « On se dit qu'on a plus fait souffrir la patiente ». De son côté, Sophie a clairement expliqué comment la relation d'aide pouvait envahir émotionnellement le soignant quand celui-ci n'a pas l'expérience et les ressources pour s'en distancier. Elle dit, lors des pansements à domicile auprès d'une patiente du même âge : « j'avais l'impression d'un côté qu'elle me jalousait parce que j'avais presque le même âge qu'elle et que j'avais une vie, oui une vie sociale. Je sors beaucoup, j'aime bien bouger et quand elle me demandait, je lui racontais du coup et […] elle m'appréciait beaucoup. J'ai l'impression qu'elle m'enviait et d'un autre elle me montrait qu'elle m'aimait beaucoup, beaucoup trop pour la relation que l'on devait avoir en tous cas ».

Les formatrices ont établi le même constat. Catherine annonce clairement que « des patients peuvent renvoyer plein de choses à l'étudiant et peuvent vraiment les

déstabiliser » : « ça leur renvoie des choses qu'ils ne peuvent pas toujours affronter. ». Françoise approuve cette idée : « dans notre rapport au patient, il y a tellement de choses qui nous renvoient des trucs, si tu n'es pas stable ça peut vite (geste de la main qui mime l'effondrement) ». Élisa et Françoise expliquent la difficulté à prendre une certaine distance affective par le manque d'expérience : la première dit que les émotions sont d'autant plus dures à gérer parce qu'« ils ne sont pas toujours préparés. » La seconde l'illustre ainsi : « l'étudiant infirmier souvent, comme tout jeune adulte, n'a pas forcément été confronté à tout ce que la vie peut nous confronter, et là (en stage) il se trouve confronté à tout ce que la vie peut nous proposer de difficile. » Les formatrices exposent différents cas illustrant cette idée. Catherine donne un exemple où l'étudiante n'arrive pas à prendre de la distance relationnelle et émotionnelle avec les patients de la même origine qu'elle : « J'ai le souvenir d'une étudiante qui avait du mal à trouver la distance relationnelle juste avec certains patients parce qu'ils étaient de la même origine qu'elle ». Patricia donne deux exemples : « elle savait qu'il y avait des décès d'enfants possibles, mais ne s'attendait pas à trouver une situation aussi complexe » et « elle s'est retrouvée en stage dans un service où était hospitalisée une de ses amies qui a dû se faire amputer ».

Les autres professionnels interrogés développent tous cette idée que la prise de distance par rapport aux émotions générées par les soins est difficile pour un étudiant. Par exemple, Marie-Françoise, directrice, analyse que les enjeux psychologiques au centre de chaque relation d'aide : « c'est ça l'apprentissage, c'est un métier particulier, ce n'est pas un métier où il suffit d'apprendre à faire et apprendre à comprendre, ça demande un engagement, il y a beaucoup d'engagements aussi dans l'apprentissage, d'engagement personnel. ». Laurène, cadre de santé, donne plusieurs exemples où nous pouvons percevoir que le contexte de soins en psychiatrie doit véhiculer des émotions difficiles à gérer pour les apprenants : « ce claquement de porte qui est assez cinglant, les clés que les gens ont toute la journée sur eux qui font aussi un bruit particulier, les étudiants, tous ces bruits-là, ça les interpelle quelque part, on ne peut pas comparer ça avec le milieu carcéral, mais ça peut quand même s'apparenter parfois, en tout cas si on reste que sur ces bruits-là, à un milieu carcéral » ; « les cris, la violence parfois que certains patients ont envers eux-mêmes, violence parfois qu'ils peuvent mettre en jeu face à certains soignants parce qu'ils ne sont pas d'accord sur une décision médicale ou parce que la souffrance est tellement énorme qu'ils ne peuvent pas la gérer donc c'est une manière de décharger un peu de tout ce vécu émotionnel ». Hélène, cadre de santé, identifie « la mort, la souffrance, la déchéance, le sang » comme particulièrement durs à prendre en charge

en tant que novice. Francine illustre le transfert et le contre-transfert dans l'exemple suivant : « accompagner un prêtre, pour une toilette par exemple, il y en a beaucoup ici, ce n'est pas facile pour le prêtre. J'en ai un qui m'a dit, il n'y a pas très longtemps, '' je ne me suis jamais déshabillé devant une femme" […] c'est alors la rencontre de deux stress chacun de leur point de vue. […] ça crée une situation de malaise assez important ».

En tant qu'infirmière, Fatia imite la réaction d'une étudiante qui réagit que des patients ou leurs enfants ont le même âge qu'elle et constate comme ça peut être difficile : « ouah, il a 25 ans et moi j'ai 25 ans ; il est né en 1989 et moi aussi » ; « ah là là on pense à sa famille, elle a des enfants de mon âge, elle a l'âge de ma mère ». Maeva et Élodie, infirmières dans des services de soins critiques, expliquent que cet environnement en lui-même peut véhiculer des images marquantes pour l'étudiant : « en réa, les patients sont impressionnants, il y a tout le matériel » (Maeva) ; « les soins sont impressionnants en « Néonat avec tous les fils, la couveuse » (Élodie). Cette dernière précise la même idée que tous les autres professionnels : les élèves « s'imaginent ce que ça va leur faire », mais une fois sur le terrain « c'est pas facile ».

Les psychologues, en donnant des exemples d'étudiants, proposent leur analyse des enjeux émotionnels présents lors des soins et des conséquences pour ces individus. Mylène le dit ainsi : « le désir de devenir infirmier, d'entrer en formation... les étudiants se confrontent dès la première année à une réalité de terrain qui n'est pas évidente à aborder, à faire face et je pense que souvent ils sont, d'entrée de jeu, propulsés dans une réalité difficile, dans laquelle ils côtoient la souffrance, la douleur, la mort et du coup ils en sont "traversés" ». Isabelle propose une analyse similaire en l'illustrant d'un exemple : « il y avait souvent la difficulté d'être confronté soit à des problématiques qui leur sont personnelles, par exemple une étudiante qui avait des troubles du comportement alimentaire et qui se retrouve confrontée à une patiente avec les mêmes problèmes. Ça lui a fait miroir et elle a dû gérer. » ; « Soit aussi des situations de confrontation à la mort qui avaient été compliquées d'une étudiante dans un service de traumatologie qui a découvert un patient mort dans son lit. Ce n'était pas facile à gérer pour elle ». Cette rencontre avec la fin de vie a été d'autant plus difficile, car elle la renvoyait, elle, à sa propre histoire également, par rapport à sa maman qui elle-même était malade. Elle avait peur qu'elle décède, avec vraiment une réactivation de toute cette peur de la mort pour l'autre. Et puis d'un deuil qui n'était pas fini de sa grand-mère aussi. Ça avait réactivé un peu tout ça ».

3.3.1.3 La confrontation au contexte de la maladie

Durant les entretiens, nous venons de voir en quoi la prise de distance entre les émotions de l'étudiant et celles véhiculées par la relation d'aide pouvait être vulnérabilisant. Le contexte de la maladie dans lequel il doit apprendre son futur métier est très dur, parfois violent.

Cette violence peut être liée à la nature des soins ou à celle de la pathologie : la réanimation, les interventions au bloc opératoire, l'agitation et l'agressivité en psychiatrie, la mort ou l'accompagnement en fin de vie. De manière plus précise, chaque catégorie de personnes interviewée dans cette enquête illustre un contexte d'apprentissage des soins très difficiles. Les directeurs en ont donné les exemples suivants : Dominique généralise en disant que « les soignants sont tous amenés à être confrontés au renvoi émotionnel personnel face à des situations de soins difficiles ». Paule décrit le fait de « devoir toucher la personne », d'« être confronté à la décrépitude » comme pouvant être « un choc de la découverte de l'être humain et de ce qu'il peut devenir ».

La violence est également abordée par d'autres professionnels interrogés et semble faire partie du quotidien des infirmiers. Martin étudiant en stage aux urgences psychiatriques puis dans une unité de soins intensifs, Aline en pédopsychiatrie, Laurène en psychiatrie adulte et Angélique auprès de patients déficitaires, ont tous décrit la violence quotidienne venant des hospitalisés en psychiatrie, que les infirmiers doivent apprendre à gérer, contenir et analyser. Élodie, en pédiatrie, a expliqué la violence psychologique qu'une jeune anorexique infligeait inconsciemment aux soignants par sa présentation, ses paroles ou son comportement. Manon, infirmière fraîchement diplômée, raconte la violence de la société qui s'exprime par des agissements irrévérencieux ou des passages à l'acte envers les soignants de la part les usagers : « Tous les professionnels, on a tous vécu des moments avec des familles qui ne nous respectent pas et on n'est pas là pour ça ! Le système actuel, la hiérarchie ne prend pas en compte cela. Les patients, les familles qui ne nous respectent pas on laisse tout passer. Sous prétexte que nous sommes dans un service public, les gens savent qu'ils vont être soignés donc ils se permettent tout. Il y a des gens formidables avec lesquels on crée des liens bien sûr. Mais il y a aussi des gens qui nous disent : " je paye des impôts, vous êtes un service public donc je suis votre patron ! " ».

Les étudiants ont donné des exemples de maladies ou de contextes de soins qui les ont particulièrement bouleversés. Martin a évoqué la crise d'agitation d'une personne

âgée démente : « pour la mettre au lit, elle nous mordait, nous crachait dessus, c'était très compliqué. Il y avait les quatre autres infirmiers qui étaient sur elle à la maintenir et ils m'ont demandé de la contenir ». Latifa a parlé des nombreux morts qu'il y avait durant son stage en cardiologie : « quand on voit plusieurs décès, des prises en charge difficiles... On prend sur soi, mais au bout d'un moment… voilà quoi ». Sophie illustre la même chose dans une autre unité hospitalière et dans le contexte des soins à domicile : en médecine, « le service était très lourd, des patients mourants » ; en cabinet libéral, « une patiente très jeune qui a une épidermolyse bulleuse et qui a du coup des caractéristiques physiques très différentes des nôtres. […] toute petite, menue et des plaies, des croûtes partout sur son corps » et le soin qui était un « pansement de tout son corps pendant 1 h 30. Tous les jours même le samedi et le dimanche, donc tout le temps et du coup on se voyait beaucoup, beaucoup de temps, beaucoup de temps pour parler ».

Marie, cadre de santé, a évoqué le contexte du bloc opératoire comme un endroit qui renvoie forcément quelque chose aux soignants qui y travaillent : « D'abord, les patients ne parlent pas. Ils sont endormis, allongés sur une table le corps ouvert » ; « il faut savoir passer au-delà des choses compliquées, les cris des gens, la violence, la mort, les odeurs, la méchanceté, l'injustice », « la bidoche, le sang » … « c'est un milieu assez hostile ». En réanimation, Maeva, Sabrina et Vanessa disent qu'en stage, les étudiants seront également « beaucoup confrontés à la mort ». En outre, d'autres professionnels ont précisé que la fin de vie est toujours ardue pour les novices : Francine, cadre de santé, l'a évoqué en parlant de « difficile... l'accompagnement lors d'un décès, lors d'une fin de vie ». Fatia, infirmière en oncohématologie, a décrit aussi la difficulté de s'occuper « de gens en phase terminale ou en soins palliatifs avec grosse altération de l'état général […] c'est très compliqué à gérer ». Elle ajoute qu' « il y a des étudiants, des jeunes qui sont traumatisés de voir des gens jeunes décéder, autant de patients morts ».

3.3.1.4 Le stress

Après analyse des entretiens, le stress qui semble le plus vulnérabiliser dans le cadre de l'apprentissage des soins infirmiers est qualifié de performance (Sharp et Lewis, 1978). D'après les interviews, dans le contexte de l'apprentissage soignant, ce stress peut être dû à deux facteurs : celui lié au manque de compétences et celui lié aux enjeux de l'évaluation.

Concernant le premier, les étudiants en ont parlé ainsi. Martin a simplement dit : « j'étais démuni face à la situation ». Sophie, en stage d'observation, a dit : « je n'avais aucune connaissance. Les gens venaient me parler, mais ils n'avaient pas du tout confiance. Moi, je ne pouvais rien dire. C'était assez compliqué. » Par rapport au niveau d'études qui augmente, elle précise qu' « en deuxième année, on exige beaucoup plus de nous » et dit vivre un certain stress transmis par les infirmiers. Manon analyse son ancienne posture d'apprenante à travers la considération des élèves qu'elle encadre maintenant qu'elle est jeune diplômée : « l'étudiant peut être submergé par l'importance des connaissances à acquérir : les relèves, les liens, la technique, le nursing, pourquoi on fait cette technique à ce moment, le lien avec le médecin, le dossier médical, le dossier infirmier, les différents intervenants, l'EFS (établissement français du sang), le laboratoire, les autres services, la radiothérapie […] Faire les relèves, répondre au téléphone, aller fouiller dans le dossier médical… C'est tout cela qui est à faire ».

Les formatrices ont exprimé la même vulnérabilité des étudiants soumis au stress de performance. Patricia a qualifié l'apprentissage en stage de « complexe, de par les différentes dimensions des soins, à la fois sur le plan de l'adaptation à la situation, sur le plan de la relation à l'autre, à la fois le patient et l'équipe, sur le plan de ce que cela fait vivre à l'étudiant et sur le plan du geste professionnel et de ce que cela fait vivre dans la posture et dans l'apprentissage en termes de dextérité, de pratiques d'hygiène, etc. ». Elle précise qu'« on attend beaucoup » de l'étudiant pour qu'il « soit autonome, on attend beaucoup de dynamisme et d'implication de l'étudiant et cela n'est pas forcément donné d'emblée pour tous les étudiants et cela leur demande beaucoup d'effort ». Elle confirme donc les témoignages précédents de Sophie et de Manon. Catherine exprime aussi qu'ils peuvent se sentir mal par manque de compétence lorsqu' « ils sont immergés dans le monde du travail avec toutes les difficultés ». Maria fait également le même constat en affirmant que « très peu d'étudiants qui en arrivant en stage ne sont pas stressés, il y a toujours un stress avant de partir en stage, parce que l'inconnu ». Mais une fois cette tension apaisée par les premiers instants dans une unité, elle dit que ce sentiment vient du fait qu' « ils ne sont pas suffisamment armés pour faire face à ça ». Elle compare aux professionnels qui « a priori […] ont quelques clés, quelques ficelles, quelques éléments de compréhension et d'analyse des situations » et ont donc « des capacités à prendre du recul ».

Les directeurs d'IFSI établissent ce même constat de la manière suivante. Pour Dominique, « il y a des exigences du métier qui leur sont demandées, présentées et qui

ne sont peut-être pas accessibles à ce moment-là ». Marie-Françoise l'exprime autrement : « ils doivent progresser dans la prise d'autonomie et de responsabilité entre la deuxième et la troisième année : la barre entre la deuxième et la troisième année elle est gigantesque dans ce qui est demandé en termes de prise en charge, d'analyse, de réflexion, de mise en lien ».

Maeva, Sabrina et Vanessa affirment toutes les trois que les enjeux d'un acte mal réalisé peuvent avoir des conséquences mortelles pour un patient et donc ils chargent la responsabilité de l'étudiant qui ne maîtrise pas les soins qu'il est en train de prodiguer. Maeva annonce qu' « en réa, une erreur peut être fatale ». Les aides-soignantes confirment : Sabrina explique « Tu n'as pas intérêt de te tromper quand on te dit d'injecter de l'adrénaline ou de l'hypnovel. Tu n'as pas intérêt de te tromper dans les doses » ; selon Vanessa, compte tenu de leur niveau et du fait que souvent les étudiants n'ont pas fait de stage aussi technique avant de venir en réanimation, « on leur demande trop ». Mylène, en tant que psychologue, confirme ce point de vue et ajoute que le simple fait d'avoir une tenue blanche les identifie comme des infirmiers et les usagers leur demandent le même niveau de prise en charge que leurs tuteurs : « du côté des patients, certes ils ont une blouse d'étudiant, mais on attend des compétences professionnelles et le patient regarde l'étudiant comme un professionnel, un professionnel en devenir, mais un professionnel. Et jouer sur tous ces tableaux ce n'est pas simple ».

Concernant l'évaluation, c'est une autre dimension de la performance qui vient inquiéter l'élève. Pour Régine, psychologue, ce stress est inévitable et rend fragile : « on est tous vulnérables en études, parce qu'on est tout le temps dans un mouvement de dire je vais être jugé, donc on est forcément vulnérable ». Fatia, infirmière, le constate au quotidien : « il y a cette pression de l'évaluation. Par exemple le jour on le ressent le plus c'est le jour où ils vont pleurer. C'est le jour où ils ne vont pas remplir la fiche journalière de suivi de stage par exemple ». En tant que cadre, Stéphanie confirme que les étudiants sont très soucieux à l'idée de valider tous les éléments notés sur leur feuille d'évaluation. Le stress est présent concernant les gestes attendus, mais s'amplifie s'ils ne rencontrent pas ces gestes à effectuer durant leur stage. Stéphanie le constate : « ils ne peuvent valider tous les "gestes techniques" inscrits sur la feuille d'évaluation et ils ressentent de la pression si ces actes ne se présentent pas durant leur stage. On (en gériatrie) n'a pas beaucoup de fameux gestes techniques qu'ils sont sans doute en droit d'attendre, même s'il n'y a pas que ça dans la vie, mais n'empêche il faut qu'ils valident ». Patricia complexifie encore ce stress lié à ce contrôle des savoirs pratiques en ajoutant qu'une fois

qu'ils ont l'opportunité d'exécuter ces gestes « obligatoires », il faut qu'ils supportent le regard de l'évaluateur et la pression de réussir à mobiliser la somme de compétences et connaissances à acquérir dans une situation de soins qui leur « demande beaucoup d'efforts […] D'avoir à apprendre, le stress des évaluations, d'être observée, évaluée en stage ».

Par ailleurs, pour les étudiants, une bonne appréciation de stage est tellement importante qu'ils disent ne pas être eux-mêmes au quotidien. Latifa avoue : « ce que je regrette c'est que je ne suis pas tout à fait authentique dans ma manière d'être […] pour qu'au final j'aie une notation qui soit à peu près correcte » ; « c'est difficile en tant que stagiaire, on ne peut faire comme on a envie et sans penser à l'évaluation : "caresser dans le sens du poil" pour éviter justement tout ce qui pourrait nuire à notre notation. » ; « On a peur du jugement, de ce qu'on peut penser. On essaie tout le temps de faire en sorte d'être fort ». Sophie confirme : « authentique […] en stage moi je ne le suis pas du tout. Je ne suis pas du tout celle que je suis dans la vie réelle […] je me sens obligée de jouer un rôle quoi. Je me dis que si je suis moi-même ça ne passera pas, que mon stage sera raté. Je m'efforce de poser des questions dont j'ai les réponses pour être intéressante. Je ne parle pas en salle de relève alors que j'adore discuter. J'ai toujours peur de dire quelque chose qui va faire que ça va foirer mon stage. J'ai la pression de la feuille … tout le temps. » Marine l'exprime d'une autre façon : « C'est cette notion d'évaluation. [...] je me rends compte que moins on fait de vagues et mieux ça se passe pour l'évaluation, tout simplement ». Manon s'accorde elle aussi à argumenter cette tension ainsi : « C'est un gros stress en fait : est-ce que ma compétence 3 va être validée, car je suis en troisième année ? Est-ce que je vais voir cette petite croix que je n'ai encore jamais eue ? »

Catherine, formatrice, et Dominique, directeur, s'accorde à dire qu'au-delà de la réussite, c'est aussi l'idée de plaire et d'être reconnu comme soignant par d'autres soignants qui rend l'évaluation de stage stressante. Catherine exprime que « la remise en question les atteint narcissiquement surtout quand on a 20-25 ans ». Dominique insiste avec ces mots : l'évaluation « revêt un caractère plus difficile à accepter, car cela engendre des remises en cause de ce qu'ils voudraient être, de l'idéal qu'ils voudraient être et c'est quelque chose de difficile pour l'étudiant dans ce vécu de stage ».

3.3.1.5 L'encadrement défaillant

L'encadrement en stage des étudiants peut manquer d'organisation, de pédagogie et parfois faire preuve de malveillance. Ces données constituent des facteurs importants de vulnérabilité pour les apprenants. Le déficit de temps ou de personnels sont deux éléments liés à l'organisation qui peuvent amener à ce qu'un élève soit mis à l'écart pendant une journée de stage. En effet, le bien-être des patients ou l'urgence des situations passent avant le fait de s'occuper d'un étudiant. Élisa, formatrice, dit que les apprentis se retrouvent alors « forcés, soumis, obligés à s'adapter, à tout, tout le monde, tout le temps. ». Manon, infirmière, confirme que même avec de la bonne volonté pour former, « l'encadrement passe après toutes les nécessités des soins et d'organisation de service ». Elle précise son argument ainsi : « Au niveau de la pratique, c'est très difficile d'encadrer. On doit avoir un certain rendement et forcément l'étudiant prend beaucoup de temps à encadrer. Lorsqu'on se rend compte, qu'il est 11 h, qu'il nous reste x nombres de soins à faire, cela est difficile de tout concilier. Nous, en tant que professionnels, nous nous devons d'encadrer, mais cela ne doit pas être au détriment de l'organisation avec l'ensemble de l'équipe, les différents intervenants ». Sylvie, nouvelle directrice d'IFSI et venant à peine de quitter son poste de directrice des soins à l'hôpital, l'exprime aussi : « le contexte actuel qui parfois incite les professionnels à aller très vite, à aller à l'essentiel, à leurs priorités et je crois qu'à certains moments, leur priorité, ce n'est pas l'étudiant, mais le patient. Et il arrive parfois que l'étudiant arrive au second plan. Et je crois qu'il faut avoir ce contexte-là en tête : les durées moyennes de séjour très courtes, des rotations de patients très rapides, une confiance à établir avec le patient très vite aussi et du coup, comment l'étudiant arrive à se positionner au milieu de tout ça ? Ou comment l'équipe le positionne ? » Elle dit en plus que les infirmiers peuvent exprimer une certaine souffrance à devoir s'occuper d'un apprenti en plus du quotidien : « on nous en rajoute, le tuteur c'est bien gentil, mais il va falloir du temps ». Dans le même ordre d'idée, les cadres et les infirmières confirment qu'en cas d'augmentation de la charge en soins et de manque de personnels, l'encadrement de l'étudiant sera moindre voir nul. Par exemple, Stéphanie, responsable en gériatrie témoigne : « c'est vraiment difficile, un secteur pauvre en personnel, où on a vraiment des difficultés parfois et cette année ça a été vraiment difficile ». Elle ajoute aussi : « l'étudiant, il est quand même là pour apprendre et pas pour remplacer le soignant même si malheureusement parfois, ça se passe comme ça ». Troisièmement, toutes les managers d'unités, les infirmières et les aides-soignantes

confirment que bien encadrer demande du temps et qu'avoir « en permanence un étudiant sur le dos » (Maeva, infirmière) et parfois « 3 ou 4 en même temps dans le service est lourd » (Stéphanie, cadre). Pour illustrer, Marie, cadre, décrit la fourmilière qu'est le bloc avec en plus sa multitude d'étudiants qui fait que les professionnels ne s'en occupent pas. C'est alors aux élèves de courir pour se former : « le fait d'être en stage est une posture qui n'est pas facile pour eux. Ils doivent apprendre à montrer qu'ils sont là tout en suivant sans trop déranger. Le bloc accueille beaucoup de stagiaires de professions différentes : infirmiers, aides-soignants, infirmiers, des préparateurs, des manipulateurs radio, des infirmiers spécialisés aussi, des Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat (IBODE), des Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE) ». Le personnel avance dans leur travail et les apprenants doivent suivre. Il faut être « solide et dégourdi pour tenir bon ». Troisièmement, cette hyper sollicitation des infirmières peut être vécue aussi par les étudiants et venir les déstabiliser ne sachant pas faire face à cela. Sabrina, aide-soignante, le résume ainsi : « les infirmiers sont submergés de sollicitations de la part des patients en état critique, des familles, des médecins et de l'administration en générale. Infirmier, c'est de plus en plus de la paperasse ; on demande aux infirmiers beaucoup de choses, beaucoup de technicité. On demande beaucoup beaucoup de choses aux infirmiers et on leur ne laisse pas beaucoup de temps pour les faire. On n'a pas le droit à l'erreur et il faut tout le temps être derrière (les étudiants). Nous, on encadre, on est là douze heures on le surveille comme le lait sur le feu quoi. Je vois, les infirmières sont tout le temps, tout le temps, tout le temps derrière les élèves : préparation de pousse-seringue, même au bout de la troisième semaine de stage, c'est « qu'est-ce que tu as mis dans ton pousse ? Quel est ton dosage ? Tu ne jettes pas les ampoules, je veux voir les ampoules que tu as injectées. Comment tu fais ? »

En outre, les professionnels qui enseignent ne font pas toujours preuve de pédagogie et peuvent ainsi créer un contexte d'apprentissage délétère pour l'étudiant. D'abord, ils n'ont pas forcément à être d'accord pour encadrer. L'accompagnement pédagogique est désigné par un cadre de santé ou est instauré de fait comme un élément du travail à effectuer. Cela peut avoir une incidence que la qualité de l'accompagnement de l'ESI. Ahmed nous le confirme : « Tout le monde n'est pas prêt à encadrer un étudiant. Les infirmiers ne choisissent pas. Les cadres imposent, mettent un nom en face du leur sur le planning. Ils ne savent pas d'où il vient, quelle est son histoire ». Marie, responsable d'une équipe d'un bloc, donne même l'exemple d'une professionnelle qui « n'aime pas encadrer » et « le dit aux étudiants ». De plus, Fatia évoque un manque de compétences

relationnelles nécessaires pour encadrer chez certains de ses collègues infirmiers : « Parce qu'il y en a qui ne sont pas dans le ressenti, qui sont dans la théorie et dans la technique seulement, qui ne se préoccupent pas des émotions des étudiants ». Maeva le confirme avec humour : « Déjà que l'encadrement, ce n'est pas forcément une évidence chez tout le monde ... ». Enfin, un manque d'organisation du stage peut faire en sorte que l'élève ne se sente pas le bienvenu. Sabrina, aide-soignante, donne l'exemple de l'absence de manager pour gérer son service pendant quelque mois : « On est resté sans cadre longtemps, ce n'était pas facile, l'étudiante n'était pas accueillie, elle ne se sentait pas attendue c'était lourd pour elle […] les étudiants arrivent on les attend pas forcément, on ne sait pas les horaires qu'ils font. On ne sait pas avec qui ils vont tourner, qui sont les référents. Tout ça, ça montre à l'élève qu'il n'est pas forcément attendu ou qu'on n'a pas envie de l'encadrer même si c'est faux. »

Pour continuer sur l'approche relationnelle de l'encadrement pédagogique, certains soignants ne s'en préoccuperait pas suffisamment et l'étudiant en souffrirait. Maeva, infirmière en réanimation, parle de personnalités plus « stressées » que d'autres et qui vont le reporter en « cascade » sur l'apprenant. Fatia, infirmière en oncologie, évoque un personnel qui parfois ne cherche pas à le comprendre et même fait preuve de jugement envers lui, ses réactions, ses motivations... Élodie, infirmière, se souvient qu'en tant qu'étudiante, lors de son premier décès, elle a été ignorée dans son vécu émotionnel et a beaucoup pleuré en rentrant chez elle : « je parle plutôt en tant qu'ancienne étudiante. Je me souviens du premier décès que j'ai eu, patient décédé auquel j'ai eu à faire. Je n'ai eu aucun discours des personnes qui m'encadraient ce jour-là pour me dire " est-ce que ça va ? ", " comment tu te sens ? ", "qu'est-ce que tu as pensé ?" ».

Enfin, de nombreux témoignages convergent pour affirmer que l'accompagnement en stage est parfois malveillant. Régine, en tant que psychologue, l'expose de cette manière : elle se dit « choquée par le manque d'empathie de certains soignants ». Les passages à l'acte agressif peuvent incomber à des travailleurs malveillants comme des « pervers » selon Hélène (cadre de santé). Le contexte d'apprentissage peut aussi conduire certaines personnes à être maltraitantes avec un étudiant. Dominique, directeur parle de « bizutage ». Paule, directrice, se souvient d'une infirmière qui semblait « prendre du plaisir à la rabaisser » (lorsqu'elle même était étudiante). Marie-Françoise, directrice, amène le fait d'ignorer un étudiant comme acte de maltraitance envers eux : « ils peuvent être confrontés parfois à des équipes qui vont les ignorer, ça ça peut arriver, l'étudiant ne sait pas du tout comment il faut se situer là-

dedans » ; « lorsque les équipes ne font aucun effort pour intégrer l'étudiant, elles vont déjeuner et ne vont pas l'appeler l'étudiante, elle se sent exclue ». Leur confrère Ahmed va plus loin et dénonce des maltraitances avec des exemples à l'appui. Il parle de « personnels soignants malveillants envers eux et les patients » et donne des détails précis : « tu veux faire infirmière, et bein t'as qu'à suivre les infirmières qu'est-ce que tu viens nous emmerder ? » ; « Toi, t'es un peu mou du genou, tu vas te bouger » ; « Maintenant, on a un nouveau jeu, si tu fais une erreur, si tu dis un mot de travers, on te mettra 0 à l'évaluation de stage » ; à la relève, « qu'est-ce que vous faites là, vous n'avez rien à dire, allez vous rhabiller ! Vous voulez que je vous mette un pied dans le cul pour vous mettre dehors ? ».

Les formatrices exposent également leurs exemples d'étudiants qui ont fait l'objet de maltraitance. Élisa explique le cas de l'une d'entre eux qu'on a forcé à réanimer un mort pour « qu'elle s'entraîne ». Maria donnera comme illustration « l'hyper exigence » qu'on aura envers un étudiant ou le harcèlement dont ils peuvent faire l'objet. Elle argumente aussi cette malveillance dans des soins que des soignants attribueront à des étudiants en sachant que le patient ou la situation sont très difficiles : « parce que l'équipe n'en peut plus, parce que ce sont des patients compliqués, bon on va les confier aux étudiants ». Élisa les désigne comme les boucs émissaires des professionnels, des objets de contre agressivité : « j'ai l'impression qu'on fait passer par l'étudiant des choses que les soignants vivent dans leur équipe, dans leur organisation. Tout l'énervement, toute l'émotion... ». Élisa explique cette malveillance comme un symptôme du malaise des soignants dans leur travail : « Parce que pour être bienveillant, il faut être bien au travail quoi. Je ne suis pas toujours bien sûre qu'ils (les soignants) soient bien au travail ».

Les cadres de santé donnent plusieurs exemples où les exigences d'une équipe sont peuvent paraître malveillantes envers les ESI. Il y a bien-sûr les cas où il faut être très rigoureux et performant parce que les soins sont critiques comme en réanimation. Mais, les cadres nous laissent entendre qu'il leur faut intervenir parfois, car le niveau des connaissances demandées semble être juste réhaussé pour déstabiliser l'étudiant. Hélène, cadre de santé, explique à ce propos : « Ils sont facilement dans une posture de « bouc émissaire » parce que justement ils sont plus « vulnérables » ; « certains vont se permettre d'être très exigeants avec eux, juste pour leur mettre la pression ». Elle approfondit son argument en disant : ces soignants « ont été en difficulté durant leurs études, ils se vengent sur les étudiants qu'ils encadrent en leur mettant la pression ou en s'en servant comme larbins ». Cette pression serait « au quotidien » sur une relation pédagogique trop

rigoureuse : « quelqu'un qui serait tout le temps après un étudiant en train de le reprendre, même si c'est pour aller vers du mieux, l'étudiant peut avoir l'impression d'être harcelé. Quelqu'un qui va reprendre l'étudiant tout le temps sur le moindre petit détail, qui va être tatillon, ça peut être, même sûrement, mal perçu par l'étudiant, avec l'impression de ne jamais faire comme il faut ». En tant qu'infirmière, Manon l'observe de certains confrères : « Il y a déjà l'exigence de certains services, de certains professionnels qui ont des exigences très pointues et qui parfois ne relèvent même pas de la compétence de l'infirmière. Par exemple j'ai des collègues qui ont fait des études de médecine, qui ont finalement bifurqué sur le métier d'infirmière et qui sont dans le service depuis dix ou quinze ans. Elles posent parfois des questions aux étudiants que même moi je ne saurais pas trouver la réponse ou alors expliquer avec des processus schématiques ».

Les apprenants interrogés convergent vers ces témoignages. Martin cite certaines infirmières agressives : « il y a des infirmières qui disent carrément « moi j'en ai bavé pendant mes études alors tu vas en baver ». Il mentionne une autre qui, comme pour Latifa, a banalisé une situation de soins violente. Cette banalisation s'est manifestée par une phrase qui empêche de parler ou évite d'écouter l'étudiant. Elle a été vécue comme très agressive : pour Martin qui avait envie de se confier sur la contention violente d'une personne âgée, « l'infirmière a coupé la conversation » ; pour Latifa qui a dû choquer électriquement la dame en arrêt cardiaque sans avoir été formée au préalable, l'équipe a banalisé l'événement en disant « "bon et ben voilà c'était une coro" […] On m'a demandée de me changer et je suis remontée dans mon service ». Manon a été frappée par le conjoint alcoolisé d'une patiente puis elle a été désignée comme bouc émissaire. Elle n'a pas été soutenue. Elle a même été jugée comme responsable de l'agression, mais aussi du retard pris ce jour-là dans les soins : « Sur le coup, j'ai eu l'impression d'être très soutenue, la cadre, la police... Mais quand je suis revenue, le surlendemain, car ma journée du lendemain m'avait été donnée, j'ai eu beaucoup de reproches. Entre temps les gens avaient donc parlé. "On m'a dit que je n'avais pas qu'à être allée porter plainte. La cadre a aussi ajouté que cette histoire lui prenait beaucoup de temps en paperasse ! ». Certaines infirmières lui ont même reproché de les avoir mis « en retard pour faire leur tour du secteur…. (Manon pleure) » lorsqu'elle s'est fait agressée. Selon Hélène, cadre de santé, les étudiants peuvent entendre des phrases vraiment dures de la part d'infirmiers : « Et parfois, les remarques sont violentes elles-mêmes par des paroles cassantes, maltraitantes comme "mais t'as vu, même te laver les mains tu ne sais pas faire", "t'es nulle ! " ». Elle cite certains praticiens qui passent leurs nerfs sur les plus

vulnérables : « des médecins qui ont "pété un câble", car l'étudiant ne s'était pas forcément présenté, parce qu'il n'avait pas eu l'opportunité de le faire, parce qu'il est arrivé en cours de consultation. Des étudiants qui se sont mis à pleurer parce qu'ils avaient pris ça dans la figure, parce que ce sont eux qui étaient là, en face, à ce moment-là… »

Enfin, les conflits d'équipes peuvent avoir de forts retentissements sur les élèves. En effet, alors que Sophie ne se sent pas bien en stage à cause notamment de nombreux décès, elle n'a pas pu le verbaliser avec l'équipe qui était en conflit : « il y avait trop de conflits, ce n'était pas possible. Il n'y avait pas de cadre de santé, tout le monde s'embrouillait. Ce n'était pas possible d'en parler ». De son point de vue de responsable d'établissement pour personnes âgées, Francine confirme que les tensions d'équipe sont très présentes et l'apprenant se retrouve parfois pris à partie : il y a du « stress au travail qui empire la situation de conflits ou génèrent des frictions entre les personnels […] ils entendent beaucoup de choses en tant qu'étudiants, quand ils sont avec une aide-soignante X et pouvant entendre parler de l'aide-soignante Y ou l'infirmière X de l'infirmière Y et quand ils seront le lendemain avec l'autre personne ils peuvent entendre parler de... donc eux ils sont au milieu en plus par rapport à ce conflit ou cette relation. Donc je pense que pour eux, ce n'est pas une situation qui est facile ».

3.3.2 L'apprentissage théorique fragilisant

Bien qu'ils aient été très peu mentionnés par les professionnels durant leurs entretiens, certains problèmes liés au contexte des instituts de formation sont tout de même à noter. Certains thèmes d'apprentissage théorique, certains enjeux relationnels entre étudiants ou avec les pédagogues, et des enjeux liés au référentiel de formation sont pointés comme vulnérabilisants pour les étudiants infirmiers.

3.3.2.1 Des thèmes d'apprentissage théoriques difficiles

À la fois présentés comme facteurs de résilience favorisant le processus de mentalisation des étudiants, certains cours théoriques seraient plus difficiles émotionnellement pour eux que d'autres. En effet, durant les Unité d'enseignement (UE) traitant des soins relationnels ou palliatifs, d'éthique et déontologie, des cancers… les étudiants seraient amenés à projeter leurs propres histoires sur les enseignements dispensés. Françoise, formatrice, l'exprime ainsi : « à l'IFSI, il y a aussi des situations d'apprentissage comme l'unité des soins relationnels qui vont les chercher, ou des unités

comme les unités d'intégration. À partir de petites situations, on les met en confrontation sur leur vécu de soignant, nourri lui-même par leur vécu perso. Là aussi tu en vois certains se déséquilibrer, qui sont sur le fil, qui d'un seul coup nous échappent » ; « Si tu pars d'une petite situation, par exemple quelqu'un qui a eu un AVC (accident vasculaire cérébral), il suffit que dans leur histoire de vie ils aient eu un grand-père, une grand-mère atteinte de cette maladie, ça va mobiliser leur compétence issue de leur expérience professionnelle, mais aussi ça va les chercher sur ce qu'ils ont vécu de ces expériences personnelles. » ; « C'est comme l'UE 4.7, en troisième année (les soins palliatifs). Quand à partir de situations, à partir d'un débat, un échange… forcément tu vas aller chercher chez eux leur identité. Celle professionnelle fait souvent écho à celle personnelle dans ces UE comme celle-ci ou la 4.2 "soins relationnels". Un étudiant qui parle d'un accompagnement en fin de vie, il ne peut pas y aller en faisant semblant. » Patricia, formatrice, confirme ce point de vue : « l'UE "soins palliatifs" fait travailler sur les valeurs, sur le sens qu'on donne aussi à la vie, sur comment on se projette en tant qu'être humain parce qu'on est confronté à des choses qui sont beaucoup plus intimes. Cela questionne sur le sens de ce que l'on fait, de ce que l'on est, de ce qu'on va devenir. » ; « la configuration du semestre 5 est complexe dans le sens où on a dans le même semestre les processus tumoraux et les soins palliatifs qui sont des domaines assez confrontants sur le plan émotionnel aussi ». Patricia dit même à propos de ces thèmes d'enseignement : « on a un certain nombre d'étudiants dont les parents ont un cancer ». L'équipe de Patricia a décidé de ne pas rendre obligatoire la présence à cette UE tant elle peut être douloureuse et face à un absentéisme qui augmentait durant ces UE. Paule, directrice, appuie encore cet argument concernant une étudiante en état de mal-être intense : « ce sont les contenus vus en cours sur les soins palliatifs qui ont fait écho à un deuil non réalisé ». Mais elle précise aussi que tous les savoirs de la formation peuvent résonner en eux. Pour certains, comme les anciens aides-soignants, c'est en première année où le contenu de biologie fondamentale et d'anatomie est très dense et où l'enseignement de l'anglais va être commencé que la déstabilisation va être la plus forte. Le contenu ne semble pas douloureux mais il peut l'être pour ces sujets car leurs connaissances sont plus faibles ou lointaines que leurs collègues plus jeunes : « la marche à franchir est si haute que certains adultes en reconversion craquent ».

Par ailleurs, l'IFSI alourdirait parfois trop le labeur des étudiants avec des travaux supplémentaires à rendre en dehors de leur période d'apprentissage théorique. Vanessa, en tant qu'aide-soignante, en témoigne ainsi : être sur le terrain « plus la charge de travail

qu'ils ont à domicile. Ils ont quand même leurs partiels, ils peuvent avoir des évals, ils peuvent avoir des démarches cliniques à préparer. Alors on leur demande d'être à fond dans un stage, mais à côté, ils ont du travail perso à rendre à l'école ou du coup franchement, je trouve ça difficile ». Patricia, de son point de vue de formatrice le confirme également : « le nombre de travaux écrits à rendre est conséquent » peut « alourdir ce sentiment de stress ».

3.3.2.2 Les enjeux relationnels en IFSI

La relation pédagogique, entre élèves et formateurs, est toujours décrite comme essentielle pour la croissance de l'apprenant. Nous verrons qu'elle est au cœur du processus de résilience d'un étudiant vulnérabilisé. Mais, lorsque cette relation n'est pas bonne, elle peut fragiliser celui qui est déjà vulnérable. Régine, psychologue, donne l'image d'une équipe de cadres d'un IFSI qui n'a pas soutenu une étudiante en difficulté, ce qui avait eu pour effet de lui appuyer sur la tête alors qu'elle se noyait : « les formateurs qui répétaient sans cesse à l'étudiante qui fallait qu'elle arrête sa formation : les formateurs diraient qu'"elles sont nulles, elles n'ont rien à faire en tant qu'infirmières" ». Sans aller jusqu'à des situations extrêmes comme celle-ci, le simple fait que la confiance entre le référent pédagogique et son élève soit amoindrie peut fragiliser ce dernier. Dominique, directeur, l'exprime ainsi : « Lorsque la confiance est rompue, cela se manifeste par un étudiant qui ne le (le formateur) trouve plus dans l'empathie, le trouve dans le jugement de valeur, le trouve plus dans l'irrespect ». Sa collègue Sylvie l'évoque de la même manière : « je n'écarte pas la situation à l'IFSI où des relations interpersonnelles qui se passent mal avec le cadre référent pédagogique peuvent aussi générer du stress. L'étudiant qui n'arrive pas à parler, qui n'arrive pas à poser les choses avec son référent pédagogique, cela peut être aussi générateur de stress et de stress délétère ».

Cette relation peut être également fragilisante par son absence ou son manque insuffisant de présence. Pour Angélique, cadre de santé, ça peut être à cause « des promotions d'étudiants très importantes en nombre et que le ratio étudiants-formateur référent soit trop important pour bien connaître l'étudiant et bien repérer ses difficultés ». Pour Maria, cadre en IFSI, cette fragilisation peut être à cause d'un manque d'investissement psychologique de la relation pédagogique par certains de ses collègues : « au niveau des formateurs, je ne suis pas sûre que tout le monde soit prêt à aller sur ce

terrain-là, sur le terrain émotionnel, je ne suis pas sûre que tout le monde se sente compétent pour aller là-dessus et je pense qu'il y a parfois une confusion entre aider l'étudiant à travailler là-dessus à faire le point sur son état émotionnel... c'est pas faire non plus de la psychothérapie quoi et j'ai l'impression que parfois il y a une confusion et des gens ne vont pas du tout sur ce terrain-là. Et alors ça manque aux étudiants. ».

En outre, durant les périodes de formation en IFSI, il peut y avoir des situations relationnelles entre ESI qui viennent les fragiliser. Mylène, psychologue, donne l'exemple d'apprenantes qu'elle a reçues à la suite d'un suicide d'un de leur collègue de promotion : « Il y avait beaucoup d'étonnement, d'incompréhension. Il y a deux étudiantes qui sont venues au point écoute pour en reparler avec moi. Des étudiantes plus âgées, qui étaient très sensibles à ce qui s'était passé pour cet étudiant, qui avaient eu une proximité avec lui, une fonction un peu maternelle et elles ont eu le sentiment de ne pas avoir perçu, d'être passées à côté ». Ces événements de la vie comme des décès ou des maladies d'étudiants sont exceptionnels, mais peuvent arriver. Hélène, cadre en unité, évoque le cas d'un qui était fragilisé par l'attente de la confirmation d'un diagnostic d'une pathologie potentiellement incurable. De manière moins tragique, durant la vie de groupe d'une promotion, des tensions entre élèves peuvent apparaître et certains peuvent s'en retrouver très fragilisés. Catherine, formatrice, insiste d'ailleurs pour que les étudiants le verbalisent d'emblée en entretien de suivi de progression, sinon c'est « impossible pour eux d'aborder le pédagogique ».

3.3.2.3 Des enjeux liés au référentiel de formation

La formation infirmière française a changé de référentiel en juillet 2009. L'évolution s'est effectuée dans le cadre des accords de Bologne pour uniformiser le parcours universitaire européen selon le schéma Licence-Master-Doctorat. Les Infirmier(-ère) Diplômé(e) d'Etat (IDE) qui n'étaient alors reconnu que bac+2, ont obtenu le grade licence professionnelle. Le contenu et l'organisation de la formation se sont retrouvés profondément transformés : création d'un portfolio pour le suivi sur le terrain, validation des stages par compétences et non plus par une note et un examen de mise en pratique professionnelle (MSP)... La résistance et les émotions générées par ce changement de programme provoquent encore 7 ans après son début, des réactions négatives qui sont reportées sur les étudiants actuels.

Régine, psychologue en cabinet libéral, mais aussi encore infirmière en psychiatrie, observe tous les enjeux autour de ce référentiel. Les équipes « ont eu des

difficultés à comprendre le portfolio, l'évaluation ». Ils auraient mal vécu l'arrivée de nouveaux étudiants qui « auront un diplôme plus élevé que le leur ». Ils penseraient que le mode actuel de validation des stages « favorise » les élèves. Régine dit qu'elle voit certains collègues « se venger, jalouser le grade licence ». Manon, jeune diplômée ayant suivi la formation selon ce « nouveau référentiel » confirme ce point de vue : « Ce qui est difficile aussi pour cette nouvelle génération, dont je fais partie, c'est cette nouvelle réforme. Dans les services cela ne passe pas ! On en entend parler tous les jours ! […] Tout ce qui est nouveau et qui n'a pas fait ses preuves ne fonctionne pas... j'en avais marre d'entendre en stage que l'on formait des professionnels au rabais ! C'est dur ! […] J'ai mal vécu courant de mes études le fait de devoir toujours me justifier, d'expliquer pourquoi c'est intéressant de travailler par compétence, comment l'on doit remplir les feuilles de stage. Cela met la pression ! ». Stéphanie, en tant que cadre d'unité de gériatrie, le dit également avec d'autres mots : le référentiel a changé en 2009, certains soignants qui « ne comprennent pas, car ils ne s'y sont jamais intéressés », « critiquent les étudiants qui seraient moins bien formés de nos jours ». Elle constate comme conséquences que les apprentis peuvent parfois ressentir du « jugement » et du « rejet ». Nous avons relevé et fait remarquer à Laurène que ce changement de référentiel en 2009 était toujours appelé « nouveau diplôme même 6 ans après ». Elle a répondu : « on entend encore, ce nouveau diplôme, mais je crois qu'en fait cette réforme, elle a été difficilement palpable et compréhensible par les équipes, c'est-à-dire qu'on a l'impression que les gens mettent des années à s'approprier cette nouvelle manière d'encadrer les étudiants ».

3.3.3 Les facteurs personnels de vulnérabilité

Le guide d'entretien ainsi que la forme n'ont pas permis de déterminer de manière approfondie et individuel, les facteurs personnels de vulnérabilité de chaque étudiant fragilisé au cours de leur apprentissage. Néanmoins, nous avons pu dégager de grandes tendances confirmant que la personnalité et l'histoire de chacun pouvaient avoir une influence sur la vulnérabilité de ceux-ci durant leurs scolarités. En outre, les enjeux liés à l'âge des étudiants pendant leurs formations peuvent avoir un impact émotionnel. La précarité financière peut venir également les fragiliser.

3.3.3.1 La dimension personnelle

Selon les individus interrogés, la personnalité avec l'immaturité ou la présence d'une pathologie installée en dehors du contexte des études, le style d'attachement de chacun ou encore l'existence de traumatismes anciens… sont à considérer pour identifier les causes personnelles de vulnérabilité.

Concernant la personnalité, en dehors d'une analyse de cas approfondie, il n'est pas garanti de pouvoir mettre en évidence des éléments issus des différentes structures ayant pu affaiblir les étudiants. Toutefois, dans le cas de Latifa, il semblerait que l'idéal du Moi ait été suffisamment fort pour l'empêcher d'admettre sa fragilité et de demander de l'aide. A cause d'une « barre trop haute » à atteindre, elle s'est empêchée de parler de ses problèmes de stage, elle s'est retrouvée seule dans ses difficultés et a vraiment souffert. Elle l'exprime ainsi : « même chez moi, je m'interdisais de pleurer à la maison quand ça n'allait pas » ; « en ayant parlé avec des collègues de formation, on se met trop de barrières, trop de barrières » ; « on veut paraître fort ». Pour Sophie, c'est sa personnalité limite au moment de ses études avec une certaine immaturité, qui l'ont empêchée de demander de l'aide lorsqu'elle en avait besoin. Le fait de se mettre en danger en fuyant, en usant des toxiques et celui d' « avoir fait n'importe quoi », ont été des étapes par lesquelles elle a dû passer pour s'apercevoir que ce n'était pas « le bon chemin ». Pour Manon, nous décelons dans son interview une répétition des événements agressifs contre elle. Nous supposons qu'au-delà de la malveillance de personnes qu'elle a rencontrées, elle pourrait avoir attiré inconsciemment les bourreaux en se positionnant en tant que victime. Elle dit elle-même qu'elle a « un problème avec la violence par rapport à des choses qu' (elle a) pu vivre personnellement et c'est quelque chose qui (la) suit […] (elle a) énormément de mal à gérer ».

À travers certains exemples, les cadres des IFSI laissent apparaître que l'immaturité et la personnalité fragile sont à prendre en considération pour analyser la vulnérabilité en formation infirmière. Catherine aborde la première comme une difficulté pour développer sa professionnalité : « Le cadre législatif, la méthode, la théorie, la relation […] arriver à naviguer au milieu de tout ça. Une exigence des patients... ça exige une certaine maturité. » Françoise évoque les pathologies préexistantes chez certains élèves : « Des étudiants fragiles, qui sont suivis en Centre Médico-Psychologiques » ; « dans une promotion, par exemple en première année, on avait une jeune fille anorexique, qui était suivie » ; « il y avait un suivi déjà auparavant en lien avec une perturbation psychique, je ne sais pas laquelle... » ; « ces étudiants qui ont une structure

psychique chaotique ». Patricia confirme avec cet exemple : « une personnalité fragile, et une forme de vulnérabilité qui ressort quand on échange avec elle ».

Deux directrices ont insisté sur la faiblesse de la « confiance en soi » ou de l' « estime de soi » comme facteur personnel de vulnérabilité : Paule a parlé d'« une estime de soi faible » qu'elle nomme aussi plus tard comme « une faiblesse au niveau de la confiance en soi » ; Marie-Françoise constate souvent que les étudiants les plus fragiles n'ont « pas confiance en eux ». Marie, cadre de santé, en évoquant les difficultés d'une étudiante, l'a qualifiée de « jeune » et « timide ». Les psychologues confirment ce lien entre manque de confiance en soi et vulnérabilité : « le manque de confiance en soi » se retrouvait chez la plupart des patients (Isabelle) ; c'était « quelqu'un de très timide et pour le coup, on lui a dit qu'elle n'était pas assez investie donc ils ne lui ont pas validé son stage » (Régine).

Au-delà de la structure psychique, les problèmes de la vie privée pouvant arriver à chaque individu en formation peuvent venir vulnérabiliser la personne. Latifa, étudiante, s'est dite « affaiblie par des problèmes familiaux ». Manon a mentionné son « milieu familial compliqué », avec un « divorce des parents dans des circonstances compliquées » pendant sa scolarité. Elle était mal aussi vis-à-vis d'un frère aux tendances psychopathiques et toxicomanes : « J'avais un petit frère qui faisait beaucoup de bêtises, qui avait un rapport à la drogue et qui a toujours un rapport à la drogue compliqué ». En tant que formatrice, Catherine témoigne de cet impact de la dimension personnelle sur les études : « ils peuvent « être déstabilisés en lien avec leur parcours personnel, avec leur susceptibilité, leur fragilité et une capacité ou non à faire face à l'adversité ». Françoise confirme : « il m'a dit que c'était un enfant adopté. Donc tu vois malgré tout une histoire de vie fragilisante... et puis à un moment donné, ces études ça réactive quelque chose » ; « les autres c'était une fracture dans l'histoire de vie, un deuil pas assumé, etc. » ; « je suis allée en psychiatrie, ça a fait écho à mon histoire personnelle » ; « Pas seulement par le contexte (de la réanimation), mais aussi parce qu'elle avait quelqu'un de sa famille proche qui était décédé là-bas. ». Patricia expose des cas similaires : « des soucis dans son entourage familial, avec une personne malade dont elle s'occupait aussi » ; « Elle avait des soucis personnels assez importants ». De son point de vue de directeur, Dominique cite l'exemple suivant : « Alors que le stage se passait plutôt bien, d'un étudiant qu'on classerait dans les brillants, sans histoire, en reconversion professionnelle, donc quelqu'un qui a plus de 18 ans, qui en a 30, et père de famille. Il est en stage en gériatrie

et, je ne sais pas comment, je n'ai pas les éléments de la situation, mais un matin il ne peut plus se lever, il ne peut plus aller en stage, car il a perdu dans les mois qui précèdent un de ses meilleurs copains, qui était son témoin de mariage, etc. Et il y a un effet de sidération, mais qui est bien aussi en lien avec le stage ».

Certains ne vivent pas au moment des études une situation douloureuse, mais sont allés vers cette formation en « cherchant des réponses » (Marie-Françoise) ou pour réparer. Dominique, directeur, l'a exprimé ainsi : « lorsque je (l'étudiant en général) viens dans ce métier, je ne viens peut-être pas totalement par hasard ». Paule, directrice, affirme la même chose : « une blessure personnelle passée » que les apprenants peuvent être conduits inconsciemment à résoudre dans cette formation. Elle parle des étudiants fragiles en disant que lors des entretiens avec eux, « on se heurte souvent à des jeunes qui sont venus soit réparer quelque chose, soit qui ont une fêlure ». Maria, formatrice, l'évoque dans des termes proches : « on ne choisit pas ce métier par hasard, déjà, quand on choisit de devenir soignant… il y a une forme de fragilité qui est là, je ne dis pas qu'on vient tous pour réparer quelque chose ça serait un peu trop cliché, mais globalement on ne choisit pas ce métier par hasard ». Angélique, cadre de santé, développe le même argument en précisant que c'est source de reconstruction, mais aussi de fragilité quand les étudiants s'efforcent de trouver des explications à leurs souffrances : « le fait de venir en formation pour obtenir des réponses ou une compréhension de la maladie de quelqu'un de sa famille peut être fragilisant. Ils viennent chercher des réponses personnelles : je ne dis pas que tous les soignants vont vers les soins parce qu'ils ont des problèmes à régler, mais je me dis qu'il y a aussi une partie de cette population, enfin y'a aussi une partie de ces étudiants qui sont… consciemment ou pas consciemment, mais qui choisissent cette voie-là pour y trouver je ne sais pas, soit des aides, soit des réponses parce que dans la famille il y a quelqu'un qui a souffert de cette maladie. Mais quand même, ça arrive souvent des histoires de vie où tu vois que le frère a été soigné en psy, la mère... ». En tant qu'infirmière en oncologie, Fatia l'a constaté plusieurs fois : « Il y avait une fille qui avait perdu sa mère d'un cancer du foie dans le service et qui du coup était venue en stage chez nous, et qui n'arrivait pas à entrer dans la chambre où elle était décédée ». Enfin, Mylène, de son point de vue de psychologue à temps plein dans un IFSI, dégage l'interprétation suivante de tous ses entretiens : « les étudiants infirmiers sont des personnes qui viennent chercher des réponses à leurs propres questions à travers le soin ou l'histoire des autres qu'ils vont soigner » ; « ce n'est pas pour rien que l'on s'oriente vers ces études-là » ; « on n'y vient pas par hasard. Je ne pourrais pas dire ce que chaque étudiant vient y chercher,

y trouver. Mais au point écoute, il est souvent question de cela. C'est-à-dire qu'à un moment donné ça revient un peu comme un boomerang, en pleine figure en stage de première, de deuxième ou de troisième année » ; « cela fait écho dans leur histoire » ; elle a « remarqué qu'à peu près la moitié des étudiants viennent pour un problème lié à la formation et l'autre moitié pour des problèmes qu'ils considèrent comme des problèmes personnels, qui impactent leur quotidien, la formation, mais qui ne sont pas des problèmes directement liés à l'apprentissage en lui-même ». Mylène ajoute que « questionner son désir soignant, pourquoi venir réparer des patients, des gens, pourquoi être dans cette démarche soignante… renvoie à la part la plus intime de soi ». Pour elle, ces périodes sont « douloureuses ». « Ça fait mal ».

Certains apprenants ont un passé dans leur vie privée difficile aux retentissements présents au moment de leurs études : « c'est assez impressionnant, ils nous livrent des situations personnelles et familiales très douloureuses et complexes. Des histoires de séparations violentes au niveau familial, des deuils, des familles avec du handicap » (Marie-Françoise, directrice). Sylvie développe une réflexion similaire : « Je le mets vraiment en lien avec une situation personnelle qui a été rebousculée dans le stage. C'est parce qu'elle a eu ce stage dans la formation infirmière. Elle n'aurait pas vécu cela dans une autre profession ». D'autres exemples ont été cités : son « grand-père est décédé il n'y a pas longtemps » (Stéphanie, cadre en gériatrie) ; « un étudiant qui est arrivé dans le service, à qui on venait d'annoncer un diagnostic difficile pour lui-même, et il m'avait dit que ça risquait d'être compliqué. On lui a annoncé une maladie grave » (Hélène, cadre de santé). Régine, psychologue, nous apporte en plus la dimension du style d'attachement qui peut avoir un impact dans la construction du futur professionnel et qui peut donc être un élément de vulnérabilité si celui-ci n'a pas été sécure : « Dès l'instant où il y a des manques, des fragilités de ce côté-là et où tu as besoin tu vois comme l'enfant qui n'est pas sécure, besoin d'être physiquement à côté de l'autre, de toucher l'autre pour voir qu'il est bien vu, qu'il est bien un peu aimé et tout, le différent d'étrangeté qu'est le monde formatif va l'impacter à ce niveau-là, il ne sera jamais sécure ». Nous pouvons peut-être entendre ce style d'attachement insécure dans un exemple d'Isabelle quand des parents ont forcé leur fille à faire des études d'infirmière alors qu'elle ne le voulait pas : « la pression familiale lui a dit : « Non, tu seras infirmière ». Cette élève a souffert toute sa formation.

Dans certains témoignages, nous avons pu apercevoir d'anciens traumatismes qui reviennent résonner chez les étudiants lors de leur apprentissage. Dominique, directeur,

donne l'exemple suivant : « j'ai en tête cette étudiante où il y avait un inceste intrafamilial… à un moment, elle est en stage en psychiatrie. Une personne arrive avec une histoire qui ressemble un peu à la sienne et tout à coup évidemment tout s'effondre. Donc dans l'histoire de la personne, il y a parfois des choses insoupçonnables et tout d'un coup il y a le miroir qui arrive et l'image est insupportable ». Manon, ancienne étudiante et très jeune diplômée, explique qu'avant d'entrer en formation, elle s'est faite frapper et menacée de mort en Afrique lors d'un séjour humanitaire. Son agression en gynécologie durant sa scolarité est venue faire écho à ce traumatisme. Paule, directrice, expose également une histoire similaire : « une étudiante ayant vécu des situations de violences dans son enfance se trouve en stage dans un service de psychiatrie et se trouve confrontée à une situation de patient violent. Elle s'est effondrée. » Isabelle, psychologue, raconte elle aussi une histoire de traumatisme réactivé en formation : « Elle a vécu un traumatisme dans l'enfance. Elle ne venait pas pour ça à la base (en consultation). […] Et au fur et à mesure du travail, ce qui est ressorti, c'est qu'il y avait eu un traumatisme dans l'enfance. Elle a été violée, abusée à répétition par un père qu'elle n'avait jamais connu durant toute son enfance ».

Pour aller plus loin, certains étudiants ont une pathologie psychique en devenir avant d'entrer en formation et « décompensent » durant la scolarité. Françoise, cadre en IFSI, en a parlé par rapport à l'anorexie d'une élève ou concernant la dépression d'une autre. Angélique, cadre en psychiatrie, a évoqué la « décompensation schizophrénique » d'une étudiante dès son premier stage auprès de malades mentaux. Aline, infirmière en pédopsychiatrie, a bien senti lors d'un rendez-vous pédagogique qu'une élève « avait besoin d'aide au-delà » en disant que le temps passé sur le terrain avait « dû un petit peu enflammer » sa situation de vulnérabilité psychique. Elle ajoute « je pense que c'était une étudiante qui avait besoin d'une aide elle personnelle, psychologique ». Isabelle, psychologue, donne l'exemple d'une autre aux « troubles alimentaires qui étaient apparus à l'adolescence, qui avaient disparu pendant un moment et qui revenaient à ce moment-là (des études) ».

3.3.3.2 Le contexte des études

La pression financière

La précarité pécuniaire touche les étudiants (Antipoff-Catheline, 2003). Les apprentis infirmiers semblent ne pas faire exception. Lors de l'enquête, la plupart des

interviewés ont abordé la pression financière comme étant un élément vulnérabilisant. Les parents de Sophie lui ont d'ailleurs rappelé qu'ils faisaient de sa scolarité un investissement économique : « On finance tes études, on compte sur toi, tu fais des études, tu veux être infirmière, ne lâche pas le truc. Oui, une réelle pression à la maison… à ce moment-là ». Catherine, cadre enseignante, reconnaît que cette dimension est récurrente dans les contrariétés abordées par les étudiants en suivi pédagogique : « un problème d'ordre financier ». Patricia, cadre en IFSI, affirme que les « soucis... sur le plan économique » fragilisent l'élève parce qu'il s'épuise à maintenir ses comptes à flot au détriment de son bien-être et de sa scolarité. Elle dit que ces enjeux s'accentuent en fin de formation, car certaines indemnités ou certaines bourses s'arrêtent à ce moment-là : « En début de troisième année, les problématiques liées au financement sont accrues ». En donnant l'exemple d'une apprenante, elle montre les conséquences physiques et psychiques d'avoir un emploi en plus de ses études : « Elle attendait son financement et pendant cette période elle devait travailler. Elle travaillait en dehors des cours, elle était épuisée ». En tant que directeur, Ahmed est souvent sollicité pour aider à trouver des solutions à cette précarité pour soutenir les étudiants à faire leurs études. Pour ceux qui doivent occuper un emploi en plus, il fait le même constat que Patricia : « cumuler les deux, c'est-à-dire IFSI et travail le week-end. Ils peuvent arriver à en être épuisés ». Isabelle, psychologue, affirme que le budget économique est une difficulté pour tous les étudiants : « il y a toujours la problématique financière en arrière-plan quand même ».

Les enjeux liés aux études pendant la jeunesse

Nous avons vu que la jeunesse était une période avec ses enjeux particuliers pouvant vulnérabiliser un apprenant (De Singly, 2004 ; Dubet, 2004). Les entretiens ont confirmé ce constat tout en l'illustrant avec des exemples issus du milieu des études en soins infirmiers. Tout d'abord, tous les interviewés assimilent les jeunes à la sortie du baccalauréat. Cette « fraîcheur » semble être un élément de fragilité, car les élèves sont immédiatement immergés dans un univers de maladie, de mort, de vieillesse... qu'ils n'ont pour la plupart pas connu et la désillusion dont nous parlions auparavant est encore plus brutale. Élisa rend compte de son expérience de formatrice à ce sujet : « j'ai des représentations qu'un étudiant infirmier arrive avec une cellule familiale, ou une cellule sociale qui l'a protégé un peu, tout au long de sa vie, et que du coup à un moment il n'est plus tellement protégé. Il est mis devant toute la réalité de la douleur, de la saleté, de

l'équipe qui lui en demande beaucoup, qui ne sait pas qui il est... ». Dominique, directeur, fait la même remarque : « C'est évident que d'approcher la personne malade, voire mourante ne peut être que difficile surtout quand on sort du lycée ou d'une ou deux années de fac, qu'on a 20 ans, qu'on est souvent venu là quand même parce qu'on a une propre histoire autour de la maladie, de la mort, de la vie et qu'on est plutôt dans une position de sauveur au départ, et on s'aperçoit qu'on ne peut pas sauver tout le monde ».

Le mode d'apprentissage en alternance, sous forme intégrative, en étant très acteur de sa formation peut être aussi brutal pour un jeune sorti du lycée. Patricia, formatrice, le raconte comme ça : les étudiants « qui sortent du bac ou du lycée étaient dans un apprentissage plutôt passif où l'on ingurgite des connaissances ». La formation est demandeuse « d'être acteur de leurs connaissances, des ressources [...] de faire leur auto-évaluation, de se remobiliser pour progresser ». Sur le terrain, Marie, cadre de santé souligne que « le manque de maturité pour s'imposer et prendre en charge sa formation » est un facteur fragilisant en stage. Vanessa, aide-soignante, dit la même chose avec d'autres mots : « maintenant ils sortent tous de l'école, tous du bac. Ils ne connaissent pas la notion du travail. Ils ne sont pas professionnels quoi et par rapport à leurs âges ça fait beaucoup pour eux, et moi je trouve que ce n'est pas simple » ; « ils sont de plus en plus jeunes ces élèves. Sans expérience professionnelle ».

Justement, ce déficit en expérience ferait en sorte qu'ils ne possèdent que très peu de mécanismes de défense pour prendre de la distance relationnelle et émotionnelle. Maria (formatrice) aborde la jeunesse des étudiants comme un facteur de vulnérabilité par le manque de compétence pour prendre du recul sur les situations de soins qui « quand t'es jeune t'as tendance à être plus éponge et ne pas être capable de mettre à distance en fait ce que vit le patient » ; « ça peut être hyper compliqué alors quand t'as 18 ans ou 20 ans ». Paule, directrice, confirme « Quand on a 18 ans, c'est la distance personnelle entre son propre vécu et celui des personnes que l'on soigne » qui serait ardue. Hélène, cadre de santé, s'accorde à dire que « le fait d'avoir "18 ans" dans des situations professionnelles difficiles est plutôt fragilisant, car la personne n'est pas suffisamment outillée pour comprendre les enjeux des cas cliniques et n'est pas encore armée pour se défendre ».

Dans le même ordre d'idée, les jeunes étudiants seraient assez démunis pour faire face à la complexité des situations de soins. Manon, récemment diplômée infirmière, dit : « Quand, comme moi l'on sort du Bac, qu'on n'a jamais tenu la main d'une personne qui a mal ou encore qui est en train de mourir cela est déconcertant ». Élisa confirme :

« l'étudiant qui sort du bac, c'est celui qu'on rencontre le plus souvent », « ils ne sont pas outillés pour faire face aux situations douloureuses ». Aline illustre avec la particularité des soins aux adolescents : « Il faut avoir déjà avoir digérer sa propre adolescence et tout ce que cela implique, c'est-à-dire les mouvements d'humeur par exemple. Et pour des étudiants qui sont parfois jeunes, qui n'ont pas tout à fait fini eux-mêmes leur adolescence du coup c'est compliqué. Je pense qu'il faut déjà digérer la sienne avant de pouvoir gérer celle des autres ».

Par ailleurs, Dominique aborde les préoccupations particulières à cette période de l'existence comme l'amour, les amis... : « Il ne faut pas oublier qu'on est en fin d'adolescence, au début de l'âge adulte, avec des étudiants qui prennent leur indépendance au niveau domestique, qui commencent des vies de couple, etc. Avec toute cette période un peu complexe c'est-à-dire de quitter le milieu familial, même si parfois ça fait du bien de le quitter. Il faut à la fois passer cette phase de fin d'adolescence qui est difficile, et de formation qui est difficile. Donc on cumule les difficultés ».

Les étudiants qui se forment à l'âge adulte

Concernant les étudiants qui se forment à l'âge adulte, les enjeux sont différents de leurs collègues plus jeunes (Avanzini, 1996). Les entretiens ont d'abord mis en évidence que l'évaluation était difficile à gérer. Selon Patricia, cadre en IFSI, « le stress de redevenir étudiante, d'être observée, évaluée » a fait en sorte qu'une élève arrête sa formation tant elle était paniquée. Marie-Françoise, directrice, le dit également d'une ancienne aide-soignante : « à cause du stress du regard des autres, elle ne pouvait rien faire ».

En approfondissant les exemples, les interviewés ont fait émerger l'idée selon laquelle les adultes en formation se mettent une énorme pression pour réussir. Marie-Françoise, directrice, cite le cas de plusieurs aides-soignants, dont certains ont dû arrêter, notamment parce qu'ils ressentaient un poids lourd pour réussir au regard de tous les sacrifices familiaux, financiers... engagés par la reprise d'une formation : « ils sont mariés, ils ont des enfants, non seulement ils doivent réussir ça, mais ils ont un enjeu très fort par rapport aux enfants d'arriver au bout, par rapport à tout ça ». Les psychologues confirment cette observation en montrant que le contexte familial ou dans l'organisation de la vie d'un adulte, l'amène à ressentir une forte pression : « ce n'est pas pareil à vingt ans qu'à trente ans. A vingt ans on vit dans une chambre étudiante on le supporte. À trente ans quand on a une famille, ce n'est pas possible. On a d'autres frais, et cetera donc il y

a d'autres enjeux, je pense » (Isabelle) ; « combiner la vie familiale, car il y aussi beaucoup d'étudiants qui font une reprise de formation, qui ont des enfants et je pense qu'il y a des évolutions dans la vie familiale qui font que ça se brise, que ça évolue et ce sont des choses à accompagner aussi » (Mylène).

Dans d'autres exemples, c'est la remise en question de ses compétences passées, de ses certitudes professionnelles... qui semblent difficiles. Dominique, directeur, affirme que c'est « très compliqué parce qu'ils ont du mal à changer de place, c'est-à-dire à ne plus se sentir comme aide-soignant, ne pas penser "trahir" leur ancien métier. Il y a tous ces enjeux-là qui sont un peu compliqués. » Paule, directrice, le confirme : « Parce que les aides-soignants qui sont ici, globalement, ils étaient déjà très bien en tant que professionnels, bien dans leurs peaux, etc. Avec des connaissances certaines. Et d'un seul coup, à la fois ils ont réussi le concours, mais alors derrière ils se prennent un revers sur des hauts niveaux d'exigences ». Sylvie, directrice l'argumente autrement : « ils ont été dans une équipe en tant que partie prenante de cette équipe et que là (en formation) ils repassent dans une posture de stagiaire pour aller vers une nouvelle posture professionnelle qui est celle d'infirmière. Ce n'est pas plus simple pour eux, parfois même plus compliqué ». Elle dit aussi que « se faire encadrer par des plus jeunes qui ont parfois moins d'expérience dans l'ancien métier » n'est pas facile à gérer. Elle souligne ainsi que la remise en question peut créer un malaise, surtout si elle est imposée par une personne plus jeune. Les « émotions » sont alors « vives ».

3.3.4 Les signes de mal-être durant la formation

3.3.4.1 Des signes de mal-être à l'expression de maladies psychiques

Dans le DSM-5, les troubles de l'humeur, dont la dépression, réunissent des symptômes qui reviennent de manière récurrente. Ainsi, d'après nos entretiens, de nombreux signes cliniques peuvent témoigner d'un syndrome dépressif ou d'un mal-être passager (American Psychiatric Association, 2013). Nous allons les classer selon leur expression sans en donner un diagnostic. Ensuite, nous verrons que certains cas apportés par les interviewés ont fait l'objet de diagnostics de maladies psychiques. Nous les illustrerons.

Les pleurs

D'après les entretiens, les apprenants vulnérabilisés expriment leur souffrance en pleurant. Par exemple, Catherine, formatrice, évoquant le cas d'une étudiante : « elle a beaucoup pleuré. Elle pleurait tous les jours durant ce stage et elle a beaucoup pleuré lors de l'analyse de pratique professionnelle. Elle y mettait trop d'investissement. Un investissement personnel qui dépasse le professionnel. » Tous les autres professionnels ont cité ce signe : « en pleurs » (Élisa) ; « des pleurs » (Ahmed, Paule, Hélène) ; « elle pleurait » (Sylvie) ; « débordés par les émotions qui se mettent à pleurer et qui déversent leurs pleurs » (Laurène) ; « certains ont pleuré » (Maeva) ; « je suis rentrée j'ai pleuré » (Élodie) ; « je l'ai vu se liquéfier et elle est devenue pâle, blanche tout et tu voyais que les yeux étaient humides de chez humides. Tu voyais qu'elle se mordait pour ne pas pleurer. » (Vanessa).

Les pleurs que nous relatons ici sont l'expression d'un mal-être, qui sera également traduit par d'autres signes.

Un sentiment de mal-être

Les extraits qui viennent argumenter le mal-être ressenti par les élèves fragilisés sont les suivants. Martin, étudiant, a exprimé : « On est dépité. On rentre mal. » Sa camarade Marine a utilisé les mots suivants : « ça me perturbe » ; « Je me suis sentie très mal ». Catherine, cadre en IFSI, a parlé d'une apprenante « submergée » et « inondée sur le plan émotionnel ». Quant à Élisa, formatrice, elle a dit qu'« émotionnellement ça (la scolarité) peut être... bousculant ». Elle a estimé qu'« il y a une vulnérabilité de l'étudiant ». Maria a employé le qualificatif « submergé » pour décrire le mal-être des étudiants. Si Dominique, directeur, a simplement dit qu'ils peuvent « aller très mal à certains moments », ses collègues ont utilisé des illustrations plus fortes : « Être éteint » (Ahmed), « décontenancé » (Paule), « extrêmement bouleversant » (Sylvie). Les infirmières ont eu recours au même champ lexical : « submergée » (Fatia) ; « très compliquée » et « très difficile » (Aline) ; « Mal vécu » « vécu assez difficile » » « très perturbée » (Élodie). Isabelle a illustré ce mal-être par le vécu d'« un coup très dur ».

La culpabilité

La culpabilité s'est exprimée de diverses manières à la suite de situations vulnérabilisantes. Martin l'a évoqué ainsi : « On se dit qu'on a plus fait souffrir la patiente » ; « pourquoi t'as fait ça, je n'ai pas arrêté d'y repenser. » Latifa se disait : « j'aurais dû le faire ». Sophie se sentait « culpabilisée » d'être en bonne santé en s'occupant de la personne soignée du même âge qu'elle et très handicapée. Élisa, formatrice, a utilisé les formules suivantes : l'élève « se dénigrait » ; elle ressentait « une culpabilité, une remise en question totale ». Isabelle psychologue, évoque la culpabilité dans cet extrait où l'étudiante trouve un patient mort dans son lit alors qu'elle n'était pas censée être en stage : « Un côté très culpabilisant en fin de compte. Un peu "pensée magique" : parce qu'elle a fait des choses qui n'était pas prévues qu'elle fasse, il s'est passé ça. Elle aurait dû respecter le fait qu'elle ne travaillait pas. Et elle s'est effondrée sur place ».

L'angoisse

Ce signe a souvent été exprimé. D'abord, nous avons pu la voir sous forme de ruminations : « pourquoi t'as fait ça, je n'ai pas arrêté d'y repenser », « j'y pensais tout le temps » (Martin) ; « j'aurais dû le faire » (Latifa) ; « De l'angoisse permanente. Oui, tout le temps penser aux mêmes choses, en me levant, en me couchant » « on rumine toute la journée. Je n'étais plus du tout en phase avec moi, ce que je voulais et ce que je pensais et, du coup, ça me trottait dans la tête et des coups d'angoisse » (Sophie) ; Marine « ne pensait qu'à ça » et elle songeait à cela en boucle « je ressassais les paroles dites par les autres, mes paroles à moi, je me suis refait la scène 30 fois dans la matinée » ; « je ruminais » (Catherine) ; « penser à ça tout le temps » « elle a mis des mois à ne plus penser vraiment à, enfin à pouvoir refouler » (Élisa).

Certains ont témoigné de manifestations somatiques accompagnant l'angoisse : « Des moments, ça me prenait et j'avais chaud d'un coup, j'avais le cœur qui tapait » (Sophie) ; « l'angoisse une boule dans la gorge […] la bouche sèche […] une boule dans le ventre […] ne pouvais ni manger ni avaler ; je pense que ma tension était à 21 » (Marine) ; « J'allais en stage la boule au ventre » (Martin) ; « tachycardie, fuite d'idées, sueurs », « se sentir mal ça peut même aller jusqu'au malaise vagal » (Maria) ; « boule au ventre » (Hélène) ; « elle se grattait les mains et plus ça allait dans le stage et plus ses

mains, était vraiment, c'était plus que gratter, elle avait des plaies. Donc on s'est dit vraiment là y a un truc qui l'envahit », « ça va ? Elle disait oui, mais son corps disait non » (Aline). Enfin, nombreux ont signalé que cette angoisse pouvait arriver par crises comme Angélique, Laurène ou Marie-Françoise.

La perte de confiance

À partir des entretiens de recherche, nous pouvons réunir certains extraits autour de la perte de confiance en soi, en l'autre ou en l'avenir. Concernant la perte de confiance en l'autre, Sylvie, directrice, analyse une situation en disant : « Je pense qu'il y avait aussi quelque chose de l'ordre de la confiance qu'elle avait mise dans cette équipe et qui d'un coup s'écroulait un peu ». La perte de confiance en soi ou d'estime de soi a été exprimée de diverses manières : la « perte d'estime de soi » (Élisa, formatrice) ; « Perte de confiance en soi très importante » (Dominique, directeur), « Elle a mis en doute ses compétences » (Sylvie, directrice).

Concernant la perte de confiance en l'avenir, Martin a exprimé une hésitation sur la poursuite de sa formation : « je ne rumine pas énormément d'habitude. Mais là c'était différent c'était par rapport à mon avenir professionnel [...] je me suis beaucoup posé la question : est-ce que je continue ou pas ? ». Catherine, cadre en IFSI, l'exprime également : « elle ne voyait plus l'avenir. […] jamais tu ne vas pouvoir y travailler encore 20 ans, tu vas y laisser ta peau ». Élisa, cadre pédagogique, a évoqué une élève « désespérée » par rapport à son avenir, Maria, formatrice l'a dit de même ainsi : « l'étudiant qui n'y croit plus ». Elle envisage même que cette perte d'espoir se reporte sur sa vie professionnelle future : le « risque à l'avenir […] c'est qu'après en tant que soignant, ils soient plus que dans une posture où l'objectif c'est de survivre. ». Paule, directrice, exprime l'arrêt de la scolarité de certains comme étant la seule solution : « l'envie d'abandonner la formation […] la seule solution sera d'abandonner ».

La colère ou au contraire froideur émotionnelle

La colère peut s'exprimer en réaction à un événement dans le cadre d'une défense contre un événement douloureux, mais aussi dans le processus de deuil. Chez nos interviewés, il semble y avoir ces deux aspects.

Marine (étudiante) a exprimé qu'elle ressentait « de la colère » vis-à-vis des propos d'un médecin. Catherine, formatrice, a illustré sa colère ressentie lors d'un état proche du *burnout* lorsqu'elle était infirmière : elle s'est décrite « plus tendue en permanence, avec tout le temps une colère contre un système, et puis une colère contre mon choix professionnel ». Élisa, cadre en IFSI, dépeint l'étudiante forcée à réanimer un mort, comme étant très « en colère » après.

La pensée ou les paroles bloquées

Plusieurs personnes de l'échantillon nous ont confié qu'ils n'arrivaient plus à réfléchir et à exprimer ce qu'ils pensaient ou ressentaient comme si tout était bloqué. Latifa, ESI, dit qu'elle « s'interdisait d'en parler ». Patricia, formatrice, détaille un peu plus cette idée : « des étudiants qui peuvent être effondrés sur le plan psychique, qui pleurent, qui veulent venir nous voir, des étudiants qui ne peuvent pas en parler avec l'équipe de soins, parfois même avec nous, ils peuvent tarder à nous en parler. Ils peuvent être repliés sur eux-mêmes, ne donnent pas de nouvelles, qu'on doit solliciter beaucoup ». Ahmed, directeur, approuve cet argument en expliquant simplement que les étudiants « n'ont plus envie de parler, n'ont même plus envie de parler de leur histoire ». Vanessa, aide-soignante, en repensant à une étudiante, dit qu' « elle était bloquée ». Pour Hélène, psychologue, elle utilisera le terme de « sidération ».

Des maladies psychiatriques diagnostiquées

Dans quelques situations rapportées par les interviewés, le mal-être est si profond qu'il entraîne l'apparition d'une maladie psychiatrique. Françoise, formatrice, expose l'addiction à l'alcool d'un étudiant. Dominique nous confie avoir souvent à faire à « des syndromes dépressifs ». Plus extrême, Angélique raconte le cas d'une élève qui est entrée dans la schizophrénie durant son apprentissage sur le terrain : « la vache ! » dit-elle, en précisant que « c'était le premier stage en psy qui l'avait fait décompenser ».

Par ailleurs, même si les maladies précédentes étaient peut-être auparavant présentes en eux et commençaient à s'installer à bas bruits, de nombreux exemples ont été avancés où les symptômes d'une pathologie psychiatrique déjà diagnostiquée ont trouvé un écho durant la formation. Par exemple, Isabelle, psychologue, a parlé des

« troubles alimentaires » d'une élève. Françoise, cadre en IFSI, a elle aussi évoqué « l'anorexie » d'une étudiante.

Les arrêts de travail

Les arrêts de travail peuvent être en lien avec les maladies ou les manifestations cliniques cités ci-dessus. Ils peuvent être également un signe de *burnout*. Nous avons choisi de les mettre en évidence, car pratiquement tous les interviewés ont évoqué cette nécessité de s'arrêter de travailler face à des symptômes très intenses : « j'ai été en arrêt la fin de mon stage » (Latifa) ; « Elle s'était mise en arrêt maladie pendant le stage » (Patricia) ; « beaucoup d'absences » (Ahmed) ; « se mettre en arrêt maladie » (Paule) ; « stress maximum […] elle s'est arrêtée », une autre s'est arrêtée « parce que la seule solution qu'elle voit, c'est la fuite et que la fuite. Ça peut être l'arrêt de travail et l'arrêt du stage » (Sylvie) ; l'étudiant n'est plus « venu du jour au lendemain. Il avait arrêté » (Marie) ; des « arrêts » maladie ou de stage (Fatia) ; Isabelle a parlé plusieurs fois d'« arrêts maladie ».

3.3.4.2 Traumatismes, syndrome de stress post-traumatique, *burnout* ?

Les symptômes du syndrome de stress post-traumatique et du *burnout* sont proches. Parfois, les interviewés ont parlé de l'un et parfois de l'autre. Nous les avons réunis dans le même paragraphe puisqu'ils ont été exprimés la plupart du temps ensemble avec des symptômes pouvant se confondre.

Traumatisme et syndrome de stress post-traumatique

Avant de commencer à citer les extraits, le facteur « surprise » apparaît comme un élément du traumatisme (Lebigot, 2005) et nous le retrouvons dans de nombreux témoignages. En effet, les apprenants ne s'attendent pas, ne s'imaginent pas ou ne sont pas préparés à un événement ou à de telles violences. Pour reprendre les exemples donnés par les étudiants interrogés, nous avons pu extraire les citations suivantes. Martin a dit : « Je pense que quand il n'y a pas l'effet de surprise, on n'aborde pas du tout de la même

façon la situation. […] (la personne âgée) était très agitée et ça a été très dur de la contenir. Ça m'a surpris ». Latifa a rapporté : « Avant de rentrer je ne connaissais même pas le matériel […] ça n'était pas le même personnel qui m'encadrait d'habitude […] je n'étais pas préparée […] j'ai dû agir en autonomie par surprise, je n'étais pas du tout prise en charge entre guillemets. Il fallait agir sur le moment, l'instant T et en même temps je ne me sentais pas forcément à l'aise pour agir. En tout cas il fallait faire, car c'était une situation d'urgence vitale. »

Manon est celle qui a raconté des événements clairement traumatisants lors de ses deux molestations physiques. Elle ne s'y attendait pas et le rappelle de manières différentes à de nombreuses reprises dans son entretien tout en faisant le lien avec sa première agression en voyage humanitaire : « Ce sont deux situations auxquelles je ne me suis pas attendue... c'est la surprise. On se fait aborder par des policiers et l'on ne pense pas se faire tabasser, car il n'y a pas d'autre mot. Mais dans cette situation-là, en France, en 2012, je ne m'attendais pas à me faire agresser sur mon lieu de travail en tant que stagiaire ».

Les extraits argumentant des manifestations d'un Syndrome de Stress Post-Traumatique (SSPT) sont les suivants. Nous commençons par Manon, car elle est celle dont l'histoire en comprend toutes les illustrations de ce syndrome. En effet, Manon a été très angoissée dans tous les lieux, à tous les moments de sa vie à la suite des agressions : « J'étais vraiment très angoissée, même chez moi ou dans la rue ». Elle a été mal au point de devoir être sous traitement : « J'ai pris des anxiolytiques. C'est resté très ponctuel. Cela fait du bien d'apaiser les angoisses. » Egalement, elle a ressenti de la culpabilité, renforcée par celle que les soignants du stage lui ont assénée : « Tu as cherché ! […] C'est donc vous la responsable ? » Elle a dit avec beaucoup d'émotion : « J'ai eu l'impression de ne pas être soutenue par mes pairs et je me suis sentie fautive. » De plus, elle s'est vue changer de comportement lors du stage d'après notamment à cause de cette culpabilité : « Pour le stage suivant, je me suis sentie différente. J'étais en retrait. Je parlais peu de peur d'induire quelque chose ». Avec le recul, elle est capable de refuser d'endosser cette culpabilité et retourne la violence subie contre les soignants qui ont été agressifs avec elle : « Moi je ramène cela a : une fille en mini-jupe, "il ne faut pas se plaindre qu'elle soit violée !" C'est la même chose. Je n'ai rien dit de mal ». Enfin, avec le recul, elle s'autorise à nommer le fait qu'elle a été « victime » et qu'elle a fait une « dépression ». Les symptômes tels que les reviviscences ou les cauchemars qu'elle a manifestés ont mis du temps avant de disparaître : « J'ai cauchemardé du procès longtemps » ; « j'ai mis

quasiment un an avant de m'en remettre, à ressortir normalement, à ne pas avoir peur dans la rue, à ne plus faire de cauchemars, à accepter que j'étais victime ». Ce trauma est venu réactiver l'ancien vécu en Afrique : « d'avoir de nouveau des séquelles physiques après l'agression en stage, ça m'a rappelé des mauvais souvenirs. Ce sont deux situations auxquelles je ne me suis pas attendue ». Il semble qu'elle en conserve une émotion très forte, car elle pleure très souvent lors de l'entretien et elle nous a transmis beaucoup de tristesse : « J'ai encore du mal à en parler, mais je prends le positif de la situation. (Pleurs) Ce sont des choses qui sont toujours là ». Elle avoue garder une angoisse générale dans sa vie de tous les jours : « D'un côté je suis très angoissée, cela me fait remonter plein de choses que je n'arrive pas toujours à analyser ».

Les autres témoignages sont moins flagrants pour avancer la présence d'un SSPT. Néanmoins, nous les prenons en considération, car des signes sont apparus et parfois, les interviewés avançaient eux-mêmes que les personnes dont ils parlent avaient été traumatisées. Élisa, formatrice, confie à propos de l'étudiante que des médecins ont forcée à réanimer un mort : « je pense que ça, c'est du vrai traumatisme […] c'était oui, pour moi, du gros traumatisme, de l'atteinte à cette personne, de la violence. ». Cette étudiante a manifesté des reviviscences allant jusqu'à transposer la situation sur son propre grand-père et à imaginer éveillée ce que cela pouvait lui faire. Élisa nous raconte que l'étudiante disait par exemple : « je pouvais imaginer que ce soit mon grand-père qui à un moment pourrait être dans ce type de situation. Quelqu'un allait s'entraîner à faire du massage cardiaque alors qu'il était mort. Donc à le dénuder ».

Maria apporte un exemple sur le sentiment de ne plus être soi-même, de subir la vie qui entoure la personne choquée : « j'y vais, mais de toute façon, voilà, j'ai perdu, y'a quelque chose qui est, qui s'est cassé. J'y vais, mais je vais subir un peu les choses, comme ils disent, je vais mettre le poing dans la poche tout le temps, je vais me fondre dans la masse, je vais jouer au caméléon ». Dominique a argumenté le syndrome de répétition : « des échecs qu'ils analysent puis ils recommencent dans un autre stage, et puis ça se poursuit. À un certain moment ils n'arrivent plus à dépasser cette crise et c'est traumatisant dans le sens où il y a une image négative d'eux-mêmes qui persiste voire qui s'enkyste » ; « se mettre dans des situations un peu d'échecs parfois. Un autre étudiant, qui sait qu'une personne à telle dose de médicament voit qu'il va lui distribuer 10 fois la dose, mais se dit que si c'est comme ça c'est que ça doit être comme ça. Les clignotants ne sont plus efficaces. La route est dangereuse, mais au lieu de ralentir j'accélère ».

Ahmed illustre la perte de l'élan vital à la suite d'événements traumatisants selon lui : « On peut avoir des gens qui vivent ce traumatisme qui vont complètement les éteindre, qui vont être des étudiants qui sont éteints au niveau de leur vie étudiante, qui seront éteints par rapport aux autres (ESI) et qui vous diront un jour, je n'ai pas ma place. Oui, on en a eu des étudiants comme ça, qui ont réellement été traumatisés par la manière dont on les a accompagnés ». Sa collègue directrice, Paule, avance qu'il y a de « réels traumatismes de stage avec des souvenirs douloureux qu'on pourra garder toute une vie ». Fatia, infirmière, évoque aussi les termes « traumatisme » et d'« étudiants traumatisés ».

Laurène, cadre de santé, a abordé cet ébranlement par rapport à un étudiant qu'elle a vu ne plus manifester d'affects : « J'ai relié ça avec le traumatisme ». Elle en donne l'explication suivante : l'étudiant « nous a interpellé, car il avait tellement une froideur émotionnelle qu'en fait on s'est dit, qu'est-ce que ça cache ». Angélique a mentionné « l'effroi » qui est une manifestation du SSPT. Elle ajoute à cela d'autres symptômes de ce stress, comme les cauchemars et l'angoisse, chez la même étudiante, laissant entendre qu'elle vivait un réel traumatisme dans son travail : « c'était des crises d'angoisses, elle racontait qu'elle en rêvait la nuit, qu'elle se réveillait, qu'elle cauchemardait. Elle avait l'impression de ne pas pouvoir se sortir du boulot donc des vraies manifestations d'angoisses, mais une vraie angoisse, ça envahissait par rapport à sa vie perso ». Elle va plus loin ensuite que ce terme en venant même à parler de « terreur ».

Enfin, les psychologues ont avancé les mots « traumatisme » ou « réactivation de traumatisme » lors des stages. Par exemple, Isabelle a dit : « une réactivation de traumatisme […] il y a un traumatisme ancien qui a été refoulé, qui a été en tout cas caché par plein de choses, par différents mécanismes de défense. Puis il y a peut-être un événement dans leur pratique de stage qui va réactiver tout ça et qui va ressortir ».

Le burnout

Nous avons vu précédemment différents symptômes que nous pouvons retrouver dans le syndrome de *burnout* : angoisse, pleurs ou bien froideur, pensée figée, perte d'espoir, perte de confiance en soi et de confiance aux autres, syndrome dépressif, troubles du sommeil, arrêts de travail... Tous ces signes ne sont pas en eux-mêmes des manifestations de ce syndrome de *burnout*. Mais lorsqu'ils sont associés, ils forment un ensemble permettant de mettre une étiquette sur la souffrance des personnes. Certains diront comme Latifa, étudiante, qu'elles ont fait un « mini-*burnout* », parce qu'elles ont

quand même repris le travail un peu plus tard. D'autres comme Régine, psychologue, diront qu'il s'agit d'un « pré-*burnout* », car les étudiants qu'elle a reçus n'ont pas été hospitalisés. Les symptômes exprimés ci-après évoquent pourtant des manifestations de ce syndrome d'épuisement professionnel.

Latifa, parlant de son « mini-*burnout* » a expliqué qu'elle a vécu une fin de stage émotionnellement difficile au point de devoir se mettre en « maladie ». Elle a été en arrêt de travail le mardi « alors que je devais finir le vendredi […] j'en pouvais plus, il fallait que je parte » ; « c'était trop ». Elle s'est dite « fatiguée tout le temps », avec « de la fatigue physique et de la fatigue psychologiquement ». Par exemple, elle ne supportait plus rien : une réflexion banale de l'infirmière, le lendemain de la réanimation cardio-respiratoire urgente, a entraîné un vécu émotionnel surdimensionné en réaction : « ce jour-là (le lendemain de la coronarographie), ça m'a énervée. Je me suis mise dans un état. J'étais trop mal. J'avais envie de dire « non, mais c'est bon, faut arrêter » ; « Je n'avais qu'une envie c'était de partir » ; « j'étais en colère […] je devenais irritable […] C'était de la tristesse et de la fatigue. » Elle ajoute même qu'elle aurait pu se « mettre en danger » : « J'étais tellement irritable que ça aurait pu me mettre en danger, ne serait-ce que sur la route, des choses comme ça. ». Selon ses dires, cet état a « nécessité du repos et une mise à l'écart de l'activité ». Elle garde encore un souvenir douloureux après 9 mois : « je pense que j'ai dû pleurer pendant 40 min.… en plus, on en parle, ça me fait encore pleurer ». Enfin, nous pouvons émettre l'hypothèse que cette vulnérabilisation intense liée à cet événement brutal en coronarographie est le résultat de celle qui s'est installée jour après jour durant la formation, car elle dit que déjà « en première année » « je pleurais tout le temps ». Cette installation insidieuse des troubles mêlée à ce moment où elle craque complètement, fait également penser à un *burnout*.

Sophie, lors de son stage qu'elle a abandonné du jour au lendemain, et qui est partie dans le sud de la France sans réfléchir, a dit que « c'était trop » et qu'elle avait complètement « craqué » : « Ben j'ai lâché le truc, j'ai complètement lâché. Je me suis dit que j'allais arrêter. En plus je n'osais pas en parler, enfin ça m'a complètement changé la vision des choses » ; « Au bout d'un moment je me suis dit "c'est bon", j'ai lâché l'affaire. Je ne suis plus allée en stage. J'ai lâché le stage sans prévenir personne. » ; « j'ai fui. Je n'ai rien dit à personne, j'ai pris mes affaires et je suis partie trois jours. Je suis partie ». Durant sa fuite, elle dit avoir « fait n'importe quoi ». Elle s'est réveillée de cet état au bout de trois jours « pleine de bleus et de coups de soleil ». À notre question « avez-vous pris de la drogue ? De l'alcool ? » pour clarifier ce qu'elle semblait sous-entendre par « je me

suis renversée la tête », elle répond « Oui tout. Tout ce qu'on peut faire quand… j'ai fait trois jours de... j'ai coupé mon téléphone, j'ai fermé ma porte à clé ». Elle parle de ce moment comme un épisode « chaotique » dont les souvenirs sont « flous ».

Catherine, en repensant à son expérience douloureuse comme infirmière, évoque un *burnout*. Elle transmettait aux autres « une vraie tristesse, une démotivation » et elle « ne voyait plus l'avenir. » Ces microtraumatismes du quotidien étaient bien présents par des odeurs qu'elle ne supportait plus et vivait comme agressantes : « Quand j'entrais dans le service de dialyse, l'odeur du dialysa me donnait envie de vomir. L'haleine des patients le matin à jeun me répugnait. Après tu fais comme si de rien n'était, mais c'est dur à force ». Elle illustre la spirale dans laquelle est pris un soignant confronté à l'épuisement professionnel. D'abord en tentant de se réfugier dans l'activité, elle ne semble plus avoir eu de plaisir à travailler : « Tu vas essayer de trouver des satisfactions : un temps avec une famille, un temps privilégié avec un patient. Mais la satisfaction ne dure pas. Le reste prend tellement de la place que du coup tu ne vois même plus ce qui va bien. »

Face à une étudiante, Élisa a eu ce sentiment décrit dans le syndrome d'épuisement professionnel de « perte d'humanité » et dit que cette étudiante a souffert de cela : « on était plus des humains qui s'occupent d'autres humains. On était dans un autre monde où il y avait un corps objet ».

D'autres ont évoqué le *burnout* comme le moment où tout s'effondre, où il y a comme une rupture avec la continuité de la vie : « L'accumulation... fait qu'ils craquent complètement » ; sentiment « très violent » (Maria) ; Ahmed parlant d'un étudiant « j'en suis arrivé à un point, voilà. Il faut que je m'en aille. Il faut que je m'en aille pour oublier tout ce qui s'est passé » ; Paule dit que « dans leur tête la seule solution sera d'arrêter », il y a une « incapacité à gérer le stress, à rebondir, à réfléchir ». Avec des mots proches, Sylvie parle d'une étudiante qui « s'est retrouvée en situation de « stress maximum, elle s'est arrêtée ».

3.4 Les processus de résilience

Dans cette enquête, après avoir identifié les situations où il pouvait y avoir un traumatisme ou une vulnérabilisation de la personne, nous avons repéré les facteurs de protection et les mécanismes de défense en lien avec un processus résilient.

3.4.1 Les facteurs de protection

À partir de l'enquête, nous avons pu déterminer des facteurs de protection concourant au processus de résilience d'un étudiant. Ces facteurs sont souvent spécifiques au milieu de la formation en IFSI. Les facteurs de protection qui participent au processus de résilience de manière générale et qui sont apparus dans l'enquête sont : une personnalité solide et mature, avec de bonnes capacités intellectuelles et de remise en question ; l'environnement affectif familial ou amoureux. Concernant ceux spécifiques à la formation infirmière, nous pouvons identifier : un encadrement bienveillant, un cadre clairement établi et respecté ; l'analyse de pratique professionnelle ; les connaissances théoriques, la relation pédagogique étudiants/cadre de santé formateur référent ; un collectif d'encadrement des étudiants en lien permanent.

3.4.1.1 Les facteurs de protection non spécifiques à la formation infirmière

La personnalité

La personnalité est un facteur de protection important dans le processus de résilience (Anaut, 2015). Après analyse des résultats, nous pouvons identifier les traits de la personnalité d'un étudiant aux bonnes capacités de résilience. Selon les interviewés, si la personnalité est solide et mature, avec de bonnes capacités intellectuelles et de remise en question, l'étudiant aura les capacités de faire face. Les éléments de personnalité peuvent être : « beaucoup de maturité » ou ayant « une posture déjà bien mature » pour ses « 23 ans », « solides à l'intérieur » (Patricia) ; « l'estime de soi, ou la confiance en soi, ou en tout cas un bien-être, équilibre psychologique et physique » (Paule) ; « L'engagement » (Marie-Françoise) ; « la personne, la personnalité, le psychisme de chacun », « la personne elle-même donc tout ce qui s'est passé dans son enfance, tout, tout son équilibre » (Hélène).

Nous avons vu qu'un QI élevé était un élément favorisant le processus de résilience (Anaut, 2015). Nous n'avons pas de résultats de ce test, mais les interviewés ont confirmé qu'un bon niveau de réflexion était protecteur en cas de difficultés. Par exemple, Marie-Françoise dit : « s'ils peuvent faire des liens, ça va. Sinon, ça ne marche pas ».

L'environnement affectif familial ou amoureux

Nous avons vu que le style d'attachement et le fait d'être soutenu affectivement étaient un élément fondamental favorisant la résilience (Bowlby, 1984 ; Anaut, 2002 ; Cyrulnik, in Anaut, Cyrulnik, 2014). Pour Latifa, les facteurs de protection familiaux semblent avoir été déterminants pour sa reprise psychologique : « je suis allée dans ma famille, j'ai vu des personnes. En plus j'avais ma belle-sœur qui avait accouché le samedi, donc ça m'a permis de voir mes neveux. Donc voilà j'avais besoin… ». Pour Manon, les proches ont aussi été cruciaux : « Mes proches ont aussi joué un rôle important. Mon compagnon est aussi infirmier. Il connaît la réalité du terrain, il sait de quoi l'on parle. Mon père est policier donc la violence envers les services publics il connaît. […] Ma sœur, qui est du métier et qui était déjà diplômée, a été très présente et elle m'a comprise ».

Fatia l'exprime de cette manière : « même nous en tant que professionnels, on fait des transferts. On a des enfants tout petits, quand on rentre chez nous on a envie de serrer nos enfants très fort dans nos bras. On fait des transferts en tant que professionnel, donc on ne peut pas leur en vouloir. C'est obligé… ». Régine, psychologue, nous livre la réflexion suivante. Les facteurs de protection familiaux sont visibles si l'étudiant a eu un attachement sécure au niveau familial : « dès l'instant où tu as ta famille, l'amour des tiens en toi, tu peux te déplacer dans le monde, tu ne seras jamais inquiet ».

Par ailleurs, Martin a également signifié qu'il était important pour lui de confier à sa copine, qui n'est pas dans le milieu des soins, ce qu'il vivait en stage afin d'avoir « du soutien » et un « œil extérieur ».

3.4.1.2 Les facteurs spécifiques à la formation infirmière

La relation pédagogique étudiants/cadre de santé formateur référent

Nous avons vu que si la relation pédagogique étudiant/cadre de santé formateur référent ne se passait pas bien, l'apprenant était fragilisé. En effet, il semble l'être, car

cette relation est spécifique à cette formation et le rôle qui est attribué aux formateurs est très important en termes d'étayage.

Les élèves soulignent cette importance : « Ils sont vraiment là pour nous. On sait qu'on est soutenu » (Martin) ; à propos de sa formatrice référente « à ce moment-là j'ai vraiment trouvé une épaule dans mon mal-être » (Latifa) ; « Il me semble très important d'avoir des stages, et des stages bien choisis pour pouvoir travailler les difficultés de chacun. C'est pour cela que je trouve important, à l'IFSI d'avoir un suivi personnalisé, il ne faut pas que cela soit une usine, afin de pouvoir dire "moi je ne suis pas à l'aise en gériatrie ou en psychiatrie pour pouvoir au mieux choisir le stage". Pas pour forcément éviter la discipline, mais pour pouvoir optimiser au mieux les apprentissages et découvrir des choses » (Manon).

Les formatrices confient elles-mêmes qu'il se joue beaucoup d'émotions lors des rendez-vous d'accompagnement pédagogique, que l'entretien est un étayage psychologique important, et les étudiants mentalisent beaucoup à partir de ces temps personnalisés : « Au cours des séances de suivis pédagogiques individuels, je commence toujours par poser ce type de questions : "quand vous avez préparé votre entretien, y a-t-il une question prédominante à laquelle vous voulez qu'on réponde d'emblée ?". Parce que pour moi, si on n'a pas élucidé la réponse, on ne peut pas aborder le reste. » (Catherine) ; « à l'école, il y a quand même une sorte de confiance qui va se mettre en place » (Élisa) ; « les étudiants sont plus déstabilisés en stage parce qu'ils sont loin de nous » (Françoise).

Les directeurs reconnaissent l'importance du suivi par un formateur attitré : « le référent pédagogique est sollicité en premier lieu par l'étudiant, car il est identifié par ceux-ci comme celui à aller voir en cas de problèmes » (Dominique) ; « les cadres formateurs apparaissent au centre de la gestion des situations difficiles. Ils sont identifiés par les terrains de stage, la directrice et les étudiants comme des ressources pour surmonter les événements difficiles vécus en formation. »

Enfin, en tant que psychologue, Régine nous confirme que le référent constitue un repère important pour l'étudiant : « ils vont être collés à leur référente (cadre formatrice référente), il faut qu'ils aient un membre repère et ils en trouvent ». Pour Mylène, ce souvent eux qui détectent les points pédagogiques sur lesquels ils peuvent travailler pour aider un apprenant, et ce sont eux qui accompagnent l'étudiant vers la psychologue en cas de difficultés personnelles plus importantes.

Un dispositif uni pour encadrer les étudiants

Les membres de ces équipes de formation sont nombreux. Chaque catégorie interrogée, exceptées les deux psychologues libérales qui soignent seules, exprime le fait qu'ils travaillent ensemble et en permanence. C'est ce maillage de professionnels qui apparaît comme un étayage et un dispositif protecteur pour le sujet fragilisé. D'abord, selon Maria, les collègues étudiants et les formateurs sont présents à divers moments pour « dédramatiser certaines situations, les décortiquer avec eux de façon à ne pas être dans quelque chose de très blanc ou noir, bien ou mal ». Paule, directrice, dit que le suivi pédagogique, le bilan de stage et de mi — stage, ainsi que chaque sollicitation pour un entretien avec elle est un moment où tout le réseau se mobilise comme soutien. Elle utilise les mots « triangulation […] directeur et formateurs référents, tuteurs ou maître de stage et formateur référent, par exemple. ». Ces rendez-vous jouent un « rôle très protecteur ». Marie-Françoise, directrice, nomme ces différents temps : les « analyses de la pratique », les « suivis pédagogiques », l'« accompagnement clinique » ou encore les séances « animées par un psycho » au retour du stage qui peuvent permettre de « verbaliser » un vécu difficile, « faire remonter une situation ».

Sylvie, directrice, témoigne toujours de l'association entre tous les professionnels du dispositif pour écouter l'apprenant et l'accompagner à comprendre. Les formateurs du terrain et ceux de l'IFSI se mettent en rapport et reçoivent ensemble l'étudiant. Parfois, la directrice est également partie prenante des entretiens. En résumé, les acteurs de l'encadrement partagent ensemble et aident l'étudiant à mentaliser pour comprendre ce qu'il vit de difficile. Par exemple, lors d'une situation délicate, elle explique la mise en action de tout ce dispositif : « Le cadre formateur référent l'a beaucoup accompagnée sur cette situation. Le cadre de santé du service a été recontacté et d'un commun accord le stage n'a pas été reconduit sur la deuxième période tel qu'il aurait dû l'être. Elle est repartie apprendre dans un autre service de psychiatrie, pour que la psychiatrie ne soit pas assimilée à ce service, car c'était son seul stage et premier stage en psychiatrie et que la psychiatrie pouvait être tout autre que ce qu'elle avait vécu sur ce stage. On a échangé avec le cadre formateur référent pour savoir si je la voyais ou pas. On a convenu que non. Lorsque je les vois par la suite, c'est mon rôle d'alerte. Jusqu'où je vais dans l'accompagnement et à quel moment j'alerte le psychologue ».

Sur le terrain, les professionnels s'attachent également à soutenir et avertissent l'IFSI si nécessaire pour travailler ensemble. Élodie, IDE, explique la fonction des bilans de mi-stage entre apprenants et équipe de soins pour aider à traiter les vécus douloureux :

« aux infirmières, ils en parlent assez facilement, au bilan de mi-stage ». Elle ajoute que si un étudiant a déjà une expérience professionnelle, il viendra d'autant plus partager avec le groupe d'infirmières dans ces moments difficiles : « Elle est venue nous en parler tout de suite. » Stéphanie, cadre de santé, explique que les étudiants sont très étayés par l'équipe de soins, la cadre de l'unité et l'IFSI. Cet étayage est en lien permanent pour être attentif à l'étudiant et l'aider en cas de difficulté : « avec l'IFSI, la formatrice référente on arrivait à prendre rendez-vous avec l'étudiant et on avait une explication ». Dans un cas particulier, Stéphanie souligne l'« implication de l'équipe soignante, infirmiers et aides-soignants, c'est important, qui est attentive, justement, qui vient me voir pour me dire "ben tu vois là la petite..." ». Elle ajoute qu'un IFSI réunit régulièrement les équipe de soins pour échanger sur l'encadrement : « il y a beaucoup de formations avec l'IFSI et l'hôpital. Il y a beaucoup de liens dans le sens où il y a des formations faites par l'IFSI pour former les tuteurs dans les services ». Cet étayage global est appelé « encadrement de proximité » par Stéphanie.

Laurène, manager en psychiatrie, propose l'explication suivante qui nous amène à voir encore une fois les personnes appartenant au dispositif de formation comme un maillage de tuteurs protecteurs : « on sent qu'il y a une bienveillance globale des membres de l'équipe, des soignants ». Elle évoque aussi le soutien que les élèves s'apportent entre eux : « quand on a des étudiants qui fonctionnent bien, ils arrivent à faire alliance les uns les autres, entre les deux on a bien souvent deux étudiants d'un IFSI, deux étudiants d'un autre, ils font alliances, ils s'entraident et ils peuvent valider d'ailleurs leur compétence encadrement d'un étudiant ». Angélique appuie encore cet argument : « les collègues étudiants et les infirmiers forment "un gros étayage". Par exemple, dans le cas de l'étudiante qui voulait arrêter son stage, il y a eu un gros étayage de l'équipe qui est indispensable, et du coup, elle a pu continuer. Il y a peu de temps, elle est revenue en me disant "Angélique, c'est bon, je ne partirai plus là, je suis vachement bien", mais il a fallu du temps. »

Un cadre clairement établi et respecté

Cette bienveillance est appuyée par ailleurs par un encadrement aux limites claires, établies au regard des règlements, de l'éthique ou encore de la déontologie, que les membres du dispositif de formation font appliquer en toute congruence. Par exemple, quand Sophie, étudiante, était très mal à la suite de sa fuite sans prévenir personne dans le sud de la France, elle a été accueillie par l'encadrement, mais très vivement rappelée à

l'ordre concernant le respect. Elle affirme qu'après l'agacement, ce sont ces recadrages qui l'ont remis dans la réalité : « Sur le coup j'étais très énervée et j'étais butée et je me suis dit que de toute façon on voulait me foutre dehors, et quand j'ai réfléchi, ils m'ont sauvé ma place. Je ne serais pas là si on ne m'avait pas défendu un minimum. L'intérêt des formateurs est très important, du coup quand ça ne va pas, je sais vers qui me tourner. Maintenant je sais qu'ils sont ouverts à la discussion, je sais qu'il est possible de parler ».

Les directeurs jouent souvent ce rôle quand les étudiants ont été malmenés par le fait d'avoir assisté à de la maltraitance par exemple. Par exemple, Sylvie, évoque le fait d'avoir insisté pour aller « témoigner de ce cas auprès des responsables des règles qui ont été dépassées par la soignante et qui ont choqué l'étudiante, pour que cela soit verbalisées et ne reste pas sans conséquence » : « elle en a parlé avec son tuteur » et elle « a présenté cette situation en analyse au retour de stage ». Le tuteur l'a accompagnée pour « présenter à son encadrement » le cas de maltraitance dont elle a été témoin. Le cadre supérieur a déclenché « la procédure habituelle d'analyse et de gestion de cette situation ». Elle « a été revue à l'IFSI pour repositionner les choses ». Tout ce dispositif semble avoir incité l'étudiante à reconnaître les valeurs soignantes alors qu'elles avaient été mises à mal par l'observation de maltraitance, et d'être considérée dans sa souffrance. Ce recadrage a permis aussi d'agir en cohérence avec la réalité bienveillante dictée par l'éthique et la déontologie.

Marie-Françoise (directrice) dit procéder exactement de la même manière. Elle a donné un exemple où elle est allée rencontrer une infirmière libérale qui était maltraitante. Elle ajoute qu'elle intervient au moins deux à trois fois par an pour ce style de manquement à l'éthique. Elle explique cette nécessité de cohérence entre les règles annoncées et celles que l'on met en pratique. Elle compare cette importance à l'éducation d'un enfant et nous pouvons ainsi comprendre en quoi replacer les règles et agir de manière congruente avec celles-ci, peut aider un apprenant qui a souffert du manque de professionnalisme d'un tuteur : « un comportement exemplaire de l'encadrement, formateur ou infirmier, auprès des étudiants, les renvoie à la cohérence de l'éducation qu'exige les parents envers leurs enfants. C'est comme des parents qui expliquent à leur gamin qu'il faut s'engager dans tout, et puis eux ils ne font rien […] l'exemple il compte énormément. » L'encadrement des élèves serait bienveillant et positif si les professionnels de la formation agissaient conformément à leurs propres attentes vis-à-vis des étudiants.

L'analyse de pratique professionnelle

L'APP a été citée par pratiquement toutes les personnes interrogées comme le moment clé où un étudiant peut entrer en résilience : soit par rapport à sa compréhension des situations qui favorise le processus de mentalisation, soit par le partage avec les autres qui soulage les tensions et le reconnaît dans sa souffrance, soit parce qu'il va apprendre de lui-même, soit grâce à la rédaction de cette analyse qui va lui permettre de sublimer ses angoisses... Martin, par exemple, dit des séances d'APP : « C'est confidentiel. On raconte nos situations. On évoque un questionnement. On réfléchit à la fin sur ce qu'on pourrait mettre en place lors de futures situations. Chacun donne son point de vue. Ce qui est bien, c'est qu'on n'est pas là pour juger. Tout le monde prend à cœur le fait de ne pas juger. Et ça fait du bien de ressentir et d'entendre qu'on nous soutient. Au final, aussi, il y a le formateur qui anime la séance et qui reprend les choses. Alors là on commence à évoluer dans la formation, on utilise de plus en plus de termes scientifiques. Mais au début c'est lui qui nous aide aussi à expliquer ce qu'on a pu ressentir, faire une synthèse ». Latifa lors de sa situation de réanimation en coronarographie en a « parlé en APP ». Sophie explique également combien ces séances sont importantes pour la résilience. Le partage entre pairs lui a fait du bien : « ça m'a fait du bien d'en parler à l'analyse de pratique parce que je n'en ai pas discuté avec l'infirmière ». Elle en a eu besoin pour savoir si ses réactions étaient « normales » : pour « voir si les autres étaient pareils, si c'était normal ».

De son point de vue de formatrice, Catherine donne l'exemple d'une jeune fille qui a pris conscience de ce qui n'allait pas chez elle en APP : concernant le racisme vécu par une étudiante d'origine étrangère, c'est la « bienveillance » du groupe d'APP qui lui a permis de se confier, sans jugement, mais en s'autorisant à lui exprimer son désaccord. Ce sentiment de sécurité véhiculé par l'ensemble de personnes et le cadre instauré par l'institution et la formatrice en APP semblent avoir été un terreau fertile pour l'entrée en résilience. L'exemple de cette APP nous montre aussi comment le groupe de pairs peut être protecteur auprès d'un étudiant en difficulté : les collègues de promotion « lui ont permis de se sortir de ce tunnel qui l'enfermait dans cette réflexion et qui l'inhibait dans sa progression ».

Maria appuie l'importance de l'APP dans le processus de résilience, car elle favorise le processus de mentalisation des événements difficiles ou douloureux : les « séances d'APP habituellement sont plutôt faites pour leur permettre de décortiquer et d'analyser des pratiques professionnelles ». L'APP permet de constituer un ensemble de

personnes jouant le rôle de protecteurs extrafamiliaux, tant par la communauté d'individus qu'elle réunit que par le fait d'essayer de transformer les expériences difficiles en apprentissage, donc en réussite scolaire : « dédramatiser certaines situations, les décortiquer avec eux de façon à pas être dans quelque chose de très blanc ou noir, bien ou mal ».

Les connaissances théoriques

De nombreux témoignages convergent pour affirmer que l'apprentissage théorique en IFSI permet d'aborder des thèmes pouvant les toucher personnellement. Ces thèmes peuvent faire écho à leur propre vécu ou à des situations douloureuses éprouvées au contact des patients. Cet écho n'est pas envisagé de manière exclusivement négative comme fragilisant l'individu. Mais, grâce aux connaissances qu'il fournit, l'apprentissage scolaire peut les aider dans leur processus de mentalisation et donc de résilience.

Latifa dit que les apports théoriques permettent « vraiment d'avancer dans notre cheminement dans notre posture ». Sophie explique que c'est le fait de s'être « remis » dans (ses) cours » qui lui a permis de se reprendre : « La seule chose que je savais vraiment c'est que je voulais faire ce boulot, qu'il ne fallait pas que je lâche l'affaire […] Et je me suis remise dans mes cours tout le mois d'août et après j'ai trouvé un boulot en tant qu'ASH dans une maison de retraite. C'est comme ça que je me suis remis dedans en fait et je suis revenue en septembre ici ».

En tant que formatrice, Françoise explique la même chose par rapport à « l'UE 4.7, en troisième année, "les soins palliatifs" : « Quand à partir de situations tu es à partir d'un débat, un échange, forcément tu vas aller chercher chez eux leur identité. Celle professionnelle fait souvent écho à celle personnelle dans ces UE comme celle-ci ou la 4.2 "soins relationnels". Un étudiant qui parle d'un accompagnement en fin de vie, il ne peut pas y aller en faisant semblant. » Patricia affirme que les apprentissages leur permettent de trouver des éléments leur permettant de faire face aux difficultés par exemple en unité d'enseignement sur les soins relationnels, « mes collègues leur font faire des jeux de rôles, les font travailler sur certaines situations ».

En service hospitalier, l'analyse des situations grâce à la théorie ou l'intelligence pratique, a pour objectifs de les aider à comprendre et donc à mentaliser. Hélène explique : « un médecin a pu traumatiser une petite étudiante et l'équipe a été ressource. En fait, on a beaucoup discuté avec elle afin qu'elle comprenne, parce qu'en plus c'était une première année, pour qu'elle comprenne que ce n'était pas contre sa personne, mais

que c'était la situation qui avait fait que le chirurgien s'était énervé et que c'était elle qui était en face, qui avait pris. Mais que ce n'était pas elle qui était en cause, mais c'était l'objet ». Martin a dit lui aussi : « de m'expliquer tranquillement, j'ai compris et ça allait mieux. »

Fatia, infirmière, explique qu'elle donne des cours aux étudiants « pour vraiment éloigner un peu cette peur du cancer et de prouver qu'il n'y a pas que des gens qui en décèdent, mais aussi des gens qui viennent en hôpital de jour et qui repartent chez eux après leur chimio, des gens en rémission, des gens qui ont des enfants après et puis montrer un peu toute la prise en charge palliative, mais aussi active, curative. » Aline fait de même en pédopsychiatrie : « Moi je m'occupe plus des étudiants pour leur faire un petit peu de théorie en lien avec ce qu'ils voyaient pour donner du sens aux choses. Par exemple, l'enfermement, le fait de fermer les portes à clés etc. Quel sens ça pouvait avoir pour eux parce que c'est vrai que dans le quotidien cela pourrait ressembler parfois à des punitions alors que c'est tout sauf ça donc voilà prendre un temps avec eux pour leur expliquer ce que c'est un enfant qui n'a pas de schéma corporel, qui a des angoisses importantes archaïques, etc. Quel lien ça a avec notre quotidien ».

3.4.2 Les mécanismes de défense

D'un point de vue psychanalytique, nous avons vu que la mobilisation des mécanismes de défense permettait au Moi de faire face à l'agression dans un premier temps, puis dans un deuxième temps incitait la personne à mentaliser et mettre à distance le trauma. Dans les entretiens, nous avons pu relever : la fuite, le déplacement, l'altruisme, l'activisme, l'anticipation, la rationalisation, l'affirmation de soi, le refuge dans la rêverie, le refoulement, l'intellectualisation, la sublimation et l'affiliation.

La fuite

Par exemple, Latifa, dans l'urgence après la coronarographie, a été soulagée de pouvoir fuir : « j'ai eu de la chance que cela se soit produit vers 12 : 30. J'ai pu prendre ma pause et c'était l'heure de partir […] j'en pouvais plus, il fallait que je parte ». Sophie, qui s'est enfuie dans le sud de la France et s'est évadée grâce aux toxiques, illustre ce mécanisme de défense : elle a fui « physiquement, en partant, en ne répondant plus au téléphone ; elle a fui aussi ses idées « avec la drogue et l'alcool ». Plus tard, en stage, lors

du pansement à la jeune fille à l'épidermolyse bulleuse, elle a fui la relation pour se protéger en trouvant des parades pour ne pas approfondir les discussions : « j'abrégeais très rapidement parce que sinon quand je lui disais quelque chose, elle m'en reparlait toute la semaine. Ta copine machin, comment elle va ? Donc ce n'était pas possible » ; « Je faisais le pansement sans vraiment parler, en étant très froide » ; « j'ai été très égoïste sur ce coup-là, mais en même temps je suis restée dix semaines avec elle et je n'avais pas le choix sinon ça allait me retourner la tête et ce n'était pas possible ».

Catherine propose que la cessation de formation d'une étudiante lui a permis de fuir le milieu qui l'angoissait et de participer à sa résilience : « deux mois après avoir arrêté elle et repassée (à l'IFSI) et elle était métamorphosée. Pour sa santé, elle a vraiment bien fait d'arrêter ». Catherine affirmera en ce sens que « Le fait d'arrêter, c'est aussi arrêter de se faire du mal dans cet apprentissage ».

Pour Maria, cette fuite en stage peut se manifester par une « fuite physique » : « je délègue et je me cache derrière mon statut d'étudiant ». Fatia donne le même exemple avec son étudiante en cancérologie qui ne pouvait rentrer dans la chambre où sa mère avait été soignée. Elle trouvait toujours une excuse à l'approche de cette pièce : « quand tu lui disais de prendre en charge des patients, elle ne prenait jamais le patient qui était dans la chambre 50 et quand il y avait le lit à faire avec l'aide-soignante, elle allait chercher un truc ou elle allait aux toilettes ».

Le déplacement

Le déplacement est observable dans la situation de Catherine à propos de l'étudiante d'origine étrangère qui vit comme du racisme les commentaires sur une patiente du pays d'où elle vient . En effet, plutôt que de se remettre en question et sûrement souffrir de cela, cette apprenante a déplacé le ressenti à propos de son manque de distance relationnel vers un problème supposé de « racisme » des soignants qui l'encadrent.

L'altruisme

Grâce aux soins, de nombreux étudiants investissent l'action pour se protéger ou comprendre ce qui les fait souffrir. Certains l'ont exprimé sous le terme de réparation. Par exemple, Sophie retire un certain bien-être de la gratitude témoignée par les usagers :

« je passe le plus clair de mon temps libre avec les patients parce qu'ils sont rassurants […] c'est vrai ils sont toujours gentils avec les stagiaires même s'ils n'ont absolument pas confiance, mais ils sont toujours très gentils. ». Elle se sent également valorisée par ce travail « parce qu'on se dit qu'on n'est pas totalement inutile non plus, qu'on n'est pas dans le service parce qu'on doit être là, il y a toujours une raison. »

Élisa, formatrice, propose l'analyse suivante : « le fait de se centrer sur les autres c'est aussi une manière de ne pas se centrer sur soi et de faire abstraction de ce que l'on est, de ce que l'on vit et de nos difficultés, certains plus que d'autres ». Maria parle de son propre parcours de résilience en expliquant qu'elle est parvenue à surmonter le contexte difficile en s'occupant énormément d'une dame âgée : « j'y ai trouvé beaucoup de reconnaissance dans le regard de cette dame, parce que j'en ai pris soin et c'est-ce qui m'a aidé à tenir, je crois ». « La reconnaissance de son fils qui passait la voir régulièrement » était aussi importante pour elle.

Fatia nous livre également l'analyse suivante : « il y a beaucoup de personnes qui prennent le choix d'être infirmiers après un choc. Une élève aide-soignante qui était chez nous (en oncologie), est venue travailler chez nous. Elle a perdu son mari dans notre service, elle n'était pas du tout aide-soignante, elle était secrétaire dans l'entreprise de son mari. Et après la mort de son mari, elle est venue travailler chez nous, dans le service où il est décédé. »

Maeva, infirmière en réanimation, affirme également que le fait de bien s'occuper des autres aide à tenir quand le contexte d'exercice est dur à éprouver : « il y a quelque chose en nous qui fait qu'on a envie de faire ça malgré les horreurs qu'on peut vivre ou les difficultés qu'on peut rencontrer ».

L'activisme

De nombreux témoignages convergent pour expliquer que s'activer en travaillant beaucoup, en agissant pour ne pas réfléchir, en se concentrant sur la technique plutôt que le relationnel… permettait aux personnes de surmonter un contexte délétère. Lorsqu'elle a été choquée par les paroles d'un médecin, Marine nous a raconté : « je suis allée faire une toilette, c'était quelque chose où je n'avais pas besoin de réfléchir ». Maria, très vulnérabilisée par son premier stage en maison de retraite, disait qu'elle s'occupait énormément d'une dame qu'on lui avait confié : « j'en prenais bien, bien, bien, soin… c'est tout ça qui fait que tu tiens ».

Fatia parle de ses collègues qui s'investissent surtout dans la technique des soins en cancérologie et moins dans la relation : « il y a des gens dans la technique, qui n'aiment pas faire l'hôpital de semaine, qui préfèrent l'hôpital de jour, car c'est très technique ». Élodie évoque aussi l'activisme qui aide beaucoup les soignants en néonatologie en leur permettant à se réfugier dans l'activité lorsque les soins sont émotionnellement difficiles : « on a beaucoup de choses techniques, pour nous aider à prendre du recul, je pense ».

L'anticipation

Sophie est la seule qui a parlé clairement de ce mécanisme pour se protéger de l'angoisse. Lorsqu'elle vivait cela en étant obligée d'aller auprès de sa patiente à l'épidermolyse bulleuse du même âge qu'elle, elle réfléchissait à ses futures actions et réponses pour anticiper : elle n'arrêtait pas de « se demander comment on va faire » et elle dit « je déteste anticiper ».

Le refuge dans la rêverie

Ce mécanisme est surtout illustré par une cliente/étudiante d'Isabelle, psychologue. Elle nous a confié que sa patiente « se réfugiait sans cesse dans sa bulle » pour imaginer ce qu'elle pourrait vivre de meilleur : « Tout le temps, elle était dans sa bulle. Après, elle est arrivée à s'en extirper, à s'approprier sa réalité aussi. Mais elle était tout le temps dans sa bulle, elle essayait sans arrêt de réparer des choses, d'imaginer quelle aurait pu être sa vie, comment ça pourrait se passer, son avenir, et cetera, et elle se sentait bien que là-dedans ».

La rationalisation

Maria a parlé de ce mécanisme pour tenir le coup lorsqu'elle vivait très mal son premier stage auprès de personnes âgées : « "non, mais tu ne peux pas là, t'as choisi ce métier-là, t'es là depuis 2 mois, tes parents te payent tes études comment tu vas leur dire que tu veux arrêter pis ce n'est pas possible tu vas faire quoi d'autre ? " Non, mais c'est ça qui m'a fait tenir ! »

L'affirmation de soi

Plusieurs interviewés ont exprimé un positionnement de pensée durant les entretiens. Parfois, ils n'ont pas réussi à le faire sur le moment douloureux, mais le fait qu'ils puissent le faire à distance peut témoigner de leur processus de résilience. Par exemple, Latifa a demandé à l'équipe de pédopsychiatrie face à la violence de l'enfant : « est-ce que je peux me mettre à l'écart parce que moi elle me fait peur ? ». Manon confie que la tenue professionnelle lui permet d'affirmer son positionnement avec plus d'assurance : « Je ne vis pas les mêmes choses en civil qu'en blouse. On est en poste déjà, on a une mission, des patients à gérer, à surveiller. On a un statut. On n'est pas Me Lambda. Vous êtes l'infirmière du service. On a une étiquette. On ne peut pas se permettre de se terrer au fond de la salle de soins pendant des heures. On a le droit d'avoir des émotions bien sûr. Cela vous aide à gérer sur le moment, à avoir une contenance. En tant que diplômée, on a un statut, une autorité, des compétences. Et moi cela m'a beaucoup aidée. Je suis infirmière, je peux me faire entendre auprès de familles qui ne me respectent pas, " je suis là pour faire mon travail et vous prendre en charge. Respectez donc le fait que je n'arrive pas dans la minute" ». Quant à Marine, elle a été satisfaite de pouvoir affirmer son point de vue lors de la discussion médicale en réanimation déterminant la poursuite des soins ou non du patient polyhandicapé. Enfin, pour Élisa, l'affirmation de soi est un témoin du processus résilient de l'étudiante malmenée par un massage cardiaque forcé sur une personne décédée. En effet, elle a pu dire après avoir souffert : « moi je ne veux plus jamais revivre ça quoi. Donc si je dois retourner en stage et puis que je dois revivre ça, ça ne va pas être possible ».

L'intellectualisation

L'intellectualisation peut témoigner du processus de mentalisation en mettant à distance les affects déplaisant par le retour à la théorie, mais aussi en aidant à comprendre les situations difficiles. Martin a employé ces phrases pour illustrer cet argument : « il y a le formateur qui anime la séance et qui reprend les choses. Alors là on commence à évoluer dans la formation, on utilise de plus en plus de termes scientifiques » ; « Je me suis dit : ok, on est dans un service très technique, le relationnel c'est peut-être moins la priorité, car on doit faire des choses très techniques, mais il y a deux poids deux mesures. On prend sans doute moins le temps devant le patient pour discuter, car on a plein de

choses à faire, mais ce n'est pas pour autant qu'on ne soit pas soignant. Pour moi ce n'était pas une attitude soignante ». De son côté, Sophie s'était « remise dans ses cours de première année. Quant à Marine, pour surmonter la douleur générée par cet événement avec le patient polyhandicapé, elle a engagé toute une réflexion basée sur des références théoriques qu'elle est allée mobiliser en cours d'éthique et en APP. Marine a su intellectualiser pour comprendre et se protéger.

La sublimation

Certains témoignages permettent d'illustrer la sublimation, notamment l'utilisation de l'écriture à la fois pour mettre en forme les angoisses, pour les pousser à distance et afin de les penser. Patricia, formatrice, explique que même si ce n'était pas demandé par l'IFSI, l'étudiante de néonatologie, qui a accompagné la mort d'un enfant, a rédigé la situation douloureuse sous forme d'une APP écrite : « elle m'a réécrit cette situation pour pouvoir arriver à la dépasser ». Hélène, cadre de santé, a donné un exemple où un cas de « maltraitance institutionnelle » a constitué le point de départ d'un « mémoire » de fin d'études.

L'affiliation

Enfin, le mécanisme de défense que l'on observe dans toutes les situations est l'affiliation. Par exemple, Martin l'illustre par les séances de groupe d'APP et les bonnes relations avec les camarades de classe : « Il y a les APP qui permettent de parler de notre vécu, et puis nos collègues de formation. On a de la chance d'être une petite promo de soixante, ce qui joue énormément. On trouve toujours quelqu'un qui a vécu la même situation, avec qui on peut échanger. » Sophie a su trouver une collègue à qui se confier : « j'ai appelé une collègue de promo en août qui m'a dit " Il ne faut pas prendre les stages comme ça, faut reprendre le dessus en stage, il faut y aller et même si on ne se sent pas bien, faut y aller, faut pas laisser tomber " ». Le partage entre pairs lui a également fait du bien : « ça m'a fait du bien d'en parler à l'analyse de pratique parce que je n'en ai pas discuté avec l'infirmière ». Elle en a eu besoin pour savoir si ses réactions étaient « normales » : pour « voir si les autres étaient pareils, si c'était normal ».

Marine a discuté et s'est livrée à son tuteur de stage, avec sa cadre référente, en cours d'éthique et en séance d'APP. Manon a partagé avec sa famille et son petit ami, ses

pairs en APP, sa formatrice et l'équipe de soins qui l'a accueillie dans son stage suivant la gynécologie. Globalement, le fait de pouvoir raconter, décharger ses émotions et être reconnue comme souffrante par ces individus ont contribué à ce qu'elle s'en sorte.

Catherine reprend également l'exemple de l'APP comme le moyen d'utiliser ce mécanisme. Cela nous montre aussi comment le groupe de pairs peut être protecteur auprès d'un étudiant en difficulté : les collègues de promotion « lui ont permis de se sortir de ce tunnel qui l'enfermait dans cette réflexion et qui l'inhibait dans sa progression ».

Egalement, l'affiliation est repérable lors des suivis pédagogiques. Ces moments favorisent le processus de mentalisation : « on essaie de faire un point, un bilan sur ce qui vient de se passer et puis on essaie de formuler des objectifs avec l'étudiant pour progresser dans la formation » ; « Des événements même traumatisants sur le coup, après riches sur le plan pédagogique et structurel. ». Patricia, Élodie, Maeva, Vanessa, Sabrina... ont toutes une anecdote où le partage s'avère essentiel. En tant que psychologues, Mylène, Régine et Isabelle confirment que les collègues sont très importantes pour les étudiants pour partager les émotions vécues en formation.

L'humour

L'humour a été évoqué dans de nombreux exemples : « Je suis un grand partisan de l'humour, rigoler ça permet d'évacuer » (Martin) ; Catherine, en riant, à propos de l'idée de quitter le milieu des soins pour se protéger : ça donne envie « d'aller vendre des fleurs » de faire « des choses qui font du bien... avec des couleurs ». La mise à distance semble avoir été faite.

Pour Marie, cadre de santé au bloc, ce mécanisme est là pour « dédramatiser » et aider à prendre du recul : « l'humour, avec des collègues on disait " on est complètement cons !" On ne le faisait pas devant les patients, mais on arrivait à exploser de rire sur un truc, mais dramatique. Il fallait qu'on le sorte, fallait qu'on l'évacue d'une façon ou d'une autre, donc on avait trouvé l'humour noir, l'ironie, des trucs trash, encore plus trash pour dédramatiser ces situations hein et t'avais envie de te lever le lendemain matin ».

Maeva, infirmière en réanimation, dit qu'après avoir vécu un moment très stressant, l'humour sert à le libérer aussi et aide à mettre à distance l'événement : « faire preuve d'humour entre nous. On se détache, on déshumanise ce qu'il se passe, ce corps parce qu'on est entre nous ».

3.3 Identification des potentiels tuteurs de résilience

Dans la revue de littérature, nous avons vu que la notion de « tuteur de résilience » désignait l'ensemble des intervenants susceptibles de former un maillage permettant à l'individu en souffrance de « tisser sa résilience » afin de surmonter « des épreuves significativement adverses ou traumatiques » (Anaut, 2015b). D'après les trente entretiens semi-directifs effectués dans cette recherche, nous venons de voir en quoi la formation infirmière pouvait confronter l'étudiant à un contexte vulnérabilisant voire à des situations traumatiques ou de réactivations de traumatismes plus anciens. Nous allons identifier les tuteurs à la disposition des apprenants durant leur scolarité puis nous dégagerons les grandes caractéristiques de ces tuteurs.

3.3.1 L'environnement affectif

3.3.1.1 La famille

Selon Delage (2004), « la famille quand elle existe est le premier environnement ressource, le premier à recevoir la souffrance du sujet et le récit de ses expériences, le premier à pouvoir contenir et permettre la reprise du développement du monde interne ». Dans cette recherche, la famille est apparue comme un étayage important. Par exemple, Patricia dit à ce propos : « certains étudiants vont être bien soutenus par leur entourage » et à propos de l'étudiante en stage en réanimation néonatologie « Elle a pu compter sur son entourage familial ». Maeva, IDE, a mentionné qu'elle pouvait toujours s'appuyer sur sa famille. Manon, lors de son agression en tant qu'étudiante infirmière, a pu compter sur son frère gendarme et sa sœur aide-soignante pour l'écouter et la soutenir. Fatia ajoute qu'à la fin d'une journée très dure, après avoir pris en charge des personnes en fin de vie ou gérer des décès dans son service de soins palliatifs, rentrer chez soi et « serrer ses enfants dans les bras » est quelque chose qui rattache à l'existence et permet de l'aborder sur un versant plus positif.

Les conjoints ont été aussi mentionnés par quelques interviewés. Manon a souligné la nécessité du soutien de son copain. Martin explique qu'il parle souvent de ce

qu'il ressent ou vit en stage avec sa petite amie. Pour lui, c'est capital, car elle n'est pas du milieu et lui permet d'avoir un regard « extérieur » sur les situations.

3.3.1.2 Les amis

Dans cette enquête sur le milieu de la formation infirmière, il y a deux catégories de camarades : ceux qui sont des collègues de promotion et ceux qui sont extérieurs à celle-ci. Concernant ces derniers, ils ont peu été mentionnés. En revanche, les collègues de promotion qui sont des amis, mais aussi des pairs semblent très importants. En effet, pratiquement tous les interviewés en ont parlé. Les psychologues comme Régine ont dit que pour avancer malgré l'adversité, les étudiantes qu'elle a soignées vont « coller » à d'autres apprenants. Sophie, ESI, lorsqu'elle est partie, sans prévenir son père, sa mère et l'IFSI dans le sud de la France, pour rentrer trois jours plus tard en se faisant « virer » de chez ses parents, a trouvé refuge « chez son meilleur ami pendant un mois » et est restée en contact avec une collègue de promotion. Cette dernière a été à l'écoute et compréhensive, mais elle lui a aussi rappelé que ce qu'elle avait fait était répréhensible. Manon, quand elle a été agressée, a pu en « parler à des copines de l'IFSI ». Élodie, qui a été durement affectée par son premier décès durant sa formation a pu en parler à ses « amis de l'IFSI ». Maeva, lorsqu'elle était étudiante, savait qu'elle pouvait compter aussi sur les siennes pour « rigoler » et « partager ».

En référence aux caractéristiques des tuteurs de résilience de Lecomte (2005), les amis semblent importants pour partager et bénéficier d'un témoignage de bienveillance et d'affection. Au-delà de l'empathie et puisque ce sont plus les collègues, il semblerait que les étudiants puissent trouver entre eux de la compassion : il s'agit d'obtenir le soutien d'un pair qui peut comprendre ce qui a été vécu, étant traversé par des affects similaires durant la formation.

3.3.2 Les psychologues ou les psychiatres

Durant les entretiens, nous avons pu mettre en évidence que les étudiants fragilisés lors de la formation pouvaient avoir recours à l'aide d'un psychologue ou d'un psychiatre. Parfois, ils sont intégrés à un IFSI comme c'est le cas de Mylène. D'autres IFSI les font intervenir pour des groupes de parole comme là où exercent Marie-Françoise ou Patricia. En revanche, tous les formateurs et directeurs des IFSI ont en tête de soutenir

psychologiquement les étudiants en même temps que leur accompagnement pédagogique. Par exemple, Catherine, formatrice, avant d'aborder les points d'apprentissage à travailler en entretiens de suivi, s'attache à leur poser des questions d'ordre relationnel. Ces questions sont faites pour libérer l'esprit des apprenants, car sinon, d'après Catherine, c'est « impossible » de passer au côté pédagogique. Mais si tous les cadres des IFSI et directeurs ont précisé qu'ils accueillaient la souffrance, ils veillaient à ce que ce partage soit suffisamment en lien avec la formation. Si la dimension personnelle à travailler est forte et qu'elle s'approche de la thérapie, tous ont été amenés à orienter un étudiant vers un accompagnement spécialisé assuré par un psychologue ou un psychiatre. Par exemple, pour Dominique, directeur qui n'a pas de psychologue dans son IFSI, « les professionnels de la psy […] interviennent à la demande d'un étudiant ayant besoin de travailler la dimension personnelle qui a été en lien avec un vécu difficile en formation ». Il précise que l'IFSI ne s'engage pas dans cet accompagnement : « ça ne nous appartient pas en tant qu'école ». Ahmed, qui selon le projet de l'établissement, finance un poste de psychologue à la disposition des apprenants sur rendez-vous ou spontanément en passant devant son bureau ouvert : « la proximité d'avoir un psychologue pour nous, c'était d'orienter tout de suite l'étudiant. Vous irez demain, après-demain, dans deux jours, vous irez voir la psychologue. »

Dans tous les cas, les psychologues ou les psychiatres sont identifiés pour avoir ce rôle de soutien et d'écoute empathique.

3.5 Les caractéristiques des tuteurs de résilience des ESI

Comme nous l'avions identifié lors de la revue de littérature, un ensemble de personnes appartenant au dispositif d'enseignement des IFSI peut former un maillage de tuteurs de résilience pour l'étudiant en situation de vulnérabilité. D'après les entretiens, il s'agit majoritairement des cadres de santé formateurs. Nous avons pu aussi relever le rôle des directeurs, des managers d'unité, des infirmiers et des aides-soignantes.

3.5.1 Les cadres de santé formateurs

Dans tous les entretiens, le rôle du formateur référent a été remarqué comme essentiel pour aider les étudiants à surmonter les obstacles. Nous avons utilisé les caractéristiques des tuteurs de Lecomte (2005) pour constituer une base d'analyse, et nous

en avons reformulé ou approfondi certaines afin de les adapter à l'environnement de la formation infirmière. Ces caractéristiques des cadres des IFSI comme tuteurs de résilience peuvent être formulées ainsi : ils témoignent de la bienveillance et de l'empathie ; ils font preuve de compassion en ayant eux-mêmes déjà été confrontés à l'adversité ; ils laissent la liberté de venir parler et favorisent la prise d'autonomie ; ils cherchent à dégager le positif dans les situations douloureuses ; ils évitent les gentilles phrases qui font mal ; ils s'attachent à maintenir un cadre limitant et bienveillant ; ils utilisent la pédagogie pour accompagner le processus de mentalisation ; ils ont la volonté de préparer à affronter la réalité difficile ; ils savent reconnaître les limites de leur accompagnement pédagogique.

3.5.1.1 Ils témoignent de la bienveillance et de l'empathie

Il s'agit d'une caractéristique qui ressort le plus des entrevues. Elle se fonde sur notre ressenti vécu auprès de chaque interviewé. Mais aussi, de nombreux extraits d'entretiens peuvent argumenter cette caractéristique.

Marine décrit ainsi la cadre formatrice auprès de qui elle est venue chercher une oreille attentive et du soutien : c'est « quelqu'un qui me pose, très disponible, très dans l'écoute des mots rassurants, apaisants, plus dans le relationnel ». Elle a affirmé également qu'elle ne la connaissait pas avant qu'elle arrive à l'IFSI, mais que d'emblée elle s'est sentie aller vers elle. Elle dit « je l'ai choisie ». En la comparant à d'autres formateurs, ce sont ses qualités relationnelles qui ont été prédominantes dans son choix : « je la trouvais peut-être plus douce, plus posée, une attitude, très posée, et moi quand je ne vais pas bien je suis très speed en fait, j'ai besoin de quelqu'un qui me pose, très disponible, très dans l'écoute des mots rassurants, apaisants, plus dans le relationnel ». Quant à Manon, elle l'argumente en parlant à propos des formateurs d'« un côté familial et très bienveillant ». On est vraiment reconnu comme personne. On a une identité et on n'est pas un numéro de candidat pour le diplôme ».

Les formatrices ont exprimé leur empathie et ont témoigné leur bienveillance à travers leurs discours. Catherine explique : « au cours des séances de suivi pédagogique individuel, je commence toujours par poser ce type de questions : "quand vous avez préparé votre entretien, y a-t-il une question prédominante à laquelle vous voulez qu'on réponde d'emblée ? ". Parce que pour moi, si on n'a pas élucidé la réponse, on ne peut pas aborder le reste. » Elle dit ce genre de phrase également : « Je ne cesse tout le temps

de leur répéter que pour prendre soin des autres, il faut prendre soin de soi. Je suis convaincu que si dans ce métier, on n'a pas suffisamment de ressources positives autour de nous, de l'ordre d'un étayage amical, familial, des loisirs, du sport... je ne vois pas comment on peut tenir dans ce métier. C'est prendre conscience que la bienveillance, l'écoute, la mise en place d'actions adaptées, ça a ses limites aussi. Nous (les soignants) aussi on est à nourrir. Chacun a à trouver ses ressources. Parce que nous à notre niveau de formateur, à part leur faire prendre conscience, ce qui est déjà énorme, mais leur faire prendre conscience de ce qui peut freiner l'avancée... après, ça s'arrête là ».

Élisa semble être une pédagogue très empathique elle aussi. Elle recherche à comprendre ce qui se joue chez les étudiants, car elle le ressent, et elle se montre à l'écoute et disponible : « je ne suis pas sûre qu'on mesure à quel point c'est compliqué quoi. À quel point émotionnellement ça peut être... bousculant » ; « Je ne sais pas en fait comment je l'accompagne (l'étudiant) dans son émotionnel, je me dis que je l'accompagne en l'écoutant, je l'accompagne lors du suivi pédagogique, je l'accompagne à chaque fois qu'il y a rencontre, quelle qu'elle soit, et puis qu'il veut bien me délivrer quelque chose de son émotion et qu'il se sent, j'avais envie de dire, autorisé aussi, à me livrer son émotion » ; « je leur dis comment moi je l'interprète (l'émotion), pour déjà leur faire valider ou non ». Elle précise que ce témoignage d'empathie et de bienveillance passe par le non-jugement et la confidentialité : « j'essaie, il me semble, qu'ils se sentent autorisés, parce que, pour se sentir autorisé, il faut aussi qu'on ait l'impression que la personne en face elle va en faire quelque chose qui est positif pour soi aussi… que ça ne va pas le desservir ».

Maria, formatrice, dispose des mêmes qualités d'empathie et le manifeste aux ESI : « ce qui peut être aidant c'est déjà de pouvoir leur laisser un espace pour pouvoir verbaliser tout ça » ; « je perçois bien qu'il y a un réel besoin » ; « je mesure et je le sais intuitivement que c'est important de travailler là-dessus (le vécu émotionnel) » ; « je mesure à quel point c'est important dans leur construction, dans leur identité, dans leur construction d'identité professionnelle » ; « j'ai l'impression qu'on s'intéresse beaucoup plus à l'état émotionnel des étudiants aujourd'hui » ; « on fait tout ce que l'on peut, mais c'est pas réfléchi quoi, on en a plus ou moins conscience ».

Patricia a témoigné de cette caractéristique de cette manière : « en tant que référent, on a aussi beaucoup d'étudiants qui viennent nous parler de ce qu'ils sont en train de vivre, qui peut être compliqué pour eux sur le plan personnel, pour ceux qui ont une maladie chronique ou quelqu'un de leur famille qui est malade ». Egalement, elle

mentionne que ses collègues formatrices et elle se mettent à la disposition des étudiants à la moindre difficulté, et elle annonce clairement ce rôle en début d'année aux différentes promotions. Elle a dit des phrases argumentant cette bienveillance ainsi : « On a fait un accompagnement, un suivi très personnalisé, en allant la voir en stage, on l'a reçue beaucoup ici aussi, la conseillère pédagogique l'a soutenue régulièrement par téléphone » ; « Dès la 1re année, on leur dit que nous sommes des ressources pour eux et on insiste aussi beaucoup sur le fait d'en parler à l'équipe. Tous ne peuvent pas le faire, c'est parfois compliqué. Mais on insiste sur cette dimension de ne pas rester seul, de trouver quelqu'un à qui en parler ».

En outre, les autres personnes interrogées illustrent les qualités d'empathie et de bienveillance des cadres pédagogiques des IFSI. La ligne de conduite des formateurs doit être ainsi et être garantie par une relation de confiance afin « de pouvoir se montrer sans prendre de risque » selon Dominique, directeur : « la notion de bienveillance est importante et de savoir que ce qui va être livré à un moment ne va pas être utilisé contre ». Il décrit les formateurs de son équipe en disant qu'« ils sont à l'écoute, respectent, savent poser d'emblée pourquoi ils sont là et autorisent l'étudiant à pouvoir se poser ». Angélique, cadre de santé, argumente également ce rôle essentiel des formateurs. Selon elle, le pédagogue a la responsabilité d'accompagner psychologiquement un étudiant qui va mal pour lui permettre de comprendre ce qui se passe et l'aider à affronter les situations par la suite. Elle donne un exemple : « une formatrice hier qui est venue pour une démarche clinique, est venue me voir après en me disant " il y a quelque chose". »

De son point de vue de psychologue, Mylène a été soucieuse de rendre aux cadres des IFSI la primauté du soutien psychologique au travers de leur relation pédagogique. Elle précise que c'est « difficile » de savoir bien accompagner psychologiquement sans faire du soin : « c'est risqué d'y aller, de trouver son cadre interne, pour le formateur, pour savoir jusqu'où il va, se sentir parfois débordé et que fait-on une fois qu'on est débordé ? Est-ce qu'on refile à quelqu'un d'autre ou est-ce qu'on prend ce qu'il y a et on fait avec. Voilà je trouve que ce travail de formateur est assez complexe et ils n'ont pas toujours beaucoup d'outils pour accompagner l'étudiant ». Au-delà d'un étayage moral formel, selon Mylène, c'est bien la qualité d'empathie et le témoignage de bienveillance qui fait que les apprenants peuvent trouver d'emblée un étage psychologique pour surmonter l'adversité : « J'ai l'impression que la porte des formateurs est souvent ouverte et que ceux qui le souhaitent la franchissent. Je pense que ce sont des formateurs qui vont regarder en premier l'étudiant et être à l'écoute ».

3.5.1.2 Ils font preuve de compassion en ayant eux-mêmes déjà été confrontés à l'adversité

Cette caractéristique est apparue de manière sous-jacente dans l'entrevue des formatrices. Nous avons des extraits plus précis dans les entretiens de Catherine et de Maria. D'abord, Catherine a évoqué des situations douloureuses vécues elle-même durant ses études ou après en tant qu'infirmière. À propos de l'observation d'un cas de maltraitance, elle exprime : « c'était traumatisant pour moi. C'est un contre-choc de valeur ». Elle dit avoir ressenti : « du dégoût pour la profession, pour le patient. J'étais très en colère contre l'hôpital qui ferme les yeux volontairement. Parce qu'on ne voulait pas de procès, ou du moins de procédures, des enjeux de licenciement... Un vrai choc de valeurs. […] Je ruminais ». Elle l'illustre en expliquant que durant cette période : « il fallait pouvoir me dévisser la tête avant d'aller me coucher ».

Pour Maria, elle dit qu'elle se remémore encore 30 ans après de sa première expérience d'apprentissage sur le terrain tant elle a été malmenante et elle semble beaucoup témoigner de compassion vis-à-vis des étudiants dans son rôle de formatrice : « je ne sais pas si toi tu t'en souviens de ton premier stage, mais moi je m'en souviens très bien » ; cette expérience a été « extrêmement compliquée ». Elle dit que « tous les soirs (elle) rentrait chez elle en pleurant. Elle remettait en question son projet : « je me souviens d'une réflexion que je me faisais tous les soirs en me disant, mais pourquoi t'as choisi ce métier, pourquoi pas coiffeuse, esthéticienne, avec des gens en bonne santé, beaux, jeunes, souriants et je me souviens notamment d'une personne âgée qui me remuait quoi, c'était violent ». Elle a en tête en détail l'image difficile de la patiente dont elle s'occupait : « une dame toute maigre, cachectique, chauve, les yeux bien bleus qui me fixaient comme ça et on me disait « allez on te la confie […] j'en faisais des cauchemars ». Nous avons noté que ce témoignage nous a transmis des frissons et la même chose s'est produite à la réécoute de l'entretien.

3.5.1.3 Ils laissent la liberté de venir parler et favorisent la prise d'autonomie

Cette caractéristique s'argumente par toutes les interviews de formateurs. Durant son entretien, Catherine précise que certains ne s'autoproclament pas comme aidants, mais sont choisis par l'apprenant : « Dans une équipe, ils arrivent toujours à trouver quelqu'un avec qui discuter, avec qui ils sont un peu plus en confiance ». Lorsqu'elle

parle du cas d'une étudiante qui allait mal, elle précise que pour donner de ses nouvelles, celle-ci « a rappelé à son initiative ». Elle explique aussi : « elle a rappelé elle-même » ; « elle est repassée pour le dire ». Cette dimension d'autonomie semble importante dans le cadre d'une formation adulte et pour les mener vers l'indépendance de prise en charge de soi-même : « On ne vit pas avec eux, on ne va pas leur prendre la main pour les amener chez le médecin. On peut leur conseiller certaines techniques de relaxation, d'apaisement, après... à chacun de trouver sa ressource. » De son côté, Élisa décrit son rôle de soutien à la demande de l'apprenant ainsi : « s'il veut bien me délivrer quelque chose de son émotion et qu'il se sent autorisé aussi, à me livrer son émotion ».

Françoise, qui a eu connaissance de la démarche d'un étudiant d'aller en stage en réanimation où sa mère était décédée a eu comme réaction : « pourquoi tu ne m'en as pas parlé avant ? ». Elle lui a témoigné ainsi qu'il pouvait compter sur elle. Mais après qu'il ait répondu qu'il devait le faire seul, elle lui a manifesté qu'elle respectait son parcours de résilience et elle en a tiré un enseignement pour sa pratique de formatrice comme une personne qui offre une sécurité affective tout en laissant l'autonomie d'en disposer concrètement ou non : « c'est toute la limite de notre accompagnement. Je respecte toujours ça. C'est ouvert s'ils ont besoin de venir déposer des émotions très fortes, mais s'ils me disent " je fais mon chemin tout seul ". Je dis " ok, mais la porte est ouverte " ».

Quant à Patricia, nous voyons dans l'exemple suivant qu'elle se met à disposition des étudiants à leur initiative et qu'ils sont libres de demander son écoute ou pas : « Elle a désiré prendre rendez-vous pour me parler d'une situation vécue en réanimation néonatologique… je n'ai rien dit, j'ai seulement écouté. C'est ce dont elle avait besoin ».

Dominique, directeur, explique ceci du rôle des cadres en IFSI : « durant les premiers temps de suivi pédagogique, les formateurs les rencontrent et il y a plein de choses qui se livrent. » Il précise que les étudiants ne sont pas obligés de se confier. L'équipe les laisse aborder ou non ce dont ils ont besoin : ils s'expriment « là où ils se sentent en sécurité ».

3.5.1.4 Ils cherchent à dégager le positif dans les situations douloureuses

Les cadres pédagogiques semblent chercher d'abord à « dédramatiser » les vécus qui font souffrir moralement comme l'annonce Maria, puis à les « rebooster » comme le dit Élisa. Ils font cela en tentant de dégager le positif dans les situations douloureuses. Catherine nous est apparue comme un sujet à la personnalité très positive de manière

générale. Maria tente de montrer ce point de vue optimiste en essayant de « dédramatiser certaines histoires, de les décortiquer avec eux de façon à ne pas être dans quelque chose de très blanc ou noir, bien ou mal ». Élisa parle des formateurs comme chargés de faire voir aux étudiants « le côté positif des situations difficiles » en termes d'enseignements pour qu'ils puissent dire « ah, mais non ! Tout le reste du temps c'était super ! J'ai passé des super journées. J'ai appris plein de choses. J'ai pu faire plein de choses. » Elle dit que de manière générale, un cadre d'IFSI « les aide à rebondir sur cet événement qui a été traumatisant ». Elle ajoute : « j'ai l'impression que je passe mon temps de formateur aussi, en relation pédagogique, à amener tout le reste quoi, et pas que l'événement, qui a été marquant pour eux certes, mais qui est souvent celui négatif en fait. » Elle tente de transformer « des émotions positives » à partir « des émotions négatives. » Elle essaie dans ce sens de les « ramener à l'origine de leurs motivations ramener à, au cœur du métier. Voilà, les origines de leurs motivations, les origines, c'est les valeurs humaines… Les valeurs, les situations… parce que quand ils disent, quand ils parlent de leurs motivations au départ, ils disent "moi ma motivation c'est d'aider l'autre à guérir, c'est d'aider l'autre à aller mieux, c'est de sentir, ce que je veux c'est sentir l'autre être en confort. Du coup, quand on peut ramener à ce qui les rebooste" ». Par ces actions de remotivations, elle leur permet d'accéder à leurs ressources, leurs potentiels et donc, elle les incite à voir le côté positif des situations douloureusement vécues au départ.

3.5.1.5 Ils utilisent la pédagogie pour accompagner le processus de mentalisation

Pour poursuivre l'idée que le formateur tente d'extraire le côté positif des situations, les cadres de santé les utilisent comme outils d'apprentissage. Il apporte les moyens aux étudiants de les envisager autrement que sous l'angle de la souffrance. Ils les amènent à analyser tous les aspects d'une situation pour la comprendre et ainsi accéder au processus de mentalisation. Ils leur permettent de trouver de nouvelles compétences pour se protéger de moments potentiellement vulnérabilisants dans leur future pratique et de les surmonter. Grâce à l'apprentissage, ils favorisent la résilience des apprenants. Nous pouvons l'argumenter par les extraits suivants.

Les ESI ont tous cité des exemples d'analyse de pratique professionnelle où comme le dit Maria, le formateur les amène à "décortiquer" les situations pour comprendre ce qui s'est passé et en dégager des axes d'apprentissage. Martin, étudiant, l'exprime ainsi : "C'est confidentiel. On raconte nos situations. On évoque un questionnement. On réfléchit à la fin sur ce qu'on pourrait mettre en place lors de futures

situations. Chacun donne son point de vue. Ce qui est bien, c'est qu'on n'est pas là pour juger. Tout le monde prend à cœur le fait de ne pas juger. Et ça fait du bien de ressentir et d'entendre qu'on nous soutient. Au final, aussi, il y a le formateur qui anime la séance et qui reprend les choses. Alors là on commence à évoluer dans la formation, on utilise de plus en plus de termes scientifiques. Mais au début c'est lui qui nous aide aussi à expliquer ce qu'on a pu ressentir, faire une synthèse".

Catherine exprime son accompagnement du processus de mentalisation grâce à l'apprentissage de cette manière : « après une situation douloureusement vécue, on essaie de faire un point, un bilan sur ce qui vient de se passer et puis on essaie de formuler des objectifs avec l'étudiant pour progresser dans la formation. ». Elle précise que « des événements même traumatisants sur le coup peuvent être après riche sur le plan pédagogique et structurel. »

Françoise semble également être quelqu'un qui voit le positif dans l'apprentissage face aux épreuves : par exemple, lorsqu'elle caractérise les stages, même si elle dira que certaines situations sont très dures, elle parle en priorité de ce que cela peut apporter aux étudiants en qualifiant cet apprentissage « d'authentique » pouvant leur enseigner « l'adaptabilité, car il y a tellement de professionnels avec des approches et des identités tellement différentes ».

3.5.1.6 Ils évitent les gentilles phrases qui font mal

En référence à Lecomte (2005), nous avons pu ressentir cette caractéristique chez tous les formateurs, mais Maria est la seule qui l'a clairement exprimé. Elle dit que durant des enseignements où les formateurs dispensent un cours théorique sur certains idéaux de soins à atteindre, les pédagogues doivent être très vigilants à ne pas culpabiliser non plus un étudiant qui pourrait en déduire qu'il n'aurait pas dû agir de telle ou telle « mauvaise » manière en stage alors qu'il n'était pas encore formé pour le faire. Elle dit : « c'est un discours culpabilisant, "vous avez fait ça, vous n'auriez pas dû faire ça, un bon soignant aurait fait ça" alors là pour le coup c'est très déstabilisant, et je trouve que parfois il faut qu'on fasse très attention, mais quand je dis "on" je me mets dedans ».

3.5.1.7 Ils s'attachent à maintenir un cadre limitant et bienveillant

Cette caractéristique se rapproche de la bienveillance. Comme le dit Lecomte (2005), « ils associent le lien et la loi ». Nous le retrouvons beaucoup chez les formateurs

qui sont responsables de faire vivre le règlement intérieur, en inculquant l'éthique et la déontologie aux apprenants. Ainsi, nous avons pu observer que le rappel des règles en général et le fait d'agir de manière congruente avec celle-ci, pouvaient aider l'étudiant à trouver des repères. Notamment, ces derniers étayent les ESI quand ils sont fortement vulnérabilisés par des situations qui manquent d'éthique ou lorsqu'ils sont eux-mêmes tellement mal, qu'ils perdent leurs repères dans la réalité. Le maintien de ces limites et le rappel des règles font partir d'une caractéristique de ces tuteurs qui participe à la résilience des étudiants. Par exemple, Martin (ESI) dit que le cadre bienveillant et rassurant par sa confidentialité en APP, apparaît comme primordial pour pouvoir se livrer et aborder les sujets douloureux en groupe. Il ajoute que c'est une dimension supplémentaire à celui d'un camarade, car il est chargé de replacer l'étudiant dans la réalité des différentes règles professionnelles et d'éthique en général : « Je ne pense pas que le formateur ait un rôle de pair. Il est là pour nous faire remarquer quand ça ne va pas, quand on ne va pas bien, quand on fait des conneries. Il est là pour nous ramener à l'ordre et nous remettre sur le droit chemin. Il est là pour nos stages... C'est vraiment un soutien ».

Lorsqu'elle était proche du *burnout*, Latifa se souvient de cette phrase de sa formatrice : « bon si vous voulez vous pouvez aller vous reposer, prendre quelques jours, prendre l'air pour nous il n'y a pas de soucis. Il faudra juste un certificat médical ». Sa référente lui montre qu'elle entend son mal-être, mais lui signifie par ce justificatif obligatoire que la vie continue malgré sa souffrance. Nous pensons que c'est un élément important qui a permis à Latifa de rester ancrée dans la continuité de l'existence face à l'événement mortifère qu'elle a vécu.

Dominique, directeur, saisit la nécessité de la bienveillance et veille à ce que les formateurs de son équipe agissent eux-mêmes avec cette posture et avec éthique : « la notion de bienveillance est importante et de savoir que ce qui va être livré à un moment ne va pas être utilisé contre ».

3.5.1.8 Ils savent reconnaître les limites de leur accompagnement pédagogique

Cette caractéristique est très forte et semble être un autre aspect de l'éthique du formateur comme accompagnant psychologique, notamment de la résilience des étudiants, au service de la pédagogie. Cette dimension paraît en effet favorable pour la résilience, car il peut donner certains repères à l'apprenant fragilisé et aussi permettre d'orienter vers quelqu'un de plus compétent si des soins semblent nécessaires pour aider

les étudiants à rebondir. Dans son entretien, Françoise l'annonce clairement en parlant du seuil à ne pas dépasser à l'accompagnement psychopédagogique lors des suivis individuels : elle accueille la souffrance d'un apprenant, mais est capable de reconnaître ses limites entre éducation et thérapie « si l'émotion est trop difficile à gérer, si je me sens dépassée. Par exemple, une étudiante qui viendrait pleurer tous les jours dans mon bureau en me disant "j'arrive plus à bouffer, je suis en difficultés, je ne sais plus quoi faire ». Elle ajoute : « Bon au début j'y vais avec mes éléments classiques : j'écoute, je reformule, j'essaie d'aller chercher s'il y a un problème facile d'accès. Maintenant si c'est compliqué, j'envoie vers quelqu'un, un thérapeute ».

Maria précise à propos de son rôle : « on n'est pas leur soignant on est leur formateur, mais euh quand on fait ça (l'analyse) on soigne pas leurs étudiants, on les forme à se préparer à ce qui va être leur futur métier ».

Quant à Patricia, elle s'est attachée quatre fois à clarifier qu'elle séparait l'accompagnement éducatif et celui psychologique, et que ce dernier n'est pas sa mission. Par exemple, elle précise : « On reste dans notre rôle pédagogique. Ce n'est pas à nous d'aller chercher sur le plan personnel ». Dominique ajoute que les cadres des IFSI peuvent solliciter « les professionnels de la psy » qui interviennent à la demande d'un étudiant ayant besoin de travailler la dimension personnelle qui a été en lien avec un vécu difficile en formation. Il précise que l'IFSI n'intervient pas dans cet accompagnement : « ça ne nous appartient pas en tant qu'école ».

3.5.1.9 Ils ont la volonté de préparer à affronter la réalité difficile

Cette dernière caractéristique est vraiment spécifique à la formation infirmière et est transversale à l'empathie, la compassion et la nécessité de transformer les situations douloureuses en apprentissage. La volonté des cadres des IFSI semble aller au-delà de faciliter « l'altruisme » comme l'exprime Lecomte. Les étudiants infirmiers sont prévenus par les formateurs que la réalité qui les attend sur le terrain est difficile. Ces derniers ont l'envie de les préparer à l'affronter et leur permettre peut-être d'éviter la surprise qui ferait effraction dans leur psychisme.

Martin (ESI) explique qu'au moment des événements douloureux qu'il a vécu, il a repensé à ce que les cadres de l'institut leur avaient dit de la deuxième année : « je me suis souvenu qu'en début d'année les formateurs nous ont prévenu que la deuxième année serait une année sans doute difficile pour nous psychologiquement ». Catherine, en évoquant le cas d'une étudiante très mal, exprime que « c'était essentiel qu'elle

comprenne, car ça allait se reproduire plus tard ». Lorsqu'elle s'attache à bien leur faire opter un projet professionnel adapté à leurs envies, mais aussi à leurs capacités personnelles, elle dit que ce choix doit se faire « en ne perdant pas ses valeurs professionnelles […] pour construire leur identité professionnelle. Les aider à bien choisir leurs domaines d'exercice comme la psychiatrie, la réanimation, etc.… C'est éviter qu'ils fassent une erreur de choix professionnel et aillent bien vers ce qui les motive le plus. Sinon ils souffrent dans leur travail. Il faut vraiment les aider à bien se connaître lors de la formation pour les amener à être bien de leur choix professionnel et dans leur travail au quotidien ». Egalement, quand les étudiants sont confrontés à l'adversité, elle les accompagne pour « faire trouver leurs ressources sans cacher que la réalité est difficile ». Concernant le rapport aux personnes soignées, elle leur précise : « j'insiste sur le fait que la reconnaissance on ne l'a pas des autres complètement. Ils doivent trouver leurs sources de satisfaction, s'autoévaluer. Les sourires de patients sont aussi une reconnaissance et ça, c'est déjà énorme. Mais vraiment travailler avec la douleur, la souffrance des gens, sur un rythme soutenu, avec le travail en poste matin/soir/nuit, travailler dans des équipes chargées avec des tensions, au milieu de situation d'urgence, je pense que c'est très difficile sur le long terme. » Plus simplement, Françoise explique que si elle voit « qu'un lieu d'apprentissage à venir peut arriver à être difficile », elle s'attache à « préparer le départ en stage ». Quant à Élisa, elle agit afin d'amener les apprenants vers l'autonomie et à faire face à la complexité du travail soignant : « à un moment ou un autre, ils ne sont plus étudiants et il va falloir qu'ils apprennent à faire avec ». Elle semble contribuer à développer l'estime de soi par sa volonté de faire « travailler les étudiants sur leur intelligence émotionnelle » en amont de ces situations. Quant à Maria, veut « dédramatiser certaines situations, les décortiquer avec eux de façon à ne pas être dans quelque chose de très blanc ou noir, bien ou mal » en préparation à la réalité du travail soignant difficile : « il va falloir qu'ils apprennent à faire avec ».

Dominique, directeur, en parlant de la bienveillance de la relation étudiant-formateur, précise qu'il faut les soutenir « sans jamais oublier de leur rappeler que la réalité du travail est difficile et qu'il faut se préparer à l'affronter » : « C'est de la bienveillance, mais ça n'empêche pas les exigences nécessitées par l'exercice professionnel ».

Angélique, de son point de vue de cadre et ancienne formatrice, explique que « ces entretiens doivent être mis en place avant les situations douloureuses pour anticiper leur gestion ou éviter qu'elles ne fassent des dégâts chez l'étudiant potentiellement fragilisable » : « en tant que formateur tu dois pouvoir leur pointer ça et leur dire " est-ce

qu'émotionnellement ça ne va pas être un peu lourd ? " " Est-ce que vous allez pouvoir ? " Même s'ils disent " non non ", mais au moins, tu éveilles ça en eux. On repère les fragilités forcément. »

3.5.2 Les professionnels encadrant en stage

Nous avons choisi de réunir sous l'intitulé « les professionnels encadrant en stage » : les cadres de santé d'unité, les infirmiers et les aides-soignants. En effet, même si certains seront plus ou moins proches des étudiants à certains moments, ils nous démontré qu'ils agissent tous ensemble sur le terrain dans l'intérêt de l'étudiant. Comme pour tous les tuteurs, c'est l'étudiant qui va choisir d'aller vers l'un ou l'autre. Grâce à leurs témoignages, nous pouvons argumenter les caractéristiques spécifiques du maillage de tuteurs de résilience des étudiants infirmiers.

3.5.2.1 Ils témoignent de la bienveillance et de l'empathie

De très nombreux extraits d'entrevues témoignent de cette empathie et de cette bienveillance. Par exemple, Martin (ESI) parle des aides-soignantes qui « couvent » les étudiants. Il dit que l'infirmier qui perçoit sa souffrance lui « explique » et après il se sent mieux : « De m'expliquer calmement et gentiment, j'y suis arrivé ». Par cet encadrement bien intentionné, son auto-estime a été renforcée. Pour sa part, Latifa (ESI) rapporte les propos des soignants de psychiatrie : « Il n'y a pas de souci, si tu veux on en reparle après » quand elle a exprimé sa peur d'entrer en contact avec une patiente. En cardiologie, un infirmier a organisé un rendez-vous avec la cadre pour qu'elle puisse être écoutée après avoir souffert d'une situation : « "si tu n'es pas bien, on peut en parler. Il y a la cadre aussi, tu peux lui en parler". Et du coup, je pense qu'il a été voir la cadre et la cadre est venue me voir ».

Concernant ce que les formatrices rapportent des apprenants, Catherine dit : « On se livre plus en tant qu'étudiant à quelqu'un avec qui on est en confiance ». Patricia, à propos de son étudiante en stage de néonatologie, explique que celle-ci « a réussi à surmonter cette situation très complexe avec l'aide de l'équipe [...] l'équipe l'a soutenue lorsqu'elle a dit qu'elle voulait y retourner. [...] L'équipe lui a dit qu'elle pouvait compter sur eux. »

Les cadres témoignent de cette empathie lors d'entretiens servant d'accueil et de bilan de stage. Ils se positionnent comme ressource en cas de besoin. Stéphanie, cadre de santé, par son accueil chaleureux au début du stage, s'identifie ainsi pour les étudiants qui en ont besoin : « ils savent, et quand ils ont besoin, ils viennent. On en parle aussi au moment des transmissions. Ils n'hésitent pas à en parler, ils savent qu'ils peuvent en parler ». Laurène, elle aussi, les accueille durant environ « ¾ d'heure ». Elle les voit « trois ou quatre fois durant le stage » en entretien : « J'accorde beaucoup de temps ». Elle dit : « les étudiants arrivent assez bien à se confier à moi dès le premier entretien… » Hélène le confie de la même manière : « quand je reçois les étudiants avant leur stage, généralement je passe déjà plus d'une heure avec eux pour leur présenter le service, l'organisation, ce qui s'y passe, les modalités d'encadrement, faire visiter le service. J'y passe une bonne heure et souvent, je suis obligée de me freiner parce que j'ai trop de choses à leur dire. Et je leur donne un livret d'accueil aussi et puis dans l'unité on a travaillé sur l'encadrement des étudiants, c'était un des objectifs du service et en fait on est toujours dessus parce qu'on est encore en train de retravailler. Je ne fais pas tout, moi. Je suis attachée à l'encadrement des étudiants, je trouve que c'est important ». Quand elle explique ce qu'est l'empathie dans l'encadrement d'un étudiant, elle dit ceci : « l'empathie, l'écoute, la disponibilité. Je pense qu'il y a quelque chose de l'ordre de la douceur. Il y a du calme, des gens qui savent se poser. Parfois, c'est féminin, il y a un côté maternant ». Francine, cadre en maison de retraite, dit qu'elle « voit tous les jours, de manière informelle et plusieurs fois de manière formelle (l'accueil, bilan de mi-stage, évaluation finale) ». Elle ajoute : « par contre ça semble important d'aller à leur contact, de manière quotidienne vous dites, même si c'est un simple bonjour. Ils sont considérés en tant que tel, reconnus en tant qu'étudiants, ça, c'est important la reconnaissance ».

Les infirmières témoignent également d'une grande qualité d'empathie envers les apprenants. Fatia explique une situation ainsi : « J'étais inquiète pour leurs futurs professionnels. Donc du coup je prenais mon rôle de référente à cœur. J'étais inquiète pour eux et j'étais inquiète pour le patient aussi ». Elle dit d'elle qu'elle est « beaucoup dans le relationnel ». Elle perçoit l'intérêt de manifester cette bienveillance et met un point d'honneur à le faire savoir ou le témoigner aux étudiants : « c'est important le relationnel avec le stagiaire. Et moi je portais plus d'attention au niveau de leur ressenti, étant passée là en tant que stagiaire en 1re année en plus. Donc c'est important ». En réanimation, Maeva explique : « on est quand même assez à l'écoute. On les surveille quand même beaucoup nos étudiants ». Elle donne l'exemple où après un long

accompagnement d'une famille en deuil, les infirmières ont pris du temps avec les étudiants pour reparler de ces entretiens douloureux : « on ne va pas prendre énormément de temps, mais on va quand même essayer de lui consacrer quelques minutes pour voir s'il arrive à digérer ça ou on va le faire plutôt *a posteriori*, soit quelques heures après, soit le lendemain. On va quand même voir comment il a vécu ces moments ». Élodie, en pédiatrie et néonatologie, manifeste aussi beaucoup d'empathie envers les étudiants. Elle l'illustre notamment par l'écoute et la disponibilité qu'elle a eu à l'égard de son étudiante choquée par la relation de soin avec une patiente anorexique.

Les aides-soignantes, que Martin et Catherine ont identifié clairement comme « cocoonantes », expriment leur bienveillance ainsi. Sabrina explique : « une élève dont ça va être le premier stage en hospitalier, qui arrive en réa, et qui est confrontée à la mort, on a des choses quand même des fois… on a des patients qui nous arrivent plein de sang, mais ça peut être assez choquant ! Si elle n'a jamais vu de mort… la première fois que l'on voit un mort, ça peut être choquant. Moi je sais que j'insiste bien, que ce soit étudiante infirmière ou élève aide-soignante, j'insiste bien sur "tu ne repars pas chez toi sans en avoir parlé avant"… » ; « on est le côté "maternel". Tu vois, le côté relationnel, ce que je te disais tout à l'heure par rapport aux patients, on peut l'avoir aussi par rapport aux élèves. Et puis je ne sais pas, on a - je parle pour moi, mais - des fois, et puis c'est peut-être le côté aussi le fait que les gamines qui souvent ont l'âge de mes enfants et je vois des fois qu'il y a quelque chose qui ne va pas ». Comme elle Vanessa explique : « je leur dis bien, " s'il y a quelque chose qui vous bouleverse, qui ne va pas, vous le dites bien, vous sortez. Enfin ne vous forcez pas à faire un soin qui vous tracasse, car vous ne serez pas performant, ce ne sera pas pédagogique pour vous, vous apprendrez et nous on s'en rend pas compte par ce que je pense qu'on a la tête dans le guidon ". Il y a quelque chose qui va être difficile à vivre pour un élève, on ne va peut-être pas le ressentir nous parce que, on a le travail à faire ». Si Sabrina a illustré le côté « maman » des aides-soignantes, Vanessa dit plutôt qu'elles ont « un peu plus de souplesse (dans leurs tâches à effectuer que les infirmières) » et ont « un peu plus de temps ». Elle veut dire par là que si un étudiant a besoin de plus de temps pour être encadré sur un soin avec elles, elles ne vont « pas le stresser » et bien lui expliquer.

3.5.2.2 Ils font preuve de compassion en ayant eux-mêmes déjà été confrontés à l'adversité

D'abord, Dominique introduit cette idée de compassion, car selon lui « les soignants sont tous amenés à être confrontés au renvoi émotionnel personnel face à des situations de soins difficiles. ». Les IDE et les aides-soignants comprennent ce que vivent leurs élèves et les aident à affronter ces situations. Nous l'observons bien avec Patricia qui, en tant que formatrice, explique comment une équipe de réanimation néonatologique a beaucoup soutenu une étudiante confrontée à un décès. Elle nous le raconte en montrant combien ils ont été « soutenants » et « attentifs » notamment parce qu'eux-mêmes souffraient de cette situation.

Sur le terrain, Marie, en tant que maître de stage, se met à leur disposition s'ils en ont besoin : « oui je les vois, je regarde, je demande aux encadrants comment ça se passe, je leur demande aussi, je demande aussi aux étudiants comment ça se passe si... mais pas plus que ça ». Ensuite, si elle sent que ça ne va pas, elle leur témoigne de la bienveillance et essaie de les faire parler : « comme elle ne parlait pas j'ai essayé de lui lancer des perches ». Mais au-delà d'être empathique, Marie nous a expliqué ce qu'elle avait subi en tant qu'étudiante et nous laisse entendre pourquoi elle est si protectrice avec eux. Elle a donné cet exemple où, en apprentissage en néonatologie, elle a souffert : « moi j'ai été choquée, c'était un choc : " ah c'est ça le métier d'infirmière ? " Mon premier stage, j'ai quand même fait une réaction. J'ai eu un psoriasis géant à la fin du stage. J'ai été traumatisée par un bec de lièvre. J'en ai fait des cauchemars pendant une semaine et quand j'ai été enceinte, je n'ai pensé qu'à ça en me disant " moi je ne veux pas de gamin avec une fente palatine, je crois que je gèrerai jamais " ». Elle donne un autre exemple montrant que ce métier a été dur pour elle et qu'elle en garde un souvenir douloureux : « les cancers ORL, des trucs, mais abominables, mais je me dis et tu passes et tu es là à côté de ça et il ne faut pas pleurer, il ne faut pas montrer, enfin pour le patient s'est normal, t'es obligée de tenir le choc des odeurs, mais c'est immonde et il faut faire au patient " et comment ça va ce matin ? " »

En tant que maître de stage, Hélène décrit un encadrement bienveillant et protecteur. Elle dit : « il faut qu'on soit cocooné lorsqu'on apprend ce métier, car il y a beaucoup d'horreur. » Elle ajoute qu'il faut « créer un environnement de travail où les gens sont bien, heureux de venir travailler ». Elle fait le lien directement en expliquant ce qu'elle avait enduré elle-même en apprentissage ou durant son expérience d'infirmière : « je l'ai vécu aussi en étant étudiante infirmière, même si c'est vieux, les stages où l'on

ne s'occupe pas de toi, c'est quelque chose » ; « pour moi c'est hyper important parce que j'ai vécu des stages où je me disais "vivement que ça soit fini", où tu comptes les jours. Je ne veux pas que les gens vivent ça c'est trop horrible » ; « On voit la mort, la souffrance, la déchéance, le sang, tout ce que ça nous renvoie quand on est jeune, toutes les horreurs que j'ai pu voir ». Elle donne beaucoup d'exemples encore où elle a souffert de situations et souhaite préserver le plus possible les étudiants des « horreurs » qu'elle a vécues.

En tant qu'infirmière, Fatia nous a confié que sa mère est décédée d'un cancer. Elle nous a raconté aussi l'accompagnement de celle-ci en service de soins palliatifs. Avec une volonté clairement exprimée de réparation, elle se met à la place des étudiants qui viennent en oncologie pour « soigner » quelque chose de leur histoire liée au cancer : « j'étais en 1re année d'école d'infirmières et je n'ai pas pu l'accompagner (sa mère) comme j'aurais aimé l'accompagner. Le diagnostic s'est fait tard donc je me dis avec le recul que j'aurais plus tilté sur les signes de début de cancer. J'étais déjà dans la filière infirmière et je me suis dit qu'elle a bien été accompagnée donc j'aimerais… enfin elle a bien été accompagnée dans certains endroits et dans d'autres elle était angoissée d'y retourner. Donc, en tant que soignante, je voulais donner un super accompagnement moi, car j'ai pris conscience des gens en fin de vie. Du coup, j'étais passionnée par tout ce qui était soins palliatifs, sans forcément faire de transfert, sans me dire " celle-là elle ressemble à ma mère ", mais plus dans les soins palliatifs et dans l'accompagnement. Et puis ça me rassurait de voir des gens qui en guérissent, enfin en rémission. Il y a des rémissions, mais ça faisait du bien de ne pas voir que ce côté-là, de décès, de soins palliatifs ». Par rapport à la compassion témoignée aux apprenants, elle détaille comment, par exemple, elle arrive à repérer qu'un étudiant fuit à l'approche d'une chambre et devine, plus que ses collègues, que ça a un lien avec son histoire. Elle va ensuite le guider personnellement.

Élodie évoque un souvenir de stage douloureux où elle a manqué d'accompagnement relationnel de la part des infirmières et explique combien elle est attentive à cette souffrance chez les étudiants qu'elle accompagne : « je parle plutôt en tant qu'ancienne étudiante. Je me souviens du premier décès que j'ai eu, patient décédé auquel j'ai eu à faire. Et bien je n'ai eu aucun discours des personnes qui m'encadraient ce jour-là pour me dire "est-ce que ça va ?", "comment tu te sens ?", "qu'est-ce que tu as pensé ?", voilà. C'est un souvenir que j'ai, assez difficile d'ailleurs parce que c'est vrai qu'on se sent quand même vraiment impuissant et remis en question sur tout ce qu'on a

fait avant, sur la prise en charge avant et qu'il n'y a personne à côté de soi de confirmé on va dire, pour nous aider là-dedans ».

De son point de vue d'ESI, Latifa explique que les équipes de psychiatrie sont plus formées à l'accompagnement relationnel et arrivent mieux à comprendre les étudiants, car eux-mêmes peuvent souffrir d'éléments de pathologies des usagers comme la violence par exemple : « Je pense notamment en psychiatrie dans les services difficiles, ce sont des choses (demander à ne pas s'approcher d'un patient) qu'on peut faire. Eux-mêmes nous le dise, "quand il y a quelque chose qui ne va pas, on est là on peut en parler". Ils sont ouverts à la discussion. »

Enfin, Maeva, Sabrina et Vanessa avouent elles-mêmes parfois souffrir des situations de décès ou de soins palliatifs et sont très attentives à l'état émotionnel dans lequel se trouvent leurs étudiants.

3.5.2.3 Ils ont la volonté de préparer à affronter la réalité difficile

Si tous les soignants expriment des sentiments d'empathie voire de compassion à travers leurs expériences personnelles des soins ou de l'apprentissage de ceux-ci, il semblerait que ce soit dans l'objectif de préparer les étudiants à affronter une réalité difficile lors de leur futur travail. Isabelle, en tant que psychologue, annonce cet objectif comme une nécessité en donnant l'exemple de la mort : « la confrontation à la mort… c'est essentiel dans la formation de pouvoir mieux gérer quand on est dans confronté à ça ».

Marie, cadre de santé au bloc, parle de la préparation à cette réalité comme une mère bienveillante pourrait le faire : « comme pour les enfants, on n'a pas envie que ce soit trop tôt, on a envie que ce soit plus tard. Donc on se dit que pour les étudiants c'est pareil ». Marie dit que la réalité est « dure » et elle veut « les préparer à la vie professionnelle difficile ». Elle confirme ainsi qu'une autre caractéristique des potentiels tuteurs de résilience des étudiants est de préparer et ne pas cacher la réalité du métier : « je suis exigeante en tant que maîtresse de stage et en tant que maman, tu ne peux pas leur éviter ces difficultés. Ils vont être forcément confrontés à elles… »

Stéphanie, cadre de santé, exprime la volonté de les préparer à une vie professionnelle pouvant être difficile. Elle les prévient et évite peut-être qu'ils soient surpris par des situations compliquées à gérer : « On est malheureusement pas dans le pays des " Bisounours " donc ça ne fonctionne pas forcément comme on voudrait tous,

les étudiants, les soignants, moi… depuis le début de l'année, je n'arrête pas de dire, et ça m'agace, "n'hésitez pas à demander, ne soyez pas étonnés, les soignants ne sont pas forcément très réceptifs tout de suite, c'est très lourd en ce moment, on a des résidents particulièrement compliqués" ».

Fatia, infirmière, en parle également en précisant qu'il vaut mieux que les cas difficiles arrivent durant les études et qu'ils aient un tuteur bienveillant pour les aider à surmonter les épreuves : « ils voient tellement de choses un peu dures que du coup, ils sont confrontés, ça les prépare à aller dans la vie professionnelle, je trouve que ce n'est pas mal du coup, ils ne seront pas seuls » ; « Quand ils vont être infirmiers la nuit et qu'il y aura un décès, faut qu'ils y passent. Et vaut mieux y passer en tant qu'étudiant parce que du coup il y aura plus d'étapes. Au début j'essaie de rentrer dans la chambre, demain je rentre dans la chambre, ensuite j'essaie de faire les soins quand il est décédé avec l'infirmier ».

3.5.2.4 Ils laissent la liberté de venir parler et favorisent la prise d'autonomie

Nous avons observé plusieurs fois que les infirmiers se mettaient à leur disposition pour, discuter avec eux, mais ils leur laissent l'initiative de venir vers eux ensuite. Maeva explique qu'en tant qu'infirmière référente, « on leur propose de parler, mais il y en a qui ne veulent pas ». Dans un autre exemple, Marine, ESI, dit de son tuteur infirmier : « il ne m'a pas jugée et m'a juste demandée mes ressentis et on a bien pu parler ». Il a lui témoigné de l'empathie et Marine s'en est saisie pour évacuer ses affects négatifs : « il était beaucoup dans la parole, à me demander ce qui allait, ce qui n'allait pas. Et j'avais vraiment l'impression que je pouvais me confier à lui. Dire ce que j'avais à dire. Et... et y avait un aspect de respect aussi mutuel. Il ne me prenait ni de haut ni de bas ».

3.5.2.5 Ils cherchent à dégager le positif dans les situations douloureuses

Tous les infirmiers nous en ont parlé en filigrane pour affirmer qu'à partir de situations douloureuses, les apprenants peuvent dégager un apprentissage positif pour plus tard. Fatia est celle qui a le plus illustré cette caractéristique. En effet, elle donne l'exemple de ce qu'elle dit à une étudiante fragilisée par l'accompagnement en fin de vie : « "essaie de dépasser le fait qu'ils sont en train de mourir, même si c'est dur, ça fait partie aussi de la maladie et regarde ce que tu leur apportes de positif. Ils sont là, ils ont mal, tu soulages leur douleur. Quand tu leur fais la toilette, ils sentent bon, ils sont bien. Au

moins, ils meurent dans la dignité. Regarde ce que toi tu leur apportes de bénéfique, de positif. Ils sont morts, oui, mais ils sont morts bien, soulagés, présentables, pas tout seuls. Quand tu vois leur dernier souffle, tu leur donnes la main. Tu as accompagné leur famille, tu étais là. S'ils n'étaient pas là, tu peux leur dire qu'il n'est pas mort tout seul. Donc, regarde, toi, ce que tu leur apportes de bien". Et moi c'est ce qui m'a permis d'avancer ».

3.5.2.6 Ils s'attachent à maintenir un cadre limitant et bienveillant

L'organisation du stage semble être un élément clé pour que l'étudiant se sente bien accueilli et ait des repères. Ceux-ci lui apportent de la sécurité lorsqu'ils rencontrent des difficultés soit parce qu'ils savent vers qui se tourner et peuvent ainsi bénéficier d'un soutien immédiat, soit parce que quand ils sont confrontés à l'adversité ils ont les moyens de rester bien ancrés dans la réalité. Pour Stéphanie, cette bienveillance se traduit aussi par une organisation qui favorise les besoins de l'élève. Par exemple, elle nous confie : « je fais un planning pour les étudiants. Si j'en ai une qui me dit qu'elle préfère être du matin, ou du soir, franchement là, je ne l'embête pas. Après, il y a les étudiantes qui ont une vie de famille, ils ont tous une vie de famille, mais ceux qui ont des enfants, etc., je leur dis qu'il faut bien qu'ils fassent un peu de matins et un peu de soirs. Parfois, je leur fais faire du 8 h-15 h parce que, j'en suis toujours au même point, ils sont là pour apprendre des gestes, une pratique, un suivi de soins… Les horaires, ils auront le temps de s'y confronter quand ce sera le moment ».

Laurène, cadre de santé en psychiatrie, organise des temps de parole avec l'apprenant pour désamorcer tout de suite les situations problématiques et pour faire parler les élèves : « mon travail c'est aussi de regarder ce qui se passe et ce qui se passe auprès des étudiants, des infirmiers, le patient… et dans cette position-là souvent je peux interpeller des soignants voire même l'étudiant ».

Hélène, cadre en service de médecine, maintient également un cadre ferme et contenant : « je leur dis toujours, étudiants ou gens du personnel : "attention on travaille tous dans un même service, dans une institution", plus largement, et je dis que nous sommes tenus au secret professionnel, à la confidentialité, mais aussi à la discrétion professionnelle et je dis que ce qui se passe ici ne doit pas sortir d'ici. Je dis par contre, que s'il y a un souci, qu'ils viennent me voir et qu'on en parlera. Parfois je dis que je ne veux pas qu'ils souffrent pendant leur stage, je ne veux pas qu'ils le subissent. Après je leur dis que je ne veux pas leur faire peur, et que si je dis ça ce n'est pas parce que je me dis que ça va mal se passer. Ce n'est pas du tout ça ». Son encadrement peut être qualifié

d'éthique, car elle a la volonté d'être « quelqu'un de solide, pour se confier sur des choses comme ça, aussi la confiance » afin de se dire : « c'est quelqu'un qui donne confiance, on a l'impression qu'on peut lui confier des choses sans que ça fasse le tour ».

Fatia, tutrice de stage, a la volonté de bien organiser le parcours de stage pour préparer l'étudiant avec progressivité : « Il faut être organisé. Le groupe d'encadrement c'est d'emblée dire ce que l'on va faire et comment on va l'accueillir ». Puis, il y a un étayage de professionnels qui se créent autour de l'étudiant pour l'aider à partager tout de suite ce qui peut être difficile : « un suivi et un débriefing régulier, des bilans réguliers. De multiples relations. On coopère avec les autres infirmiers, avec l'équipe ». Enfin, en cas d'événements aux forts enjeux émotionnels, l'équipe trouve des stratégies pour préserver un peu l'étudiant : « Ça va être des élèves que l'on va mettre de côté, "tiens, va boire un coup". Et on va plus l'amener vers un patient qui entre et ils vont prendre en charge un patient qui n'est pas en soins palliatifs, mais qui va rester 3 jours pour une chimio en phase curative ». Toute cette organisation semble être réfléchie pour aider l'étudiant à se repérer, mais aussi à contenir ses émotions en cas de difficultés.

3.5.2.7 Ils utilisent la pédagogie pour accompagner le processus de mentalisation

Tous les professionnels de terrain veulent apporter des connaissances théoriques aux étudiants en même temps qu'ils les forment à la pratique pour qu'ils « fassent des liens » ou « comprennent ». Cette utilisation de la pédagogie permet d'accompagner la mentalisation et donc le processus de résilience. Par exemple, Laurène, cadre en psychiatrie nous dit « prévenir les situations à risque » et vouloir « dédramatiser » certaines autres comme la violence avec des explications théoriques : « on parle de ce qu'est la psychiatrie, moi j'en parle toujours comme quelque chose de… en fait c'est une spécialité, c'est voilà, donc je dis toujours que la psychiatrie, oui il y a des pathologies qui sont lourdes, il y a des spécialités qui sont invalidantes, mais il y a aussi la psychiatrie. C'est aussi le reflet de la société c'est-à-dire des deuils non faits, des difficultés conjugales, des tentatives de suicide, des dépressions, tout ce que la société en fait, toute la pathologie de la société et ça quand on dit ça finalement, les étudiants j'ai l'impression qu'ils disent oui en fait voilà, il n'y a pas que des pathologies psychiatriques pures avec des manifestations violentes, c'est pas que ça la psychiatrie ». Laurène semble avoir un rôle très important dans le processus de mentalisation, car elle explique les choses, mais surtout elle les aide à cheminer leur réflexion : « quand on devient infirmier, on apprend

des actes et des soins infirmiers, ça, c'est de l'apprentissage pur et dur. Mais on ne peut pas devenir infirmier si on ne travaille pas sur soi, c'est indissociable dans ce métier ». Egalement, elle précise que les médecins leur enseignent les signes de la maladie et que ça fait partie de moments où les apprenants saisissent le sens des symptômes parfois choquant en psychiatrie.

Hélène nous explique ses objectifs lorsqu'elle s'entretient avec un étudiant : « on essaie de les aider à comprendre, ce qui vient d'eux, ce qui vient des autres ». Francine, cadre en EHPAD, décrit la même attitude : « Avant le début du stage, quand je les vois en entretien, c'est quelque chose dont je parle (ce qui peut choquer comme la mort, la vieillesse…) avec l'objectif, déjà de les rassurer, de voir un petit peu comment ils se situent par rapport à la personne âgée. Et puis souvent je leur dis quand certaines arrivent sont très jeunes, que les personnes qui viennent en résidence ont un corps qui a changé ».

Fatia, en décrivant les explications qu'elle donne aux étudiants à propos de la fin de vie, montre que cela peut les aider à surmonter un soin émotionnellement douloureux : « regarde ce que toi tu leur apportes de bénéfique, de positif. Ils sont morts oui. Mais ils sont morts bien, soulagés, présentables, pas tout seuls. Quand tu vois leur dernier souffle, tu leur donnes la main. Tu as accompagné leur famille, tu étais là. S'ils n'étaient pas là, tu peux leur dire qu'il n'est pas mort tout seul. Donc, regarde, toi, ce que tu leur apportes de bien ».

3.5.3 Les directeurs des IFSI

D'une part, les directeurs d'IFSI ont beaucoup parlé des autres professionnels ce qui nous a permis de bien observer les caractéristiques des infirmiers et des cadres de santé formateurs comme tuteurs de résilience. D'autre part les concernant, nous pouvons surtout argumenter celles suivantes : « ils témoignent de la bienveillance et de l'empathie » ; « ils font preuve de compassion en ayant eux-mêmes déjà été confrontés à l'adversité » ; « ils s'attachent à maintenir un cadre limitant et bienveillant : "ils savent reconnaître les limites de leur accompagnement pédagogique".

3.5.3.1 Ils témoignent de la bienveillance et de l'empathie

Nous avons plusieurs citations qui montrent qu'ils peuvent manifester cette considération. Nous observons que là où cela semble le plus flagrant, c'est quand Dominique et Marie-Françoise laissent entrevoir leur philosophie de l'encadrement. Dominique dit de manière très altruiste qu'il faut « considérer l'autre comme capable de progrès. C'est aussi l'aider à s'évaluer et à se fixer des objectifs de progression. C'est de la bienveillance, mais ça n'empêche pas les exigences nécessitées par l'exercice professionnel ». Marie-Françoise a cité une phrase de Charles Gardou qui dicte son attitude pédagogique : « petit d'homme deviendra grand pour peu que notre regard l'y autorise ».

3.5.3.2 Ils font preuve de compassion en ayant eux-mêmes déjà été confrontés à l'adversité

Paule est la directrice qui s'est confiée à propos de ce sujet. Elle explique, avec beaucoup d'émotions, comment une infirmière « prenait du plaisir à la rabaisser ».

3.5.3.3 Ils s'attachent à maintenir un cadre limitant et bienveillant

Le cadre est apparu de manière significative chez les directeurs. En effet, il s'agit d'une de leur fonction principale. Concernant la résilience, nous pouvons voir comme cela peut aider les ESI affaiblis à rester ancrés dans la réalité lorsque celle-ci est attaquée par l'attitude néfaste de certains soignants. L'éthique et la déontologie qu'ils s'attachent à garantir permettent aux étudiants de ne pas se juger en dehors de la réalité des soins bienveillants et éthiques lorsqu'ils sont confrontés à de la maltraitance par exemple. Tous les directeurs ont donné des anecdotes concernant de la maltraitance où ils ont dû intervenir. Par ailleurs, Marie-Françoise et Dominique ont précisé un autre aspect : ils veillent à ce que les formateurs appliquent eux-mêmes ces obligations à leur comportement. Par exemple, selon Marie-Françoise, il faut « être exemplaire » en étant « congruent avec ce qu'on exige des étudiants ». Elle compare cette attitude à celle de parents.

3.6 Conclusion de l'analyse et confrontation aux hypothèses

Après notre revue de littérature et avant d'aller enquêter sur le terrain, nous avons proposé d'emprunter la problématique suivante : « Dans quelle mesure le dispositif de formation des IFSI peut-il constituer un maillage de tuteurs de résilience pour les étudiants infirmiers leur permettant de surmonter les épreuves traumatiques liées à la formation pratique pour se reconstruire et pour devenir un professionnel soignant ? » À partir de cette problématique, nous avons envisagé des hypothèses. Nous allons les reprendre et synthétiser, au regard des résultats d'analyse, les éléments qui confirment, infirment ou approfondissent ces hypothèses.

L'**hypothèse 1** était : « Les étudiants infirmiers qui entrent en formation présentent des facteurs personnels de vulnérabilité communs liés à l'histoire des soignants qui les amène inconsciemment à vouloir soigner, aux enjeux liés à la jeunesse s'ils entrent en formation après le baccalauréat, aux enjeux de la formation à l'âge adulte si ceux si se trouvent en situation de reconversion professionnelle ou de reprise d'études ». Cette hypothèse se vérifie complètement. En effet, les interviewés comme Hélène (cadre de santé), Maria (formatrice) ou encore Isabelle (Psychologue) nous ont laissé entendre que les soignants avaient des raisons inconscientes qui les poussaient à le devenir. Ces raisons sont à la fois un facteur de motivation et un de fragilité. En effet, la volonté de réparer quelque chose de soi peut insuffler un grand élan de dépassement de soi. À l'inverse, il est un vecteur de fragilité quand il expose l'étudiant à la projection et au transfert d'émotions. Celles-ci faisant écho directement à leur histoire peuvent les rendre plus vulnérables pendant l'apprentissage lorsqu'ils sont confrontés à des situations de soins à fort retentissement personnel. Egalement, l'âge des étudiants durant leurs scolarités a un sens dans la manière de gérer l'apprentissage. Les plus jeunes seraient moins fragilisés par celui théorique que ceux qui recommencent une formation à l'âge adulte. En revanche, les plus âgés auraient plus de moyens personnels pour affronter les situations difficiles de stage. Néanmoins, ces adultes en formation présentent des fragilités spécifiques à leur période de vie qui sont les exigences familiales ou la pression du financement de la scolarité par un employeur par exemple.

L'**hypothèse 2** était formulée ainsi : « En plus de facteurs personnels de vulnérabilité, les étudiants infirmiers en soins infirmiers peuvent être vulnérabilisés par le contexte d'apprentissage en IFSI à cause notamment des enjeux relationnels de la relation pédagogique étudiants/cadres de santé formateurs ». Cette hypothèse a été confirmée partiellement. En effet, Dominique (directeur) a bien signifié que lorsque la

confiance entre un élève et un formateur référent était rompue, le premier pouvait se sentir encore plus vulnérable. Toutefois, aucun apprenant ou cadre en IFSI n'a semblé mettre cet argument en avant. Au contraire, chaque étudiant de l'enquête, lorsqu'il a été fragilisé, a pu compter sur son référent ou d'autre formateur de l'IFSI. Martin a même souligné que d'être de même professionnalité que l'enseignant faisait qu'il se sentait encore plus compris et soutenu. Ainsi, les enjeux spécifiques, liés au fait que des cadres de santé soient d'anciens soignants, sont de préférence vécus par les ESI comme quelque chose de positif et qui aide la relation de confiance et la résilience, plutôt que d'être un obstacle à celle-ci.

L'**hypothèse 3** était formulée comme ceci : « En plus de facteurs personnels de vulnérabilité, les étudiants infirmiers en soins infirmiers peuvent être vulnérabilisés par le contexte d'apprentissage en stage notamment par les enjeux émotionnels liés à la relation d'aide ou par l'organisation du travail des hôpitaux, au même titre que les infirmiers qui les encadrent ». Cette hypothèse est totalement validée par la recherche. Les résultats d'analyse vont même plus loin : l'étudiant infirmier peut parfois être un bouc émissaire auprès d'équipes souffrantes dans leur travail. Manon, par exemple, alors qu'elle a été soutenue dans un premier temps après son agression, est devenue responsable de celle-ci selon l'équipe. Hélène, cadre de santé, témoignait que les médecins de son service s'en prenaient au premier qui était devant eux lorsqu'ils sont stressés, et le premier est souvent l'élève. De manière générale, les étudiants semblent être des objets collectant la contre-agressivité des personnels en état de souffrance au travail.

Notre **hypothèse** 4 traitait de psychopathologie : « Les étudiants infirmiers peuvent manifester des symptômes témoignant d'une vulnérabilisation ou de réactivation de psychotraumatismes allant du simple mal-être au *burnout* ». À partir des résultats et de leur analyse, nous avons collecté une symptomatologie qui se rapproche de l'épuisement professionnel ressenti par les soignants. Les signes que nous avons répertoriés sont : le sentiment de mal-être, les pleurs, le sentiment de culpabilité, le stress, l'angoisse, la perte de confiance en soi et en l'autre, la colère ou au contraire la froideur émotionnelle, la pensée ou la parole bloquée. Certains auraient décompensé des maladies psychiques durant la formation telle qu'une addiction à l'alcool, une schizophrénie ou encore des troubles alimentaires. Des signes de syndrome post-traumatique sont venus parfois compléter les tableaux cliniques avec par exemple la surprise de l'événement et sa brutalité, les cauchemars et autres reviviscences, ou encore le sentiment d'effroi. Notons qu'il y a tout de même quelques symptômes qui sont spécifiques aux apprenants comme le stress de réussir, le fait de ne pas se sentir compétent pour aborder

les situations de soins ou encore la précarité financière qui caractérise la condition étudiante.

L'**hypothèse 5** était « La formation infirmière permet aux étudiants de mobiliser des facteurs de protection environnementaux spécifiques tels que l'apprentissage ou le partage entre pairs, et des mécanismes de défense favorisant la protection et l'élaboration, dans le cadre d'un processus de résilience ». Selon les témoignages recueillis, il n'a pas été évident à chaque exemple d'étudiant vulnérabilisé de repérer un moment clé où ceux-ci ont démarré un processus de résilience. En revanche, les mécanismes de protection et de défense en jeu durant le processus résilient ont été largement argumentés. Concernant les facteurs de protection externe, c'est-à-dire ceux qui sont les plus observables lors de la formation infirmière, nous avons pu mettre en évidence le rôle important des connaissances théoriques, du partage entre pairs, de la relation pédagogique entre autres lors, par exemple, de l'analyse de pratique professionnelle, des cours ou du suivi de progrès. Les mécanismes de défense à l'œuvre durant cette scolarité ont principalement pris la forme de l'affiliation, de l'altruisme, de l'activisme, de la sublimation ou encore de l'intellectualisation.

Enfin, concernant l'**hypothèse** 6 « Les étudiants entre eux, les cadres de santé formateurs, les directeurs d'IFSI, les cadres de santé d'unité/maîtres de stage, les infirmiers et les psychologues forment un maillage de tuteurs de résilience à la disposition des étudiants vulnérabilisés », nous pouvons affirmer que toutes ces personnes sont à la disposition des apprenants. Leur mission n'est pas de soigner, mais par leur présence, par la relation de confiance, par le cadre instauré et par leur volonté de les rendre plus compétents pour affronter l'adversité, toutes ces personnes sont susceptibles de jouer le rôle de tuteur de résilience.

4. Discussion

4.1 Critique de la méthode

D'abord, concernant les forces, notre exploration se situe dans une double approche à propos de la résilience dans le domaine scolaire. En effet, nous avons étudié un contexte d'apprentissage qui peut être à la fois délétère pour l'étudiant et en même temps, source de reprise d'un développement lorsque celui-ci est fragilisé. Autrement dit, la formation infirmière peut s'appréhender d'un côté sous l'angle de la vulnérabilité et d'un autre comme un contexte favorisant la résilience dans le cadre de l'école. Le choix du sujet et du champ d'étude est donc intéressant pour enrichir les connaissances sur le concept de résilience. Ensuite, grâce aux trente entretiens menés, l'enquête a permis d'argumenter de manière solide les phénomènes en jeu pendant ces études : des facteurs du contexte d'apprentissage viennent vulnérabiliser les étudiants et des processus résilients ont été constatés chez des ESI fragilisés durant la scolarité du point de vue des facteurs de protection environnementaux et par l'utilisation de certains mécanismes de défense. Également, comme notre échantillon représente bien l'ensemble des acteurs présents dans la formation infirmière française, les témoignages apportent une convergence d'arguments solides pour illustrer la vulnérabilité conjoncturelle et les séquences d'apprentissages, c'est-à-dire le suivi pédagogique et l'analyse de pratique, comme des temps où la résilience des étudiants est favorisée. Cette recherche est donc forte des phénomènes qu'elle met en exergue à savoir la vulnérabilité conjoncturelle à laquelle sont soumis les ESI et les ressources environnementales dont ils disposent pour faire face et surmonter l'adversité durant leur scolarité.

En revanche, nous avons repéré des limites à notre étude. La première concerne le caractère individuel de certaines situations. Grâce à cette recherche, nous pouvons observer un phénomène de vulnérabilité conjoncturelle, mais nous nous questionnons ainsi : si nous menions une enquête seulement auprès d'étudiants, vulnérabilisés en apparence ou non, et à plus grande échelle, obtiendrions-nous la même tendance ? En effet, un de nos critères d'inclusion était d'interroger des étudiants ayant manifesté des signes de souffrance durant leurs études. Ces ESI en avaient donc parlé à leur entourage pédagogique. Nous nous demandons si nous avons biaisé les résultats du départ en n'étant pas allé voir d'autres élèves n'ayant pas manifesté de difficultés émotionnelles durant leur formation. De la même façon, en dehors, des 5 ESI interrogés, le recueil de données ne permet pas assez la mise en évidence des facteurs vulnérabilité personnels et les entretiens

n'ont pas bien favorisé le repérage des facteurs de protection internes des étudiants fragilisés. En effet, la plupart des interviewés sont des témoins des expériences difficiles vécues par les élèves et des observateurs des processus résilients mis en œuvre par ceux-ci. Cette recherche pourrait donc être approfondie d'une manière plus quantitative, auprès d'un plus grand nombre d'étudiants et en utilisant des outils de mesure des facteurs personnels de vulnérabilité puis de résilience. Deuxièmement, nous avons pris en considération le contexte d'apprentissage des étudiants infirmiers en France. Or, plusieurs pays ont une approche de la formation différente comme le Canada, la Suisse ou l'Italie où elle se déroule à l'université et non dans des instituts de proximité, comme c'est le cas dans notre recherche. Nous nous demandons si les étudiants vulnérabilisés d'autres pays, apprenant dans des facultés notamment, ont l'opportunité de se saisir des mêmes supports de résilience pour surmonter et rebondir dans des périodes de fragilisation intenses durant la formation. De même, de manière empirique, nous avons mis en évidence que le contexte de formation pouvait affaiblir, réactiver ou être source de traumatisme psychique. Or, dans la revue de littérature, nous avons vu qu'une étude canadienne (Boivin-Desrochers, Aderson, 2014) avance que le niveau de détresse morale infirmière pouvait s'observer dans tous les pays. Notre recherche a mis en évidence des éléments rapportés par des Français dans un contexte national de formation. Alors, nous nous demandons si l'impact du contexte d'apprentissage sur la vulnérabilité des étudiants avec un référentiel différent, dans une autre nation et avec un milieu hospitalier divers, pourrait se vérifier en dehors du sol français.

4.2 Vulnérabilité, *burnout* ou traumatisme psychique ?

4.2.1 Signes cliniques et psychopathologies en formation

Nous avons commencé notre recherche par la synthèse de différents rapports montrant que de nombreux élèves infirmiers français étaient en mauvaise santé durant leurs études et que certains présentaient un syndrome d'épuisement professionnel (Lamberton, Pelège, 2008 ; Estryn-Behar et *al.,* 2010 ; Lamaurt, et *al.*, 2011). Grâce à notre enquête, nous avons établi une liste de signes cliniques qui peuvent témoigner d'un simple mal-être ou de psychopathologies plus sévères telles que le *burnout* ou le syndrome de stress post-traumatique. Les symptômes que nous avons répertoriés sont : le sentiment de mal-être, les pleurs, le sentiment de culpabilité, le stress, l'angoisse, la perte de confiance en soi et en l'autre, la colère ou au contraire la froideur émotionnelle, la

pensée ou la parole bloquée. Certains auraient décompensé des maladies psychiques durant la formation telle qu'une addiction à l'alcool, une schizophrénie ou encore des troubles alimentaires. Des signes de syndrome de stress post-traumatique sont venus parfois compléter les tableaux cliniques avec par exemple la surprise de l'événement et sa brutalité, les cauchemars et autres reviviscences, ou encore le sentiment d'effroi. Enfin, certains étudiants ou professionnels ont évoqué ou illustré un syndrome d'épuisement professionnel.

4.2.2 Un problème international

Peu de personnes ont attribué la responsabilité du mal-être des étudiants au programme de formation ou au contexte économique du milieu hospitalier français. Également, personne n'a avancé que la particularité française, qui fait que l'apprentissage infirmier est dispensé en IFSI, est managé et enseigné par des cadres de santé, puisse être à l'origine de fragilisation importante de l'étudiant. Nous avons donc recherché dans la littérature scientifique internationale si ce problème de vulnérabilisation des étudiants infirmiers pouvait être s'étendre à d'autres pays.

En effet, en janvier 2017, 9 enquêtes référencées dans PubMed convergent à déduire que l'apprentissage du métier d'infirmier peut fragiliser les élèves au point de les conduire à l'épuisement professionnel, indépendamment du contexte national de formation théorique ou de stage. Ces rapports proviennent de pays divers : Telles Filho, Pires, Araújo (1999) au Brésil, Tully (2004) en Irlande, Burnard, Haji Abd Rahim, Hayes, Edwards (2007) au Brunei, Zupiria Gorostidi, Huitzi Egilegor, Jose Alberdi Erice, Jose Uranga Iturriotz, Eizmendi Garate, Barandiaran Lasa, Sanz Cascante (2007) en Espagne, Warbah, Sathiyaseelan, Vijayakumar, Vasantharaj, Russell, Jacob (2007) en Inde, Chan, So, Fong (2009) à Hong-kong, Por (2005) et Edwards, Burnard, Bennett, Hebden (2009) au Royaume-Uni, Wolf, Stidham, Ross (2015) à Taïwan et en Thaïlande. Qu'ils soient en Asie ou en Europe, les ESI semblent tous soumis au stress durant leurs études et certains vont jusqu'au *burnout*.

Parmi les causes répertoriées, on trouve : une relation d'aide difficile à vivre, indépendamment du lieu où elle s'exerce ; une faible estime de soi ; la préexistence de dispositions personnelles fragiles ou d'antécédents de dépression ; de mauvaises relations avec les professionnels encadrants ; un manque de compétences pour prendre en charge les patients ; l'impact émotionnel des soins et un apprentissage douloureux de la relation d'aide ; les soins à des personnes violentes ou mourantes ; un sentiment d'impuissance ;

une surcharge de travail stressante ; un contexte d'études stressant, illustré par la peur de l'échec et l'enjeu des examens ; un manque de temps pour soi et pour se divertir ; un manque de soutien dans son entourage personnel ou professionnel (Telles Filho et al., 1999 ; Tully, 2004 ; Por, 2005 ; Burnard, 2007 ; Zupiria Gorostidi et al., 2007 ; Warbah et al., 2007 ; Chan et al., 2009 ; Edwards et al., 2010 ; Wolf et al., 2015).

Les conséquences de cette vulnérabilisation mises en évidence par ces études peuvent être : de la nervosité chronique ; un sentiment de fatigue chronique ; des ruminations anxieuses ; un vécu de stress intense ; de l'angoisse avec symptômes physiques associés tels que maux de tête, des nausées, de la tachycardie, une respiration sifflante, des troubles gastro-intestinaux ; des dépressions ; une démotivation ; un tabagisme excessif ; une consommation de drogue et d'alcool importante ; des troubles alimentaires ; des cauchemars. Six de ces études reprennent la recherche de Beck et al. (1997) qui utilise l'échelle d'évaluation de l'épuisement professionnel « *Maslach Burnout Inventory* ». Cette étude a démontré que les étudiants en soins infirmiers connaissent l'épuisement professionnel, et que leur niveau d'épuisement est comparable à celui des infirmiers en poste.

Nous pouvons donc mettre en lien les symptômes décrits ci-dessus avec ceux témoignés par les personnes interviewées dans cette étude et constater que même s'il existe des particularités à la formation française, celle-ci serait aussi malmenante dans d'autres pays. Également, nous pouvons noter que le stress, l'angoisse et anxiété apparaissent à la fois dans les causes et dans les conséquences d'un mal être vécu en formation. Aussi, nous pouvons repérer qu'indépendamment des causes, l'étudiant en soins infirmiers peut se retrouver suffisamment affaibli pour se sentir épuisé. Enfin, aucune de ces recherches n'envisage la présence ou la réactivation d'un traumatisme, mais les symptômes de stress post-traumatique apparaissent en filigrane entre l'angoisse, les décompensations psychopathologiques ou encore par l'expression de cauchemars. À travers cet entrecroisement de signes cliniques, à la fois au sein des causes et des conséquences, qui rapproche le sentiment d'épuisement professionnel et le vécu de syndrome post-traumatique, nous avons approfondi nos recherches pour vérifier les liens entre vulnérabilité, *burnout* et stress post-traumatique.

4.2.3 Les liens entre la vulnérabilité, le *burnout* et le stress post-traumatique

Dans notre étude, nous avons mis en évidence que la vulnérabilité liée à des facteurs personnels ou environnementaux pouvait affaiblir suffisamment l'individu pour

qu'il témoigne de sa vulnérabilisation par l'expression de psychopathologies. Le sujet soumis à un contexte délétère peut également voir son système de défense amoindri et se retrouver menacé par l'effraction traumatique. La personne fragilisée par ce contexte manifesterait alors des symptômes de stress post-traumatique. Par ailleurs, au regard des diverses recherches internationales sur le sujet du *burnout* des étudiants, nous avons vu que les causes et les conséquences sont parfois les mêmes comme si la personne vulnérabilisée était prise dans une spirale l'amenant à être de plus en plus mal moralement et physiquement.

Boudoukha (2016) explique les liens entre vulnérabilité, *burnout* et stress post-traumatique de la manière suivante. Selon ses recherches, le *burnout* peut être considéré comme la conséquence d'une vulnérabilisation du sujet. Mais il peut aussi être envisagé comme un facteur de vulnérabilité pour le déclenchement d'un événement traumatogène. L'épuisement professionnel vécu par la personne « augmente la probabilité d'être agressée et que le retentissement de cette agression ait lieu chez une personne fragilisée par le *burnout*. En retour, le traumatisme psychologique pourrait agir dans le maintien du *burnout* pathologique […] Les sujets présentent alors un trouble conjoint de *burnout* et ce stress post-traumatique » (Boudoukha, 2016, p 145).

4.3 Les caractéristiques des tuteurs de résilience

4.3.1 Le triangle fondateur de la résilience

Lors de l'étude des données recueillies sur le terrain, nous avons appuyé notre analyse sur les caractéristiques des tuteurs de résilience telles que Lecomte (2005) les a formulées. Nous pouvons également discuter de ces résultats en référence de ce que cet auteur a appelé le « triangle fondateur de la résilience ». Nous n'avions pas tenu compte de ce paradigme dans la revue de littérature, car il s'agissait d'enfants pour l'auteur et que notre étude concerne des adultes. Néanmoins, cette analyse se transpose bien aux données recueillies lors de notre recherche. En effet, dans le cadre de la rencontre entre un tuteur potentiel et le sujet vulnérabilisé, ce triangle est composé du « lien » et de « la loi » qui est établie par le tuteur (un adulte chez Lecomte) et du « sens » qui est créé par la personne en souffrance (un enfant pour cet auteur). Tous les étudiants ou les professionnels qui ont parlé d'élèves affaiblis s'accordent à dire que la relation à l'autre les a aidés à se reconstruire ou à se protéger de la réalité lorsqu'elle les a agressés. Par exemple, Sophie, ESI, a expliqué que la relation de soin l'a aidé à surmonter un encadrement maltraitant.

Marine et Latifa ont expliqué que c'était la relation bienveillante avec leur tuteur infirmier du jour, ou le contact avec une formatrice qui a su mettre des mots sur leur souffrance, qui leur a permis de se ressaisir.

Également, la loi est apparue pratiquement à chaque situation de vulnérabilité exposée. Par exemple, Manon explique que le jugement au tribunal de son agresseur en stage l'a aidée à être reconnue comme victime et lui a permise de se reconstruire. Tous les formateurs ou directeurs ont donné des exemples où le recours aux principes éthiques et à la déontologie a incité les étudiants ayant vu de la maltraitance par exemple, à se sentir reconnus dans le fait qu'ils aient été bousculés par les situations. Elle a favorisé le fait de rester ancrés dans une réalité bienveillante lorsque celle qui les a choqués les a plongés dans la souffrance de la maltraitance.

Enfin, tous les exemples montrent que le maillage de tuteurs potentiels de résilience, composé par les personnes formant le dispositif d'apprentissage, permet aux étudiants de créer du sens. Par exemple, les cours dispensés par les formateurs donnent un contenu théorique qui les aide à comprendre ce qu'ils ont ressenti. En analyse de la pratique, le cadre pédagogique amène des savoirs pour apporter des explications au vécu exprimé lors de l'exposé des cas cliniques par les élèves. Également, les infirmiers ou les cadres de santé/maîtres de stage aident à intellectualiser les situations de soins. Les étudiants interrogés dans cette recherche rapportent que ce lien a été important pour comprendre et rebondir.

4.3.2 Les caractéristiques des tuteurs au-delà de Lecomte

Les recherches de Lecomte (2005) ont permis d'établir une liste de caractéristiques que nous pouvons retrouver chez les tuteurs de résilience des étudiants infirmiers vulnérabilisés : « Ils manifestent de l'empathie et de l'affection, ils s'intéressent prioritairement aux côtés positifs de la personne, ils laissent à l'autre la liberté de parler ou de se taire, ils ne se découragent pas face aux échecs apparents, ils respectent le parcours de résilience d'autrui, ils facilitent l'estime de soi d'autrui, ils évitent les gentilles phrases qui font mal ». Certaines caractéristiques sont confirmées par la recherche en étant communes aux tuteurs décrits par Lecomte. Nous retrouvons : « Ils témoignent de la bienveillance et de l'empathie » ; « Ils laissent la liberté de venir parler » ; « Ils cherchent à dégager le positif dans les situations douloureuses » ; « Ils évitent les gentilles phrases qui font mal » ; « Ils s'attachent à maintenir un cadre limitant et bienveillant ». Ce cadre limitant et bienveillant se rapproche de ce que Lecomte entend

par « fournir des repères » et la « loi » garantie par l'encadrement des étudiants infirmiers comme nous venons de le voir. En conclusion sur ce que notre enquête a confirmé des recherches précédentes de Lecomte (2005), nous pouvons à l'instar de celui-ci, faire référence à Petitclerc (2000, p47) : « tout l'art éducatif repose sur cette conjugaison de l'amour et de la loi ». Tout l'encadrement des étudiants potentiellement tuteurs de résilience associent très fortement des compétences relationnelles les amenant à témoigner beaucoup de bienveillance tout en garantissant un cadre rassurant et structurant.

Néanmoins, à partir de l'analyse de cette recherche, nous avons dû prendre un peu de distance avec le référentiel de Lecomte. Bien que celui-ci ait fait partie d'un repère nous ayant conduit vers une première interprétation des données recueillies à ce sujet, nous avons vu rapidement que certaines caractéristiques étaient à reformuler, approfondir voire certaines semblent très spécifiques à la formation. La première qui est singulière aux tuteurs des études en soins infirmiers nous permet de discuter de l'empathie et de la bienveillance transmises aux étudiants. En effet, nous pouvons dire qu'il s'agirait plus d'une manifestation de compassion. Selon la définition de Rogers (2005), « être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du "comme si" ». En d'autres termes, le tuteur qui manifeste de l'empathie peut imaginer ce que vit l'étudiant, mais ne le vit pas. Or, à propos du concept d'empathie, tous les auteurs ne s'accordent pas sur le ressenti des affects liés à l'empathie. En effet, selon Simon (2009), le terme est nomade et est sujet à la controverse : certains auteurs en font un processus uniquement cognitif qui laisse penser qu'une personne est empathique auprès d'une autre en se représentant ce qu'elle peut vivre : « elle n'est pas une relation affective, mais bien une relation cognitive (qui) n'a pas pour fonction de reconnaître les émotions d'autrui, mais de comprendre l'autre en adoptant son point de vue. » (Jorland, 2006). D'autres comme Rogers nous invitent à penser qu'en se représentant et en faisant preuve de compréhension empathique, la personne qui fait preuve de relation d'aide peut être conduit à vivre des émotions. Jorland (2006) nous amènerait plutôt à utiliser le terme de sympathie. En effet, il écrit : « la sympathie est le processus inverse : nous partageons les émotions d'autrui et cherchons après coup à en obtenir une représentation. C'est une contagion des émotions ». Ainsi, nous aurions à différencier si l'émotion d'un étudiant a généré de l'émotion chez le tuteur de résilience qui a ensuite fait preuve de compréhension donc de sympathie ou si la compréhension du vécu interne de l'autre a

amené le tuteur à vivre des émotions et à témoigner de l'empathie envers son étudiant vulnérabilisé.

Or, pendant l'analyse, nous avons utilisé le terme de compassion. En effet, les tuteurs de résilience des étudiants infirmiers semblent tous avoir souffert de leur travail de soins lors de leur scolarité ou de leur expérience infirmière. Durant l'encadrement des élèves, quel que soit leur statut (formateur, IDE, directeur...), nombreux nous ont témoigné des éléments nous permettant que les situations vécues par les étudiants infirmiers provoquent un peu plus qu'un transfert d'émotion chez leurs tuteurs. En approfondissant le concept de compassion, Jorland (2006) le définit ainsi : « bien qu'étymologiquement elle traduise littéralement en latin le mot grec "sympathie", de la définir comme un acte dirigé vers autrui, pour lui venir en aide ou se faire l'instrument de son plaisir, induit aussi bien par l'empathie que par la sympathie ». Autrement dit, la compassion serait induite par le phénomène de transfert, lors d'un éprouvé sympathique ou empathique de la part du tuteur. Comme le tuteur de résilience des étudiants infirmiers s'en sert pour leur venir en aide, il témoignerait de compassion. Cette compassion est « une corrélation entre l'empathie ou la sympathie et l'altruisme » (Jorland, 2006). D'après l'analyse des entretiens, nous affirmons que les tuteurs de résilience des ESI font preuve de compassion envers ceux-ci. C'est cette caractéristique que les élèves vont chercher chez les tuteurs. Les étudiants Marine, Manon, Sophie ou encore Martin ont tous confié que c'est l'écoute, la bienveillance, le « cocooning », la reconnaissance de leur souffrance, la bienveillance... que les professionnels leur ont témoignés, qui leur ont permis de rebondir. Les tuteurs, à partir des termes utilisés ou des expériences de souffrance lors du travail de soins nous ont confirmé qu'ils sont particulièrement attentifs à cette dimension. En effet, ils savent ce qu'apprendre à soigner en général peut faire à un étudiant.

Par conséquent, les autres caractéristiques des tuteurs de résilience apparentant au dispositif de formation infirmière gravitent autour de ce témoignage de compassion : « Ils utilisent la pédagogie pour favoriser le processus de mentalisation » ; « ils favorisent la prise d'autonomie » ; « ils ont la volonté de les préparer à une réalité difficile ». En effet, les tuteurs qui font partie du dispositif de formation infirmière favorisent la prise d'autonomie et ont la volonté de les préparer à une réalité difficile. C'est bien parce qu'ils font preuve de compassion qu'ils s'obligent à amener l'étudiant à devenir responsable, autonome donc adulte et professionnel. C'est parce qu'ils savent ce que le travail de soins peut faire émotionnellement à l'étudiant ou au soignant, qu'ils leur apportent des outils, des connaissances pour se défendre ou comprendre les situations hostiles. Ils utilisent la

pédagogie, c'est-à-dire les connaissances théoriques et les différentes médiations pédagogiques, pour amener l'étudiant à comprendre. Ils enclenchent et nourrissent le processus de résilience pour les aider à se reconstruire et trouver des solutions ou des outils pour appréhender un futur travail qui sera de toute façon difficile à l'avenir.

Enfin, l'analyse des entretiens a apporté une dernière caractéristique que nous avons nommée ainsi : « ils savent reconnaître la limite de leur accompagnement ». En effet, nombreux nous ont manifesté qu'ils écoutaient et accueillaient la souffrance des ESI fragilisés. Mais ils avaient la volonté de préciser qu'ils ne se substituaient pas à un psychologue ou un psychiatre. En ce sens, ils ont témoigné de l'importance d'exprimer sa compassion, d'accompagner l'étudiant par une relation d'aide pédagogique. Mais chacun essaie de ne pas entrer dans un accompagnement thérapeutique réservé à des professionnels soignants et non de l'apprentissage. Par conséquent, nous pouvons conclure que cette dernière caractéristique semble primordiale pour argumenter la compassion exprimée dans le cadre de l'accompagnement résilient des élèves infirmiers. En effet, les situations de soins peuvent amener le personnel à souffrir ou venir réactiver des vécus douloureux. L'étudiant, lors de son apprentissage peut être confronté à ce phénomène qu'il doit être en mesure d'identifier et de gérer pour retourner soigner à nouveau. La posture de pédagogue des personnes pouvant être des tuteurs de résilience nous permet d'affirmer qu'il s'agit d'une caractéristique importante pour que les étudiants eux-mêmes repèrent ce qui peut se travailler par le biais de l'apprentissage, et ce qui serait à analyser dans un autre lieu que sur le lieu de travail. En tant que futur professionnel, il s'agit de les inciter à identifier la frontière entre le travail qui permet de comprendre ou se défendre par l'activisme, et celui qui n'aurait pas de limite entre sa propre souffrance et la souffrance des autres, et qui deviendrait alors un terreau fertile à l'épuisement professionnel notamment.

4.4 Des tuteurs choisis ou des professionnels de la résilience ?

Une dimension de l'analyse nous permettrait de discuter la notion de tuteur de résilience. Les professionnels identifiés comme tuteurs de résilience sont-ils des tuteurs choisis par l'étudiant en souffrance ou sont-ils des professionnels qui accompagnent consciemment la résilience des étudiants vulnérabilisés ? L'analyse concernant la compassion témoignée par les tuteurs envers les étudiants nous amène à réfléchir au lien entre la relation pédagogique, celle d'aide pédagogique et l'accompagnement de la résilience. En effet, si les professionnels ont conscience que les souffrances des étudiants

doivent être accueillies, verbalisées et mentalisées, ces professionnels sont-ils encore des tuteurs de résilience qui n'ont pas conscience de l'être ? Ces tuteurs agissent-ils ainsi dans l'éventualité où un ESI ait besoin de se saisir d'une de leurs caractéristiques ? Ou bien, sont-ils déjà des professionnels de la santé mentale qui interviennent pour la résilience des étudiants ? À ce moment-là, quelles sont les séquences pédagogiques qui sont spécialement propices à l'émergence de la résilience ou au processus de celle-ci et sur quels points particuliers les professionnels peuvent agir pour assister la résilience ? Commençons par définir ce qu'est l'accompagnement de la résilience pour ensuite discuter autour de ce questionnement.

4.4.1 La résilience naturelle et l'accompagnement de la résilience

Selon Ionescu (2011), « la résilience caractérise une personne ayant vécu ou vivant un événement à caractère traumatisant ou de l'adversité chronique qui fait preuve d'une bonne adaptation » et « la résilience est le résultat d'un processus interactif entre la personne, sa famille et son environnement ». Cette résilience se met en place de manière « naturelle » grâce aux caractéristiques individuelles et par le moyen des échanges entre personne. Or, les connaissances des processus, des facteurs de protection et des mécanismes de défense par exemple, favoriseraient l'assistance de la résilience (Ionsecu, 2011). Anaut (2015b) préfère utiliser le terme plus approprié de promotion ou d'accompagnement de celle-ci. Ces conduites qui encouragent la résilience permettraient d'intervenir sur les forces et non plus d'envisager les actions pour solutionner ou soigner les dysfonctionnements. Ionescu invite les professionnels à « mettre en évidence et développer les potentialités des personnes dites à risque ». Ces actions se situeraient dans le cadre de la prévention primaire afin de prévenir les troubles, de la prévention secondaire dès l'apparition de premiers symptômes de troubles, et de la prévention tertiaire pour éviter l'aggravation ou la réapparition de troubles. Elle n'est pas envisagée pour agir directement sur les maux une fois qu'ils sont installés comme dans le soin psychique. Anaut (2015b, p 149) récapitule les leviers d'interventions des prises en charge psychologiques et des accompagnements éducatifs qui encouragent le développement de ressources résilientes chez l'individu :

L'estime de soi ;
La confiance, l'optimisme et le sentiment d'espoir ;
L'autonomie et l'indépendance (capacité d'exercer un effort, de satisfaire ses propres besoins) ;
L'endurance et la capacité à combattre le stress ;
Les relations sociales existantes même précaires (des sujets asociaux

développent une forme de sociabilité avec leurs pairs)
La capacité d'expérimenter une gamme d'émotion variée ;
Des attitudes positives permettant de faire face à des problèmes et de les résoudre, de prévoir les conséquences ;
L'élaboration de la culpabilité et de la honte : notamment pour les victimes d'abus et de violence intrafamiliales et les survivants de situations extrêmes…

Cette réflexion sur une résilience naturelle, et une autre parfois guidée ou soutenue, est proche de ce que les personnes interrogées durant l'enquête précisaient : ils ne font pas du soin auprès des étudiants infirmiers, ils tentent de les préparer à affronter l'adversité et ils accompagnent le processus de mentalisation via les connaissances théoriques... En effet, si lors de nos entretiens, les pédagogues encadrants les étudiants ont toujours précisé qu'ils passaient « le relais aux professionnels de la psy » (Dominique, directeur) ou qu'ils n'étaient « pas soignants de leurs étudiants » (Patricia, formatrice), ils sembleraient qu'ils se situent sans même l'avoir intellectualisé ainsi, dans le cadre de l'accompagnement de la résilience.

4.4.2 Tuteurs ou accompagnateurs de résilience ?

Les tuteurs de résilience sont choisis par la personne en souffrance. Ils ne paraissent pas savoir qu'ils le sont ou l'ont été. Néanmoins, lors de l'enquête, les tuteurs des étudiants infirmiers ont vécu l'adversité et ont conscience d'agir pour les protéger ou de vouloir leur donner les moyens pour affronter et surmonter les difficultés. Soignants ou anciens infirmiers, ils sont tous des professionnels de la relation d'aide. Leur approche de la formation infirmière en fait inconsciemment des tuteurs de résilience qui semblent intervenir parfois de plein gré pour accompagner et rendre plus fort les étudiants infirmiers confrontés à l'adversité.

En effet, nous pouvons voir que les tuteurs de résilience identifiés dans ce travail n'ont pas à l'esprit d'agir pour la résilience des étudiants, mais ils l'accompagnent au quotidien lors de leur encadrement. Par exemple, nous avons mis en évidence qu'une de leurs caractéristiques était qu'ils utilisent la pédagogie pour favoriser le processus de mentalisation et pour aider l'ESI vulnérabilisé à trouver des outils pour se protéger et gérer de nouvelles situations difficiles. Également, tous les professionnels interrogés ont le souci d'inviter les étudiants à penser à protéger leur santé de manière primaire, secondaire ou tertiaire. Nous pouvons reprendre le cas de Latifa (ESI) qui, hypervulnérabilisée par l'histoire de l'arrêt cardiaque de sa patiente en coronarographie,

a été invitée en même temps par son tuteur, la cadre/maître de stage et sa cadre de santé formatrice à se mettre en arrêt de travail pour la fin de son stage afin de se reposer, car elle était épuisée.

De plus, nous avons souligné que les tuteurs de résilience des ESI agissaient délibérément pour apporter une vision positive aux épreuves qu'ils rencontrent et aidaient les élèves à trouver et à s'apercevoir de leurs ressources pour faire face aux difficultés. Nous pouvons reprendre l'exemple de Fatia, infirmière, qui accompagne volontairement chaque étudiant vulnérabilisé par les soins palliatifs, à identifier chaque dimension positive dans les actes et à agir dans cette perspective : la toilette pour le confort de la personne mourante, la douceur pour le bien-être, etc.

En outre, nous avons pouvons repérer que les professionnels encadrant les étudiants sont attentifs à adapter les parcours d'apprentissage lorsque le contexte fragilise leurs capacités de réflexion. Par exemple, les directeurs Dominique et Marie-Françoise veillent à ce que le regard des formateurs de leur équipe favorise le postulat d'éducabilité. Les infirmiers également constatent parfois un mal-être chez un étudiant. Ils modifient immédiatement les parcours de stage. Par exemple, Maeva les change de la réanimation pour une poursuite de stage en soins continus où les situations sont moins complexes à gérer. Ces professionnels agissent délibérément pour veiller à la croissance de leurs élèves.

Par conséquent, la limite entre être un tuteur de résilience ou un accompagnateur de celle-ci résiderait dans le fait que les premiers aient pris conscience de leur rôle d'aide et qu'ils agissent volontairement pour la résilience des étudiants même s'ils n'utilisent pas directement ce terme. Dans le cadre de la formation infirmière, nous avons identifié des interventions pédagogiques spécifiques qui mettent particulièrement le professionnel dans un rôle de tuteur voire d'accompagnateur de la résilience de l'étudiant en cas de situations délétères.

4.4.3 Le suivi pédagogique

D'une manière assez spécifique comparée à d'autres formations universitaires, le suivi pédagogique apparaît clairement comme une recommandation du référentiel de formation de 2009. Le suivi est noté ainsi :

> *— art 59 : le formateur responsable du suivi pédagogique présente à la commission d'attribution des crédits les résultats des étudiants afin que celle-ci se prononce sur l'attribution des crédits européens et sur la poursuite du parcours de l'étudiant. Lors du dernier semestre, les résultats sont présentés*

devant le jury d'attribution du diplôme.

– Annexe III : Lors de l'évaluation des compétences en stage : chaque semestre, le formateur de l'IFSI responsable du suivi pédagogique de l'étudiant fait le bilan des acquisitions avec celui-ci. Il conseille l'étudiant et le guide pour la suite de son parcours. Il peut être amené à modifier le parcours de stage au vu des éléments contenus dans le portfolio.

– Annexe VI : utilisation d'un portfolio, outil qui permet au formateur responsable du suivi pédagogique, d'effectuer un bilan de fin de formation avant de passer devant le jury final

Dossier d'évaluation continue de la formation : la feuille de synthèse des acquisitions des compétences en stage est remise au formateur responsable du suivi pédagogique de l'étudiant qui fait une synthèse des acquisitions. Cette feuille est ensuite soumise à la commission d'attribution des crédits.

Nous pouvons conclure après lecture de ce programme que de manière commune à tous les IFSI, le suivi pédagogique doit s'organiser formellement au moins deux fois par an chaque semestre. Il met en relation d'apprentissage un cadre de santé qui est le référent de l'étudiant pour un an. Ce suivi doit favoriser le bilan des acquisitions de connaissances et de compétences. La relation pédagogique étudiant/cadre de santé formateur doit permettre de conseiller et guider l'ESI pour la suite de son parcours.

Le suivi pédagogique est prescrit sur certains points par le référentiel et met en relation un étudiant avec un cadre de santé formateur. La relation pédagogique créée est alors singulière, car elle varie d'un apprenant et d'un formateur à l'autre. Resweber (2011) schématise cette relation au carrefour de « trois pôles » : « réciprocité », « tiers » et « partenaire d'une rencontre ». La « réciprocité » fait référence aux phénomènes psychologiques déjà décrits précédemment comme le transfert ou la projection. Le pédagogue influence donc l'élève et vice-versa. Elle signifie également que les uns apprennent des autres en permanence. Le maître est aussi un « tiers ». Il incarne ce qu'il transmet. Il est le porte-parole du savoir théorique qu'il apporte. Le « juste travail pédagogique » est de mettre à distance ce savoir et de se situer à côté de celui-ci. Le pédagogue est également le « partenaire d'une rencontre ». Il accompagne l'apprenant. Lors des échanges avec celui-ci, il repère son fonctionnement et ses besoins pour l'amener vers celui qu'il va devenir. Reswerber (2011) évoque d'une posture au carrefour de la stratégie de « l'obédience » de Rogers et le transfert cognitif de Piaget. La première permet au formateur de se servir du transfert affectif du thérapeute afin de libérer l'esprit de l'élève pour apprendre. La seconde le place au niveau du transfert cognitif dans une logique de transfert de compétence. La relation pédagogique pour un enseignant ou un formateur se situe « au carrefour » de ces deux stratégies.

Ainsi, ce suivi va bien au-delà de la transmission de savoirs ou de l'évaluation de

celui-ci. Il s'agit bien d'un travail relationnel. Ce lien a été mis en évidence par tous les formateurs, étudiants, cadres d'unité, infirmiers et directeurs comme essentielle pour le bien-être en formation de l'étudiant. À l'inverse, lorsqu'elle est « malade » ou « absente » comme nous l'a suggéré Dominique (directeur) elle peut être très déstructurante pour l'étudiant.

Le suivi pédagogique en stage apparaît également dans le référentiel de formation. Celui-ci organise le stage en nommant le cadre de santé référent d'unité comme le maître de stage, l'infirmier (-ière) référent comme le tuteur, et les autres infirmiers ou aides-soignants comme les professionnels de proximité. En même temps, le formateur référent reste responsable du suivi sur le terrain et de la collecte des informations pour l'évaluation de celui-ci. Nous voyons par cette organisation que l'étudiant apprend auprès de ses pairs et est apprécié par ceux-ci. Ces professionnels constituent un réseau qui offre tout un dispositif de personne que nous avons identifié comme de potentiels tuteurs. Non seulement ils sont là pour l'aspect pédagogique de l'enseignement, mais nous avons vu qu'ils sont soucieux de leur organiser un parcours de stage progressif, de l'adapter selon les besoins, de veiller à ne pas les mettre en difficulté trop brutalement lors de situations douloureuses. Ils garantissent également l'écoute de leurs angoisses et aident à faire des liens avec la théorie pour activer le processus de mentalisation. Bref, le suivi pédagogique en stage est réalisé par de multiples personnes et comporte une dimension psychologique importante comme la relation d'apprentissage en IFSI. Tous les tuteurs interrogés dans cette étude ont conscience de cette forte dimension.

De manière générale, ce suivi apparaît alors comme un moment accompagnant la résilience sur plusieurs points : il permet l'expression du vécu et de porter de l'intérêt au bien-être des élèves ; il peut favoriser la compréhension des cas difficiles et aider au processus de mentalisation ; il peut servir à verbaliser des situations ardues et engendrer la recherche de solutions aux problèmes ; il convie à mettre en lumière les points forts de l'ESI et ses compétences pour l'inciter à trouver le projet professionnel le plus épanouissant pour lui.

Ce qui apparaît clairement dans cette recherche, c'est la compassion des professionnels durant l'encadrement des étudiants et l'intérêt pour leur bien-être qu'ils leur portent. Au-delà d'être de simples référents de suivi pédagogique en IFSI ou en stage, les soignants et les enseignants ont la volonté d'étayer, protéger et faire croître le potentiel des étudiants. Notre étude montre que les tuteurs interrogés ont les caractéristiques dont les élèves en ont besoin pour tisser leur résilience. Mais en majorité, dès qu'ils en ont le temps ou lors de suivis pédagogiques formalisés comme le bilan de mi-stage ou le rendez-

vous de suivi semestriel, les professionnels d'encadrement agissent en utilisant des méthodes relationnelles et pédagogiques qui accompagnent la résilience des étudiants vulnérabilisés. En effet, il s'agirait bien de promotion de la résilience, car, dans le cas d'étudiants fragilisés, les techniques psychologiques mises en place par ces professionnels de la relation d'aide permettent entre autres de se centrer sur la compréhension des problèmes et de trouver des solutions d'adaptation, de mobiliser le réseau de soutien en formation et à l'extérieur de celle-ci pour aider l'étudiant en difficulté. Les temps de suivi pédagogique sont également des moments de conseils envers l'étudiant pour qu'il prenne soin de sa santé. Pour reprendre les paroles de Catherine formatrice, l'attitude et les mots des professionnels disent aux ESI « pour bien s'occuper des autres, il faut prendre soin de soi ».

4.4.4 L'analyse de pratique professionnelle

Dans le même ordre d'idée, les étudiants et les formateurs interrogés dans cette enquête soulignent tous le rôle important de l'analyse de la pratique professionnelle dans le processus de mentalisation et dans sa dimension relationnelle étayante. Ces APP sont à la fois des séquences pédagogiques à l'oral et des rédactions écrites qui servent d'évaluation. Avant d'établir son lien avec la résilience, voyons comment elle apparaît dans le référentiel de formation infirmière et quels sont ses objectifs pédagogiques et en quoi ces séquences pédagogiques comportent une forte dimension psychologique.

Dans le référentiel de formation infirmière de 2009, il est écrit que l'analyse sert à valider le stage. L'étudiant doit en rédiger deux par période d'apprentissage sur le terrain et les inclure dans son portfolio afin d'obtenir les European Credit Transfert System (ECTS) de stage. C'est aussi un principe pédagogique qui permet de développer des compétences. En effet, l'étudiant peut « comprendre », « agir », « transférer » et ainsi effectuer un « va-et-vient » permanent entre les situations vécues en stage, ses conceptions et la théorie. Ce principe s'appuie lui-même sur une posture décrite comme réflexive et des modalités pédagogiques qui relèvent d'une pédagogie différenciée. L'APP est à la fois une médiation pour l'apprentissage et un outil d'évaluation du stage. Également, le programme précise que « pendant la durée des stages, le formateur de l'IFSI référent du stage, organise […] des regroupements des étudiants d'un ou de quelques jours. Ces regroupements entre les étudiants, les formateurs et les professionnels permettent de réaliser des analyses de la pratique professionnelle ». L'APP est donc prescrite par le référentiel, mais ils n'indiquent pas aux IFSI une méthode à suivre, un

déroulement, ni même qui va animer la séance d'APP. Malgré des marches à suivre qui différencient d'un IFSI à l'autre pour analyser la pratique, les étudiants ont toujours un temps à l'oral où il rencontre un formateur ou un psychologue et où il a l'opportunité de partager autour des situations. Il y a aussi à chaque fois la formalisation d'un écrit à rendre au cadre formateur référent. Malgré ces différences de modalité d'application des APP, les objectifs de ces séquences d'apprentissage sont les mêmes et mettent en jeu des processus pédagogiques et psychologiques.

Concernant la définition de l'APP, face aux nombres de conceptions, méthodes et significations, nous pouvons retenir celle de Blanchard-Laville et Fablet (2000) qui permet de synthétiser ce qu'est l'analyse de la pratique professionnelle en évoquant ses grands principes :

> *Il s'agit d'activités qui : – sont organisées dans un cadre institué de formation professionnelle, initiale ou continue, — concernent notamment les professionnels qui exercent des métiers (formateurs, enseignants, travailleurs sociaux, psychologues, thérapeutes, médecins, responsables de ressources humaines...) ou des fonctions comportant des dimensions relationnelles importantes dans des champs diversifiés (de l'éducation, du social, de l'entreprise...). D'autres dimensions paraissent caractériser l'Analyse des Pratiques Professionnelles : les sujets participant à un dispositif de ce type sont invités à s'impliquer dans l'analyse, c'est-à-dire à travailler à la co-construction du sens de leurs pratiques et/ou à l'amélioration des techniques professionnelles. Cette élaboration en situation interindividuelle, le plus souvent groupale, s'inscrit dans une certaine durée et nécessite la présence d'un animateur, en général professionnel lui-même dans le domaine des pratiques analysées, garant du dispositif, en lien avec des références théoriques affirmées.*

Les objectifs de l'APP sont multiples. D'abord, l'APP permet une « prise de conscience » par un « retour réfléchissant » (Vermersch, 2011). En effet, mettre des mots et détailler ses actions favorisent une première prise de distance avec ses conduites quotidiennes. Ce retour sera d'autant plus réfléchissant si l'analyse est effectuée en groupe. L'acteur peut bénéficier au sein de ces collectifs de la « richesse de l'interaction et de l'hétérogénéité » (Robo, 2005). Son analyse peut s'enrichir du croisement de points de vue et de vécus différents. Nous pouvons alors voir l'intérêt d'utiliser l'APP en formation infirmière. Outre l'apprentissage issu des savoirs pratiques, l'étudiant infirmier apprend dans ces groupes, à coopérer et à s'enrichir du collectif. Le professionnel infirmier est toujours un acteur travaillant en équipe, en réseau ou de toute manière en relation avec un patient. L'APP constitue un double apprentissage : les savoirs d'actions et le travail en équipe.

Par ailleurs, Fablet (2004) met en évidence l'intérêt personnel pour le praticien

d'analyser sa pratique professionnelle. D'abord, cet auteur parle d'un avantage d'un point de vue de l'identité professionnelle : le travail en APP « vise essentiellement l'évolution de l'identité professionnelle des praticiens dans ses composantes : renforcer les compétences requises dans les activités professionnelles exercées, accroître le degré d'expertise… » Mais aussi, il affirme qu'importe la méthode d'analyse, type Balint ou autre, les groupes d'APP « relèvent d'activités de formation ayant pour visée essentielle le changement des personnes : remaniements identitaires en formation continue, sensibilisation en formation initiale ». Il ajoute même l'intérêt dans sa dimension sentimentale qu'aura la « "mise en mots" des émotions et affects liés aux interactions en contexte professionnel » (Fablet, 2004). Ces affirmations nous montrent qu'utiliser l'analyse de pratique a forcément un impact pour le développement de l'identité personnelle en plus de celle professionnelle. Si nous reprenons le développement de l'identité que nous pouvons retrouver dans les écrits d'Erikson (1972), l'analyse de pratique en groupe crée une situation privilégiée pour son cheminement personnel et professionnel. Perrenoud (2012) soutient également l'idée de l'impact de l'APP sur l'individu en d'autres termes. Cet impact est d'autant plus fort que les mécanismes en jeu durant une séance d'APP sont ceux expliqués par la psychanalyse :

> *Dans tous les cas, travailler sur l'écart entre ce qu'on fait et ce qu'on voudrait faire, c'est au bout du compte avancer sur soi, que ce soit pour accroître sa performance ou pour transformer un rapport malheureux ou maladroit au monde et aux autres. Travailler sur soi peut se comprendre dans le sens psychanalytique, ce qui inviterait à aller chercher dans l'enfance et l'inconscient des choses profondément et activement refoulées. Ce modèle est à l'évidence pertinent pour certains aspects des métiers de l'humain. [...] Travailler sur soi peut également s'entendre en un sens moins « Freudien », pour désigner une activité de prise de conscience et de transformation de l'habitus qui, sans être anodine, ne mobilise pas nécessairement d'aussi forts mécanismes de défense que l'analyse freudienne de l'inconscient.*

Dans le cadre de la résilience et comme nous l'a confirmé l'enquête, l'APP permet un retour du collectif et donc une prise de conscience de certaines actions ou réactions mises en place par l'individu. Par exemple durant l'entretien de Catherine, l'ESI d'origine étrangère semble être entrée en résilience lors du retour réfléchissant du collectif d'étudiants formant le groupe d'APP. Aussi, l'APP est un support d'apprentissage qui permet d'activer le processus de mentalisation. Le fait de partager entre pairs active certains mécanismes de défense comme l'affiliation ou l'intellectualisation par exemple. La recherche de solution à un problème qui peut se répéter incite l'étudiant à trouver des ressources pour affronter à nouveau l'adversité lorsqu'il s'agit d'un problème relationnel.

La relation pédagogique semble elle aussi favoriser le processus de résilience parce que l'élève se sent reconnu dans ses difficultés et étayé. Cette relation permet également de renvoyer à l'étudiant qu'il est capable de trouver des solutions à ses problèmes en partageant avec ses pairs et en cherchant dans la théorie. Les groupes d'APP ont été cités par quasiment tous les participants à l'enquête comme un moment essentiel où se transmettaient des émotions, mais aussi qui permettaient aux étudiants de repartir plus forts. Ainsi, pendant l'APP en groupe ou lors de la rédaction écrite, la prise de recul sur ses affects est favorisée et le mécanisme défense qu'est la sublimation est mis en travail. Comme ces temps pédagogiques jouent le rôle de soutien, permettent de mentaliser et de témoigner d'écoute, d'empathie ou de compassion entre autres, l'APP intervient dans le processus de résilience d'un point de vue externe et les formateurs ou psychologues animant ces séances ont la possibilité d'accompagner la résilience des étudiants vulnérabilisés.

4.4.5 La résilience en formation et la formation pour la résilience

Pour conclure cette discussion, nous sommes parvenus à montrer le rôle de l'école et de ses acteurs, c'est-à-dire les professionnels et les camarades qui entourent l'étudiant fragilisé et qui l'aident à surmonter les obstacles. Dans le contexte de la formation infirmière, notre discussion autour de la notion de tuteur ou d'accompagnateurs de résilience s'inscrit dans le cadre du rôle de la scolarité dans le processus de résilience d'un individu. Les recherches précédentes ont montré que l'école de manière générale pouvait d'une part aider l'individu à se saisir de ce dont il a besoin durant sa scolarité pour surmonter un contexte délétère (Bouteyre, 2008 ; Ionescu, Jourdan-Ionescu, 2011). Elles ont montré d'autre part, par rapport à certaines actions des éducateurs, que de mettre en place des conduites développant des forces de l'individu et ses facteurs de protection permettait d'accompagner la résilience (Ionescu 2011 ; Anaut, 2015b). La réflexion que nous avons engagée dans le cadre de la formation infirmière autour des tuteurs de résilience s'inscrit également dans ces deux approches de la résilience en formation. D'un côté, l'apprentissage des soins infirmiers favorise la résilience en situation scolaire. D'un autre côté, certains professionnels, en faisant preuve de compassion et par un soutien proche de la relation d'aide, agissent et éduquent l'étudiant pour qu'il développe des forces et des facteurs de protection incitant à l'accroissement des compétences de résilience dans des situations d'adversité à venir.

Conclusion et perspectives de recherche

Notre thèse a été initiée par deux types d'informations. Les premières ont été d'ordre subjectif, car elles étaient fondées sur notre observation de la réalité de la formation infirmière du point de vue de notre métier de cadre de santé pédagogique. Les secondes se sont basées sur une recherche dans les publications sur ce thème. Grâce à ces lectures, nous avons examiné en détail des enquêtes parues sur le sujet du vécu en formation des étudiants infirmiers. Les informations apportées par cette analyse des écrits, a enrichi nos constats par les faits suivants : les ESI ressentent en majorité du stress durant leur scolarité, celui-ci en conduit un peu moins de 1/4 à l'épuisement professionnel et parfois les amène à l'abandon de leurs études. En même temps, d'autres chiffres nous ont laissé supposer que la majorité d'entre eux, environ 80 % (Castéran-Sacreste, 2016), mettent en place des processus résilients durant la formation pour parvenir à achever leur scolarité en dépit d'un contexte d'apprentissage parfois délétère.

Après une revue approfondie des publications au sujet de l'enseignement des soins infirmiers, de la vulnérabilité et de la résilience, nous avons émis des hypothèses de recherche centrées autour de la problématique suivante : **dans quelle mesure les professionnels appartenant au dispositif d'apprentissage dans les IFSI peuvent-ils constituer un maillage de tuteurs de résilience pour les ESI vulnérabilisés afin de se reconstruire et d'achever leurs études ?** Ces hypothèses ont été en majorité confirmées par l'analyse thématique des 30 entretiens semi-directifs réalisés. Premièrement, si tous les étudiants ne sont pas intrinsèquement vulnérables, nous avons repéré qu'ils présentent des facteurs personnels de fragilité communs. Il s'agit des enjeux liés à la jeunesse ou ceux de la formation à l'âge adulte par exemple. Également, l'apprentissage de la relation de soins les affaiblit. Il faut qu'ils se confrontent à la mesure difficile de l'écart entre leurs idéaux et la réalité. Ils doivent apprendre à adapter leur posture professionnelle en gérant la distance relationnelle lorsque les phénomènes émotionnels comme le transfert/contre-transfert, l'identification ou la projection viennent les déstabiliser. Certains contextes de souffrance comme les soins palliatifs ou lors de violence de patients font particulièrement écho en eux et peuvent les affaiblir personnellement. Deuxièmement, en plus de facteurs personnels de vulnérabilité, ces élèves peuvent être fragilisés par l'environnement d'apprentissage en IFSI ou en stage. En effet, les enseignements à propos du cancer ou des soins palliatifs ont été cités comme des temps d'apprentissage au fort retentissement émotionnel lorsque les étudiants sont confrontés à cela dans leur vie personnelle. En outre, les équipes qui les encadrent sur le terrain témoignent de signes de souffrance au

travail et elles reportent parfois leur mal-être sur les étudiants. Ceux-ci peuvent être pris pour des boucs émissaires, ne pas se sentir épaulés ou être ignorés par exemple. Troisièmement, ils manifestent des symptômes exprimant leur vulnérabilité ou un SSPT allant du simple mal-être au *burnout*. Les principaux signes cliniques qui ont été extraits des témoignages sont : les pleurs, un sentiment de malaise, de la culpabilité, du stress, de l'anxiété voire de l'angoisse, une perte de confiance en soi ou en l'avenir, de la colère, une pensée figée, des troubles du sommeil, des désordres psychologiques comme une dépression, parfois des cauchemars ou des reviviscences. Tous ces symptômes les conduisent à ressentir une grande fatigue les obligeant parfois à s'arrêter de travailler. Quatrièmement, la formation leur permet néanmoins de mobiliser des facteurs de protection environnementaux spécifiques tels que l'apprentissage ou le partage entre pairs, et des mécanismes de défense favorisant la protection et l'élaboration, dans le cadre d'un processus de résilience tels que l'altruisme durant les soins, l'activisme en se plongeant dans le travail intellectuel et d'apprentissage pratique, l'affiliation grâce à tous les travaux de groupe et à l'empathie de certains soignants, cadres, directeurs ou formateurs. Cinquièmement, nous avons identifié un réseau de professionnels et d'étudiants qui forment un maillage de tuteurs de résilience dont les étudiants peuvent se saisir en cas de souffrances psychologiques.

L'analyse nous a permis d'apprendre de nouvelles connaissances et de les discuter en fin de recherche. D'abord, nous avons identifié que le contexte d'apprentissage des soins infirmiers pouvaient vulnérabiliser les ESI quelle que soit leurs pays de provenance. De plus, au-delà de s'appuyer sur les caractéristiques des tuteurs de résilience identifiés dans le dispositif de formation infirmière, deux séquences d'apprentissage sont particulièrement apparues comme des moments où l'étudiant fragilisé pouvait entrer en résilience et reprendre son éducation. Le suivi pédagogique individuel en stage ou en IFSI et les séances d'APP sont des médiations où les facteurs de protections sont à l'œuvre grâce à la compassion témoignée par les pédagogues ou par les groupes d'étudiants. Les mécanismes de défense comme l'affiliation ou l'intellectualisation sont particulièrement activés à ces instants-là et permettent aux apprenants vulnérabilisés d'accéder au processus de mentalisation. En outre, nous avons approfondi notre réflexion autour de la compassion qui semble être la caractéristique principale des tuteurs de résilience des ESI. Les professionnels s'en servent pour protéger et pour donner les moyens d'affronter une réalité de travail difficile. Le fait que ces tuteurs agissent volontairement dans ces objectifs nous a permis de supposer qu'ils professionnalisent leurs compétences pédagogiques pour accompagner la résilience des étudiants.

Les limites de cette thèse inhérentes à la méthodologie utilisée nous amènent aujourd'hui à considérer d'autres perspectives de recherche. Premièrement, concernant les facteurs personnels de vulnérabilité et de protection individuels lors de la résilience, nous avons fait des constats chez quelques ESI qui étaient déjà identifiés comme ayant vécu des fragilisations durant la formation et qui avaient réussi à continuer tout de même leurs études. Nous envisagerions de vérifier ce phénomène de vulnérabilisation en formation infirmière en étudiant de plus grand groupe d'apprenants et sans prédéterminer à l'avance s'ils ont déjà été vulnérabilisés ou non. Nous pourrions utiliser des instruments de mesure précédemment validés et testés comme le *Malash Burnout Inventory* pour la vulnérabilité, l'échelle de Wagnild et Young pour évaluer le processus de résilience. Deuxièmement, dans le cadre d'une recherche en éducation comparée, une enquête dans différents pays pourrait permettre de mettre en parallèle le poids que les conjonctures nationales ont dans la vulnérabilisation des ESI, et de confirmer que c'est plutôt ce type d'étude et ses enjeux (responsabilités, relation d'aide, travail d'équipe, etc.) qui fragilisent l'ESI au-delà des contextes d'apprentissage inhérents à chaque pays. Enfin, dans le cadre d'une recherche plus professionnelle et probablement expérimentale, ayant identifié que les collectifs pédagogiques se situaient sans même le savoir souvent dans l'accompagnement de la résilience, une étude avant/après une formation à la résilience des pédagogues pourrait permettre d'évaluer l'impact de l'accompagnement à la résilience des ESI en terme, non pas d'interruptions et abandons de formation, mais plutôt concernant la promotion d'un sentiment de bien-être en formation.

Cette thèse contribue à continuer le développement des connaissances sur le sujet de la résilience. Les savoirs sur ce concept et ses applications pratiques n'en sont encore qu'à leurs débuts. Dans le champ de la formation infirmière, l'approche par la résilience nous laisse l'opportunité d'approfondir d'autres dimensions de la pédagogie pour améliorer les conditions d'apprentissage de ces futurs soignants. Bien que cet apprentissage puisse vulnérabiliser les étudiants, il permet aussi à ces élèves de tirer des enseignements de leurs souffrances et de transformer les affects négatifs en compétence pour affronter l'adversité. En effet, il favorise entre autres la mise en travail inconsciente des mécanismes de défense et de facteurs de protection. Il permet aux élèves fragilisés de mentaliser autour des vécus douloureux qu'ils ressentent. Ce que nous apprennent les travaux de Ionescu (2011) ou d'Anaut (2015) concernant l'accompagnement de la résilience, est une invitation aux enseignants ou aux formateurs d'agir de manière plus consciente sur les facteurs de résilience des élèves. Avoir une attitude bienveillante et chaleureuse, donner une vision positive aux épreuves rencontrées, favoriser l'entraide et

le soutien des groupes d'élèves, aider à comprendre avec des éléments théoriques ce qui est ressenti par l'étudiant souffrant… sont autant d'éléments qui accompagnent la résilience dans le cadre de l'APP et du suivi pédagogique, et qui peuvent inspirer d'autres conduites pédagogiques. Envisager l'accompagnement de la résilience dans ce contexte invite les pédagogues à repenser la relation d'apprentissage et la manière d'aborder les contenus.

Bibliographie

1. **Alderson, M.** (2004). La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, *29*(1), 243. Disponible sur internet : https://doi.org/10.7202/008833ar

2. **American Psychiatric Association**. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.

3. **Anaut, M.** (2002). Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfance. *Connexions*, *77*(1), 101. Disponible sur internet : https://doi.org/10.3917/cnx.077.0101

4. **Anaut, M.** (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, *82*(3), 4. https://doi.org/10.3917/rsi.082.0004

5. **Anaut, M.** (2006). L'école peut-elle être un facteur de résilience ? *Empan*, (63), 30–39.

6. **Anaut M.** (2012). Résilience affective. Dans Cyrulnik, B., Jorland G. (dir.), *Résilience: connaissances de base*. pp 7-32Paris: Odile Jacob.

7. **Anaut, M**. (2013). *La résilience : Surmonter les traumatismes*. Paris : Nathan.

8. **Anaut, M.** (2014). *L'humour, entre le rire et les larmes traumatismes et résilience*. Paris : O. Jacob.

9. **Anaut, M.** (2015a). La résilience : évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, *121*(2), 28. Disponible sur internet : https://doi.org/10.3917/rsi.121.0028

10. **Anaut, M.** (2015b). *Psychologie de la résilience*. Paris : A. Colin.

11. **Anthony, E. J., Chiland, C., Koupernik, C., & Guérin-Jodin, M.-C.** (1982). *L'enfant vulnérable*. Paris : Presses universitaires de France.

12. **Antipoff-Catheline, N.** (2003). *Psychopathologie de la scolarité : de la maternelle à l'université*. Paris : Masson.

13. **Anzieu, D.** (1995). *Le moi-peau*. Paris : Dunod.

14. **Avanzini, G**. (1996). *L'éducation des adultes*. Paris : Anthropos.

15. **Barlet, M., & Cavillon, M.** (2010). *La profession infirmière : Situation démographique et trajectoires professionnelles* (Série études et recherches No. N°101). Disponible sur internet : http://www.drees.sante.gouv.fr/la-profession-infirmiere-situation-demographique-et-trajectoires-professionnelles,7334.html

16. **Beck, D., Hackett, M., Srivastava, R., & McKim, B.** (1997). Perceived level and sources of stress in baccalaureate nursing students. *The Journal of Nursing Education*, (36), 180–186.

17. **Becker, H. S.** (2002). *Les ficelles du métier*. Broché.

18. **Bessoles, P.** (2001). Processus originaires et facteurs de résilience. *Synapse*, (172), 21–25.

19. **Blanchard-Laville, C., & Fablet, D.** (2000). *L'analyse des pratiques professionnelles*. Paris: L'Harmattan.

20. **Boittin, I.** (2002). Etudiants en soins infirmiers de deuxième année : crise identitaire : "la mise à l'épreuve des motivations." *Recherche En Soins Infirmiers*, (68), 66–92.

21. **Boivin-Desrochers, C., & Alderson, M.** (2014). Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail. *Recherche en soins infirmiers*, *118*(3), 85. Disponible sur internet : https://doi.org/10.3917/rsi.118.0085

22. **Botti, G., Foddis, D., & Giacalone Olive, A.-M.** (2011). Prévenir le *burnout* chez les étudiants en soins infirmiers. *SOINS*, (755), 21–23.

23. **Boudoukha, A.-H.** (2016). *Burn-out et stress post-traumatique*. Paris : Dunod.

24. **Bouteyre, E.** (2008). *La résilience scolaire : de la maternelle à l'université*. Paris : Belin.

25. **Bowlby, J., & Kalmanovitch, J.** (2002). *Attachement et perte. Vol. 1, Vol. 1,*. Paris : Presses universitaires de France.

26. **Burnard, P., Haji Abd Rahim, H. T. B. P. D. P. D. D. P., Hayes, D., & Edwards, D.** (2007). A descriptive study of Bruneian student nurses' perceptions of stress. *Nurse Education Today*, *27*(7), 808–818. Disponible sur internet : https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.11.002

27. **Canouï, P.** (2003). La souffrance des soignants: un risque humain, des enjeux éthiques. *Revue internationale de soins palliatifs*, *18*(2), 101. Disponible sur internet : https://doi.org/10.3917/inka.032.0101

28. **Carpentier-Roy, M.-C.** (1995). *Corps et âme: psychopathologie du travail infirmier* (2ème édition augmentée). Montréal : Liber.

29. **Castéran-Sacreste, B.** (2016). *Profil des infirmiers en formation 2014* (série statistiques No. N°982). Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Disponible sur internet : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er982.pdf

30. **Chabrol, H.** (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, *82*(3), 31. Disponible sur internet : https://doi.org/10.3917/rsi.082.0031

31. **Chan, C. K. L., So, W. K. W., & Fong, D. Y. T.** (2009). Hong Kong baccalaureate nursing students' stress and their coping strategies in clinical practice. *Journal of Professional Nursing : Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, *25*(5), 307–313. Disponible sur internet : https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2009.01.018

32. **Clerc, C.** (2014). Une enquête de la FNESI relève une hausse du chômage infirmier. Disponible sur internet : http://www.actusoins.com/22392/enquete-fnesi-releve-hausse-du-chomage-infirmier.html

33. **Conseil, I.** (1990). *La personnalité de l'infirmière : et son incidence sur ce choix professionnel*. Paris : Lamarre-Poinat.

34. **Coudray, M.-A.** (2004). *Le cadre soignant en éveil : la fonction d'encadrement au défi de la quête de sens*. Paris : Seli Arslan.

35. **Cyrulnik, B**. (1998). *Ces enfants qui tiennent le coup*. Broché.

36. **Cyrulnik B.** (2012). Pourquoi la résilience ? Dans Cyrulnik, B., Jorland G. (dir.), *Résilience: connaissances de base*. pp 7-32. Paris: Odile Jacob.

37. **Cyrulnik, B.** (2014). Pourquoi la résilience ? Dans Anaut, M. & Cyrulnik, B. (dir.), *Résilience de la recherche à la pratique, 1er Congrès Mondial sur la résilience*. Paris : Odile Jacob

38. **Dejours, C., & Abdoucheli, E.** (1990). Itinéraire théorique en psychopathologie du travail. *Prévenir*, (20), 127–149.

39. **Delbrouck, M., Vénara, P., Goulet, F., & Ladouceur, R.** (2011). *Comment traiter le burn-out: principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel*. Bruxelles : De Boeck.

40. **De Tychey, C.** (2001). Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de la résilience. *Cahiers de psychologie clinique*, *16*(1), 49. Disponible sur internet : https://doi.org/10.3917/cpc.016.0049

41. **Dubet, F.** (2004). La jeunesse est une épreuve. In *Comprendre la jeunesse*. Paris : Presses Universitaires de France.

42. **Dujarier, M.-A.** (2006). *L'idéal au travail* (1re éd). Paris : Presses universitaires de France.

43. **Edwards, D., Burnard, P., Bennett, K., & Hebden, U.** (2010). A longitudinal study of stress and self-esteem in student nurses. *Nurse Education Today*, *30*(1), 78–84. Disponible sur internet : https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.06.008

44. **Erikson, E. H.** (1972). *Adolescence et crise : la quête de l'identité*. Paris : Flammarion. (2011)

45. **Estryn-Behar, M., Guetarmi, K., Picot, G., & Bader, C.** (2010). Interruptions et abandons dans la formation en soins infirmiers en Ile de France. *Soins Cadres*, (73), 49–52.

46. **Fablet, D**. (2004). Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles : une visée avant tout formative. *Connexions*, *82*(2), 105. Disponible sur internet : https://doi.org/10.3917/cnx.082.0105

47. **FNESI.** (2015). Dossier de presse. Disponible sur internet : http://www.addesi.fr/images/sampledata/Documents/Revues_de_presse_Web/20150217_FNESI_JeVeuxQueMaVoixCompte.pdf

48. **Gilligan, R**. (1997). Beyond Permanence ? The Importance of Resilience in Child Placement Practice and Planning. *Adoption & Fostering*, *21*(1), 12–20. Disponible sur internet : https://doi.org/10.1177/030857599702100104

49. **Hamelin, A., & Jourdan-Ionescu, C.** (2011). Les instruments d'évaluation du processus de résilience. *Réseau International Sur Le Processus de Production Du Handicap*. Disponible sur internet : http://www.ripph.qc.ca/fr/revue/journal-19-01-2011-11

50. **IGAS** (2012) *L'hôpital, rapport IGAS 2012*. Disponible sur internet : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/L_hopital_-_Rapport_IGAS_2012.pdf

51. **Ionescu, S**. (2011). Le domaine de la résilience assistée, Dans Ionescu S. (dir.), *Traité de résilience assistée*. Paris: Presses universitaires de France.

52. **Ionescu S.** (2012). Origine et évolution du concept de résilience. Dans Cyrulnik, B., Jorland G. (dir.), *Résilience: connaissances de base*. pp 19-32. Paris: Odile Jacob.

53. **Ionescu, S. & Jourdan-Ionescu C.** (2011). Evaluation de la résilience, Dans Ionescu S. (dir.), *Traité de résilience assistée*. Paris: Presses universitaires de France.

54. **Ionescu, S., Jacquet, M.-M., & Lhote, C.** (2012). *Les mécanismes de défense théorie et clinique*. Paris : Armand Colin.

55. **Jorland, G.** (2006). Empathie et thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, *84*(1), 58. Disponible sur internet : https://doi.org/10.3917/rsi.084.0058

56. **Lamaurt, F., Estryn-Behar, M., Le Moël, R., Chrétien, T., & Mathieu, B.** (2011). Enquête sur le vécu et les comportements de santé des étudiants en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, *105*(2), 44. Disponible sur internet : https://doi.org/10.3917/rsi.105.0044

57. **Lamberton, A.-L., & Pelège, P.** (2008). *Les interruptions de formation en Institut de Formation aux Soins Infirmiers (IFSI). Etude des facteurs psycho-sociaux et préconisations*. Centre Jean Bergeret. Disponible sur internet : http://www.infirmiers.com/pdf/Interruption-de-formation-en-IFSI-oct2008.pdf

58. **Lazarus, R., & Folkman, S.** (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

59. **Lebigot, F.** (2005). *Traiter les traumatismes psychiques: clinique et prise en charge*. Paris: Dunod.

60. **Lecomte, J.** (2004). De la résilience à la bientraitance, L'école, une chance pour l'enfant. *Le Journal Des Psychologues*, (216).

61. **Lecomte, J.** (2005). Les caractéristiques des tuteurs de résilience. *Recherche en soins infirmiers*, *82*(3), 22. Disponible sur internet : https://doi.org/10.3917/rsi.082.0022

62. **Lighezzolo, J., & De Tychey, C**. (2004). *La résilience : se (re)construire après le traumatisme*. Paris: In Press.

63. **Loriol, M.** (2001). La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière. *Prévenir*, 183–188.

64. **Lovens, V.** (2008). Les émotions dans les soins chez les étudiants de première année en soins infirmiers. *Perspective Soignante*, (31).

65. **Lupien, S.** (2010). *Par amour du stress*. Montréal : Éditions au Carré.

66. **Manciaux, M.** (2001). La résilience. Un regard qui fait vivre. *Etudes*, (Tome 395), 321–330.

67. **Masten, A. S.** (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, *56*(3), 227–238. Disponible sur internet : https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227

68. **McCarthy, J., & Deady, R.** (2008). Moral Distress Reconsidered. *Nursing Ethics*, *15*(2), 254–262. Disponible sur internet : https://doi.org/10.1177/0969733007086023

69. **Meltzer, L. S., & Huckabay, L. M.** (2004). Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, *13*(3), 202–208.

70. **Michallet, B.** (2009). Résilience : Perspective historique, défis théoriques et enjeux cliniques. *Frontières*, *22*(1-2), 10. Disponible sur internet : https://doi.org/10.7202/045021ar

71. **Molinier, P.** (2007). *Les enjeux psychiques du travail : introduction à la psychodynamique du travail*. Paris : Éd. Payot & Rivages.

72. **Mucchielli, A.** (1986). *L'identité*. Paris : Presses universitaires de France.

73. **Mucchielli, R.** (1972). *L'entretien de face à face dans la relation d'aide*. ESF.

74. **Ollivier, A**. (2013). La souffrance psychologique des étudiants en soins infirmiers, (779), 8.

75. **Organisation Mondiale de la Santé.** (2017). Facteurs de risque. Disponible sur internet : http://www.who.int/topics/risk_factors/fr/

76. **Paillé, P., & Mucchielli, A.** (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : A. Colin.

77. **Patterson, J. M.** (1995). Promoting resilience in families experiencing stress. *Pediatric Clinics of North America*, *42*(1), 47–63.

78. **Pedinielli, J.-L., & Mariage, A.** (2015). *Psychopathologie du traumatisme*. Paris : A. Colin.

79. **Perrenoud, P.** (2012). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant : Professionnalisation et raison pédagogique*. ESF éditeur.

80. **Petitclerc, J.-M.** (2000). *Le jeune, l'éducateur et la loi*. Paris: Don Bosco.

81. **Piquemal-Vieu, L.** (2001). Le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier. *Recherche En Soins Infirmiers*, (67), 84–98.

82. **Poisson, C., Alderson, M., Caux, C., & Brault, I.** (2014). La détresse morale vécue par les infirmières : état des connaissances. *Recherche en soins infirmiers*, *117*(2), 65. Disponible sur internet : https://doi.org/10.3917/rsi.117.0065

83. **Por, J.** (2005). A pilot data collecting exercise on stress and nursing students. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, *14*(22), 1180–1184. Disponible sur internet : https://doi.org/10.12968/bjon.2005.14.22.20169

84. **Pronost A. M.** (2012). Le stress. Dans Formarier, M. & Jovic, L. (dir.) *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet conseil.

85. **Référentiel de formation infirmière**, *Profession Infirmier, Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*. (2009) (mise à jour juillet 2013). SEDI EQUIPEMENT.

86. **Resweber, J.-P.** (2011). *Les pédagogies nouvelles*. Paris : Presses universitaires de France.

87. **Richardson, G. E.** (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(3), 307–321. Disponible sur internet : https://doi.org/10.1002/jclp.10020

88. **Rimé, B.** (2009). *Le partage social des émotions*. Paris : Presses universitaires de France.

89. **Robo, P.** (2005). Pourquoi, comment analyser sa pratique professionnelle ? *Le Nouvel Éducateur*, (172), 13–18.

90. **Rogers, C. R.** (1968). *Le développement de la personne*. Paris : InterEditions. (2005)

91. **Rutter, M.** (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms (pp. 181–214). Presented at the Risk and protective factors in the development of psychopathology, N-Y : Cambridge University Press.

92. **Rutter, M.** (1998). Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *39*(4), 465–476.

93. **Sharpe, R., & Lewis, D.** (1978). *Thrive on stress. How to make it to your advantage* (Waner Nooks). New York.

94. **Simon, E.** (2009). Processus de conceptualisation d'« empathie ». *Recherche en soins infirmiers*, *98*(3), 28. Disponible sur internet : https://doi.org/10.3917/rsi.098.0028

95. **Singly de, F.** (2004). La spécificité de la jeunesse dans les sociétés individualistes. In *Comprendre la jeunesse* (Presses Universitaires de France, pp. 259–273). Paris.

96. **Telles Filho, P. C. P., Pires, E., & Araújo, G. A**. (1999). Características evidenciáveis de estresse em discentes de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *7*(2), 91–93. Disponible sur internet : https://doi.org/10.1590/S0104-11691999000200014

97. **Terrisse, B. & Lefebvre, M.L.** (2007). L'école résiliente : facteurs de risque, facteurs de protection et sentiment d'efficacité collective, dans B. Cyrulnik et J.P. Pourtois (Dirs). *École et Résilience*, pp 20-38. Paris: Odile Jacob.

98. **Tisseron, S.** (2007). *La résilience*. 4ème édition (2011) Paris : Presses universitaires de France.

99. **Tully, A**. (2004). Stress, sources of stress and ways of coping among psychiatric nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *11*(1), 43–47.

100. **Van-Rechem, F.** (2009). *Les ruptures de parcours des étudiants infirmiers en cours de formation*. DRASS Picardie. Disponible sur internet : http://www.or2s.fr/images/2009_RupturesDeParcoursDesEtudiantsInfirmiers_Picardie.pdf

101. **Vega, A.** (2000). Comment devient-on infirmière ?, (645), 47 à 49.

102. **Vermersch, P.** (2011). *L'entretien d'explicitation*. Issy-les-Moulineaux: Esf éditeur.

103. **Vidaillet, B.** (2014). Reconnaissance au travail: mission impossible ?, *Santé Mentale* (190) pp 57-60.

104. **Wagnild, G. M., & Young, H. M.** (1993). Development and psychometric evaluation of the resiliency scale. *Journal of Nursing Measurement*, (1), 165–178.

105. **Warbah, L., Sathiyaseelan, M., Vijayakumar, C., Vasantharaj, B., Russell, S., & Jacob, K. S.** (2007). Psychological distress, personality, and adjustment among nursing students. *Nurse Education Today*, *27*(6), 597–601. Disponible sur internet : https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.09.002

106. **Wilkinson, J.** (1987). Moral distress : a labor and delivery nurses experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *18*(6).

107. **Wolf, L., Stidham, A. W., & Ross, R.** (2015). Predictors of Stress and Coping Strategies of US Accelerated vs. Generic Baccalaureate Nursing Students: An Embedded Mixed Methods Study. *Nurse Education Today*, *35*(1), 201–205. Disponible sur internet : https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.07.005

108. **Zupiria Gorostidi, X., Huitzi Egilegor, X., Jose Alberdi Erice, M., Jose Uranga Iturriotz, M., Eizmendi Garate, I., Barandiaran Lasa, M., & Sanz Cascante, X.** (2007). Stress sources in nursing practice. Evolution during nursing training. *Nurse Education Today*, *27*(7), 777–787. Disponible sur internet : https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.10.017

UNIVERSITE LUMIERE LYON 2
ECOLE DOCTORALE EPIC ED 485
Laboratoire de Recherche CRPPC

Thèse en vue de l'obtention du grade de Docteur en Sciences de l'Education

Présentée et soutenue publiquement par

Olivier MORENON

Le lundi 23 Octobre 2017

ANNEXES

Sous la direction du Professeur Marie ANAUT
Et la co-direction du Professeur Bernard MICHALLET

Membres du jury :

Pr. ANAUT Marie, Université Lyon 2, (directrice)
Pr. BERGER Dominique, Université Lyon 1 (rapporteur)
Pr. BOUTEYRE Evelyne, Université d'Aix-Marseille (rapporteur)
Pr. COMBAZ Gilles, Université Lyon 2 (président du jury)
Pr. MICHALLET Bernard, Université du Québec à Trois-Rivières (co-directeur)

Table des matières

ANNEXE N°1 ..... **6**
ANNEXE N°2 ..... **7**
ANNEXE N° 3 ..... **8**
ANNEXE N°4 ..... **13**
ANNEXE N°5 ..... **22**
ANNEXE N°6 ..... **31**
ANNEXE N°7 ..... **42**
ANNEXE N°8 ..... **50**
ANNEXE N°9 ..... **64**
ANNEXE N°10 ..... **73**
ANNEXE N°11 ..... **81**
ANNEXE N°12 ..... **89**
ANNEXE N°13 ..... **96**
ANNEXE N°14 ..... **104**
ANNEXE N°15 ..... **114**
ANNEXE N°16 ..... **121**
ANNEXE N°17 ..... **127**
ANNEXE N°18 ..... **134**
ANNEXE N°19 ..... **142**
ANNEXE N°20 ..... **150**
ANNEXE N°21 ..... **157**
ANNEXE N°22 ..... **167**
ANNEXE N°23 ..... **174**
ANNEXE N°24 ..... **186**
ANNEXE N°25 ..... **193**
ANNEXE N°26 ..... **202**
ANNEXE N°27 ..... **209**
ANNEXE N°28 ..... **218**
ANNEXE N°29 ..... **225**
ANNEXE N°30 ..... **232**

ANNEXE N°31 239
ANNEXE N°32 247
ANNEXE N°33 252
ANNEXE N°34 258

ANNEXE N°1

« Guide d'entretien »

Question n°1 : Pouvez-vous vous présenter personnellement et présenter votre parcours professionnel ?

Question n°2 : Comment qualifiez-vous l'apprentissage des étudiants infirmiers en situations réelle de soins?

Question n°3 : En quoi le contexte de formation en stage a-t-il été fragilisant à ce moment-là ? Dans quelle mesure étiez-vous plus prédisposé personnellement à ressentir un mal être dans ce genre de situation ?

Question n°4 : Comment avez-vous réussi à surmonter ces évènements ?

Question n°5 : Dans quelle mesure le dispositif de formation infirmière a-t-il été aidant pour surmonter ces difficultés et pour continuer la formation ?

ANNEXE N°2

« DOCUMENT POUR ACCORD DES PARTICIPANTS À UNE RECHERCHE »

Entre :
M. Olivier MORENON…….., Chercheur Doctorant à l'Université de Lyon, ISPEF, laboratoire CRPPC ;
Et : …..... , participant à la recherche.
Adresse mail :.....
Le participant confirme qu'il accepte de participer à l'étude en signant le document.

L'objectif de l'étude est de témoigner de son expérience personnelle et professionnelle sur le thème des soins infirmiers, l'encadrement des étudiants et le vécu potentiellement difficile de ces derniers lors des expériences de stage.

Sa participation consiste à participer à un entretien en face à face avec Olivier MORENON.
Il/elle accepte que l'information recueillie soit utilisée dans la thèse doctorale d'Olivier MORENON.
Mr Olivier MORENON s'engage à respecter le principe de confidentialité. Dans le traitement de l'information, le participant se verra attribuer dès le début un code numérique, rendant impossible l'association entre les données et son identité.

L'enregistrement sera gardé sous forme de fichier informatique, nécessitant un mot de passe pour l'ouvrir. Les transcriptions des entretiens seront faites par Olivier MORENON lui-même qui omettra d'écrire le nom et les éléments d'identité lorsqu'ils seront évoqués dans l'enregistrement.

Lorsqu'il sera question de citer un extrait d'entretien, Mr MORENON s'engage à enlever tout élément pouvant repérer l'identité du participant.

Cet accord, ainsi que tout autre document pouvant retracer l'identité du participant seront gardés sous clé par Mr MORENON. Ces données seront conservées sous clé pendant 5 ans après la fin de l'étude, et elles seront détruites après cette période.

Mr MORENON s'engage également à fournir toute l'information nécessaire au participant sur l'étude en question. Ceci inclut de répondre à toutes les questions que le participant souhaite poser au sujet de cette recherche. La signature de cet accord implique que l'on a permis au participant de poser toutes les questions désirées, et que celles-ci ont été répondues de manière satisfaisante.

Responsables de la recherche :

Mme Marie ANAUT, directrice de thèse Professeur à l'université Lumière-Lyon2
Chercheur, doctorant : Olivier MORENON olivier.morenon@gmail.com

Signatures :
_____ et _____
participant chercheur

ANNEXE N° 3

« Tableaux vierges de prise de note “entretien par entretien” »

Entretien N° - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE			
Facteurs de risque personnels	**Facteurs de risque professionnels**	**Facteurs de risque à l'IFSI**	**Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :**

Entretien N° - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N° - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense

Entretien N° - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	
Qui ?	**Caractéristiques ?**

ANNEXE N°4

« Tableau d'analyse - Entretien N°2 - Martin – Etudiant »

Entretien N°2 - Martin ESI - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :
	« le manque de connaissances, de base notamment » ne permet pas de comprendre et de se sentir à l'aise dans les soins il y a des fois où c'était dur. Une situation de violence où je ne savais pas contenir une personne ça m'a posé difficultés. Aussi des situations où les soignants font des soins qu'on ne comprend pas forcément. si elle (l'infirmière) n'aide pas à faire des lien, on se retrouve bloqué. Elle était énervée, en colère. si le médecin avait expliqué pourquoi on faisait les choses, peut être que l'infirmière l'aurait fait de bon cœur alors que là, on est dépité, on ne sait pas pourquoi on a fait ça. On rentre mal. On se dit qu'on a plus fait souffrir la patiente. J'avais plus de la peine pour la patiente. Ça m'a affecté plus pour la patiente. C'était une personne âgée, je me suis dit ça va être facile. chez un homme de 40 ça ne m'aurait pas fait le même effet, je pouvais m'attendre à cette violence et force. Et j'étais de nuit, le seul homme du service à être présent. Une infirmière a dit « on va appeler des renforts et pis tu vas y aller ». On s'est retrouvé à 4 pour aller la contenir. Mais elle était très agitée et ça a été très dur de la contenir. Ça m'a surpris. Donc on devait la transférer des urgences vers un autre service. On l'a rentré de force dans la voiture. Deux infirmiers étaient derrière et moi je suis monté devant. On est arrivé dans l'unité psychiatrique accueillant des personnes âgées. Pour la mettre au lit, elle nous mordait, nous crachait dessus, c'était très compliqué. Il y avait les 4 autres infirmiers qui étaient sur elle à la maintenir et ils m'ont demandé de la contenir au lit. Sauf que je ne l'avais jamais fait et ça a été dur. J'étais démuni face à la situation. Mais après avoir fait ça. Je suis reparti seul dans mon service. Je n'ai pu en parler à personne en arrivant et personne ne m'a rien demandé. Je suis allé fumer une cigarette avec une infirmière. J'en ai profité pour essayer de lui livrer ce que je ressentais. J'ai dit « ça m'a quand même choqué » et là elle a coupé en disant : « oui c'est vrai ça peut choquer. » Et en fait sa réponse a bloqué l'échange. Elle a fermé l'échange		on est dépité, on ne sait pas pourquoi on a fait ça. On rentre mal. On se dit qu'on a plus fait souffrir la patiente. je suis vraiment parti pas bien, sans avoir eu l'impression de faire mon travail correctement. « je ne rumine pas énormément d'habitude. Mais là c'était différent c'était par rapport à mon avenir professionnel. » J'ai ressenti de la peur. Ça m'a pesé durant la nuit. Comme tout à l'heure, je n'avais pas le sentiment de faire mon travail. Ce n'était pas satisfaisant. Je me suis dit : pourquoi t'as fait ça, je n'ai pas arrêté d'y repensé. C'est vrai qu'après on se remet en question. ça a été un moment de solitude Ça m'a pesé (il bafouille). Enfin, je … On ne peut pas dire que j'étais vraiment pas bien mais... Si en fait. Ça m'a bien travaillé. On ne s'attend pas à ça dans sa carrière : « je vais contenir un jour une femme de 70 ans qui va me mordre et me cracher dessus ». Et quand on n'est pas préparé à ça, ça perturbe. Plusieurs fois a minimisé l'impact : « j'en ai dormi mais j'y repense » jusqu'à dire « non mais en fait j'y pensais tout le temps et je dormais très mal » : Ça m'a choqué, pas au point de ne plus manger. « j'aurai été à la place du patient je me serais senti agressé » remise en question « est-ce que c'est comme ça que tu veux travailler « j'avais des difficultés d'endormissement. Parce que je n'arrêtais pas d'y penser. J'allais en stage la boule au ventre. C'est vraiment un stage où je n'avais plus envie d'aller

	C'était lors de mon stage aux soins continus de l'hôpital, on avait un patient trachéotomisé et qui avait beaucoup de secrétions. Il ne parlait pas mais il comprenait. Et l'aide-soignante qui le tenait tourné vers elle pendant que je faisais la toilette du dos et des fesses, était là : « ça m'dégoûte, y a plein de pus, ça m'dégoûte... » **Devant le patient ?** Oui. Et je me suis dit « il n'est pas débile, il comprend, et s'il pouvait ne pas avoir ces sécrétions, il le ferait » . Enfin ce n'était pas soignant. Il ne pouvait pas parler. Mais elle méritait de se faire envoyer paître. Ce n'était pas soignant. Je me suis dit « où on va là ? ». on n'était pas bien encadré Je pense que quand il n'y a pas l'effet de surprise, on aborde pas du tout de la même façon la situation. « je ne rumine pas énormément d'habitude. Mais là c'était différent c'était par rapport à mon avenir professionnel. » il y a beaucoup de personne qui au final voulait faire un type de stage. Ils ont rencontré une situation et au final ils se sont dit « je ne veux plus jamais bosser là-bas. Je pense que c'est réel. Moi je voulais faire de la réanimation mais ce n'est pas comme ça que je veux bosser. On peut parler de traumatismes car ça a vraiment cassé mes idéaux. En rentrant dans cette formation, on ne se dit pas que ça serait aussi dur psychologiquement. Mais il ne doit pas vraiment il y avoir beaucoup de formations dans ce genre. On s'en prend beaucoup plein la tête par les professionnels. Le premier qui dit que c'est une formation facile, il doit la faire et après on en reparle. Déjà je ne sais pas s'il y a beaucoup de formation où le matin vous faites la toilette de quelqu'un. Ça fait quelque chose. Vous avez les mains dans les selles. On est de rares étudiants à faire ça. Ça pose déjà le contexte. C'est un milieu 80% féminin. Du coup, en tant qu'homme ça va, mais en tant que fille ça se tire dans les pattes. Aussi en tant qu'homme on se prend des réflexions parfois. « d'un ton sec » il y a des infirmières qui disent carrément « moi j'en ai bavé pendant mes études alors tu vas en baver » « c'est pas de la rigueur, c'est de la vengeance » « disent sans cesse que ça ne va pas » Mais dans les couloirs, il y en a pas mal qui pleurent.		« je me suis beaucoup posé la question : est-ce qu je continue ou pas ? » « je ne rumine pas énormément d'habitude. Mais là c'était différent c'était par rapport à mon avenir professionnel. » « je suis vacciné pour un moment »

Entretien N°2 - Martin ESI - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** (**sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection /** Phase élaborative **Les critères internes / Les critères externes**
		APP formation mentalisation : il a été prévenu, formé « cela a tout de suite été abordé » et on lui a parlé des techniques, « il a abordé les bénéfices thérapeutiques » et de ses limites. « contrairement à la situation passée (avec les personnes âgées, j'ai adoré ce service »

Entretien N° 2 - Martin ESI - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
		Un soignant s'est rendu compte de ça et m'a expliqué à haute voix : « fait comme ça, comme ça, et comme ça » (L'étudiant mime le geste d'attacher une sangle de contention autour d'un membre pour l'attacher au lit). J'ai à peu près réussi. De m'expliquer calmement et gentiment, j'y suis arrivé. Bien sûr en rentrant j'en ai parlé à ma copine. J'en ai parlé aussi aux copains de promo. C'est clair que je ne pouvais pas garder pour moi cela. Succès scolaire : il a été prévenu, formé « cela a tout de suite été abordé » et on lui a parlé des techniques, « il a abordé les bénéfices thérapeutiques » et de ses limites. « contrairement à la situation passée (avec les personnes âgées, j'ai adoré ce service » Et en fait je me suis souvenu qu'en début d'année les formateurs nous ont prévenu que la deuxième année serait une année sans doute difficile pour nous psychologiquement, qu'éventuellement on pourrait avoir dans la tête « est-ce que je dois continuer ou pas ? ».	Minimiser, refouler : Plusieurs fois a minimisé l'impact : « j'en ai dormi mais j'y repense » jusqu'à dire « non mais en fait j'y pensais tout le temps et je dormais très mal » : intellectualisation, affirmation de soi : Je me suis dit : ok on est dans un service très technique, le relationnel c'est peut-être moins la priorité car on doit faire des choses très techniques, mais il y a deux poids deux mesures. On prend sans doute moins le temps devant le patient pour discuter car on a plein de choses à faire mais ce n'est pas pour autant qu'on est pas soignant. Pour moi ce n'était pas une attitude soignante. Je me réfugie beaucoup dans la musique, le cinéma pour me changer les idées. Il y a les APP qui permettent de parler de notre vécu, et puis nos collègues de formation. On a de la chance d'être une petite promo de 60 ce qui joue énormément. On trouve toujours quelqu'un qui a vécu la même situation,

		J'ai repensé à ça, je me suis dit « on continue et puis si vraiment en fin d'année tu vois que tes prochains stages ça va pas, et bien tu arrêteras ». Mais c'était bête d'arrêter au milieu d'un cursus alors que je n'avais pas vécu toutes les expériences. il y a des collègues à elles qui reprennent en disant « d'habitude on essaie de ne pas la laisser avec des étudiantes... ». les aides-soignantes nous couvent	avec qui on peut échanger. Après on part sur autre chose... rigoler et alors ça permet d'évacuer. Je suis un grand partisan de l'humour rigoler ça permet d'évacuer C'est confidentiel. On raconte nos situations. On évoque un questionnement. On réfléchit à la fin sur ce qu'on pourrait mettre en place lors de futures situations. Chacun donne son point de vue. Ce qui est bien, c'est qu'on n'est pas là pour juger. Tout le monde prend à cœur le fait de ne pas juger. Et ça fait du bien de ressentir et d'entendre qu'on nous soutient. Au final, aussi, il y a le formateur qui anime la séance et qui reprend les choses. Alors là on commence à évoluer dans la formation, on utilise de plus en plus de terme scientifique. Mais au début c'est lui qui nous aide aussi à expliquer ce qu'on a pu ressentir, faire une synthèse. Après avoir été couvé : ça correspond à nos valeurs Oui on rentre chez soit on a la patate. C'est plaisant.

Entretien N°2 - Martin ESI - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	
Qui ?	**Caractéristiques ?**
Copine : Bien sûr en rentrant j'en ai parlé à ma copine. J'en ai parlé aussi aux copains de promo. C'est clair que je ne pouvais pas garder pour moi cela. j'aime bien en parler à des gens extérieurs (à la profession) c'est des choses qu'on doit exprimer et on a besoin d'avoir un point de vue extérieur. Il faut voir si c'est nous qui débloquons. Amis de promo : Avec les copains de promo, c'est autre chose car ils ont vécu le même genre de situations que moi, ce n'est pas pareil. Les formateurs : Et en fait je me suis souvenu qu'en début d'année les formateurs nous ont prévenu que la deuxième année serait une année sans doute difficile pour nous psychologiquement, qu'éventuellement on pourrait avoir dans la tête « est-ce que je dois continuer ou pas ? ». J'ai repensé à ça, je me suis dit « on continue et puis si vraiment en fin d'année tu vois que tes prochains stages ça va pas, et bien tu arrêteras ». Mais c'était bête d'arrêter au milieu d'un cursus alors que je n'avais pas vécu toutes les expériences. Il y a les APP qui permettent de parler de notre vécu, et puis nos collègues de formation. On a de la chance d'être une petite promo de 60 ce qui joue énormément. On trouve toujours quelqu'un qui a vécu la même situation, avec qui on peut échanger. Après on part sur autre chose... rigoler et alors ça permet d'évacuer. C'est confidentiel. On raconte nos situations. On évoque un questionnement. On réfléchit à la fin sur ce qu'on pourrait mettre en place lors de futures situations. Chacun donne son point de vue. Ce qui est bien, c'est qu'on n'est pas là pour juger. Tout le monde prend à cœur le fait de ne pas juger. Et ça fait du bien de ressentir et d'entendre qu'on nous soutient. Au final, aussi, il y a le formateur qui anime la séance et qui reprend les choses. Alors là on commence à évoluer dans la formation, on utilise de plus en plus de terme scientifique. Mais au début c'est lui qui nous aide aussi à expliquer ce qu'on a pu ressentir, faire une synthèse. Oui ça fait du bien de ne pas être jugé. De dire ce que l'on ressent et de ne pas être jugé. Et même quand on se retrouve après l'APP, dans un cours avec les autres du groupe, il n'y a pas de jugement, il n'y a jamais des « tu sais pour elle ce qui s'est passé... » **Il y a un cadre qui est bien instauré...** Tout le monde le respecte. On est pas du tout dans une ambiance de critiques. C'est plaisant de pouvoir se livrer en sécurité. Les formateurs : Et puis les formateurs. Enfin, je n'ai jamais eu recours vraiment aux formateurs pour en parler. Mais je sais que c'est possible. Si jamais j'ai une difficultés, je ne me sens pas, je veux en parler à quelqu'un qui a des connaissances... Surtout dans notre IFSI. Ils sont vraiment là pour nous. On sait qu'on est soutenu. On sait qu'on a quelqu'un derrière nous. On sait qu'on n'est pas lâché dans la nature. C'est un appui. On a un formateur référent. Aller lui parler, c'est comme aller parler à un ami mais en mettant les guillemets parce qu'il nous connait et nous on ne le connait pas forcément. Mais ça permet de se libérer. **Est-ce qu'on pourrait parler de confiance derrière le terme d'ami ?** Oui voilà.	

Est-ce que le fait qu'il ait été infirmier ça joue ?
Oui je pense que ça joue car il connait les réalités du milieu. Il sait comment ça se passe. C'est un confident professionnel.

Les infirmières : «Il y en a des supers »

Les aides-soignantes : Après ce qui est marrant c'est que les aides-soignantes nous couvent à ce moment-là. Alors que ce n'est pas leur rôle. Et souvent en parlant d'un stage on va te dire, si tu vas là-bas les aides-soignantes sont vraiment super. On ne parle pas des infirmières. « On le remarque tous. Celle qui aime son métier, est très empathique, relationnelle et elle le met en place avec nous. Je pense qu'elles sont vraiment comme ça et on aime les aider. Ça nous pousse à repérer chez elles qu'on a envie d'être comme ça »

ANNEXE N°5

« Tableaux d'analyse - Entretien N°4 - Latifa – Etudiante »

Entretien N°4 – Latifa ESI - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE			
Facteurs de risque personnels	**Facteurs de risque professionnels**	**Facteurs de risque à l'IFSI**	**Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :**
N'empêche que je pense que c'est aussi la manière dont la personne aborde les choses J'avais des problèmes personnels à ce moment là	« ce que je regrette c'est que je ne suis pas tout à fait authentique dans ma manière d'être » « pour qu'au final j'ai une notation qui soit à peu près correcte » valeur, idéal réalité : « différemment en fonction de moi et de comment j'agirai, en fait, moi-même, en tant que soignante » « on est pas d'accord, ce n'est pas dans nos valeurs, ce n'est pas dans notre manière d'être mais parce qu'on a cette position-là, parce qu'on a envie d'arriver à un point, on est obligé de supporter et de ne rien dire. » ex : « c'était pour un patient en fin de vie, enfin en soins palliatifs. Et dans la prise en charge des soins de nursing, c'était très rapide très brutal. » pas pu en parler car la parole n'était pas permise « on agit en fait en miroir de ce que la personne nous renvoie » enjeux de l'évaluation : « Franchement c'est vrai que c'est difficile en tant que stagiaire, on ne peut pas s'imposer parce que ce n'est pas le terme qu'il faut, mais faire comme on a envie et sans penser à l'évaluation. On disait toujours « caresser dans le sens du poil » pour éviter justement tout ce qui pourrait nuire à notre notation. » « je m'interdisais d'en parler » « même chez		Rumination, crise de l'identité : « on se questionne énormément, on se demande si ce qu'on a fait était adapté ou pas, par rapport à nous-mêmes, à nos valeurs, à notre posture d'étudiant et à la prise en charge du patient. » « Pas osée » en parler à la soignante on se dit toujours « j'aurais dû le faire » Arrêt de travail le mardi « alors que je devais finir le vendredi » « j'en pouvais plus, il fallait que je parte » « c'était trop » « je pense que j'ai dû pleurer pendant 40 min.... en plus on en parle, ça me fait encore pleurer » de la fatigue et de la fatigue psychologiquement en première année je pleurais tout le temps C'était un peu de tristesse, enfin, pas de la colère. De la tristesse et de la fatigue

	moi , je m'interdisais de pleurer à la maison quand ça n'allait pas » « en ayant parlé avec des collègues de formation, on se met trop de barrières, trop de barrières. On a peur du jugement, de ce qu'on peut penser. On essaie tout le temps de faire en sorte d'être fort » Manque d'encadrement, de relation pédagogique : « Mais dans les services où c'est plus rapide, où il faut agir, où il y a plus de soins techniques, où on a moins le temps aussi. Parce que je pense des fois quand on se permet de prendre le temps, c'est qu'on a le temps. Et que dans ces services-là, ils ont moins le temps du coup on ne peut pas, ce n'est pas possible. » En coronarographie, ça n'était pas le même personnel qui m'encadrait d'habitude » « je n'étais pas préparé » a dû agir en autonomie par surprise « je n'étais pas du tout prise en charge entre guillemets. » « il fallait agir sur le moment, l'instant T et en même temps je ne me sentais pas forcément à l'aise pour agir. En tout cas il fallait faire car c'était une situation d'urgence vitale. » « Avant de rentre je ne connaissais même pas le matériel » « moi dans le contexte d'urgence j'avais complètement oublié la housse, donc j'ai juste choqué, d'ailleurs après ça l'a brûlée. » Manque de considération, de parole : « il y a l'équipe médicale qui est intervenue et elle a été mutée en soins intensifs et moi dans la foulée, en fait, on m'a demandé de remonter dans mon service... sans débriefer. » plus une phrase douloureuse de banalisation : « bon et ben voilà		un mini burnout... « ça s'apparentait à un burnout quand même » Parce que du coup, ce sentiment de ne plus en pouvoir, d'être pas bien, d'être attristée, de pleurer, c'était un peu un burnout mais je ne pense pas aussi intense qu'un burnout qu'on peut ressentir en tant que professionnel. Mais en tout cas qui a nécessité du repos et une mise à l'écart de l'activité, ça c'est certain. je devenais irritable, je prenais sur moi je m'interdisais d'en parler le sentiment de honte de pleurer face à quelque chose une remarque banal de l'infirmière le lendemain : ce jour-là, ça m'a énervée. Je me suis mise dans un état. J'étais trop mal. J'avais envie de dire « non mais c'est bon, faut arrêter » « Je n'avais qu'une envie c'était de partir » j'étais en colère « Je peux comprendre le fait d'arrêter Je ne pense pas que je serais allée jusque-là mais ça aurait pu me mettre en danger. J'étais tellement irritable que ça aurait pu me mettre en danger , ne serait-ce que sur la route, des choses

	c'était une coro » « On m'a demandée de me changer et je suis remontée dans mon service » relation d'aide difficile : « quand on voit plusieurs décès, des gens qui nous affectent, des prises en charge difficiles. On prend sur soi mais au bout d'un moment, voilà quoi. » « on est amené à être dans des situations difficiles, donc ça nous fragilise, ça nous attriste. Donc voilà ça nous met dans des situations émotionnelles difficiles.		comme ça. »

Entretien N°4 – Latifa ESI - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**
	« il y a des équipes qui nous le permettent » exemple de la psychiatrie Ils disent eux-mêmes : « Je pense notamment en psychiatrie dans les services difficiles, ce sont des choses qu'on peut faire. Eux-mêmes nous le dise, « quand il y a quelque choses qui ne va pas, on est là on peut en parler ». Ils sont ouverts à la discussion. » « c'est un infirmier qui a travaillé toute sa carrière en psychiatrie et qui, je ne sais pas pourquoi d'ailleurs est arrivé à X, en cardio, et c'est lui qui a repris avec moi en disant « oui si tu n'es pas bien, on peut en parler. Il y a la cadre aussi, tu peux lui en parler ». Et du coup, je pense qu'il a été voir la cadre et la cadre est venue me voir. Ce jour-là j'avais démarche clinique donc Carole est venue me voir et c'est là où on s'est dit, bon, compte-tenu de ma démarche, elle est bien faite, que j'avais tout compris, la cadre a dit « bon si vous voulez vous pouvez aller vous reposer, prendre quelques jours, prendre l'air ». »	« « complet...ça nous permet vraiment d'avancer dans notre cheminement dans notre posture »

Entretien N°4 – Latifa ESI - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
ça dépend de la personne et notamment de la résilience de chaque personne, des degrés de résilience de chaque personne.	je suis allée dans ma famille, j'ai vu des personnes, en plus j'avais ma belle-sœur qui avait accouché le samedi, donc ça m'a permis de voir mes neveux. Donc voilà j'avais besoin …	« je suis en stage, à l'US enfant, il y avait une fille qui était très violente, mais moi qui m'a fait peur. Et j'ai dit « est ce que moi je peux me mettre à l'écart parce que moi elle me fait peur » Et du coup ils m'ont dit Il n'y a pas de souci, si tu veux on en reparle après ». Après on s'est isolé, on en a parlé et justement ils m'ont bien expliqué, on a repris les choses et tout. Et ça c'était quelque chose qui était possible et l'équipe était prête à faire ça en tout cas. » la formatrice, l'infirmier la cadre : à ce moment-là j'ai vraiment trouvé une épaule dans mon mal être. Et je ne sais pas si toute seule j'aurai pu oser dire tout ce que j'ai pu dire dans la relation qu'on avait à ce moment-là. Toute seule je ne pense pas pouvoir aller voir la cadre, demander du repos ou amener ça tel qu'on l'a amené en fait qu'il y a plein de choses qu'on peut dire et nous on se met des barrières tout seul parce qu'il y a plein de choses qu'on peut évoquer, des sentiments, du mal-être sans pour autant être jugé et se dire que finalement c'est normal parce qu'on reste humain.	Relativisation, affirmation de soi : je comprends bien. Je sais très bien que des fois on n'a pas le temps etc. etc. Mais j'ai trouvé que malgré ça, c'était quand même ... » évitement, fuite et affirmation de soi : « est-ce que je peux me mettre à l'écart parce que moi elle me fait peur » « j'ai eu de la chance que cela se soit produit vers 12 :30. J'ai pu prendre ma pause et c'était l'heure de partir » « « j'en pouvais plus, il fallait que je parte » relativisation : après coup je me dis qu'il vaut mieux être brûlée et réanimée que

		Et je pense, en tout cas, en ayant parlé avec des collègues de formation, on se met trop de barrières, trop de barrières. On a peur du jugement, de ce qu'on peut penser. On essaie tout le temps de faire en sorte d'être fort alors que finalement ce n'est pas ce qu'on attend de nous. Je pense qu'il faut le vivre pour savoir. Je pense que si je ne l'avais pas vécu je ne sais pas si je pourrais avancer face à ça. Mais en fait le fait de l'avoir vécu m'a permis de comprendre les choses de cet ordre-là. En tout cas pour moi il a fallu que je le vive pour savoir.	

Le résultat résilient : « le constat que j'en fais aujourd'hui, c'est que tout ce qu'on nous apporte nous fait vraiment évoluer d'une part parce que du coup on se rend compte de l'évolution entre notre comportement, notre posture soignante, en première année et en début de troisième année. »
« complet...ça nous permet vraiment d'avancer dans notre cheminement dans notre posture »
Après un recul de 9 mois : j'aimerais bien aller y travailler » « si on me propose un poste en cardio, j'irai »
« je pense que des fois il faut s'écouter et si ça ne va pas après, il faut en parler ».
« Je réagis différemment. Et même dans ma vie familiale à moi, il y a des événements qui arrivent et finalement, je prends du recul plus vite mais n'empêche qu'il y a des fois, c'est difficile ».

Entretien N°4 – Latifa ESI - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	
Qui ?	**Caractéristiques ?**
La formatrice certains infirmiers la cadre la famille Ils manifestent de l'empathie et de l'affection ; « je suis en stage, à l'US enfant, il y avait une fille qui était très violente, mais moi qui m'a fait peur. Et j'ai dit « est ce que moi je peux me mettre à l'écart parce que moi elle me fait peur » Et du coup ils m'ont dit Il n'y a pas de souci, si tu veux on en reparle après ». Après on s'est isolé, on en a parlé et justement ils m'ont bien expliqué, on a repris les choses et tout. Et ça c'était quelque chose qui était possible et l'équipe était prête à faire ça en tout cas. » c'est un infirmier qui a travaillé toute sa carrière en psychiatrie et qui, je ne sais pas pourquoi d'ailleurs est arrivé à X , en cardio, et c'est lui qui a repris avec moi en disant « oui si tu n'es pas bien, on peut en parler. Il y a la cadre aussi, tu peux lui en parler ». Et du coup, je pense qu'il a été voir la cadre et la cadre est venue me voir. Ce jour-là j'avais démarche clinique donc Carole est venue me voir et c'est là où on s'est dit, bon, compte-tenu de ma démarche, elle est bien faite, que j'avais tout compris, la cadre a dit « bon si vous voulez vous pouvez aller vous reposer, prendre quelques jours, prendre l'air ». pour nous il n'y a pas de soucis. Il faudra juste un certificat médical. « Le jour où Carole est venue, j'ai présenté ma démarche, après on en a parlé et je pense que j'ai dû pleurer pendant 40 minutes. » Ils laissent à l'autre la liberté de parler ou de se taire « je suis en stage, à l'US enfant, il y avait une fille qui était très violente, mais moi qui m'a fait peur. Et j'ai dit « est ce que moi je peux me mettre à l'écart parce que moi elle me fait peur » Et du coup ils m'ont dit Il n'y a pas de souci, si tu veux on en reparle après ». Après on s'est isolé, on en a parlé et justement ils m'ont bien expliqué, on a repris les choses et tout. Et ça c'était quelque chose qui était possible et l'équipe était prête à faire ça en tout cas. » Ils respectent le parcours de résilience d'autrui « je suis en stage, à l'US enfant, il y avait une fille qui était très violente, mais moi qui m'a fait peur. Et j'ai dit « est ce que moi je peux me mettre à l'écart parce que moi elle me fait peur » Et du coup ils m'ont dit Il n'y a pas de souci, si tu veux on en reparle après ». Après on s'est isolé, on en a parlé et justement ils m'ont bien expliqué, on a repris les choses et tout. Et ça c'était quelque chose qui était possible et l'équipe était prête à faire ça en tout cas. » Hypothèse : L'empathie vient-elle parce que les tuteurs ont eux-mêmes vécus des trauma en formation ou dans la vie pro ? une équipe de psychiatrie dans le contexte de la violence d'un patient : « il y a des équipes qui nous le permettent » exemple de la psychiatrie Ils disent eux-mêmes : « Je pense notamment en psychiatrie dans les services difficiles, ce sont des choses qu'on peut faire. Eux-mêmes nous le dise, « quand il y a quelque choses qui ne va pas, on est là on peut en parler ». Ils sont ouverts à la discussion. » Le cadre : pour nous il n'y a pas de soucis. Il faudra juste un certificat médical.	

ANNEXE N°6

« Tableaux d'analyse - Entretien N°6 - Sophie – Etudiante »

Entretien N°6 - Sophie ESI - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :
on m'a foutue dehors un certain temps et … toutes les angoisses que tout le monde a eues. Pas savoir où j'étais, pas avoir de nouvelles …	**La relation d'aide** « en néonat... ça a été beaucoup d'émotions » la situation des patients, le service était très lourd, des patients mourant ... oui des patients mourant et être entre les deux ... Déjà, prendre toute la souffrance des patients, forcément la question de l'âge s'est posée directement quand je suis arrivée. une patiente très jeune qui avait deux ans de plus que moi, enfin qui a deux ans de plus que moi et qui a une épidermolyse bulleuse. Et qui a du coup des caractéristiques physiques très différentes des nôtres. Elle était toute petite, menue et des plaies, des croûtes partout sur son corps. C'était vraiment partout, c'était horrible, et puis du mal à parler, une respiration très bruyante, enfin c'était le tout. j'avais l'impression d'un côté qu'elle me jalousait parce que j'avais presque le même âge qu'elle et que j'avais une vie, oui une vie sociale. Je sors beaucoup, j'aime bien bouger et quand elle me demandait, je lui racontais du coup et d'un autre qu'elle m'appréciait beaucoup. J'avais l'impression que ça faisait très contraire quoi. J'ai l'impression qu'elle m'enviait et d'un autre elle me montrait qu'elle m'aimait beaucoup, beaucoup trop pour la relation que l'on devait avoir en tous cas. **beaucoup de transfert d'émotions**		« on en ressort déboussolée ». « je ne pensais pas que j'aurais réagi une fois comme ça » « choquante » « la pression » « on n'est plus du tout nous même » « pas nous même à 100% » « je ne me sens pas du tout à l'aise » c'était trop. Ben j'ai lâché le truc, j'ai complètement lâché. Je me suis dit que j'allais arrêter. En plus je n'osais pas en parler, enfin ça m'a complètement changé la vision des choses. De l'angoisse permanente. Oui, tout le temps penser aux mêmes choses, en me levant, en me couchant, je n'arrivais pas à dormir … ouais, c'était ça surtout, penser sans cesse en fait. on rumine toute la journée. Je n'étais plus du tout en phase avec moi, ce que je voulais et ce que je pensais et, du coup, ça me trottait dans la tête et des coups d'angoisse. Des moments ça me prenait et j'avais chaud d'un coup, j'avais le cœur qui tapait. Au bout d'un moment je me suis dit « c'est bon », j'ai lâché l'affaire. Je ne suis plus allée en stage.

	C'est dur à voir et à comprendre aussi. Du coup quand on ne comprend pas quelque chose, c'est deux fois plus compliqué et dur de la voir supporter ça alors que moi je suis avec mes deux jambes, que je bouge, que je suis en stage, que je viens la soigner elle alors qu'elle a mon âge. je la voyais tous les jours, en plus on restait très longtemps chez elle. Pour un pansement de tout son corps. 1h30. Tous les jours même le samedi et le dimanche, donc tout le temps et du coup on se voyait beaucoup, beaucoup de temps, beaucoup de temps pour parler. **Stress de performance** « je n'avais aucune connaissance. Les gens venaient me parler mais il n'avait pas du tout confiance. Moi (en stage d'observation), je ne pouvais rien dire. C'était assez compliqué. » confrontation à la mort de jeunes enfants « on ne savait pas s'ils allaient s'en sortir, c'étaient des émotions, mais plutôt négatives » « personne pour partager, j'étais toute seule » « en deuxième année, on exige beaucoup plus de nous » Stress par rapport à l'adaptabilité réalité VS idéal : « en cours on a les choses bien cadrées et en stage tout varie » **Manque de reconnaissance, d'intégration** « Difficile de trouver sa place auprès de l'équipe, auprès des patients surtout parce que dès que l'on leur dit un truc, forcément ils vont vérifier auprès de l'infirmière, parce qu'ils n'ont absolument pas confiance et auprès des soignants c'est très compliqué parce que quand on pose des questions, on nous répond très vaguement parce		J'ai lâché le stage sans prévenir personne. Je n'ai ni prévenu l'équipe, ni l'IFSI, ni quiconque et, au bout d'un moment, ils s'en sont rendus compte forcément et c'était très compliqué pour rattraper la situation … la peur de dire que l'on n'y arrive plus parce que si on le dit, c'est pas fait pour vous, oui la peur qu'on remette en question toute la formation et qu'au final on me dise : « prenez la porte parce que ce n'est pas fait pour vous. » j'ai fui. Je n'ai rien dit à personne, j'ai pris mes affaires et je suis partie trois jours. Je suis partie. **Drogue, alcool ... quand vous dites « renverser la tête » ?** Oui tout. Tout ce qu'on peut faire quand … j'ai fait trois jours de ... j'ai coupé mon téléphone, j'ai fermé ma porte à clé. Culpabilisée. car on vient aider quelqu'un de son âge qui ne pourra jamais faire les mêmes choses que moi en fait. C'est dur quand même. Avant d'y aller j'y pensais, en stage, en sortant de chez elle j'y pensais encore... y penser tout le temps et se demander comment on va faire et de je déteste anticiper

	qu'elles, elles ont l'habitude et qu'elles pensent que l'on va comprendre rapidement, alors qu'on ne comprend rien » **L'évaluation** « c'est le truc qui m'a le plus choqué, on nous parle souvent d'authenticité, et au final en stage moi je ne le suis pas du tout, je ne suis pas du tout celle que je suis dans la vie réelle. **Pourquoi ?** Parce que je me sens obligée de jouer un rôle quoi. Je me dis que si je suis moi-même ça ne passera pas … et que … et que mon stage sera raté. Je m'efforce de poser des questions dont j'ai les réponses pour être intéressante. Je … oui, je ne parle pas en salle de relève alors que j'adore discuter. J'ai toujours peur de dire quelque chose qui va faire que ça va foirer mon stage. J'ai la pression de la feuille, du bien … tout le temps. » « Beaucoup de conflits dans l'équipe » à l'équipe ce n'était pas possible, il y avait trop de conflits, ce n'était pas possible. Il n'y avait pas de cadre de santé, tout le monde s'embrouillait. Ce n'était pas possible d'en parler. **A la maison ?** A la maison, la pression des parents. Ouais. On finance tes études, on compte sur toi, tu fais des études, tu veux être infirmière, lâches pas le truc. Oui, une réelle pression à la maison … à ce moment-là en tous cas.		un peu de mal à dormir … j'avais du mal à dormir chaotique

Entretien N°6 - Sophie ESI - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience		
Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**
	Ça faisait écho à la cardio à l'analyse de la pratique : résultat j'ai vu les choses complètement différemment.	

Entretien N°6 - Sophie ESI - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
		« le débrief.. Chacun amenait ses expériences avec ce qu'on a ressenti, comment on s'est senti, où en est notre projet d'être infirmière et c'était assez sympa. » « je vais vers les patients quand j'ai du temps. J'aime bien observer, je vais chercher dans les dossiers, dans les observations infirmières, voir un peu comment cela se passe et au final il faut longtemps quand même pour que ça se mette en route. En première année je ne comprenais pas tout mais à partir de la deuxième année, j'ai commencé à plus voir les rapprochements. » « je passe le plus clair de mon temps libre avec les patients parce qu'ils sont rassurants, ce sont des patients … c'est vrai ils sont toujours gentils avec les stagiaires même s'ils n'ont absolument pas confiance mais ils sont toujours très gentils. Valorisation parce qu'on se dit qu'on n'est pas totalement inutile non plus, qu'on n'est pas dans le service parce qu'on doit être là, il y a toujours une raison. » « la première étape, je me suis pris une grande claque. En plus, quand je suis sortie de l'IFSI, on m'a dit « ce n'est absolument pas sûr que vous ayez encore votre place à la rentrée" et ça, ça m'a calmée directement. Et dans la foulée j'ai dû rentrer chez moi. Et là je me suis dit que j'étais vraiment allée trop loin. » La seule chose que je savais vraiment c'est que je voulais	après je me suis remotivée, enfin je me suis dit « là tu pars complètement en live. » Je ne sais pas ce que j'ai cru. Je me suis dit que j'allais faire cela toute ma vie, la débauche comme ça toute ma vie, mais non. Quand je suis revenue, j'ai compris, je me suis dit tu as fait c'était n'importe quoi, tu allais faire ça combien de temps ? j'étais pleine de coups de soleil, pleine de bleus partout parce que j'avais fait n'importe j'ai appelé une collègue de promo en août qui m'a dit "il ne faut pas prendre les stages comme ça, faut reprendre le dessus en stage, il faut y aller et même si on ne se sent pas bien, faut y aller, faut pas laisser tomber." J'ai l'impression d'avoir abuser de réagir comme ça, mais je ne pouvais pas me forcer à aller à ce stage, ce n'était pas possible. Je me suis remise dans mes cours de première année... ça m'a pas mal

		faire ce boulot, qu'il ne fallait pas que je lâche l'affaire. Et je me suis remis dans mes cours tout le mois d'août et après j'ai trouvé un boulot en tant qu'ASH dans une maison de retraite. C'est comme ça que je me suis remis dedans en fait et je suis revenue en septembre ici. j'ai compris après la première semaine qu'il ne fallait pas que je fasse éponge sinon c'est moi qui allais ... qui allais ramasser ... et du coup ... résultat j'ai vu les choses complètement différemment. Il y a deux expériences qui m'ont plus marquée et qui m'ont fait pas mal cogiter. Mais au final cette année j'en ressors plus forte parce qu'il y a des trucs que j'arrive mieux à gérer, des facettes de moi que je ne connaissais pas non plus. Oui j'en ressors différente des deux premières années. **c'est à la fois directeur, à la fois cadre formateur et comment ça s'est passé après ?** Sur le coup j'étais très énervée et j'étais butée et je me suis dit que de toute façon on voulait me foutre dehors, enfin j'étais dans cette optique-là, et quand j'ai réfléchi, ils m'ont sauvé ma place. Je ne serais pas là si on ne m'avait pas défendue un minimum. Et l'intérêt des formateurs est très important, du coup quand ça ne va pas, je sais vers qui me tourner. Maintenant je sais qu'ils sont ouverts à la discussion, je sais qu'il est possible de parler. **(attachement sécure)**	remotivée. Dans une maison de retraite. j'ai compris après la première semaine qu'il ne fallait pas que je fasse éponge sinon c'est moi qui allais ... qui allais ramasser ... et du coup ... j'abrégeais très rapidement parce que sinon quand je lui disais quelque chose, elle m'en reparlait toute la semaine. Ta copine machin, comment elle va ? Donc ce n'était pas possible. Je faisais le pansement sans vraiment parler, en étant très froide et je me dis qu'à sa place je n'aurais pas apprécié. **une manière de vous protéger ?** Si carrément. Si, j'ai été très égoïste sur ce coup-là mais en même temps je suis restée dix semaines avec elle et je n'avais pas le choix sinon ça allait me retourner la tête et ce n'était pas possible. se demander comment on va faire et de je déteste anticiper ça m'a fait du bien d'en parler à l'analyse de pratique parce que je n'en ai pas discuté avec l'infirmière. cette situation que j'avais choisie et du coup après on avait plus creusé, on en

			avait parlé un petit peu. voir si les autres étaient pareils, si c'était normal ou ...

Entretien N°6 - Sophie ESI - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	
Qui ?	**Caractéristiques ?**
« Je suis allée habiter quelques temps chez mon meilleur ami qui m'a remotivée et on a regardé pas mal de trucs ensemble, j'ai regardé comment reprendre une formation d'infirmière après, parce que je pensais que je n'aurais plus ma place ici ». « J'avais quand même mon meilleur pote avec moi. C'est e seul qui ne m'a pas laissé tomber ». « j'ai appelé une collègue de promo en août qui m'a dit "il ne faut pas prendre les stages comme ça, faut reprendre le dessus en stage, il faut y aller et même si on ne se sent pas bien, faut y aller, faut pas laisser tomber." J'ai l'impression d'avoir abuser de réagir comme ça, mais je ne pouvais pas me forcer à aller à ce stage, ce n'était pas possible ». ça m'a fait du bien d'en parler à l'analyse de pratique parce que je n'en ai pas discuté avec l'infirmière ». quand j'en ai parlé ça m'a fait du bien parce qu'on se rend compte que l'on n'est pas les seuls, on n'est pas la seule à avoir le plus ce sont les infirmiers que je rencontre en psy. J'ai l'impression que l'équipe est plus ouverte. Je leur pose des questions, je n'oserais jamais poser les mêmes à l'hôpital général. Je creuse dix fois plus. j'aimerais bien suivre leur ligne de conduite, j'aimerais bien être comme ça. **c'est à la fois directeur, à la fois cadre formateur et comment ça s'est passé après ?** « Sur le coup j'étais très énervée et j'étais butée et je me suis dit que de toute façon on voulait me foutre dehors, enfin j'étais dans cette optique-là, et quand j'ai réfléchi, ils m'ont sauvé ma place. Je ne serais pas là si on ne m'avait pas défendue un minimum. Et l'intérêt des formateurs est très important, du coup quand ça ne va pas, je sais vers qui me tourner. Maintenant je sais qu'ils sont ouverts à la discussion, je sais qu'il est possible de parler ». Les formateurs Ils s'intéressent prioritairement aux côtés positifs de la personne pour se revaloriser, nous dire que l'on a évolué et qu'on n'est plus les mêmes, ça fait du bien de l'entendre. Et ça fait du bien au final de se dire que l'on n'est pas seul. Ici, à l'IFSI, on a quelqu'un sur qui compter. Ils laissent à l'autre la liberté de parler ou de se taire L'IFSI : on m'a demandé beaucoup d'explications et je ne l'ai jamais dit. Ils ne se découragent pas face aux échecs apparents J'ai été convoquée puis j'ai attendu une semaine pour avoir une réponse pour savoir si je restais à l'IFSI ou pas, en fait. Le cadre, les limites : Quand j'ai dû revenir, j'avais pas mal de route … et de passer la porte de l'IFSI ça a été super angoissant parce que je savais à quoi m'attendre, je le savais.	

il a fallu après que j'aille me représenter au stage, on a été très dur avec moi ici mais c'est compréhensible, tout le monde a eu peur mais … Quand je suis arrivée ici, j'étais pleine de ...oui pleine de flip, je ne faisais pas la maligne.

j'ai fait la lâche une première fois, je me suis dit "pas deux quand même".

je ne sais plus ce qu'ils avaient dit mais que ce n'était pas facile comme maladie et que c'était normal que ça impacte sur nous. En même temps
Ils m'ont déculpabilisée si on peut dire. Ce n'est pas grave, il vaut mieux faire ça que de lâcher prise ... oui ils m'ont rassurée

quand je me suis retrouvée avec mes affaires chez moi, chez mes parents et que j'ai dû partir, je me suis retrouvée seule en fait. Je me suis dit : l'IFSI, ce n'est pas sûr qu'il me reprenne, mes parents ils m'en veulent mais à un point inimaginable … je me suis retrouvée toute seule avec ma voiture et mes affaires, et à ce moment-là on cogite.

ils m'ont mis une bonne rouste en disant que de toute façon je n'avais pas le comportement d'une future professionnelle, encore moins quelqu'un qui voulait bosser auprès des gens alors qu'on n'était pas capable de s'expliquer auprès de trois personnes. Ils m'ont dit de bien réfléchir à ce que je voulais faire de ma vie et que pour l'instant j'étais très mal partie. Et je suis partie avec ça. En même temps je comprends parce que …. oui je comprends, de l'extérieur ça ne devait pas être jojo.

ANNEXE N°7

« Tableaux d'analyse - Entretien N°13 - Marine – Etudiante »

Entretien N°13 - Marine ESI - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :
Adulte en formation : stage difficile car « difficile parce j'ai été professionnel, je deviens stagiaire, je suis formée par des gens qui ont peut-être moins d'expérience que moi. » conjoint et amis handicapés :	Le stress de performance : l'évaluation « et ben c'est la note. C'est tout simplement la note à la fin. c'est cette notion d'évaluation, s'il n'y avait pas d'évaluations, je me rends compte que moins on fait de vagues et mieux ça se passe pour l'évaluation, tout simplement. la réanimation ce n'est pas le service le plus facile dans tous les aspects, que ce soit technique, déontologique, éthique et tout ça. Donc pas facile en stage je me retiens et des fois, on a envie d'exploser mais bon. On essaie de rester dans le moule, de rester dans le cadre. c'était par rapport à la réanimation, on a été en situation d'une personne handicapée, donc moi je suis assez touchée par ce milieu-là. j'ai travaillé avec le polyhandicap et je suis marié avec une personne handicapé qui est classée handicapé parce qu'elle est sourde de naissance. je côtoie aussi beaucoup de personnes dans notre entourage du coup dans le même handicap ou d'autre le médecin décide de, donc cette personne a tendance dès qu'il se réveille un petit peu, à s'extuber. Et donc à chaque fois il est ré-intuber		Pas être totalement soi-même « ça me perturbe » frustrée Je me suis sentie très mal de la colère de l'angoisse une boule dans la gorge la bouche sèche une boule dans le ventre ni manger ni avaler ma tension, je pense qu'elle était à 21 dans ma tête ne pensais qu'à ça je ressassais les paroles dites par les autres, mes paroles à moi, je me suis refait la scène 30 fois dans la matinée oui du stress, j'aurai eu des remords parce que s'il s'était extubé et qui serait décédé j'aurai je pense eu des remords de pas, de n'avoir rien dit, ça m'aurait pesé je pense Et par contre ce que j'ai, ce qui m'as mis un peu en difficulté c'est qu'à ce moment j'ai pas pu en parler à quelqu'un. Et la fin de matinée a été

	et donc le médecin prend la décision, veut prendre la décision de ne plus le ré-intuber la prochaine fois qu'il s'extube et donc tous les personnes présentes donnent leur avis et tous étaient d'accord et arriver à moi et bien là pour le coup j'ai pas pu me taire et j'ai parlé je me dis ils sont médecins, mais la seule phrase qui dise, c'est on ne connait pas l'espérance de vie de ces gens-là, mais on s'en fout de l'espérance de vie de ces gens-là. Enfin pour moi ce n'est pas un argument, que ce soit un médecin qui ait dit ça, ça m'a...		dure pour moi.

Entretien N°13 – Marine ESI - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience		
Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N°13 – Marine ESI - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
		ce qui m'as soulagée c'est que l'interne après moi était d'accord avec moi, donc on était deux. un cours sur les LATA en éthique, sur ce genre de chose et du coup j'avais abordé ce sujet-là. Je l'ai abordé en APP parce qu'à ce moment-là ça m'avait beaucoup marqué	parce que si j'avais 20 ans je ne sais pas si j'aurai parlé aussi facilement quand j'ai lu ce document (le projet pédagogique) il m'a choqué dans le sens où j'avais l'impression qu'on devait être formaté un peu comme l'ordinateur, façonné. Qu'on devait rentrer dans un certain moule d'infirmière, et moi je n'étais pas d'accord, enfin pour moi, j'ai pas ressenti, ça m'a, ça m'a perturbé parce que moi j'étais pas d'accord avec ça, parce que je pense que chaque infirmière arrive avec sa personnalité, son vécu. Activisme : je suis allé faire une toilette, c'était quelque chose où je n'avais pas besoin de réfléchir. un cours sur les LATA en éthique, sur ce genre de chose et du coup j'avais abordé ce sujet-là. Je l'ai abordé en APP je n'ai pas pu en parler, j'étais mal, si j'avais pas pu en parler pendant

			longtemps, si j'avais pas pu l'évacuer, je pense que ça m'aurait plus perturbé, je pense.

Entretien N°13 – Marine ESI - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	
Qui ?	**Caractéristiques ?**
Ils manifestent de l'empathie et de l'affection ; les infirmiers en stage : c'est qu'il y en a qui ont des attitudes ouvertes vers qui on a envie d'aller et d'autres des attitudes plutôt fermées et qu'on a pas du tout envie d'aborder alors que si ça trouve elles sont très bien aussi. Mais c'est vrai que quelqu'un qui a un sourire, on ira plus facilement la voir que quelqu'un qui n'as pas le sourire, déjà. Et puis en formation, quand on est en stage, on arrive à percevoir dans la façon dont elle parle si elle a envie de donner son savoir ou pas. Et du coup on va aller plus vers celle qui nous explique les choses, que celle qui fait sans rien expliquer. Quand on passe une matinée avec elle ou une après-midi on se rend bien compte que si elle a un aspect un peu pédagogue ou pas. Donc on choisit comme ça. L'infirmier tuteur : « y avait un infirmier qui était mon tuteur et qui était très bien et du coup à la fin du stage, il m'a demandé comment j'avais vécu mon stage. Et je lui ai parlé de cette situation et du coup on a pu en parler et en plus il m'a conforté dans l'idée que j'avais bien fait, enfin bien fait, de dire ce que j'avais à dire c'était bien. » « il était beaucoup dans la parole, à me demander ce qu'il y allait, ce qu'il n'allait pas. Et j'avais vraiment l'impression que je pouvais me confier à lui. Dire ce que j'avais à dire. Et... et y avait un aspect de respect aussi mutuel. Il ne me prenait ni de haut ni de bas » « il ne m'a pas jugé et m'a juste demandé mes ressentis et on a bien pu parler. Une formatrice : « D'en parler avec les formateurs, je sais que j'ai beaucoup aussi parlé avec X (formatrice) l'année dernière quand elle est arrivée, s'est bien passée entre nous et du coup j'ai pu me livrer un peu des fois sur ce que j'avais envie de dire... je l'ai choisi. Avec elle j'arrivais à dire ce que j'avais envie de dire, y a des choses qui ne sont pas toujours facile à dire, et j'ai pu arriver à en parler avec elle. je ne sais pas pourquoi j'ai senti, ça passait bien. c'est une attitude, le fait que ce soit une femme, parce que vous vous êtes un homme, X est peut-être plus dans mon âge, X je la trouvais peut-être plus douce, plus posée attitude, très posée, et moi quand je ne vais pas bien je suis très speed en fait, j'ai besoin de quelqu'un qui me pose, très disponible, très dans l'écoute des mots rassurants, apaisants, plus dans le relationnel Ils s'intéressent prioritairement aux côtés positifs de la personne Ils laissent à l'autre la liberté de parler ou de se taire : avec les formateurs on peut quand même discuter et puis dire ce qu'on a à peu près à dire, moi je ne me cache pas en général, je dis ce que j'ai à dire.	

ANNEXE N°8
« Tableaux d'analyse - Entretien N°17 - Manon – Etudiante »

Entretien N° 17 Manon ESI- Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :
J'ai un tempérament assez calme, j'ai un problème avec la violence par rapport à des choses que j'ai pu vivre personnellement et c'est quelque chose qui me suit. J'ai été témoin dernièrement au boulot d'une scène de violence de nouveau et j'ai énormément de mal à gérer. J'ai vécu des choses compliquées en étant adolescente et qui ont été très anxiogènes. J'ai fait un voyage humanitaire dans un contexte hors professionnel, sans mes parents et j'ai vécu des situations de violence. Je les avais enfouies bien au fond de ma tête et cela a refait surface à ce moment-là. Ça a été très violent et il m'était très compliqué de porter plainte sur place. Il y a eu des conséquences physiques importantes. J'ai eu des hématomes, une dame a été poussée sur un rocher et a eu une clavicule et un bras cassé. **Vous avez été agressés par une bande ?** Par des gens habillés en policiers. Donc on s'est laissé approcher sans crainte. Et puis là, il nous passe plein de choses par la tête : on va se faire tuer, enlever ou encore violer ? J'ai eu des séquelles longtemps mais bizarrement le coté	Ecart théorie réalité : Nous nous rendons bien compte, nous professionnels de terrain que les étudiants n'ont pas toujours en tête la réalité du terrain. A l'école nous apprenons la théorie, bien sûr indispensable mais nous nous rendons compte qu'il y a un gros décalage avec la vie professionnelle. Décalage avec le temps à disposition mais aussi les moyens, la dextérité, le contact humain… Quand, comme moi l'on sort du Bac, qu'on n'a jamais tenu la main d'une personne qui a mal ou encore qui est en train de mourir cela est déconcertant. Difficulté à être encadré par l'organisation du travail : « Après au niveau de la pratique, c'est très difficile d'encadrer. On doit avoir un certain rendement et forcément l'étudiant prend beaucoup de temps à encadrer. Lorsqu'on se rend compte, qu'il est 11h, qu'il nous reste X nombre de soins à faire, cela est difficile de tout concilier. Nous, en tant que professionnels, nous nous devons d'encadrer mais cela ne doit pas être au détriment de l'organisation avec l'ensemble de l'équipe, les différents intervenants. » « Les relèves, les liens, la technique, le nursing, pourquoi on fait cette technique à ce moment, le lien avec le médecin, le dossier médical, le dossier infirmier, les différents intervenants,		Moi je n'avais pas réellement envie de porter plainte à ce moment. J'avais plus envie de me terrer dans un trou de souris… culpabilité : Tu as cherché ! C'est donc vous la responsable ? Moi je remmène cela a : une fille en mini-jupe, il ne faut pas se plaindre qu'elle soit violée ! C'est la même chose. Je n'ai rien dit de mal. Moi je n'ai pas eu envie de m'arrêter de travailler. On me l'a proposé ainsi que des anxiolytiques. J'étais vraiment très angoissée, même chez moi ou dans la rue. J'ai eu l'impression de ne pas être soutenue par mes pairs et je me suis sentie fautive. J'étais très en colère et j'avais peur. d'avoir de nouveau des séquelles physiques après l'agression en stage, ça m'a rappelé des mauvais souvenirs. Ce sont deux situations auxquelles je ne me suis pas attendue.

psychologique je l'ai mis de côté, enfouis milieu familial compliqué divorce des parents dans des circonstances compliquées J'avais un petit frère qui faisait beaucoup de bêtises, qui avait un rapport à la drogue et qui a toujours un rapport à la drogue compliqué.	l'EFS (établissement français du sang), le laboratoire, les autres services, la radiothérapie peut être… Enfin tout ce qu'il y a à gérer autour ! » « Faire les relèves, répondre au téléphone, aller fouiller dans le dossier médical… C'est tout cela qui est à faire, car au niveau médical, ce n'est pas comme dans la théorie ou le médecin vient nous donner les informations, il faut aller les chercher ! » L'évaluation : « C'est un gros stress en fait : est-ce que ma compétence 3 va être validée car je suis en troisième année ? Est-ce que je vais voir cette petite croix que je n'ai encore jamais eue ? Donc voilà, la prise en charge globale c'est le nursing, la technique, le dossier, les médecins… » L'exigence des infirmiers : « Il y a déjà l'exigence de certains services, de certains professionnels qui demandent des exigences très pointues et qui parfois ne relèvent même pas de la compétence de l'infirmière. Par exemple j'ai des collègues qui ont fait des études de médecine, qui ont finalement bifurquées sur le métier d'infirmière et qui sont dans le service depuis dix ou quinze ans. Elles posent parfois des questions aux étudiants que même moi je ne saurais pas trouver la réponse ou alors expliquer avec des processus schématiques. Cela peut faire peur aux étudiants quand on leur pose, dès le premier jour, effet indésirable, effet		J'ai mis quasiment un an avant de m'en remettre, à ressortir normalement, à ne pas avoir peur dans la rue, à ne plus faire de cauchemars, à accepter que j'étais victime. D'un côté je suis très angoissée, cela me fait remonter plein de choses que je n'arrive pas toujours à analyser. Pourquoi j'en étais aussi malade ? Je pense avoir fait de la dépression à un moment. (Émotion) Je suis désolée. J'ai cauchemardé du procès longtemps. Pour le stage suivant je me suis sentie différente. J'étais en retrait. Je parlais peu de peur d'induire quelque chose. J'ai pris des anxiolytiques. C'est resté très ponctuel. Cela fait du bien d'apaiser les angoisses. J'ai encore du mal à en parler mais je prends le positif de la situation. (Pleurs) ce sont des choses qui sont toujours là.

	secondaire …etc. » « il y a des professionnels plus exigeants. C'est une profession exigeante, les médecins sont exigeants, on a des responsabilités… » rejet du nouveau programme : « Ce qui est difficile aussi pour cette nouvelle génération, dont je fais partie c'est cette nouvelle réforme. Dans les services cela ne passe pas ! On en entend parler tous les jours ! (…) Tout ce qui est nouveau et qui n'a pas fait ses preuves ne fonctionne pas... j'en avais marre d'entendre en stage que l'on formait des professionnels au rabais ! C'est dur ! J'ai mal vécu courant de mes études de fait de devoir toujours me justifier, d'expliquer pourquoi c'est intéressant de travailler par compétence, comment l'on doit remplir les feuilles de stage. Cela met la pression ! Événement traumatiques : C'était lors de mon premier stage de troisième année, j'étais en service de gynécologie. Le stage s'est très bien passé j'ai adoré. Le service faisait des hospitalisations ainsi qu'une partie urgences. Il y avait des professionnels investis qui accompagnait des patientes pour des actes d'orthogénie, de mastectomie, d'hystérectomie… Il y avait un coté très difficile dans le service émotionnellement parlant. Je me rappelle d'une dame qui avait fait sa quatrième fausse couche, la chambre d'à côté une petite jeune qui faisait son troisième avortement, et celle d'à côté la dame venait de subir une double mastectomie ! Tout le monde		

	essayait donc de prendre en charge au mieux les différentes personnes. Ma situation se passe un jour où j'avais des horaires un peu différents de d'habitude. 45 min avant la fin de mon poste, je suis avec une infirmière et l'on voit un jeune homme qui essaye de passer une porte réservée aux professionnels car donnant sur d'autres unités. Nous l'interpellons et lui indiquons la sortie. Il n'a pas compris notre attention et s'est tout de suite énervé. Il était visiblement très mal. Il nous a insultés, menacés verbalement et physiquement. Tout s'est passé très vite. Nous étions sous le choc. Nous avons téléphoné à la sécurité pour prévenir de la virulence de ce jeune homme. 30 min plus tard on sait qu'il y a une jeune femme aux urgences et l'on pense que ce peut être sa compagne. Ma fin de poste se termine à 17h. Je prends mon sac et je m'en vais par une porte sécurisée. Je rencontre le jeune homme qui avait retrouvé sa compagne dans les services. J'ai essayé de lui dire de ne pas rentrer en gynécologie et de temporiser la situation. Je n'aurais pas dû le faire car comme la première fois, il s'est énervé et m'a frappée avec son casque de moto. J'étais contre le mur vers l'ascenseur. **Il vous a agressé avec un objet lourd.** Je me suis protégée en criant. Entre temps les ambulanciers avaient emmené sa compagne. Et je me suis effondrée en hurlant « tu es malade »… Je me suis demandée ce qu'il fallait que je fasse. Pour protéger mes collègues et les autre patientes je suis retournée dire ce qu'il venait de se passer (forte émotion de la part de Ninon, s'en excuse). Je suis allée le plus au fond possible du bureau infirmier et j'ai dit ce qu'il		

	s'est passé. Toute l'équipe est arrivée, infirmières, médecins, cadre de santé et ils m'ont d'abord aidé à me calmer. Ils m'ont dit d'aller faire un certificat aux urgences si je voulais porter plainte. L'infirmière qui avait été menacée avec moi me propose d'en faire de même. L'on me dit à ce moment-là que l'hôpital ne va pas prévenir la police pour ne pas avoir mauvaise presse et que cela est une transmission du cadre supérieur de santé. Sur le coup, j'ai eu l'impression d'être très soutenue, la cadre, la police mais quand je suis revenue, le surlendemain car ma journée du lendemain m'a été donnée, j'ai eu beaucoup de reproches. Entre temps les gens avaient donc parlé. Je n'aurais pas dû parler au jeune homme, pas dû sortir par cette porte et l'on a même osé me dire « quand c'est comme ça c'est forcément 50/50 tu as dû faire quelque chose »…Moi je m'en serais bien passée ! On m'a même dit quand j'ai reparlé de la plainte que ça n'allait pas se passer ainsi. Il y avait deux circonstances aggravantes, l'une c'est une agression avec arme et l'autre une agression sur le personnel exerçant une mission de service publique. Cette affaire allait donc aller au tribunal d'instance avec probablement une peine avec sursis. J'ai dit que c'était difficile pour moi de me rendre compte de tout cela et l'on m'a dit que je n'avais pas qu'à être allée porter plainte. La cadre a aussi ajouté que cette histoire lui prenait beaucoup de temps en paperasse ! Concernant la précédente situation, qu'on me dise que j'ai cherché à me prendre le casque		

	dans la figure c'était trop. Je me suis sentie soutenue, j'ai fait plein de démarches, ce n'est pas pour me prendre des réflexions ensuite parce que j'ai bousculé l'activité du service, qu'elles étaient en retard pour faire leur tour du secteur…. (Émotion). Ce sont deux situations auxquelles je ne me suis pas attendue. c'est la surprise. On se fait aborder par des policiers et l'on ne pense pas se faire tabasser car il n'y a pas d'autre mot Mais dans cette situation-là, en France, en 2012, je ne m'attendais pas à me faire agresser sur mon lieu de travail en tant que stagiaire. Tu as cherché ! **C'est donc vous la responsable ?** Moi je remmène cela a : une fille en mini-jupe, il ne faut pas se plaindre qu'elle soit violée ! C'est la même chose. Je n'ai rien dit de mal. Les familles et les patients : Pour moi l'on n'est pas des soignants qui sont là pour se faire taper. On n'est pas là pour ça, il y a vraiment des gens irrespectueux. Tous les professionnels, on a tous vécu des moments avec des familles qui ne nous respectent pas et on n'est pas là pour ça ! Le système actuel, la hiérarchie ne prend pas en compte cela. Les patients, les familles qui ne nous respectent pas on laisse tout passer. Sous prétexte que nous sommes dans un service publique, les gens savent qu'ils vont être soignés donc ils se permettent tout. Il y a des gens formidables avec lesquels on crée des liens bien		

	sûr. Mais il y a aussi des gens qui nous disent : « je paie des impôts, vous êtes un service public donc je suis votre patron ! ». Moi aussi alors ? Je suis donc mon propre patron ? Ils ne respectent pas la profession. Mon cas a été extrême mais je ne peux pas travailler comme cela, en ayant peur. Les étudiants nous disent parfois que certains patients se permettent des propos qu'ils n'auraient pas eus envers les infirmières diplômées. En service, on n'a pas le temps de les écouter et c'est dommage.		

Entretien N° 17 - Manon ESI - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N° 17 - Manon ESI - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
	Mes proches ont aussi joué un rôle important. Mon compagnon est aussi infirmier. Il connait la réalité du terrain, il sait de quoi l'on parle. Mon père est policier donc la violence envers les services publics il connait.	Il me semble très important d'avoir des stages, et des stages bien choisis pour pouvoir travailler les difficultés de chacun. C'est pour cela que je trouve important, à l'IFSI d'avoir un suivi personnalisé, il ne faut pas que cela soit une usine, afin de pouvoir dire : moi je ne suis pas à l'aise en gériatrie ou en psychiatrie pour pouvoir au mieux choisir le stage. Pas pour forcément réconcilier avec la discipline mais pour pouvoir optimiser un mieux les apprentissages et découvrir des choses. Je suis allée aux urgences. J'ai été très bien reçue par eux et bien encadrée par l'équipe de gynéco. Je suis ensuite allée porter plainte. Tout s'est bien déroulé. Cette formation...Pour moi ça a été une échappatoire, j'ai quitté mon père, j'ai pris un appartement, je me suis installée et je suis tombée amoureuse. J'ai l'ai vécu comme une porte de sortie pour ne pas finir comme ma famille. J'aime ce métier, je l'ai toujours aimé, même au travers des soins HAD portés à la famille. J'ai des proches qui ont passé quasiment deux ans en rééducation et que je suis beaucoup allée voir. Ce métier a fait figure	Il y a un truc génial dans notre travail en tout cas c'est la blouse blanche, une petite carapace. **En quoi pensez-vous que c'est une carapace ?** Je ne vis pas les mêmes choses en civil qu'en blouse. On est en poste déjà, on a une mission, des patient à gérer, à surveiller. On a un statut. On n'est pas Me Lambda. **Vous êtes l'infirmière du service.** On a une étiquette. On ne peut pas se permettre de se terrer au fond de la salle de soins pendant des heures. On a le droit d'avoir des émotions bien sûr. **Cela vous aide à gérer sur le moment, à avoir une contenance. Est-ce que vous avez trouvé des moyens différents de quand vous étiez étudiante pour ne pas trop ramener ses ressentis chez vous ?** En tant que diplômée on a un statut, une autorité, des compétences. Et moi cela m'a beaucoup aidée. Je suis infirmière, je peux me faire entendre auprès de familles qui ne me respectent pas, je suis là pour faire mon travail et vous prendre en charge. Respectez donc le fait que je n'arrive pas dans la minute. On est à

		de nouvelle vie, c'est ma nouvelle vie ! Je me suis raccrochée à ce qui allait bien, à l'IFSI, à mes stages. L'IFSI c'était difficile au départ, j'étais très en colère et l'on m'a proposé de me faire aider. J'ai reconnu mes limites. l y a un côté familial dans cet IFSI et très bienveillant. On est vraiment reconnu comme personne. On a une identité et on n'est pas un numéro de candidat pour le diplôme. Cela m'a aidé d'avoir un environnement rassurant avec peu d'élèves et une prise en charge rapprochée. Les stages se sont enchainés, tout s'est bien passé. J'en ai aussi parlé à quelques collègues d'IFSI. L'équipe m'a demandé pourquoi je n'arrivais pas à me mettre dans le stage. J'en ai parlé d'autant plus que cela tombait dans la période du procès. Je n'arrivais plus à me positionner auprès du patient pour ne pas « créer de réaction ». L'équipe m'a dit d'être moi-même et d'avoir confiance et cela m'a aidée. Ma sœur qui est du métier et qui était déjà diplômée a été très présente et elle m'a comprise. A l'IFSI il y a les APP	l'hôpital, il y a d'autres patients dans les lits. **Vous avez appris à vous sentir légitime dans le recadrage et les limites ?** C'est rare mais ça peut arriver. J'ai aussi des droits. On ne peut pas tout accepter. J'y travaille d'ailleurs sur l'hôpital, lors de tables rondes organisées sur les violences faites aux professionnels. Il faut le signaler, sans forcément aller jusqu'à porter plainte parce que nous ne sommes pas entendus. Table ronde J'y travaille d'ailleurs sur l'hôpital, lors de tables rondes organisées sur les violences faites aux professionnels. Il faut le signaler, sans forcément aller jusqu'à porter plainte parce que nous ne sommes pas entendus. Quand on voit des infirmières libérales à Paris qui se font tuer par leurs patients et bien, on n'est pas là pour ça. Cela me tient à cœur de travailler sur le sujet car tout n'est pas excusable ;

Résultat : « J'ai aussi compris que la réaction qu'ont eue certains professionnels du service n'était aucunement justifiée avec le temps.
Dans tout ce qu'il est arrivé. Je ne dis pas que je n'aimerai pas que tout s'efface mais en même temps cela m'a aidé à acquérir des valeurs.
J'aurai toujours un problème avec la violence et je n'arrive pas à la gérer mais j'ai su rebondir, persévérer, ne pas arrêter. J'ai des amis à l'IFSI qui m'ont beaucoup aidée et même à réviser car j'ai eu des moments où j'étais déconnectée ».

Entretien N° 17 - Manon ESI - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	
Qui ?	**Caractéristiques ?**
J'ai des amis à l'IFSI qui m'ont beaucoup aidée et même à réviser car j'ai eu des moments où j'étais déconnectée. Je me suis raccrochée à ce qui allait bien, à l'IFSI, à mes stages. L'IFSI c'était difficile au départ, j'étais très en colère et l'on m'a proposé de me faire aider. J'ai reconnu mes limites.	J'ai été très soutenue à l'IFSI. Ma formatrice qui a été la première au courant a été très présente. Les autres aussi ainsi que la directrice qui m'a accompagnée faire les démarches. Dans ma vie personnelle également, j'ai été très soutenue. Le problème ça a été le lieu de stage. L'on fait partie de l'équipe durant le stage, on m'a poussée à faire des démarches et puis la d'un coup je prends tout un tas de reproches comme si cela était de ma faute. J'ai voulu être trop gentille et prévenir le jeune homme que si sa compagne était là c'était pour son bienêtre et voilà. Mes proches ont aussi joué un rôle important. Mon compagnon est aussi infirmier. Il connait la réalité du terrain, il sait de quoi l'on parle. Mon père est policier donc la violence envers les services publics il connait. l y a un côté familial dans cet IFSI et très bienveillant. On est vraiment reconnu comme personne. On a une identité et on n'est pas un numéro de candidat pour le diplôme. Cela m'a aidé d'avoir un environnement rassurant avec peu d'élèves et une prise en charge rapprochée. Les stages se sont enchainés, tout s'est bien passé. J'en ai aussi parlé à quelques collègues d'IFSI. L'équipe m'a demandé pourquoi je n'arrivais pas à me mettre dans le stage. J'en ai parlé d'autant plus que cela tombait dans la période du procès. Je n'arrivais plus à me positionner auprès du patient pour ne pas « créer de réaction ». L'équipe m'a dit d'être moi-même et d'avoir confiance et cela m'a aidée. Ma sœur qui est du métier et qui était déjà diplômée a été très présente et elle m'a comprise.

ANNEXE N°9

« Tableaux d'analyse - Entretien N°1 - Catherine CDS formatrice »

Entretien N° 1 - Catherine CDS Formatrice - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :

Problèmes personnels : « comme lié à un mal-être personnel », **Problèmes financiers** : « un problème d'ordre financier », Maturité : « Le cadre législatif, la méthode, la théorie, la relation... enfin d'arriver à naviguer au milieu de tout ça. Une exigence des patients... ça exige une certaine maturité. »	organisation du travail : « le fait de voir plus ou moins d'organisation » relation avec encadrement : « une hiérarchie plus ou moins pesante, le fait qu'on leur laisse ou pas la prise d'initiatives, avec des jeux de pouvoirs formels et informels, « les remarques sont difficiles » apprentissage de la relation d'aide : « bien entendu au service de patients vulnérables. Des patients qui peuvent renvoyer plein de choses à l'étudiant et qui peut vraiment les déstabiliser. Être déstabilisés en lien avec leur parcours personnel, avec leur susceptibilité, leur fragilité et une capacité ou non à faire face à l'adversité. » ; Par exemple, un patient dans une chambre à deux lits, qui ne supporte pas son voisin qui devient de plus en plus irritable voir agressif parce que défensif, mais donc agressif avec le personnel soignant. En plus des soins, d'accompagner la personne dans son processus thérapeutique, il faut prendre en compte la personnalité, les défenses du patient. » EX : J'ai le souvenir d'une étudiante qui avait du mal à trouver la distance relationnelle juste avec certain patients parce qu'ils étaient de la même origine qu'elle. Cette étudiante est de nationalité malgache. A chaque fois qu'il y avait un patient d'origine malgache, elle n'arrivait pas à trouver la distance relationnelle juste. Alors elle dépassait ses fonctions. Et en plus, tout ce qu'elle pouvait entendre sur ce patient de la part des soignants, était exacerbé jusqu' identifier ça comme des propos racistes. Alors que finalement en APP, en expliquant les choses, en essayant de comprendre ce qui se passait, c'était à elle de travailler sur son transfert. » désillusion idéal/réalité : « C'est une formation en alternance. L'apprentissage de la théorie c'est une chose, mais le fait d'être immerger dans un service de soins, » les différents stresseurs au travail :	Mésentente : « un conflit dans le groupe, une relation difficile avec un formateur, ou alors une question d'affectation de stage … » Appréhension des stage, projection personnel :« Peut-être qu'en pneumo, ils font le lien avec une personne qu'ils ont accompagnés dans une fin de vie comme un grand-père, une grand-mère...ça leur renvoie des choses qu'ils ne peuvent pas affronter. »	**Signes** : « qui pourrait perturber leur apprentissage » « Parce qu'elle a beaucoup pleuré. Elle pleurait tous les jours durant ce stage et elle a beaucoup pleuré lors de l'APP. Elle y mettait trop d'investissement. Un investissement personnel qui dépasse le professionnel. » « elle était inondée sur le plan émotionnel » « dans un tunnel » « c'était traumatisant pour moi. C'est un contre choc de valeur. » « Du dégoût (rire nerveux). Ah oui oui oui, du dégoût. Du dégoût pour la profession, pour le patient. J'étais très en colère contre l'hôpital qui ferme les yeux volontairement. Parce qu'on ne voulait pas de procès, ou du moins de procédures, des enjeux de licenciement... Un vrai choc de valeurs. «ruminais » : « « il faudrait pouvoir me dévisser la tête avant d'aller me coucher ». Je ruminais, j'allais me coucher très tard, plus tendue en permanence, avec tout le temps une colère contre un système, et puis une colère contre mon choix professionnel. Je me disais « jamais tu vas pouvoir y travailler encore 20 ans, tu vas y laisser ta peau. Quand j'entrais dans le service de dialyse, l'odeur du dialysa me donnait envie de vomir. L'haleine des patients le matin à jeun me répugnait. Après tu fais comme si de rien était mais c'est dur à force. Tu vas essayer de trouver des satisfactions : un temps avec une famille, un temps privilégié avec un patient. Mais la satisfaction ne dure pas. Le reste prend tellement de la place que du coup tu ne vois même plus ce qui va bien. »

	performance « avec des connaissances à remobiliser », « Ils sont immergés dans le monde du travail avec toutes les difficultés. » **l'évaluation** « Rencontrer des étudiants qui sont déstabilisés lors d'un stage car ils ont mal été reçu en stage, la remise en question les a atteints narcissiquement surtout quand on a 20-25 ans ». Manque de compétence, performance : « j'ai en tête une étudiante qui a arrêté volontairement car elle enchaînait les stages médiocres et elle n'arrivait pas à avancer. En fait, elle était submergée par les responsabilités ».		« Une vraie tristesse, une démotivation, elle ne voyait plus l'avenir. »

Entretien N°1 - Catherine CDS Formatrice - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**
Vulnérabilisation répétée : exemple de la dialyse : « Je me disais « jamais tu vas pouvoir y travailler encore 20 ans, tu vas y laisser ta peau. Quand j'entrais dans le service de dialyse, l'odeur du dialysa me donnait envie de vomir. L'haleine des patients le matin à jeun me répugnait. Après tu fais comme si de rien était mais c'est dur à force. Tu vas essayer de trouver des satisfactions : un temps avec une famille, un temps privilégié avec un patient. Mais la satisfaction ne dure pas. Le reste prend tellement de la place que du coup tu ne vois même plus ce qui va bien. » : changement d'orientation quitte la formation nécessité de se remettre en question pour la malgache	**Sentiment d'être en sécurité avec les autres en formation** : APP, écoute, bienveillance du groupe, partage entre pair, empathie et disponibilité de la formatrice « Parce que pour elle c'était une situation qu'elle allait rencontrer d'autres fois, et il fallait qu'elle règle ce problème car sinon elle ne voyait même pas comment elle allait pouvoir continuer sa formation si à chaque fois elle transférait. » en confiance et aidé par les autres : Conciliants car ils voyaient bien qu'elle était inondée sur le plan émotionnel. Forcément ils ont été très conciliants . Certains ont évoqué des situations quasi similaires. Et surtout par rapport aux propos qu'elle pouvait interpréter comme raciste, eux ont pu apporter un éclairage plus juste, plus objectif. Ils lui ont permis de se sortir de ce tunnel	**Protection et mentalisation** : il fallait qu'elle soit consciente des mécanismes se mettant en place chez elle pour se distancier et rejoindre un relation plus neutre qu'on a avec les patients par principe « d'aller vendre des fleurs... des choses qui font du bien...avec des couleurs » rire

Entretien N°1 - Catherine CDS Formatrice - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
		En suivi pédagogique	Immédiat : affiliation et mentalisation : Donc on essaie de faire un point, un bilan sur ce qui vient de se passer et puis on essaie de formuler des objectifs avec l'étudiants pour progresser dans la formation. APP mentalisation : « Des évènements même traumatisants sur le coup, après riche sur le plan pédagogique et structurel. » Immature « identifier ça comme du racisme » car heurtée. Puis mentalisation A distance, humour : « d'aller vendre des fleurs... des choses qui font du bien...avec des couleurs » A distance rire et prise de distance rire Fuite : Et deux mois après avoir arrêté elle et repassée et elle était métamorphosée. Pour sa santé, elle a vraiment bien fait d'arrêter. Mentalisation : Prendre du recul prendre conscience de ce qui c'était passé. Grandir dans un milieu moins exigeant. Le fait d'arrêter, c'est aussi arrêter de se faire du mal dans cet apprentissage.

Entretien N°1 - Catherine CDS Formatrice - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience

Qui ?	Caractéristiques ?
La formatrice **Les pairs** **Professionnels et extra-pro** APP avec l'étudiante malgache : « relation de confiance s'est appuyée Sur moi et sur les autres membres du groupe. » « a rappelé à son initiative » « les professionnels qui sont sur le terrain » : « Les infirmiers, les aides-soignantes avec leur expérience. Les psychologues, il n'y en a pas dans tous les services. » « Dans une équipe, ils arrivent toujours à trouver quelqu'un avec qui discuter, avec qui ils sont un peu plus en confiance » « Dans une équipe de 20 infirmières je me rappelle encore de 2 ou 3. Parce qu'il y a eu des difficultés, parce qu'il y eu des moments plus propices à l'échange, plus d'affinités, de sensibilité. On se livre plus en tant qu'étudiant à quelqu'un avec qui on est en confiance. Moi je pars du principe que toute personne t'apporte quelque chose. Il y a des choses à ne pas prendre car ce n'est pas son point fort, ou ce n'est pas ce qui va te nourrir, mais par contre avec une autre ça va être autre chose. Je crois beaucoup à la diversité. » « Super important les collègues, les enfants, les amis et puis des activités de loisirs. Pour moi qi gong, shiatsu. Mais j'avais oublié ça. »	La formatrice en APP, suivi ped, aller sur le lieu de stage Ils manifestent de l'empathie et de l'affection ;**Empathie : «** Alors forcément, en fonction d'où se trouve le patient, on ne peut pas se contenter de notre check liste et occulter leur état émotionnel pour essayer de dispenser ce contenu d'information très technique donc forcément très vite on est rattrapé par le côté émotionnel, les différentes étapes du deuil, etc.… et on a essayé de très vite avoir recours aux entretiens d'aide en complément de ces aspects techniques. Et à adapter en fonction du patient. » « Lorsqu'un patient arrivait avec une question à poser sur son avenir... si nous ne prenions pas du temps pour écouter, impossible de passer à des pratiques d'ordre technique. Comme s'il fallait balayer tout ce qui pouvait nuire à la réceptivité du patient. » // en suivi ped : « je commence toujours par poser ce type de questions : « quand vous avez préparé votre entretien, y a-t-il une question prédominante à laquelle vous voulez qu'on réponde d'emblée ? ». » « C'est vrai qu'en termes de ressources, ça peut être très variable d'un étudiant à un autre. Je ne cesse tout le temps de leur répéter que pour prendre soins des autres, il faut prendre soins de soi. Je suis convaincu que si dans ce métier, on a pas suffisamment de ressources positives autour de nous, de l'ordre d'un étayage amical, familial, des loisirs, du sport... je ne vois pas comment on peut tenir dans ce métier. Car on ne fait que donner donner donner sans forcément recevoir. Donc à mon avis, c'est aussi pour eux une recherche d'équilibre par rapport à ça. C'est prendre conscience que la bienveillance, l'écoute, la mise en place d'actions adaptées, ça a ses limites aussi. Nous aussi on est à nourrir. Chacun a à trouver ses ressources. Parce que nous à notre niveau de formateur, à part leur faire prendre conscience, ce qui est déjà énorme, mais leur faire prendre conscience de ce qui peut freiner l'avancée... après, ça s'arrête là. On ne vit pas avec eux, on ne va pas leur prendre la main pour les amener chez le médecin. On peut leur conseiller certaines techniques de relaxation, d'apaisement, après... à chacun de trouver sa ressource. » Ils s'intéressent prioritairement aux côtés positifs de la personne « Oui en ne perdant pas ses valeurs professionnelles, ce qui a construit leur identité professionnelle. Les aider à bien choisir leurs domaines d'exercice comme la psychiatrie, la réanimation etc... c'est éviter qu'ils fassent une erreur de choix professionnel et aillent bien vers ce qui les motive le plus. Sinon ils souffrent dans leur travail. Il faut vraiment les aider à bien se connaître lors de la formation pour les amener à être bien de leur choix professionnel et dans leur travail au quotidien. Ils laissent à l'autre la liberté de parler ou de se taire » « elle a rappelé elle-même » « elle est repassée pour le dire » Ils ne se découragent pas face aux échecs apparents « Donc on essaie de faire un point, un bilan sur ce qui vient de se passer et puis on essaie de formuler des objectifs avec l'étudiants pour progresser dans la formation. » ; « Des évènements même traumatisants sur le coup, après riche sur le plan pédagogique et structurel. » référence aux séances d'APP Ils respectent le parcours de résilience d'autrui : malgré tout ce qu'on a pu faire, elle a arrêté ; elle allait mieux ; Elle est allée travailler comme aide-soignante et elle a repris vie. Elle est repassée après pour le dire. « malgré tout notre aide, l'aide des professionnels, il y a fallu qu'elle s'arrête. C'est dur après d'aller plus loin dans le côté personnel après. j'ai en tête une étudiante qui a arrêté volontairement car elle enchaînait les stages médiocres et elle n'arrivait pas à avancer. En fait, elle était submergée par les responsabilités.... « Ils facilitent l'estime de soi d'autrui : cherche à leur faire trouver leur ressource sans cacher que la réalité est difficile Alors non pas du tout au contraire. Mais je leur dis bien, j'insiste sur le fait que la reconnaissance on ne l'a pas des autres complètement. Ils doivent trouver leurs sources de satisfactions, s'autoévaluer. Les sourires de patients sont aussi une reconnaissance et que ça c'est déjà énorme. Mais vraiment travailler avec la douleur, la souffrance des gens, sur un rythme soutenu, avec le travail en poste matin soir nuit, travailler dans des équipes chargées avec des tensions, au milieu de situation d'urgence, je pense que c'est très difficile sur le long terme.

	L'empathie vient-elle parce que les tuteurs ont eux-mêmes vécus des trauma en formation ou dans la vie pro ? J'ai moi-même vécu cela. Ex dialyse Les pairs : « Conciliants car ils voyaient bien qu'elle était inondée sur le plan émotionnel. Forcément ils ont été très conciliants . Certains ont évoqué des situations quasi similaires. Et surtout par rapport aux propos qu'elle pouvait interpréter comme raciste, eux ont pu apporter un éclairage plus juste, plus objectif. Ils lui ont permis de se sortir de ce tunnel » Les professionnels qui sont sur le terrain : « peut-être que ces professionnels ont plus de sensibilité par rapport à l'apprentissage parce qu'eux-mêmes ont aussi dans leur formation, ont été amenés à réfléchir là-dessus. »

ANNEXE N°10

« Tableaux d'analyse - Entretien N°3 - Françoise CDS formatrice »

Entretien N°3 - Françoise CDS formatrice - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :
« En entretien de sélection, on va essayer de sentir leur capacités. Si entretien tu évoques la mort, ou des traumatismes un peu lourd, ou des handicaps, en situations réelles, leurs représentations conceptuelles se concrétisent et là c'est bouleversant parce qu'ils ne sont pas toujours en capacités de le verbaliser tout de suite. » « Des étudiants fragiles, qui sont suivis en Centre Médico-Psychologiques, qui arrivent en stage à l'hôpital psychiatrique et lors d'une réunion pluridisciplinaires, ils tombent en face de leur thérapeute. […] Elle, ça lui a coupé les pattes » « Oui il y a des situations émotionnelles qui sont ingérables, qui ne peuvent pas être anticipés. Mais il y a ces situations où les étudiants se mettent en situations de risques. » Pathologie existante avant la formation : « dans une promotion, par exemple en première année, on avait une jeune fille anorexique, qui était suivie. Elle avait un diagnostic posé dont elle nous avait fait part, car ça	« Le stage est le facteur principal qui peut déstabiliser l'étudiant, puisqu'on est pas présent tout le temps, parce que certaines équipes ne sont pas très accompagnantes, parce que des situations sont bouleversantes... » Les difficultés du monde hospitalier : « On voit souvent les étudiants décompensé lors de situations de stage. Il y a tout ce que tu as dit, ce contexte qui est perturbant. Il y a aussi qu'ils ne soient plus en lien avec nous. » « Mais les postes de cadres de proximité, je ne suis plus en capacité de supporter cette pression, cette mainmise des médecins, cette pression administrative. J'aurais peur de tout envoyer péter rapidement. » « j'étais partie du milieu hospitalier car j'avais une directrice des soins qui voulais m'imposer une unité de soins. J'y étais déjà passé en tant qu'infirmière. Avec de nouvelles arrivantes, elle a voulu faire le jeu des chaises musicales. Elle m'a dit « toi t'es la plus ancienne, tu vas aller là-bas. » J'ai dit non. Elle a dit tu n't'as pas le choix ». J'ai dit « on a toujours le choix » et je suis partie. J'ai démissionné » En stage, « Il y a un bouleversement émotionnel très fort auquel ils ne sont pas toujours préparés. » « En première année, une étudiante que j'ai encadrée, a voulu aller en réanimation. Donc un service assez violent. Violent dans le sens des	« Mais à l'IFSI, il y a aussi des situations d'apprentissage comme l'unité des soins relationnels qui vont les chercher, ou des unités comme les unités d'intégration. A partir de petites situations, on les met en confrontation sur leur vécu de soignant, nourri lui-même par leur vécu perso. Là aussi tu en vois certain se déséquilibrer, qui sont sur le fil, qui d'un seul coup nous échappe. Alors j'aime bien ce temps d'apprentissage plus intime. Entre nous soit dit, ce ne sont pas les CM (cours magistraux) qui vont les emmerder. Ce sont tous ces petits cours « cœur de métier » qui vont aller les chercher et qui peut être perturbateur. » « Si tu pars d'une petite situation, par exemple quelqu'un qui a eu un AVC (accident vasculaire cérébral). Il suffit que dans leur histoire de vie ils aient eu un grand-père, une grand-mère atteint de cette maladie, ça va mobiliser leur compétence issue de leur expérience professionnelle, mais aussi ça va les chercher sur ce qu'ils ont vécu de ces expériences. On donne des situations très courtes. Tu apportes très peu de données. Ils doivent aller fouiller dans leurs petites expériences professionnelles mais aussi dans leurs histoires de vie... Parfois ils n'ont fait qu'un stage en première année. Ils vont souvent en plus aller prendre des idées dans leurs représentations personnelles. Représentations issues de leur histoire très	« Il a appelé ma collègue, crise d'angoisse « je n'y arrive pas ». « après 3 jours de stage, crise d'angoisse » « tu voyais que sa façon de boire n'était pas en lien […] c'était thérapeutique. On sentait que ça n'était pas festif. »

l'avait obligé de suspendre une première fois sa formation. Mais d'autres qui nous semblent difficiles à accompagner, parce qu'ils ont un profil psychologique chaotique, je peux orienter vers le médecin du travail. Je leur dis vous devriez trouver une aide extérieure. » « Des émotions en lien avec la formation, ou qui font ressurgir des choses que l'étudiant canalise avec notre aide ça va. Mais dès que ça déborde... » « Elle doit refaire un stage complémentaire. La posture n'est pas toujours facile à trouver. Je crois que ces étudiants qui ont une structure psychique chaotique, ne peuvent pas faire autrement qu'être bousculé sur les terrains de stage. On en a un autre qui a suspendu sa formation. Je l'avais connu aussi en première année. Il a redoublé. Je l'ai retrouvé en deuxième année avec nous. Puis là, au passage en troisième année, il a dû faire un stage de rattrapage durant l'été, et il a bogué complètement. » « Et son psychiatre lui a dit « vous n'êtes pas équilibré. Il faut avoir un suivi rapproché et ça ne sera pas compatible avec la formation. Alors il a suspendu la formation. » « il m'a dit que c'était un enfant adopté. Donc tu vois malgré tout une histoire de vie fragilisante... et puis à un moment donné, ces études ça réactive quelque	motifs d'hospitalisations, des modes de prises en charge. Les familles rencontrées, les patients intubés ventilés... Même si on avait préparé le départ en stage ». Stage en réanimation « Pas seulement par le contexte, mais aussi parce qu'elle avait quelqu'un de sa famille proche qui était décédé là-bas. » « Il est allé dans le service où sa maman est décédée, sans qu'il ait même pu verbaliser. Alors est-ce qu'il était en capacité d'y aller et de faire son chemin seul. C'était deux étudiants stables, avec de bons résultats théoriques. C'est comme s'ils avaient voulu se mettre en danger ». « Dans notre rapport au patient, il y a tellement de chose qui nous renvoient des trucs, si tu n'es pas stable ça peut vite (geste de la main qui mime l'effondrement). » « « je suis allée en psychiatrie, ça a fait écho à mon histoire personnelle ». »	profonde, et moi j'arrive à ressentir ce qu'ils sont plus finement. C'est comme l'UE 4.7, en troisième année, les soins palliatifs. Quand à partir de situations tu es à partir d'un débat, un échange, forcément tu vas aller chercher chez eux leur identité. L'identité professionnelle fait souvent écho à celle personnelle dans ces UE comme celle-ci ou la 4.2 soins relationnels. Un étudiant qui parle d'un accompagnement en fin de vie, il ne peut pas y aller en faisant semblant. »	

chose » « il y avait un suivi déjà auparavant en lien avec une perturbation psychique, je ne sais pas laquelle. Alors que les autres c'était une fracture dans l'histoire de vie, un deuil pas assumé etc... »			

Entretien N°3 - Françoise CDS formatrice - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**
		« il a pu leur dire « j'avais besoin de revenir mais j'ai aussi des objectifs d'apprentissage avec mon statut d'étudiant. Il n'y a pas que le jeune homme qui revient sur les traces de sa maman. Il y a eu aussi cet étudiant en processus de formation » ; « Pour lui, c'était très clair. C'est un garçon qui est très clair dans sa ligne de conduite. ». « Il a dit je ne viens pas là pour mais j'avais besoin de revenir. Il m'a dit « j'ai dit ça ». Elles ont compris comme si ce sous-entendu était clair entre eux. Il a pu faire son travail d'étudiant, mobiliser des compétences etc.… et il a eu à gérer ses émotions en lien avec son histoire de vie »

Entretien N°3 - Françoise CDS formatrice - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
		« je suis allé dans le box où maman est décédée. J'y ai passé du temps seul. Donc il y avait cette idée de retour sur soi. Mais ça va quand même super loin car il va en stage en disant « j'ai pas fait une thérapie, mais j'ai fait un retour sur moi ». Et c'est l'apprentissage qui lui a permis de revoir les soignants. » « Parce qu'ils ont chacun dépassé ces situations. Le mots « pèlerinage » est un peu fort. Mais c'était un retour sur une situation vécue comme s'ils finalisaient leurs deuils. » « pour le garçon, l'équipe a été très accompagnatrice parce qu'elle connaissait la situation de l'adolescent qui perd sa maman dans le service. Parce que malgré tout il a pu leur dire « j'avais besoin de revenir mais j'ai aussi des objectifs d'apprentissage avec mon statut d'étudiant. Il n'y a pas que le jeune homme qui revient sur les traces de sa maman. Il y a eu aussi cet étudiant en processus de formation. »	

Entretien N°3 - Françoise CDS formatrice - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience

Qui ?	Caractéristiques ?
La formatrice	
Ils manifestent de l'empathie et de l'affection ;	« Même si on avait préparé le départ en stage. Elle a passé ses 5 semaines de stage. Lors de nos suivis pédagogiques après le stage, elle a expliqué que ça avait été très difficile pour elle moralement ». En parlant de ses limites à l'accompagnement psychopédagogique : « Les miennes ? Eh bien, si l'émotion est trop difficile à gérer, si je me sens dépassées. Par exemple, une étudiante qui viendrait pleurer tous les jours dans mon bureau en me disant « j'arrive plus à bouffer, je suis en difficultés, je ne sais plus quoi faire. ». Bon au début j'y vais avec mes éléments classiques : j'écoute, je reformule, j'essaie d'aller chercher s'il y a un problème facile d'accès. Maintenant si c'est compliqué, j'envoie vers quelqu'un, un thérapeute. »
Ils s'intéressent prioritairement aux côtés positifs de la personne	« je le qualifierai d'authentique » ; « l'adaptabilité car il y a tellement de professionnels avec des approches et des identités tellement différentes » ;
Ils laissent à l'autre la liberté de parler ou de se taire	« c'est toute la limite de notre accompagnement. Je respecte toujours ça. C'est ouvert s'ils ont besoin de venir déposer des émotions très fortes, mais s'ils me disent si « je fais mon chemin tout seul ». Je dis « ok, mais la porte est ouverte. ». J'ai mes limites, mais c'est ouvert. »
Ils ne se découragent pas face aux échecs apparents	
Ils respectent le parcours de résilience d'autrui	« Et je lui ai dit « pourquoi tu ne m'en as pas parlé ? ». Elle m'a dit « mais je ne pouvais pas et j'avais besoin de m'y confronter ». « Ils ont vécu des choses très déstabilisantes sans le dire. Alors j'ai dit « est-ce que je n'ai pas été assez disponible ? ». Mais non ils avaient fait ce choix-là, comme pour dire « est-ce que j'étais capable ? Si je dépasse ça j'aurai toutes les clés pour avancer. » Je n'ai pas toutes les réponses à ça. » « Mais les infirmières ont accompagné ça, ont respecté, ont accepté de l'avoir dans le service. » « Quand elles l'ont vu arrivé, elles ont dit « ah mais c'est toi ? ». Car il a une vingtaine d'année, il avait 14 ans, c'est proche. Il a dit je ne viens pas là pour mais j'avais besoin de revenir. Il m'a dit « j'ai dit ça ». Elles ont compris comme si ce sous-entendu était clair entre eux. » « je suis suivi à l'extérieur ». Ça n'est pas incompatible avec la formation, l'apprentissage du métier... C'est comme si parce que tu étais un petit peu en souffrance dans ta tête tu ne pouvais pas être un bon infirmier » En parlant des thérapeute, « peut dire « allez y » ou choisissez » et ils arrivent ici (l'IFSI) et ils se cassent la figure » « « j'ai pris rendez-vous avec mon ancien thérapeute, on a fait le point. Il m'a dit que c'était normal, que ça réactivait. Elle a redoublé je pense en partie à cause de ça. Mais elle a continué. Elle a su aller chercher les ressources ailleurs. Peut-être aussi qu'elle avait un socle un peu plus stable. »
Les infirmière du stage	
Le psychiatre :	Après avoir été suivi et quand même poursuivi la formation : « Et son psychiatre lui a dit « vous n'êtes pas équilibré. Il faut avoir un suivi rapproché et ça ne sera pas compatible avec la formation. Alors il a suspendu la formation. »

ANNEXE N°11

« Tableaux d'analyse - Entretien N°5 - Elisa CDS formatrice »

Entretien N°5 – Elisa CDS formatrice - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :
La jeunesse : « l'étudiant infirmier a souvent, enfin, comme tout jeune adulte, n'a pas forcément été confronté à tout ce que la vie peut nous confronter, et là il se trouve confronter à tout ce que la vie peut nous proposer de difficile. » ; ils sont les plus nombreux « l'étudiant qui sort du bac, c'est celui qu'on rencontre le plus souvent »	Écart idéal et réalité : « confrontation à une réalité difficile, à tous les aspects difficiles de la vie, et du coup à quelque chose d'émotionnellement très fort » « il y a quelque chose chez l'étudiant, qui est de l'ordre très utopique aussi dans leur regard sur la réalité. » « elle disait : ça me renvoie quelque chose en tant que personne bien sûr. Mais ça me renvoie quelque chose en tant que professionnel, c'est que… désespérée, que des professionnels de la santé puissent avoir des attitudes aussi peu bienveillantes, aussi peu humaines. » « par les situations que les étudiants peuvent vivre en stage, ils peuvent perdre les pédales de qui ils sont en fait, du soignant qu'ils voulaient être, de ce qu'ils pensent n'être comme personne. Et tout d'un coup, soumis à l'autorité de l'autre quoi. » « j'ai des représentations qu'un étudiant infirmier il arrive avec une cellule familiale, ou une cellule sociale qui l'a protégé un peu, tout au long de sa vie, et que du coup et ben là à un moment il est plus tellement protégé. Il est mis devant toute la réalité de la douleur, de la saleté, de l'équipe qui, qui lui en demande beaucoup, qui ne sait pas qui il est... » le stress de performance (manque de compétence) : « l'étudiant infirmier a souvent, enfin, comme tout jeune adulte, n'a pas forcément été confronté à tout ce que la vie peut nous confronter, et là il se trouve confronter à tout ce que la vie peut nous proposer de difficile. »		« je ne suis pas sûre qu'on mesure à quel point c'est compliqué quoi. A quel point émotionnellement ça peut être... bousculant » « je pense qu'il y a des choses qui, qui vont rester comme des blessures » « je la revois arriver en pleurs » « je faisais ça parce qu'on me disait de le faire » « c'est comme si je pouvais imaginer que ce soit mon grand-père qui à un moment pourrait être dans ce type de situation. Quelqu'un allait s'entrainer à faire du massage cardiaque alors qu'il était mort. Donc à le dénuder » « je pense que ça c'est du vrai traumatisme » « c'était oui, pour moi, du gros traumatisme, mais du traumatisme, oui, de l'atteinte, à cette personne quoi, de la violence, de l'atteinte à sa personne. » « en colère, désespérée » « on était plus des humains qui s'occupions d'autres humains. On était dans un autre monde où il y avait un corps objet » « elle a mis des mois à ne plus penser vraiment à, enfin à pouvoir refouler, en tout cas ne plus penser à ça tout le temps, à plus se revoir faire ça. Parce que du coup elle se dénigrait quoi, enfin

	La confrontation à la maladie et la gestion des émotion dans la relation d'aide : « tous les accidents de la vie, tout ce que chaque individu peut porter de difficile dans la maladie, dans le handicap, dans, dans toute l'insécurité autour de la maladie. » malveillance de collègue : « je pense à une étudiante à qui on a fait faire une réanimation à un patient qui était décédé pour qu'elle s'entraîne » « Réanime le, enfin, fais lui un massage cardiaque. Ça t'entrainera… et … mais en même temps on me disait c'est que de l'entrainement parce que tu sais que ça ne va pas marcher » « Des fois j'ai l'impression que on fait passer par l'étudiant des choses que les soignants vivent dans leur équipe, dans leur organisation. Et comme il y a un étudiant, ben ça passe un peu par eux quoi. Tout l'énervement, toute l'émotion, toute… Et puis je l'explique parce que, parce que je ne sens pas le personnel de santé très en forme, très en santé, très heureux dans ce qu'il fait en tout cas. » « Parce que pour être bienveillant, il faut être bien au travail quoi. Je ne suis pas toujours bien sûre qu'ils soient bien au travail » « ni bienvenus, ni bien soutenus, ni bien enveloppés , ni bien accompagnés, » « forcés, soumis, obligés. A s'adapter, mais à tout, tout le monde, tout le temps. » « des soins palliatifs, où ils ont été mis en difficultés émotionnelles parce que ils auraient aimé faire plus »		elle se disait, je n'ai pas osé dire non quoi j'ai pas osé donc… **Elle se sentait un peu coupable…** Voilà… une culpabilité, une remise en question totale, une perte d'estime de soi parce qu'elle disait, non mais vous vous rendez compte quoi j'ai été capable de faire ça. » je trouve qu'un étudiant c'est vulnérable, quoi, oui… c'est, il y a une vulnérabilité de l'étudiant. Et dans cette vulnérabilité, je trouve qu'elle n'est pas toujours bien pesée, dans…, toutes les situation d'apprentissage, dans lesquelles on les met quoi… ni à l'école, ni en stage « il y en a qui ne surmontent pas hein aussi ? ils s'arrêtent. Ils s'arrêtent pendant un moment. »

Entretien N°5 – Elisa CDS formatrice - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**
« ils surmontent parce que c'est des traumatismes »		

Entretien N°5 – Elisa CDS formatrice - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
		soutien des formateurs « ils le contextualisent beaucoup en disant. » « à l'école, peut-être ça me rassure de penser ça, mais, c'est moins violent parce que c'est décontextualisé, alors qu'en stage ben ils sont… c'est là quoi, c'est maintenant tout de suite et… à l'école il y a quand même une sorte de confiance qui va se mettre en place, de toute façon avec quelqu'un dans l'école, pour qu'à un moment ça soit nommé. » formateur qui amène à voir le côté positif par ce qu'ils ont appris notamment : « Il y a ceux qui s'appuient sur tout ce qu'ils ont vécu de bien. Et heureusement d'ailleurs. Et tout ce que ce métier là leur apporte et tout ce que…. Comme ça les nourrit de pleins de choses, comme… ils se font plaisir sur, sur pleins de journées » « ah mais non ! tout le reste du temps c'était super ! j'ai passé des supers journées. J'ai appris plein de choses. J'ai pu faire pleins de choses, j'ai pu. »	Immature : « très défensifs, par exemple. Je me dis s'ils sont défensifs c'est bien parce que quelque part il y a pleins d'émotions à l'intérieur d'eux qui, qui sont là, qui s'expriment et qu'ils essaient de tenir quand même debout malgré… par une absence de remise en question, ou une difficulté, de, enfin de remise en question verbale en tout cas. » « soit en retrait, soit agressif, soit en étant tout calme » affirmation de soi : « elle disait moi je ne veux plus jamais revivre ça quoi. Donc si je dois retourner en stage et puis que je dois revivre ça, ça ne va pas être possible »

Entretien N°5 – Elisa CDS formatrice - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	
Qui ?	**Caractéristiques ?**
Les formateurs / La formatrice elle avait été voir X formateurs pour en parler après elle avait été traitée, après elle avait vu un psycho ; « je ne le dis pas à vous, je le dirai à qui. » « heureusement que vous nous dites ça » « j'ai l'impression que l'émotion négative, ils la partagent surtout avec les formateurs, un peu dans le stage, il me semble, quand ils trouvent chez un soignant, une relation plus particulière, plus proche, plus de confiance, plus… voilà, privilégiée…. « ben pourquoi vous en avez pas parlé aux infirmiers ? « ben non parce qu'ils n'auraient pas compris. Mais j'en parlerai peut-être avec ma référente ». On sent qu'ils peuvent en parler que si vraiment il y a une confiance qui s'est mise en place avec une personne sur le lieu de stage. »	Ils manifestent de l'empathie et de l'affection ; « je ne suis pas sûre qu'on mesure à quel point c'est compliqué quoi. A quel point émotionnellement ça peut être... bousculant » ; « Je sais pas en fait comment je l'accompagne dans on émotionnel, je me dis je l'accompagne en l'écoutant, je l'accompagne lors du suivi pédagogique, je l'accompagne lors de… en fait chaque fois qu'il y a rencontre, quelle qu'elle soit, et puis que il veut bien me…..oui me délivrer quelque chose de son émotion et qu'il se sent, j'avais envie de dire, autorisé aussi, à me livrer son émotion. » ; « je leur dis comment moi je l'interprète, pour déjà leur faire valider ou non » ; Ils s'intéressent prioritairement aux côtés positifs de la personne « il est bien aussi de faire ressurgir tout le reste, enfin, je trouve qu'en faisant ressurgir tout le reste, surement, on les aide, aussi, ben, à rebondir sur cet évènement qui a été traumatisant. Donc ok il y a cet évènement traumatisant mais il y a tout le reste aussi ». « la réalité elle est celle-ci, et pis elle est tout le reste… effectivement dans tout… on est…. des fois j'ai l'impression que je passe mon temps de formateur aussi, en relation pédagogique, à amener tout le reste quoi, et pas que l'évènement qui a été marquant pour eux certes, mais qui est souvent l'évènement négatif en fait. » « Je trouve que l'étudiant oui, il est soumis à tout un tas d'émotions qui, il y a… ben ces émotions elles nourrissent leur … apprentissage. Elles nourrissent leur manière de grandir dans ce métier avec du coup des émotions positives, des émotions négatives. » Ils laissent à l'autre la liberté de parler ou de se taire : « je ne suis pas psycho, je ne peux pas y aller » ; j'essaie il me semble pour qu'ils se sentent autorisés, parce que, pour se sentir autorisé, il faut aussi qu'on ait l'impression que la personne en face elle va en faire quelque chose qui est positif pour soi aussi … que ça va pas le desservir, ça va pas le, donc j'essaie aussi de lui expliquer, en tout cas, oui de lui expliquer, ce qu'est mon rôle, que je peux, que je peux concevoir qu'à un moment il me voit plus comme un évaluateur, comme un prof, comme un j'sais pas quoi, enfin tout ce qui pourrait bloquer peut être un peu l'expression des émotions, mais que moi je vois qu'à un moment ça bloque sur l'émotion et sur le comportement, et que ça c'est bien aussi à moi de, ça peut faire partie de mon rôle de travailler avec eux là-dessus quoi… Ils ne se découragent pas face aux échecs apparents : face à des étudiants fuyants, défensif, réfléchit aux situations ++, propose son écoute. « La frontière où , j'y vais, Il n'y va pas … je, je sens bien qu'il y aurait d'autres choses à, il n'y a pas que de l'apprentissage. Enfin, je sais bien Il n'y a pas que l'aspect scolaire, et apprentissage. Il y a d'autres choses qui se jouent du familial, du… surement… …Mais, en tout cas moi j'y vais pas quoi » ; « il faut bien peut être qu'elle comprenne c'est ce en quoi ça fait écho chez elle d'autre quoi…pour. . Autant pour pouvoir gérer l'émotion que ça lui avait fait, que pouvoir gérer l'émotion de retourner en situation d'apprentissage en stage. Et il y a un moment, de pouvoir dire non quoi…je, en tout cas si on me remet dans cette situation-là, j'oserai dire non. Parce que je sais que je ne peux pas le vivre, que je peux pas vivre ça. En fait, ce que je me dis, est-ce

	qu'on donne aux étudiant la possibilité de vivre leur émotion pleinement, et de la travailler pleinement jusqu'à se donner le droit de dire je veux plus. « ramener à l'origine de leurs motivations ramener à, au cœur du métier. **Voilà, les origines de leurs motivations, les origines, c'est les valeurs humaines…** Les valeurs, les situations… parce que quand ils disent, quand ils parlent de leurs motivations au départ, ils disent , ben, moi ma motivation c'est d'aider l'autre à guérir, c'est d'aider l'autre à aller mieux, c'est de sentir, ce que je veux c'est sentir l'autre être en confort, selon le niveau de motivation. Donc du coup, quand on peut ramener… en fait c'est quand on arrive, ce qui les rebooste, c'est quand on arrive à remettre en face de leur motivation toutes les situations qui correspondent à ça quoi.. est-ce que ça c'est toujours d'actualité quoi ? Ils respectent le parcours de résilience d'autrui : Je ne sais pas en fait comment je l'accompagne dans on émotionnel, je me dis je l'accompagne en l'écoutant, je l'accompagne lors du suivi pédagogique, je l'accompagne lors de… en fait chaque fois qu'il y a rencontre, quelle qu'elle soit, et puis qu'il veut bien me…oui me délivrer quelque chose de son émotion et qu'il se sent, j'avais envie de dire, autorisé aussi, à me livrer son émotion. Ils facilitent l'estime de soi d'autrui : « il faut bien peut être qu'elle comprenne c'est ce en quoi ça fait écho chez elle d'autre quoi…pour. . Autant pour pouvoir gérer l'émotion que ça lui avait fait, que pouvoir gérer l'émotion de retourner en situation d'apprentissage en stage. Et il y a un moment, de pouvoir dire non quoi…je, en tout cas si on me remet dans cette situation-là, j'oserai dire non. Parce que je sais que je ne peux pas le vivre, que je peux pas vivre ça. En fait, ce que je me dis, est-ce qu'on donne aux étudiant la possibilité de vivre leur émotion pleinement, et de la travailler pleinement jusqu'à se donner le droit de dire je veux plus. »

ANNEXE N°12

« Tableaux d'analyse - Entretien N°9 - Maria CDS formatrice »

Entretien N°9 - Maria CDS formatrice - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :
La jeunesse « quand t'es jeune t'as tendance à être plus éponge et et ne pas être capable de mettre à distance en fait ce que vit le patient et ils sont parfois complètement submergés » Histoire de vie : « je suis persuadé qu'on ne choisit pas ce métier par hasard, déjà, quand on choisit de devenir soignant … il y a une forme de fragilité qui est là, je ne dis pas qu'on vient tous pour réparer quelque chose ça serait un peu trop cliché mais globalement on ne choisit pas ce métier par hasard » « le fait de se centré sur les autres c'est aussi une manière de ne pas se centrer sur soi et de faire abstraction de ce que l'on est, de ce que l'on vit et de nos difficultés, alors certains plus que d'autres hein, il y a aussi une hypersensibilité souvent et donc c'est-à-dire que négation de soi, c'est-à-dire que c'est parfois aussi dans ce que j'ai pu voir pour ceux qui sont en difficulté, le fait de se centré sur les autres c'est aussi une manière de ne pas se centré sur soi et de faire abstraction de ce que l'on est, de ce que l'on vit et de nos difficulté, alors certains plus que d'autres hein, il y a aussi une hypersensibilité souvent et donc c'est-à-	Idéal-réalité « c'est la confrontation entre euh l'idée qu'ils peuvent se faire de l'exercice professionnel et du métier et la vraie vie quoi avec tout ce que ça comporte en terme de à la fois de difficulté et en termes de richesse sur le plan de l'apprentissage » « c'est comme s'ils mesuraient qu'on est pas dans le monde des bisounours, que ça peut être compliqué » En stage : « ils doivent faire avec leur état émotionnel à eux et surtout ils doivent faire avec l'état émotionnel du patient. » « stage de gériatrie où on est confronté d'emblée à la vieillesse, à la souffrance, à un corps dégradé c'est pas forcément simple » « des situations de maltraitance envers les patients, des conflits important au niveau des équipes, des situations de soin qui sont perçues comme violentes pour eux, je pense entre autres à la mort, à l'accompagnement en fin de vie où on les laisse seuls, seuls sans aide. Voire même parfois ce qu'ils nous disent, après c'est-ce qu'ils nous disent hein mais , "on va nous confier des patients, parce que l'équipe en peut plus c'est des patients compliqués, bon on va les confier aux étudiants. Parce que ils avaient imaginé que quand on est soignant, on est bienveillant envers les étudiants, envers les patients et qu'ils se rendent compte que cette bienveillance ils ne la retrouvent pas toujours, en tout cas ils la perçoivent pas toujours voire même ils perçoivent le	« Je pense qu'en situation simulée … il peut y avoir de l'émotion malgré tout , pas de la même manière parce que les enjeux ne sont pas les mêmes … notamment dans des situations simulées d'entretien de relation d'aide , alors après ce qui est compliqué c'est d'arriver à identifier ce qui est vraiment lié à la situation elle-même et ce qui est lié au contexte d'apprentissage, le fait qu'il y ait des gens qui regardent » « la formation est fragilisante parce que je trouve aussi que la formation aussi en plus à certains moments peut être très culpabilisante … c'est vrai qu'on est dans, dans nos discours, on essaye en tout cas de renvoyer aux étudiants, l'image du soignant un peu idéal et parfois ils peuvent être confrontés à des situations difficiles de stage. »	« ce que vit le patient et ils sont parfois complètement submergés » « on peut fuir intellectuellement, rester là physiquement mais perdre le fil » « tachycardie, fuite d'idées, sueurs » « se sentir mal ça peut même aller jusqu'au malaise vagal hein c'est déjà arrivé » « fuite physique … je délègue et je me cache derrière mon statut d'étudiant » « le traumatisme à mon sens ce serait "j'y vais mais de toute façon, voilà, j'ai perdu, y'a quelque chose qui est, qui s'est cassé hein, j'y vais mais je vais subir un peu les choses, comme ils disent je vais mettre le point dans la poche tout le temps, je vais me fondre dans la masse, je vais jouer au caméléon", le terme ils l'utilisent souvent » « stress » « « L'accumulation... fait qu'ils craquent complètement » « le risque quand ils en sont à ce stade-

dire que quand on choisit ce métier ya une sensibilité à la souffrance de l'autre, ya une sensibilité au bien-être de l'autre ce qui fait que déjà ils arrivent avec ça, si derrière le contexte familial est compliqué, si derrière ils sont d'emblée confronté à des difficultés importantes dès le départ en fonction d'où ils vont aller en stage, c'est vrai quand n a 18 ans	contraire parce que certains parlent aussi de soignants harcelants. Voilà, où on est hyper exigent avec eux, où euh qu'ils soient en première ou en troisième année on leur demande le même niveau d'exigence » « Des relations avec l'équipe médical qui est pas forcément simples, qu'ils avaient un petit peu idéalisé ils se rendent compte que ce n'est pas ça euh, que l'infirmier n'est pas valorisé » « L'accumulation... fait qu'ils craquent complètement » stress de performance : « qu'ils sont en construction en fait donc ils sont pas armés (rire), j'utilise ce terme volontairement parce que je pense qu'il y a des choses violentes de rencontrées et ils sont pas suffisamment armés pour faire face à ça alors que quand tu es professionnel, à priori voilà, t'as quelques clés, t'as quelques ficelles, t'as quelques éléments de compréhension et d'analyse des situations, t'as des capacités à prendre du recul, ça peut déjà être hyper compliqué alors quand t'as 18 ans ou 20 ans parce que majoritairement les étudiants ils ont ça et que ils ont pas tous ces éléments de compréhension là, ils ont pas ces clés-là, cette lecture là des situations, et cette prise de recul là » « je connais très peu d'étudiants qui en arrivant en stage ne sont pas stressés, ne parlent pas de ça, y'a toujours un stress avant de partir en stage, parce que l'inconnu »		là, c'est qu'après en tant que soignant, ils soient plus, comment dire, dans une posture où l'objectif c'est de survivre, et de trouver leur place, dans une équipe en tant que soignant, plutôt que d'être centré sur le soigné » sentiment « très violent » « l'étudiant qui n'y croit plus »

Entretien N°9 - Maria CDS formatrice - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience		
Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**
	sentiment de sa propre efficacité : « sauf qu'à un moment ou un autre ils sont plus étudiants et il va falloir qu'ils apprennent à faire avec » + estime de soi : « travailler les étudiants sur leur intelligence émotionnelle »	« séances d'APP qui habituellement sont plutôt faite pour leur permettre de décortiquer et d'analyser des pratiques professionnelles »

Entretien N°9 - Maria CDS formatrice - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
		dédramatiser certaines situations, les décortiquer avec eux de façon à pas être dans quelque chose de très blanc ou noir, bien ou mal	Anticipation, mentalisation, intellectualisation, rationalisation : « on n'est pas leur soignant on est leur formateur mais euh quand on fait ça on soigne pas leur étudiants (rire) on les forme à se préparer à ce qui va être leur futur métier »

Entretien N°9- Maria CDS formatrice - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	
Qui ?	**Caractéristiques ?**
Formateurs Mais pas tous : « au niveau des formateurs, tout le monde soit prêt à aller sur ce terrain-là, sur le terrain émotionnel, je suis pas sure que tout le monde se sente euh comment dire, compétent pour aller là-dessus et je pense qu'il y a parfois une confusion entre euh enfin aider l'étudiants à travailler la dessus à faire le point sur son état émotionnel c'est pas faire non plus de la psychothérapie quoi et j'ai l'impression que parfois ya une confusion et des gens ne vont pas du tout sur ce terrain là »	Ils manifestent de l'empathie et de l'affection :« sauf qu'à un moment ou un autre ils sont plus étudiants et il va falloir qu'ils apprennent à faire avec » ; Ce qui peut être aidant c'est déjà de pouvoir leur laisser un espace pour pouvoir verbaliser tout ça » ; « je perçois bien qu'il y a un réel besoin » « je mesure et je le sais intuitivement que c'est important de travailler là-dessus » « je mesure à quel point c'est important dans leur construction, dans leur identité, dans leur construction d'identité professionnelle, et que voilà on le touche du doigt, en fonction de qui on est comme rien » «« j'ai l'impression qu'on s'intéresse beaucoup plus à l'état émotionnel » Ils s'intéressent prioritairement aux côtés positifs de la personne « dédramatiser certaines situations, les décortiquer avec eux de façon à pas être dans quelque chose de très blanc ou noir, bien ou mal » Ils laissent à l'autre la liberté de parler ou de se taire Ils ne se découragent pas face aux échecs apparents « sauf qu'à un moment ou un autre ils sont plus étudiants et il va falloir qu'ils apprennent à faire avec » Ils respectent le parcours de résilience d'autrui Ils facilitent l'estime de soi d'autrui « dédramatiser certaines situations, les décortiquer avec eux de façon à pas être dans quelque chose de très blanc ou noir, bien ou mal » « n'est posé, construit, conceptualisé, mis en œuvre, fin c'est chacun y va de son p'tit truc, on fait tous euh ce que l'on peut, mais c'est pas réfléchi quoi. Formateur on en a plus ou moins conscience, on est de cette sensibilité là » Ils évitent les gentilles phrases qui font mal. « si derrière ils ne peuvent pas poser ça, si on peut pas en discuter ou si en plus derrière le discours c'est un discours culpabilisant c'est-à-dire "vous avez fait ça, vous auriez pas dû faire ça, un bon soignant aurait fait ça" alors là pour le coup c'est très déstabilisant, et je trouve que parfois il faut qu'on fasse très attention, mais qu'en je dis "on" je me met dedans », Hypothèse : L'empathie vient-elle parce que les tuteurs ont eux-mêmes vécus des trauma en formation ou dans la vie pro ? « je ne sais pas si toi tu t'en souviens de ton premier stage mais moi je m'en souviens très bien » « j'ai l'impression qu'on s'intéresse beaucoup plus à l'état émotionnel »

ANNEXE N°13
« Tableaux d'analyse - Entretien N°26 - Patricia CDS formatrice »

Entretien N°26 - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque perso	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :
Ceux qui sortent du bac ou du lycée étaient dans un apprentissage plutôt passif où l'on ingurgite des connaissances. Et là on n'est plus dans ce type d'apprentissage. On leur demande d'être acteur de leurs connaissances, des ressources. C'est à eux de faire leur auto-évaluation, de se remobiliser pour progresser. des structures sociales un peu plus défavorisées, un peu plus précaires Elle avait des soucis personnels assez importants et elle ne pouvait pas se confronter au patient, à la contrainte de l'évaluation du stage Des soucis à la fois sur le plan économique. En début de troisième année, les problématiques liées au financement sont accrues. Elle attendait son financement et pendant cette période elle devait	Complexe, de par les différentes dimensions supposées, à la fois sur le plan de l'adaptation à la situation, sur le plan de la relation à l'autre, à la fois le patient et l'équipe, sur le plan de ce que cela fait vivre à l'étudiant et sur le plan du geste professionnel et de ce que cela fait vivre dans la posture et dans l'apprentissage en termes de dextérité, de pratiques d'hygiène etc. Et sur ce qu'on attend au niveau de l'étudiant, car avec ce programme 2009, on demande que l'étudiant soit autonome, on attend beaucoup de dynamisme et d'implication de l'étudiant et cela n'est pas forcément donné d'emblée pour tous les étudiants et cela leur demande beaucoup d'effort Elle n'arrivait pas à gérer les patients correctement, elle était désorganisée mais lié au stress. C'est quelqu'un qui a des capacités intellectuelles, elle est tout à fait en capacité sur le plan intellectuel. Dès qu'elle passe à la pratique elle est parasitée par le stress, incapable de mener une action de façon cohérente dès qu'il s'agit de s'occuper du patient. Elle savait qu'il y avait des décès d'enfants possibles mais ne s'attendait pas à trouver une situation aussi complexe. Elle s'est retrouvée en stage dans un service où était hospitalisée une de ses	« la formation est vécue comme épuisante par les étudiants » c'est quelqu'un qui travaille comme aide-soignante, qui est appréciée dans son travail mais qui n'arrive pas à gérer la situation de formation ou d'être en formation. D'avoir à apprendre, le stress des évaluations, d'être observée, évaluée en stage. Elle n'arrive pas à gérer la confrontation au regard de l'autre. Après la configuration du semestre 5 est complexe dans le sens où on a dans le même semestre les processus tumoraux, les soins palliatifs, des domaines assez confrontants sur le plan émotionnel aussi Et en plus, on est sur un IFSI où on leur demande beaucoup de travaux écrits. Je ne sais pas si cela alourdi ou pas ce sentiment de stress. Il y a un décalage entre leur progression à eux et ce que nous leur donnons à vivre. Car nous sommes « pressurisés »	« fatigue » ; qui vont être un peu plus sensibles à certains moments de la formation ou qui vont être amenés à interrompre, à ne pas vouloir faire un stage. Elle s'était mise en arrêt maladie pendant le stage. Je rencontre une étudiante demain qui va probablement arrêter sa formation car elle est dans une situation de stress telle qu'elle ne peut pas gérer le stage. une espèce de désorganisation, si l'infirmière lui demande de faire une surveillance et qu'entre temps il y a une sonnette, elle va répondre à la sonnette et oublier sa priorité. des étudiants qui peuvent être effondrés sur le plan psychique, qui pleurent, qui veulent venir nous voir, des étudiants qui ne

travailler. Elle travaillait en dehors des cours, elle était épuisée. Plus des soucis dans son entourage familial, avec une personne malade dont elle s'occupait aussi. une personnalité fragile, et une forme de vulnérabilité qui ressort quand on échange avec elle.	amies amputée.	par ces semestres. Et parfois certains étudiants ont besoin de plus de temps. De plus, on a une difficulté à être dans la progression au niveau des stages. En parlant de l'UE soins palliatifs : Cela fait travailler sur les valeurs, sur le sens qu'on donne aussi à la vie, sur comment on se projette en tant qu'être humain parce qu'on est confronté à des choses qui sont beaucoup plus intimes. Cela questionne sur le sens de ce que l'on fait, de ce que l'on est, de ce qu'on va devenir. Par exemple sur les processus tumoraux, on a un certain nombre d'étudiants dont les parents ont un cancer.	peuvent pas en parler avec l'équipe de soins, parfois même avec nous, ils peuvent tarder à nous en parler. Ils peuvent être repliés sur eux-mêmes, ne donnent pas de nouvelles, qu'on doit solliciter beaucoup. **Ils sont un peu dans la fuite ? C'est un mécanisme de défense. Cela peut arriver aussi**

Entretien N° 26 - Patricia CDS -Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience		
Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N°26 - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
Elle avait beaucoup de maturité C'est une étudiante qui a une posture déjà bien mature Elles sont solides à l'intérieur.	Certains étudiants vont être bien soutenus par leur entourage, Elle a pu compter sur son entourage familial.	trouver un groupe de pairs à l'IFSI, Elle a pu compter sur ses amies de l'IFSI Elle a réussi à surmonter cette situation très complexe avec l'aide de l'équipe et parce qu'il y avait le papa de ces enfants qui était présent, il fallait continuer à prendre en charge l'enfant et son environnement familial. Et l'équipe l'a soutenue lorsqu'elle a dit qu'elle voulait y retourner. L'équipe lui a dit qu'elle pouvait compter sur eux. $ En tant que référent on a aussi beaucoup d'étudiants qui viennent nous parler de ce qu'ils sont en train de vivre, qui peut être compliqué pour eux sur le plan personnel, pour ceux qui ont une maladie chronique ou quelqu'un de leur famille qui est malade. Mes collègues leur font faire des jeux de rôles, les font travailler sur certaines situations. Cela pourrait faire partie des ressources. Elle a réussi à terminer son stage	C'était assez intéressant de voir comment elle avait su faire d'une situation assez mobilisante sur le plan émotionnel quelque chose de plutôt positif. Et elle avait vraiment su en retirer beaucoup de maturité dans la posture. C'est une étudiante qui en parle simplement et ce n'est pas un vécu de stress. Elle a su tirer parti de cette expérience pour grandir dans la formation. Elle a vraiment su faire ce travail de deuil mais pas dans la tristesse, en gardant quelque chose de positif pour son parcours. APP m'a réécrit cette situation, pour pouvoir arriver à dépasser la situation.

Entretien N° 26 - Patricia CDS - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience

Qui ?	Caractéristiques ?
Elle a commencé un accompagnement psychologique en parallèle mais n'arrive pas du tout pour l'instant à surmonter cette étape-là. On a fait un accompagnement, un suivi très personnalisé, en allant la voir en stage, on l'a reçue beaucoup ici aussi, la conseillère pédagogique l'a soutenue régulièrement par téléphone. On reste dans notre rôle pédagogique. Ce n'est pas à nous d'aller chercher sur le plan personnel. Et puis on a aussi un temps « vécu de stage » avec des psychologues au retour de chaque stage. elle a été très bien accompagnée par l'équipe et pour elle il fallait qu'elle m'en parle quand même et ce qui était important pour elle C'est une équipe qui est très attentive, attentionnée envers les étudiants, qui sait que les étudiants peuvent être confrontés à ce type de situations et qui est préparée. Elle a mis en place un dispositif d'accompagnement psychologique. L'étudiant est tout de suite pris en charge par la psychologue ou le psychiatre. Il y a un psychologue qui peut être présent	Ils laissent à l'autre la liberté de parler ou de se taire : Elle a désiré prendre rendez-vous pour me parler d'une situation vécue en réanimation néonatologique où elle a été confrontée au décès d'un enfant et à la prise en charge du jumeau qui avait une maladie chronique et qui allait décéder aussi. Ils ne se découragent pas face aux échecs apparents Donc on leur a bien dit que certains cours peuvent être trop confrontant et qu'ils n'étaient pas obligés de venir Ils respectent le parcours de résilience d'autrui : « qu'on allait commencer les cours sur les soins palliatifs et que je fais partie des formateurs référents sur cette unité d'enseignement. Mais c'était important pour elle que l'on ait ce temps, en individuel, d'échange où je n'ai rien dit, où je l'ai écoutée simplement. Important aussi que je valide, je crois, le fait qu'elle retourne s'occuper du deuxième enfant. Je pense qu'elle s'est posé la question si c'était bien pour elle, si c'était bien pour l'enfant et elle avait besoin que l'IFSI valide son attitude. » Mettre des limites : Je pense qu'elle a pris conscience qu'à l'étape où elle en est, c'est un peu de l'acharnement que d'essayer de surmonter, de se dire qu'elle va en stage et qu'elle va y arriver. Finalement c'est la mettre dans une situation d'échec permanent et ce n'est pas constructif. Je pense qu'elle va prendre la décision de s'arrêter. dans le dispositif pédagogique on va aussi voir les étudiants en stage. En 3ème année on va les voir au moins une fois dans le parcours. Pour un étudiant fragile, on essaie de programmer une visite de stage ou en tout cas d'avoir un contact avec l'étudiant pendant le stage. Dès la 1ère année on leur dit que nous sommes ressources pour eux et on insiste aussi beaucoup sur le fait d'en parler à l'équipe. Tous ne peuvent pas le faire, c'est parfois compliqué. Mais on insiste sur cette dimension de ne pas rester seul, de trouver quelqu'un à qui en parler. Et dans notre dispositif d'accompagnement pédagogique, on échange beaucoup entre formateurs. Cette communication permet aussi de repérer rapidement les étudiants qui pourraient être en difficulté ou fragiles à certaines périodes de la formation. En tant que référent on a aussi beaucoup d'étudiants qui viennent nous parler de ce qu'ils sont en train de vivre, qui peut être compliqué pour eux sur le plan personnel, pour ceux qui ont une maladie chronique ou quelqu'un de leur famille qui est malade. Je trouve qu'il est important de le séparer de ce qui se passe avec l'IFSI. Il s'agit de mon point de vue. Je pense qu'il ne faut pas tout mélanger à l'IFSI. Nous sommes dans la formation mais ce que l'étudiant a à vivre sur le plan personnel, il y a des éléments qui doivent rester confidentiels que nous n'avons pas à connaitre. Il faut que l'étudiant puisse le gérer ailleurs. Ce qui me semble important c'est

rapidement pour la famille mais aussi pour les étudiants. Ensuite l'étudiant revoie le cadre infirmier et peut encore échanger avec les infirmières. Dans cette situation l'étudiante pouvait aussi changer de secteur. Suivant l'étudiant, il n'est pas obligé de se re-confronter aux mêmes situations. Ils entendent le fait que l'étudiant change de secteur et passe à autre chose. Elle a pu compter sur ses amies de l'IFSI puis son entourage familial. l'importance du travail du conseiller pédagogique et du référent. On croise nos données, quand on perçoit que l'étudiant n'est pas très bien, un peu plus en retrait qu'avant.	qu'on mette les ressources à disposition de l'étudiant. Ils disent qu'ici ils apprécient de se sentir bien encadrés, soutenus.

ANNEXE N°14
« Tableaux d'analyse - Entretien N°18 - Dominique – Directeur »

Entretien N°18 – Dominique directeur - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :
« Lorsque je viens dans ce métier, je ne viens peut-être pas totalement par hasard » Un exemple : alors que le stage se passait plutôt bien, d'un étudiant qu'on classerait dans les brillants, sans histoire, en reconversion professionnelle, donc quelqu'un qui a plus de 18 ans, qui en a trente, c'est un homme, donc père de famille. Il est en stage en gériatrie et, je ne sais pas comment, je n'ai pas les éléments de la situation mais un matin il ne peut plus se lever, il ne peut plus aller en stage car il a perdu dans les mois qui précèdent un de ses meilleurs copains, qui était son témoin de mariage etc. Et il y a un effet de sidération mais qui est bien aussi en lien avec le stage. Je parlais des étudiants qui avaient vécu des situations de violences sexuelles dans leur vie et qui vont rencontrer ou ressentir ce type de violence en stage. Soit parce que des personnes soignées en ont été victimes et j'ai en tête cette étudiante où il y avait un inceste alors	C'est évident que d'approcher la personne malade, parce que les stages ne sont pas qu'auprès de personnes malades, voire mourante ne peut être que difficile surtout quand on sort du lycée ou d'une ou deux années de fac, qu'on a 20 ans, qu'on est souvent venu là quand même parce qu'on a une propre histoire autour de la maladie, de la mort, de la vie et qu'on est plutôt dans une position de sauveur au départ et on s'aperçoit qu'on ne peut pas sauver tout le monde, premièrement. Les plus âgées : « problématiques spécifiques me semble-t-il pour des personnes en reconversion professionnelle, et en particulier les aides-soignants qui deviennent infirmiers. Ils n'ont plus 18 ans ceux-là ou 20 ans mais il y a des problématiques particulières et émotionnelles. C'est très important par rapport à votre sujet. Si pour certains le passage par l'IFSI est très simple, pour d'autres il est très compliqué parce qu'ils ont du mal à changer de place, c'est à dire à ne plus se sentir comme aide-soignant, ne pas penser trahir leur ancien métier. Il y a tous ces enjeux-là qui sont un peu compliqués. »	Rupture de confiance avec le formateur référent C'est le formateur référent qui, ressenti par l'étudiant, je ne juge pas le formateur référent, par rapport à ce qu'on évoquait juste avant c'est à dire que l'étudiant ne le trouve plus dans l'empathie, le trouve dans le jugement de valeur, le trouve plus dans l'irrespect	Qu'ils analysent puis ils recommencent dans un autre stage, et puis ça se poursuit. A un certain moment ils n'arrivent plus à dépasser cette crise et c'est traumatisant dans le sens où il y a une image négative d'eux-mêmes qui persiste voire qui s'enkyste. Voire se mettre dans des situations un peu d'échec parfois[…]Un autre étudiant, qui sait qu'une personne à telle dose de médicament, voit qu'il va lui distribuer 10 fois la dose mais se dit que si c'est comme ça c'est que ça doit être comme ça. Les clignotants ne sont plus efficaces. La route est dangereuse mais au lieu de ralentir j'accélère. Perte de confiance en soi très importante Aller très mal à certains moments Déni, fuite et parfois des syndromes beaucoup plus dépressifs

pour le coup voilà, ce sont des situations qui reviennent chez le directeur. Je ne pense pas que ça ait été parlé avec le formateur référent : inceste intrafamilial, **Elle est venue spontanément vous voir ?** C'est à dire qu'à un moment, elle est en stage en psychiatrie. Une personne arrive avec une histoire qui ressemble un peu à la sienne et tout à coup évidement tout explose eh bien oui elle vient là pour en parler. Donc dans l'histoire de la personne il y a parfois des choses insoupçonnables et puis heureusement d'ailleurs et tout d'un coup il y a le miroir qui arrive et l'image est insupportable	Où il y a quelque chose autour du corps dégradé, du corps vieilli, du corps handicapé etc. Et cette image du corps est difficile à percevoir. Pour certains c'est vraiment une première approche. C'est-à-dire qu'ils étaient dans l'illusion de la bonne grand-mère. Mais tout d'un coup, la bonne grand-mère à poil et toute déformée, ce n'est pas tout à fait la même chose. Donc il y a un choc de la réalité entre des personnes de 20 ans, même si elles étaient préparées mentalement, et une réalité qui est difficile. Toute la question du sens, de la vie, de la mort de la limite de nos actions. Ensuite ils rencontrent, me semble-t-il, la vie en équipe, avec la place des uns et des autres et tout le jeu des acteurs et ça aussi ils ne l'avaient pas obligatoirement soupçonné avant. Alors en sachant qu'il y a aussi une phase de « bizutage » de la part des professionnels. C'est-à-dire que pour pouvoir devenir professionnel dans l'image de certains encadrants il faut pouvoir passer telle et telle étape. On va donc les envoyer pour nettoyer quelqu'un qui est souillé, etc. … Ce n'est pas simple. Et puis, si tout à l'heure je parlais de l'alternance intégrative avec ces temps d'aller-retour y compris sur le terrain entre théorie et réalité, ça ne se fait pas de partout. Il y a des tuteurs qui aident bien à le faire et puis d'autres qui laissent un peu l'étudiant … Se retrouver tout seul (en stage) En 1ère année les étudiants font un stage très tôt. Des formateurs qui disaient « mais ces étudiants, c'est assez impressionnant, ils nous		

	livrent des situations personnelles et familiales très douloureuses et complexes ». Des histoires de séparations violentes au niveau familiale, des deuils, des familles avec du handicap … La 3è année, il y a des exigences du métier qui leur sont demandées, présentées et qui ne sont peut-être pas accessibles à ce moment-là. La fonction idéalisée qui est en train, déjà, de se fissurer Lorsqu'ils reçoivent des critiques, des évaluations un peu négatives à l'IFSI, bon voilà, ils les reçoivent. En stage c'est différent. Lorsqu'un soignant dit « attention, tu n'as pas su observer cette situation, tu n'as pas su communiquer dans cette situation-là » c'est vraiment une remise en cause de ce qu'ils voudraient être, de l'idéal qu'ils voudraient être. Et ça aussi c'est quelque chose de difficile pour l'étudiant dans ce vécu de stage. On est bien dans un traumatisme qui touche, ou des situations qui touchent, et pourtant on est pas du tout dans une population du même âge que son copain et où il y a quelque chose qui se passe et qui devient complètement inhibant, y compris téléphoner à l'école pour expliquer ce qui se passe. Peur que la question posée puisse avoir un effet négatif sur son stage.		

	Certaines situations vont faire écho. Il ne faut pas oublier qu'on est en fin d'adolescence, au début de l'âge adulte, avec des étudiants qui prennent leur indépendance au niveau familial, qui commencent des vies de couple etc. Avec toute cette période un peu difficile c'est-à-dire de quitter le milieu familial, même si parfois ça fait du bien de le quitter […] il faut à la fois passer cette phase de fin d'adolescence qui est difficile et de formation qui est difficile. Donc on cumule les difficultés Une représentation du métier erronée C'est le moment où la prise en compte de la réalité n'est pas encore possible mais l'idéal n'est plus là. Donc c'est souvent la deuxième année.		

Entretien N°18 – Dominique directeur - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience :	**Principes de la construction de la résilience** :	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** :
trauma ? **Vulnérabilisation ?**	**sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N°18 – Dominique directeur - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	Les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
		Les premiers temps de suivi pédagogique, les formateurs les rencontrent et il y a plein de chose qui se livrent et les formateurs leur disent « mais on ne peut pas aller beaucoup plus loin. Qu'est-ce qui vous appartient ? Qu'est-ce qui nous appartient ? »	Il faut qu'il travaille sur sa propre histoire à lui.

Entretien N°18 – Dominique directeur - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	
Qui ?	**Caractéristiques ?**
« Il travaille ça maintenant, avec des professionnels de la psy, ça ne nous appartient pas en tant qu'école » Les formateurs de suivi pédagogique : « je pense que ce n'est pas avec n'importe quel formateur. Il y a des formateurs qui facilitent certainement plus cette confiance que d'autres ». « Ils sont à l'écoute, respectent, savent poser d'emblée pourquoi ils sont là et autorisent l'étudiant à pouvoir se poser » Le formateur référent La directrice adjointe Leur entourage extérieur Le directeur exceptionnellement : quand il y a de très gros problèmes familiaux, sociaux ou lorsqu'il y a vraiment rupture de confiance avec le formateur référent. Il y a crise quand même, rupture de confiance c'est-à-dire qu'on sait que cette crise ne peut plus être analysée avec le formateur référent et le directeur sert, enfin je parle de moi, on peut venir discuter avec le directeur Les séances d'APP : Et dans une élaboration collective. Eviter aussi le simple duel tuteur pour reprendre le terme de tuteur, la résilience que pourrait mettre en œuvre un tuteur il y a aussi quelque chose qui se joue avec du collectif	Ils manifestent de l'empathie et de l'affection ; Je pense que pour pouvoir se former et réussir il faut n'être quand même pas trop mal. Il me semble qu'on ne peut pas se former si l'école De pouvoir se montrer sans prendre de risque. La notion de bienveillance est importante et de savoir que ce qui va être livré à un moment ne va pas être utilisé contre. Considérer l'autre comme capable de progrès, c'est aussi l'aider à s'évaluer et à se fixer des objectifs de progression. C'est de la bienveillance mais ça n'empêche pas les exigences nécessitées par l'exercice professionnel. Ils s'intéressent prioritairement aux côtés positifs De la personne Ils laissent à l'autre la liberté de parler ou de se taire Les premiers temps de suivi pédagogique, les formateurs les rencontrent et il y a plein de chose qui se livrent et les formateurs leur disent « mais on ne peut pas aller beaucoup plus loin. Qu'est-ce qui vous appartient ? Qu'est-ce qui nous appartient ? » Ça va dépendre des étudiants. Là où ils se sentent en sécurité Ils ne se découragent pas face aux échecs apparents Ils respectent le parcours de résilience d'autrui Il travaille ça maintenant, avec des professionnels de la psy, ça ne nous appartient pas en tant qu'école Ils facilitent l'estime de soi d'autrui Ils évitent les gentilles phrases qui font mal. Hypothèse : L'empathie vient-elle parce que les tuteurs ont eux-mêmes vécus des traumas en formation ou dans la vie pro ? Préparation aux exigences de la vie professionnelle : C'est de la bienveillance mais ça n'empêche pas les exigences nécessitées par l'exercice professionnel. Le lien de confiance : Il y a une certaine opacité entre l'IFSI et le stage et heureusement c'est très bien. C'est l'espace de liberté de l'étudiant

d'étudiant c'est à dire « je me construis avec mes pairs; mes pairs vivent des situations similaires aux miennes, ont des fragilités qui me ressemblent, ont des problématiques qui me ressemblent » et la mise en mots, les mots utilisés, sont peut-être plus près des mots que je pourrais utiliser que des mots utilisés par les formateurs	

ANNEXE N°15
« Tableaux d'analyse - Entretien N°19 – Ahmed - Directeur »

Entretien N°19 – Ahmed directeur - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation Ou traumatisme :
Des étudiants déjà très fragilisés par leur parcours de scolarité. Ils citent trois ou quatre professeurs en se rappelant exactement de leurs mots. C'est une projection à nouveau sur le terrain de stage Raisons financières	L'étudiant c'est quelqu'un de vulnérable On idéalise le métier. Tout le monde n'est pas prêt à encadre un étudiant. Les infirmiers ne choisissent pas. Les cadres imposent, mettent un nom en face du leur sur le planning. Ils ne savent pas d'où il vient, quelle est son histoire. L'arrivée en stage peut être violente. 6h30, j'arrive dans un service que je ne connais ni en noir, ni en blanc, ni l'équipe de quoi elle est constituée, quelle est l'histoire de cette équipe, qu'elle est ma propre histoire personnelle. Que connait-on de l'autre ? Finalement, on me demande de travailler. On vous embrigade dans les premiers soins, des prises de sang, dans le noir car les patients sont encore endormis. Donc, on vous dit de réaliser les premières prises de sang parce que vous êtes en deuxième année, ou troisième année, et que vous avez déjà vu et on peut vous donner un secteur. Bon bein allez, allez faire. Vous ne connaissez pas les patients, ils vous voient dans le noir. Heu, vous vous présentez mine de rien, je suis étudiant infirmier, je commence mon stage, c'est des choses qui sont assez violentes.		Etre éteint oui. On peut avoir des gens qui vivent ce traumatisme qui vont complétement les éteindre, qui vont être des étudiants qui sont éteints au niveau de leur vie étudiante. Qui seront éteints par rapport aux autres et qui vous diront un jour, je n'ai pas ma place. Oui, on en a eu des étudiants comme ça, qui ont réellement été traumatisés par la manière dont on les a accompagnés. Des pleurs, des personnes qui ont un regard vide, qui n'ont plus envie de parler. Qui n'ont même plus envie de parler de leur histoire mais tout simplement qui vous disent, j'en suis arrivé à un point, voilà. Il faut que je m'en aille. Il faut que je m'en aille pour oublier tout ce qui s'est passé. Beaucoup d'absences

	Elle m'a dit, je ne pensais pas que ce métier pouvait être celui-là, la réalité de ce métier était celle-là. Je ne pensais pas. J'étais loin de m'imaginer que, malgré que j'étais secrétaire médicale, je travaillais dans une clinique, je voyais des patients. Mais je ne pensais pas que les organisations, les équipes, la manière de voir l'usager, la manière de voir le patient, c'était cette réalité là et j'ai pas envie d'être, en tous les cas de faire partie de ce groupe. Donc, je préfère retourner et elle est toujours secrétaire médicale. Constatation de maltraitance envers les patients et envers eux : Alors de la maltraitance chez le patient, de la maltraitance sur eux même. En plus stagiaire de 1ère année, premier stage, un peu violent pour eux, oui, heum, tu veux faire infirmière, et bin t'as qu'à suivre les infirmières qu'est-ce que tu viens nous emmerder ? Toi, t'es un peu mou du genou, tu vas te bouger. C'est toi qui a donné du pain à ce monsieur ? Maintenant, on a un nouveau jeu, si tu faîtes une erreur, si tu dis un mot de travers, on te mettra 0 à l'évaluation de stage. Si le patient fait pipi dans sa culotte, ça fait une belle couleur pour une culotte. On continue. Qu'est ce qu'ils ont fait remonter ? Ah oui, un monsieur qui veut se remonter dans le lit. On secoue le drap, on secoue le drap et on tire le drap. A la relève, qu'est-ce que vous faites là, vous n'avez rien à dire, allez-vous rhabiller. Non, mais on veut rester. Vous voulez que je vous mette un		

	pied dans le cul pour vous mettre dehors. Voilà dans ces termes-là.		

Entretien N°19 – Ahmed directeur - d'analyse 2 – L'entrée en résilience		
Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N°19 – Ahmed directeur - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense

Entretien N°19 – Ahmed directeur - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience

Qui ?	Caractéristiques ?

Y en a qui vont se trouver un petit groupe. D'ailleurs, ils le disent, ils se définissent par groupe. La notion de groupe est importante pour certains. C'est le vécu de l'étudiant. Celui qui est seul et bin bon courage parce que ce n'est pas simple. Par contre, la notion de groupe est essentielle pour ce type de métier, groupe d'amis, groupe on se voit à l'extérieur, la promotion. Heu, et ensuite, un élément vraiment important et c'est là où je dis, c'est le formateur référent. Il a une place essentielle dans le parcours de l'étudiant c'est-à-dire pas suivre l'étudiant connaître sa vie personnelle. S'il veut se livrer, il se livrera l'étudiant. Y en a qui ont beaucoup plus de facilités à se livrer. L'étudiant au formateur référent beaucoup plus qu'au directeur. C'est humain. Au moins, qu'il pose sa parole quelque part et qu'on en fasse quelque chose. Y a des fois, il le dépose, on le renvoie parce que ça nous dépasse, il voit la psychologue. Bin non des fois, c'est plutôt financier, on trouvera des portes vers le directeur. Donc, on me l'envoie, j'essaie de trouver une solution pour lui. Quels types de fond d'aide on peut avoir besoin. Celui de la région, de l'assistance sociale du quartier. Voilà, j'ai quelques tuyaux, donc j'essaie de. Donc en gros, c'est notion de groupes, le référent pédagogique, et la promotion. Comment je me situe à l'intérieur de tout ça.

On doit accorder un espace-temps et qu'on le donne pas, dans le domaine du sport. Et qui est ce qui peut organiser ça ? C'est pour ça que c'est vraiment important, et je dis que le bureau des étudiants, vous avez une place importante dans la vie étudiante dans ces institutions. Nous on pense qu'à la pédagogie, on ne peut pas faire vivre ce qu'on a envie de faire vivre. La vie étudiante, c'est vous qui devez l'apporter donc, essayer d'amener des animations. Arrêtez, Il n'y a pas que des soirées où il faut se saouler la gueule. Y a d'autres choses que vous pouvez faire. Donc là, on a beaucoup de choses-là aujourd'hui. On a quand même des ateliers de sophrologie, de shiatsu qu'on propose à nos étudiants. Là, on va monter, d'ici le 1er novembre, on va inaugurer une salle de fitness où on va avoir quelques appareils, une douzaine d'appareils pour eux, pour qu'enfin, ils se libèrent. Et bin oui, c'est une vie étudiante mais qui peut être agréable en dehors de tout contexte. Voilà, on essaie de leur rendre le plus agréable possible autant du point de vue matériel, mais aussi du point de vue humain.

La psychologue : Et la proximité d'avoir un psychologue pour nous, c'était d'orienter tout de suite l'étudiant. Vous irez demain, après demain, dans deux jours, vous irez voir la psychologue. Prenez rendez-vous avec elle aux horaires qui vous intéressent, qui vous conviennent. Et la psychologue est à même de traiter, pour nous elle ne traite pas la maladie, elle ne fait pas de soins, elle ne prodigue pas de soins, elle est là en termes de conseils. J'entends ce que vous me dites, je vous propose, je vous orient, je vous guide, c'est ça l'intérêt. Donc la personne, elle est orientée, on peut lui donner des solutions à son mal être du moment. L'idée, c'était ça, la proximité et on travaille là-dessus. On pouvait dire, voir une psychologue mais l'étudiant va aller prendre rendez-vous mais avec qui. C'est cette perte de temps qu'on ne voulait pas dans la prise en charge de cet étudiant en mal être
Confidentialité APP
Les limites : j'ai appelé le cadre

ANNEXE N°16
« Tableaux d'analyse - Entretien N°24 - Paule - Directrice »

Entretien N°24 – Paule directrice - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :
Sorte d'estime de soi, de confiance en soi. On se heurte souvent, enfin souvent, on se heurte en tout cas de temps en temps à des jeunes qui sont venus soit réparer quelque chose, soit qui ont une fêlure quoi. C'est social et financier ou un tel mal être.	Dans ces cas-là, on est sur un problème en stage Même moi en temps qu'étudiante infirmière, j'ai gardé des traumatismes de stage. Je pense que oui sincèrement, il peut y avoir. Les étudiantes qui sont venus parler de maltraitance, elles étaient heurtées d'un point de vue éthique, d'un point de vue valeur, d'un point de vue... Et elles ont eu le courage de venir en parler etcetera. Mais je pense qu'elles garderont toujours ça en elles. Difficultés liées à l'alternance … selon le terrain de stage, on a des chocs, alors plus ou moins émotionnels mais ou autre d'ailleurs. Et puis le choc passé, on s'habitue un peu, on est à peine installé, à peine bien, qu'on retourne de l'autre côté. Lorsqu'on a 18 ans, qu'on sort du bac et que j'imagine que le premier stage est en gériatrie, sans parler d'autres spécialités, simplement déjà la gériatrie. Et bien quand on a 18 ans, qu'on ne connait pas la personne âgée, au mieux on connait ses grands-parents, et on a finalement un choc de la découverte de l'être humain et de ce qu'il peut devenir, qu'on ne mesure pas quand on est à l'école	On sent bien que le programme 2009 a des exigences qui sont parfois quand même un peu difficiles à atteindre pour les aides-soignants. Tout bêtement l'anglais mais il y en a d'autres. Je veux dire le semestre 1 est je trouve, particulièrement douloureux en apprentissages théoriques, par exemple pour ces gens-là quoi. Quand on voit la densité d'UE, la 2.1, la 2.2 etcetera, on se rend bien compte à quel point le choc peut être violent parce que d'un seul coup, il y a énormément de connaissances à ingurgiter, avec des gens qui ont quitter les études depuis plusieurs années, donc qui ont quand même tout se démarrage là et qui en plus, comme vous dites, sortaient d'un statut professionnel plutôt valorisant. Parce que les aides-soignants qui sont ici, c'est que globalement ils étaient déjà très bien en tant que professionnels, bien dans leurs peaux etcetera. Avec des connaissances certaines et d'un seul coup, ils, à la foi ils ont réussi le concours mais alors derrière ils se prennent un revers sur des niveaux d'exigences. Du coup, ils attendent encore plus du prochain stage parce que ça va les rassurer, ils vont enfin aller sur le terrain. Et alors là, s'ils tombent aussi sur des stages où ils se retrouvent en difficulté parce que changement de spécialité, parce que changement, et bien là, c'est peut-être encore plus difficile que pour un jeune qui sort du	En tant que directrice sur mes quatre années, finalement j'ai quatre années de recul dont une année ici, et bien ou je les constate le plus, c'est en première année dans les abandons. Un petit pourcentage, mais il n'empêche qu'il y ait des étudiants qui abandonnent, une fois qu'ils ont justement pris entre guillemets la réalité., j'en ai pas dormi du weekend end, j'arrête, je me suis trompé, j'arrête. Mal être Ils pleurent Ils viennent persuadé qu'ils vont abandonner, ils arrivent parce que moi je leur présente la personne à qui il va falloir qu'ils expriment qu'ils arrêtent voilà. Mais derrière après ils ne vont pas forcément arrêter. Décontenancé, en catastrophe, en disant : je n'irai pas, je n'y retournerai pas où de toute façon, je me mets en arrêt maladie. Ceux qui sont arrivés très en colère C'est un traumatisme, qu'on peut

	Des plaies, on ne la voit pas dans sa décrépitude Devoir toucher la personne. Mais ça existe dans toute formation, j'ai dans mon entourage des personnes qui sont en formation kiné, des jeunes. Ils m'expliquaient qu'ils ont plusieurs abandons aussi en début de cursus, alors que les kinés c'est passé par passes, c'est encore une difficulté supplémentaire et c'est en médecine pour entrer etcetera. Et des jeunes qui abandonnent parce qu'ils se rendent compte qu'ils ne peuvent pas toucher la personne. Ils voulaient être kiné quoi. Sauf que, entre notre représentation finalement et ce que l'on trouve, il y a encore un fossé. Je pense qu'on garde des choses, des vécus de stage, on n'a pas forcement mis des mots au bon moment et puis du coup, on les garde en soi où dans sa vie professionnelle d'ailleurs. ` J'ai vécu quand j'étais étudiante infirmière. D'une sorte entre guillemets, qu'on pourrait qualifier de maltraitance verbale d'une tutrice qui je pense, qui jubilait de rabaisser une étudiante.	lycée.	qualifier de plus léger qu'un autre, je n'en sais rien, et encore, mais en tout cas je pense qu'elles le garderont ça. C'est une expérience qu'on ne peut pas oublier même si elles l'ont posé et qu'elles ont eu le courage de faire des choses, Je pense qu'on garde des choses, des vécus de stage, on n'a pas forcement mis des mots au bon moment et puis du coup, on les garde en soi où dans sa vie professionnelle d'ailleurs. Vécu Assez violent, ` Contre agressivité : Filmer un résidant en mettant de l'alcool... enfin voilà. Où ces équipes, on va retrouver une vidéo sur YouTube avec le côté je m'amuse avec un patient de réa, je mets du champagne dans la sonde nasogastrique etcetera

Entretien N°24 – Paule directrice - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience		
Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N°24 – Paule directrice - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	Les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
L'estime de soi, ou la confiance en soi, ou en tout cas un bien être, équilibre psychologique et physique qui fait que finalement ils appréhendent la relation différemment et du coup ils sont moins heurtés. Ça ne veut pas dire qu'ils ne découvrent pas des choses, mais du coup je ne sais pas, ils y voient une certaine simplicité de la vie, un sens finalement de l'humain et du coup ça les choque moins.		Le suivi pédagogique mais alors vraiment personnalisé quoi. C'est à dire la capacité qu'aura le formateur à l'aider à passer et à grandir et à avancer sur son mal être. On arrive du coup à soutenir des étudiants comme ça et à les aider à cheminer. Le formateur est surement une personne ressource. Peut-être le tuteur aussi surtout quand il y a le lien entre les deux. Quand on arrive à faire un vrai lien entre formateur et tuteur et qu'on, notamment quand ça se passe par exemple, en milieu de stage etcetera sur un stage long, on arrive à faire avancer parce que, on avance justement du coup sur une triangulation qui est intéressante, et c'est ça qu'il faudrait surement d'avantage développer, mais en tout cas le formateur, ça c'est sûr Un vrai rôle au niveau, oui, alors là ça c'est sûr. Enfin en tout cas, moi c'est ma manière de voir les choses et je sais que spontanément, très vite, je tends la perche aux formateurs et je dis on va les voir ensemble	

Entretien N°24 – Paule directrice - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	
Qui ?	**Caractéristiques ?**
Le suivi pédagogique mais alors vraiment personnalisé quoi. C'est à dire la capacité qu'aura le formateur à l'aider à passer et à grandir et à avancer sur son mal être. Le formateur est surement une personne ressource. Peut-être le tuteur aussi surtout quand il y a le lien entre les deux. Quand on arrive à faire un vrai lien entre formateur et tuteur et qu'on, notamment quand ça se passe par exemple, en milieu de stage etcetera sur un stage long, on arrive à faire avancer parce que, on avance justement du coup sur une triangulation qui est intéressante, et c'est ça qu'il faudrait surement d'avantage développer, mais en tout cas le formateur, ça c'est sûr Le directeur un vrai rôle au niveau, oui, alors là ça c'est sûr. Enfin en tout cas, moi c'est ma manière de voir les choses et je sais que spontanément, très vite, je tends la perche aux formateurs et je dis on va les voir ensemble Ceux que l'on me signale ou ceux qui, où les étudiants qui viennent spontanément, qui demandent à me voir Je les reçois, mais alors après quand je sais qu'ils ont pris rendez-vous avec moi, en fonction du motif, je vais aller voir les formateurs éventuellement pour savoir s'il y a quelque chose dont ils seraient informés, où ils ont déjà vu l'étudiant et c'est eux qui lui ont soufflé, est ce que c'est spontané ou pas etcetera. Enfin je me renseigne, et puis après, en fonction du motif et en fonction de la demande, soit je le reçois tout seul mais la plupart du temps, je ne reçois pas seule. Je préfère avoir le formateur référent avec. Pour le lien, et puis même, il y a pleins de choses, parce que parfois vous savez, quand on est, et bien comme ça, du coup, on n'a pas forcément de pause pour réfléchir ou mieux écouter la formulation de l'autre etcetera. Et quand on est trois, du coup, par moment quand j'ai besoin de poser, j'ai besoin d'écouter mieux, plus attentivement, et bien je fais exprès de basculer sur le formateur qui va reprendre un peu et moi ça me permet de regarder comment ça se passe etcetera. Une synthèse à chaud de l'entretien sur le contexte, l'échange et les éventuelles propositions. Eh alors c'est très rapide, je prends des notes, ce n'est pas du tout écrit, et en général à la fin de l'entretien, j'ai présenté la feuille à l'étudiant, à la formatrice et on signe tous les trois sur ce qui s'est passé. Les formateurs ont compris que depuis que j'étais ici, que ma porte était alors ouverte complètement par rapport à ça. Du coup sans problème, j'ai de la disponibilité et du coup voilà ça se fait assez, assez facilement. Spontanément les étudiants oui, il y en a quelque uns qui viennent. Ce n'est pas évident pour eux et puis je pense que je suis nouvelle directrice pour l'instant, donc le temps que ça circule, que mon bureau est assez facile d'accès entre guillemets, et bien ça viendra je pense. Il faut du temps aussi à ça, parce que aller chez la directrice ça peut être aussi pris comme une sanction Hypothèse : L'empathie vient-elle parce que les tuteurs ont eux-mêmes vécus des traumas en formation ou dans la vie pro ? Même moi en temps qu'étudiante infirmière, j'ai gardé des traumatismes de stage. Je pense que oui sincèrement, il peut y avoir. J'ai vécu quand j'étais étudiante infirmière. D'une sorte entre guillemets, qu'on pourrait qualifier de maltraitance verbale d'une tutrice qui je pense, qui jubilait de rabaisser une étudiante.	

ANNEXE N°17
« Tableaux d'analyse - Entretien N°25 - Sylvie – Directrice »

Entretien N°25 – Sylvie directrice - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque perso	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :
Tout à l'heure vous parliez de la question de l'âge entre les « petits » et les adultes en formation. Même avec les étudiantes qui ont été aides-soignantes par exemple, c'est très compliqué parfois. Il nous semble qu'ils ont été dans une équipe en tant que partie prenante de cette équipe et là ils repassent dans une posture de stagiaire pour aller vers une nouvelle posture professionnelle qui est celle d'infirmière. Ce n'est pas plus simple pour eux, parfois même plus compliqué. Se faire encadrer par des plus jeunes qui ont parfois moins d'expérience dans l'ancien métier. . Il y a le niveau personnel où par exemple, l'étudiant n'a pas réglé des problèmes personnels et lorsque des situations rappelant ces problèmes personnels arrivent, cela génère un stress. Par exemple, une étudiante ayant vécu des situations de violences dans son enfance, situations vécues mais le travail n'a pas été fait, elle se trouve en stage dans un service de psychiatrie et se trouve confrontée à une situation de patient violent, avec une incapacité à le gérer, à rebondir, à réfléchir. Stress maximum, elle s'est arrêtée.	En première année, l'étudiant, pris dans cette organisation imposée par le service, n'a pas toujours la place de pouvoir discuter et demander et parfois il n'a pas encore la posture pour le faire. Le contexte actuel qui parfois incite les professionnels à aller très vite, à aller à l'essentiel, à leurs priorités et je crois qu'à certains moments, leur priorité, ce n'est pas l'étudiant mais le patient. Et il arrive parfois que l'étudiant arrive au second plan. Et je crois qu'il faut avoir ce contexte-là en tête : les durées moyennes de séjour très courtes, des rotations de patients très rapides, une confiance à établir avec le patient très vite aussi et du coup comment l'étudiant arrive à se positionner au milieu de tout ça ? Ou comment l'équipe le positionne ? Il y a un peu des deux. L'étudiant vécu comme une charge : , « on nous en rajoute », en termes d'encadrement. « On nous en rajoute, le tuteur c'est bien gentil mais il va falloir du temps, les professionnels de proximité oui mais » parfois il y a des stages où cela ne se passe pas très bien mais il y a aussi des stages où c'est très compliqué : Un tout récent sur une	je n'écarte pas la situation à l'IFSI où des relations interpersonnelles qui se passent mal avec le cadre référent pédagogique peuvent aussi générer du stress. L'étudiant qui n'arrive pas à parler, qui n'arrive pas à poser les choses avec son référent pédagogique, cela peut être aussi générateur de stress et de stress délétère.	L'étudiante a été très mal pendant une bonne quinzaine de jours à son retour de stage. Sur la période où elle était ici, en cours. Elle pleurait, elle se sentait déstabilisée, mise en doute dans ses compétences. Je pense qu'il y avait aussi quelque chose de l'ordre de la confiance qu'elle avait mise dans cette équipe et qui d'un coup s'écroulait un peu. la formation infirmière est quand même bouleversante. Et qu'on soit jeune ou moins jeune. C'est en cela que c'est extrêmement bouleversant. Toute cette remise en question n'est pas simple à vivre lorsque l'on est en formation. Stress maximum, elle s'est arrêtée. il y a de la sidération car je crois que c'est quelque chose qui continue. Il y a de la sidération dans la situation qu'elle a vécue mais j'ai l'impression qu'il y a un retentissement plus large sur sa formation. Aujourd'hui, et aujourd'hui encore, alors que cela date de 7/8 mois, elle n'arrive pas à réinvestir sa formation. Elle a un grand nombre d'UE à rattraper, nous soutient qu'elle va y

Pour elle c'est une situation vécue plus jeune, pour d'autres ce sera une situation de deuil plus récente lorsqu'on aborde les soins palliatifs … En tout cas quelque chose de l'ordre du personnel qui peut à un moment ressurgir dans la formation, générer du stress et bloquer la formation.	situation de maltraitance vécue en gériatrie. Premier stage pour une étudiante de première année. Je pense qu'en plus elle n'avait pas forcément perçu tout ce qui se jouait au travers de ce qu'elle a vu. Parce qu'elle ne l'a pas signalé. Je pense qu'elle n'avait pas mesuré. Et lorsqu'elle l'a exposée, quand on a pu en reparler avec elle, je pense qu'elle a pris conscience de cette violence-là. Sur l'encadrement lui-même dans le service, je pense qu'elle n'était pas trop mal encadrée. Il s'agit plutôt d'une violence par rapport à des pratiques non conformes. le comportement d'une aide-soignante, probablement en burnout, d'un secteur de gériatrie, qui était clairement maltraitant. Photos de la résidente pleine de selles Cette étudiante a été très malmenée au moment de ce bilan intermédiaire de stage, où l'équipe a été très dure avec elle. Ce qui nous a paru nous, de notre point de vue et après avoir vu l'étudiante, pas forcément cohérent avec ce qu'elle nous rapportait. je le mets vraiment en lien avec une situation personnelle qui a été re-bousculée dans le stage. C'est parce qu'elle a eu ce stage dans la formation infirmière. Elle n'aurait pas vécu cela dans une autre profession. . Des étudiants qui sont malmenés en stage. Une étudiante m'a dit qu'il s'agissait de maltraitance.		arriver, mais ne peut pas nous dire ce qu'elle met en place pour le faire. Donc il faut des étudiants très formatés, qui acceptent, qui ne discutent pas ce que dit l'infirmière, qui n'ont pas la possibilité de poser les questions pour comprendre pourquoi on le fait et pour qui le stage peut être bloquant, où l'étudiante va s'arrêter parce que la seule solution qu'elle voit, c'est la fuite et que la fuite ça peut être l'arrêt de travail et l'arrêt du stage. La conséquence à long terme pour l'étudiant, ça va être la perte de confiance en lui.

Entretien N°25 – Sylvie directrice - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N°25 – Sylvie directrice - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	Les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
		Elle en a parlé avec son tuteur et lui a expliqué la situation et signalé qu'elle allait présenter cette situation en analyse au retour de stage. Le tuteur l'a arrêtée en lui disant qu'avant de présenter la situation à l'école, celle-ci allait d'abord être présentée à son encadrement. Cela a été fait et a déclenché la procédure habituelle d'analyse et de gestion de cette situation. Nous allons revoir l'étudiante, car nous attendions que tout soit callé d'un point de vue administratif et suivi sur l'établissement avant d'enclencher, nous, les choses avec elle-même si l'urgence a été gérée. Elle a été vue par le cadre référent. C'est quelque chose qui a été assez violent pour elle. … Elle a rencontré le cadre supérieur de l'établissement qui a essayé de bien repositionner les choses avec elle. Car c'était aussi important qu'elle puisse débriefer sur le lieu où cela s'était passé. Sur comment cela a été géré, ce que j'en sais, certes il y a eu une situation de maltraitance, certes cela a été compliqué, mais l'objectif n'était pas « d'enfoncer » la soignante parce que derrière il y avait du décryptage : c'était quelqu'un qui avait déjà manifesté un désir de changement de service. Pour la résidente, cela a été quelque chose de très violent. Pour la soignante aussi probablement parce qu'elle n'était plus en capacité de supporter ce lieu de travail et pour l'étudiante, que je n'ai pas encore revue, je fais une supposition sur ce que m'en ont dit son cadre référent : c'est que les choses ont plutôt été bien posées et je ne crois pas qu'elle ait ce sentiment de culpabilité.	

		Donc le cadre formateur référent l'a beaucoup accompagnée sur cette situation. Le cadre de santé du service a été recontacté et d'un commun accord le stage n'a pas été reconduit sur la deuxième période tel qu'il aurait dû l'être. Elle est repartie en stage sur un autre service de psychiatrie, pour que la psychiatrie ne soit pas assimilée à ce service car c'était son seul stage et son premier stage en psychiatrie. Et que la psychiatrie pouvait être tout autre que ce qu'elle avait vécu sur ce stage. On a échangé avec le cadre formateur référent pour savoir si je la voyais ou pas. On a convenu que non. Et la seconde question, lorsque je les vois par la suite, c'est mon rôle d'alerte. Jusqu'où je vais dans l'accompagnement et à quel moment j'alerte le psychologue. Pour nous il s'agit du psychologue de la médecine de santé universitaire car nous n'avons pas de psychologue sur l'établissement comme le font certains de mes collègues, où il y a du temps de prévu durant lequel les étudiants peuvent venir parler de situations compliquées. Nous n'avons pas ça. Donc lorsqu'il y a des situations qui me paraissent problématiques, on en parle avec le cadre référent pédagogique et / ou l'équipe pédagogique parfois. Et à ce moment-là, on met en place une alerte auprès du service de médecine universitaire si on estime, mais c'est notre évaluation, que l'étudiant en a besoin. Elle a réussi avec l'accompagnement de son cadre pédagogique à surmonter et à mettre en place des stratégies pour d'une part se protéger et d'autre part avancer néanmoins avec le terrain de stage. Protection contre la maltraitance des ESI en stage ? Un cadre formateur de l'Institut et un cadre de l'établissement de santé, suivent un groupe de professionnels tuteurs à peu près deux fois par an sur une journée. Il s'agit de débriefing, d'analyse de la pratique. Et sur ces temps-là, on voit bien maintenant que l'apprentissage de l'étudiant est rentré dans le quotidien et que les professionnels ne le voient plus comme étant prendre du temps pour expliquer mais le font dans leur quotidien même s'ils ont aussi des temps au-delà	

Entretien N°25 – Sylvie directrice - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	
Qui ?	**Caractéristiques ?**
Donc un référent pédagogique pour 18 étudiants, ce qui leur permet d'avoir une connaissance individuelle de l'étudiant. Et on essaie au maximum de personnaliser cet accompagnement. Alors la question se pose d'où commence l'accompagnement et où s'arrête-t-il ? C'est une grande question que je me pose ainsi que l'équipe. Quand je vous parlais tout à l'heure du cadre pédagogique ou du cadre supérieur qui m'alertent, je vois l'étudiant, et moi, mon rôle, derrière, c'est d'alerter la médecine universitaire et / ou la psychologue. C'est bien qu'on en voit les limites. Et c'est bien aussi parce que l'on se rend compte que parfois notre intervention n'est pas suffisante. Il me semble, de mon point de vue, parce que c'est ce que j'entends en conseil pédagogique ou en conseil de vie étudiante, que les étudiants n'hésitent pas à solliciter les cadres formateurs et notamment les référents pédagogiques. Et même lorsque celui-ci n'est pas là, on est toujours vigilant à ce qu'il y ait un membre de l'équipe identifié pour répondre aux questions de l'étudiant. Les étudiants le savent. Après cela se joue aussi dans la confiance et si l'étudiant n'a pas confiance, on va passer à côté de tout cela. Et comment l'étudiant se débrouille avec ces problématiques, je n'en sais rien. A mon avis, je pense qu'on accompagne la majorité d'entre eux, que pour une partie, on les adresse à la psychologue car on voit bien que cela n'est plus notre travail et dépasse nos compétences. Et probablement il y a une partie des étudiants qui échappent à cet accompagnement pour diverses raisons, soit parce qu'ils n'ont pas envie d'en parler, ou ne se sentent pas en confiance ou …	

ANNEXE N°18
« Tableaux d'analyse - Entretien N°27- Marie-Françoise – Directrice »

Entretien N°27 - Marie-Françoise directrice - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :
manque total de confiance en eux ça les renvoi à « t'es pas bon, t'es nul, t'es incapable »	« c'est ça l'apprentissage , c'est un métier particulier, ce n'est pas un métier où il suffit d'apprendre à faire et apprendre à comprendre, c'est pas ça, ça demande un engagement , il y a beaucoup d'engagement aussi dans l'apprentissage, d'engagement personnel » « le premier stage, c'est un premier stage qui interroge énormément c'est sûr que le premier stage ils sont confrontés à la réalité parce qu'entre la réalité de la représentation puisqu'ils ont l'infirmière et puis ce qu'ils vont vivre dans les premiers terrains c'est le grand choc pour certains » « peut être confronté des fois à des équipes qui vont les ignorer, hein ça ça peut arriver, donc l'étudiant ne sait pas du tout comment il faut se situer là-dedans » « ils rencontrent des situations de violence, là par exemple, le premier stage d'une première année, elle va dans un cabinet infirmier, dans le cabinet infirmier, déjà on la laisse toute seule, elles vont dans des maisons de retraite par exemple, dans une maison de retraite, il a une dame qui a 105 ans mais c'est une dame qui, comment dire, dès qu'on la touche, elle crie parce que bon alors voilà et en fait l'infirmière, pratiquement chaque fois quand elle arrive elle		cette gamine elle a été démolie il y a des étudiants qui veulent arrêter ou ils sont en arrêt maladie y a des gamins qui perdent vraiment confiance stress qui est important, incapacité à gérer le stress il en suait, c'était la panique à bord, le blocage je n'arrive plus à être heureuse dans ce que je fais, je suis trop stressée

	dit "ah ben elle est encore vivante celle-là vite qu'elle soit morte" » c'est des gamins, ils sortent du bac et le pro qu'on met sur le terrain parce que c'est déjà des pros quand on les met sur le terrain, Il y a des actes de maltraitance, moi si j'interviens deux, trois fois par an minimum il y avait de la brutalité avec les personnes âgées vraiment on se dit que l'étudiant vit quelque chose qui est difficile, qui interroge complètement ses valeurs soignantes, maltraiter une personne âgée ça interroge, après l'autre chose qui interroge beaucoup, c'est l'attitude des équipes, émotionnellement c'est lorsque les équipes ne font aucun effort pour intégrer l'étudiant, c'est-à-dire que c'est la stagiaire, elles vont déjeuner elles ne vont pas l'appeler, elle se sent exclue l'étudiant qui va faire à un moment T une erreur, enfin une erreur et il va voir basculer les relations qu'il a dans l'équipe, ça c'est souvent , ça arrive, c'est des gens un peu fragiles, et du coup il a l'impression que là il cumule toutes les bêtises, c'est à dire qu'il est tellement sous l'œil, vraiment il est vu à la loupe ouais ouais, et alors là ça c'est vraiment très très net cette incapacité à gérer la pression, le regard et à faire en sorte qu'on revienne à la situation antérieure peur d'être dans la délation « alors les aides-soignantes, elles sont		

	particulières, parce que, comment dire, ça les interroge beaucoup, ils sont partis d'aides-soignants , en général ils sont mariés, ils ont des enfants, non seulement ils doivent réussir ça mais ils ont un enjeu très fort par rapport aux enfants d'arriver au bout, par rapport à tout ça » « la barre entre la deuxième et la troisième année elle est gigantesque, elle est gigantesque, dans ce qui est demandé en termes de prise en charge, d'analyse, de réflexion , de mise en lien ça on l'aurait repéré au départ »		

Entretien N° - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience		
Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N°27 - Marie-Françoise directrice - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	Les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
Confronté à difficultés égales : y a l'étudiant brillant qui peut être un jour, mais en général il réagit bien celui-là, Il n'y a pas de problème ça on le repère relativement rapidement, oui c'est des, j'essaye de revoir un petit peu, oui ben c'est quand même des jeunes qui ont des capacités intellectuelles, c'est-à-dire que la mise en lien enfin il n'y a pas de mystère si vous êtes dans l'incapacité de faire des liens c'est même pas la peine l'engagement, être acteur de sa formation capacité à prendre du recul		parce que certains interviennent tôt mais c'est, à la limite ce sont ceux qui sont le moins en péril, ce sont ceux qui font preuve de plus de maturité professionnelle, de maturité le manque de confiance en eux mais on voit acquérir cette confiance dans l'accompagnement. Ils vont prendre des responsabilités, ils vont se prouver qu'ils sont capables de le faire, ils vont bien réussir, avec l'accompagnement sous ce regard positif qu'ils sont capable d'y arriver c'est comme des parents qui expliquent à leur gamin qu'il faut s'engager dans tout, et puis eux ils font rien, ils s'engagent dans rien mais c'est qu'il vaut mieux ne pas le dire et puis s'engager et l'enfant il l'apprendront l'exemple il compte énormément	

Entretien N°27 Marie-Françoise directrice - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	
Qui ?	**Caractéristiques ?**
Le directeur : quand je les accueille moi je leur dis, je leur dis vous avez choisi un métier de prendre soin donc nous on s'engage pendant trois ans à prendre soin de vous, c'est mon discours de base sous ce regard positif qu'ils sont capable d'y arriver cite Charles Gardou « tout petit d'homme peut devenir un prince pour peu que notre regard l'y autorise » on a un regard a priori toujours positif fermeté, rigueur, mais le regard est positif, donc ils le savent franchement les deux derniers que j'ai arrêtés, j'étais vraiment très très triste de les arrêter, ça fend le cœur mais ces trois ans mais nous on ne les reconnaît pas c'est incroyable l'évolution, ben vous vous êtes formateur vous devez voir la même chose, c'est incroyable, c'est extraordinaire, c'est merveilleux Les valeurs : ah oui pour moi l'éthique, et là, ouais l'éthique ça c'est majeur, la morale, l'esprit d'équipe aussi c'est à dire qu'ici il y a une très bonne, enfin je veux dire, les formateurs s'entendent bien, l'équipe s'entend bien, on s'entend bien, les secrétaires sont intégrées , on n'est pas, on ne montre pas, il n'y a pas de conflit enfin c'est important qu'ils apprennent aussi ben ce que peut être un travail d'équipe. Y a la rigueur aussi la rigueur elle est aussi chez les formateurs c'est comme des parents qui expliquent à leur gamin qu'il faut s'engager dans tout, et puis eux ils font rien, ils s'engagent dans rien mais c'est qu'il vaut mieux ne pas le dire et puis s'engager et l'enfant il l'apprendront l'exemple il compte énormément c'est notre responsabilités il faut être très exigeant , il faut être exigeant parce que c'est un métier exigeant mais en même temps il faut avoir un regard positif et ils auront sur le patient ce regard positif j'espère plus positif, plus ouvert. Les valeurs soignantes, si vous le vivez pas là (à l'IFSI), si vous n'êtes pas authentiques, si vous leur dites mais c'est important de s'engager professionnellement et puis quand elles viennent vous en parler vous ne faites rien, mais c'est pas possible, comment voulez-vous qu'elles s'y retrouvent. Les limites je rencontre plutôt ceux qui vont poser des problèmes ; je vais recevoir systématiquement où ceux pour lesquels je sais qu'il y a un problème que les formateurs me font remonter, mais un problème qui n'est pas forcément scolaire, ça peut être un problème d'un vécu en stage où l'étudiant ne se sent pas bien enfin bref c'est pas forcément ; ça nous permet d'échanger avec lui, de revoir avec le cadre, de téléphoner au cadre, bon ben voilà, ça permet de faire des choses comme ça ; on a été voir l'infirmière l'étudiante	

mais c'est pas pensable, vous imaginez la fille qui choisit d'être infirmière,
garante du cadre, des limites, de l'éthique : face à une étudiante qui n'a pas fait remonter tout de suite des faits de violence car elle n'a pas osé : elle faisait remonter des faits qui étaient graves mais mine de rien pendant un mois, cinq semaines, elle les avait cautionnés puisqu'elle n'avait rien dit et là donc c'était lui dire que c'est bien qu'elle en ait parlé mais que, un professionnel ce n'était pas ça, c'est à dire que qui ne dit mot consent et qu'il fallait qu'elle comprenne, mais en même temps il ne s'agissait pas de lui faire porter le poids de tous les autres, c'était de lui dire qu'on pouvait comprendre que c'était la première fois qu'elle y était confrontée et il fallait qu'elle en fasse quelques choses, du coup son tuteur la suit bien parce que ça l'a quand même interrogée mais je lui ai dit ça m'ennuie quand même que pendant cinq semaines elle ait pu accepter sans jamais nous en parler, on était dans quelque chose d'émotif parce qu'il fallait accompagner l'étudiante pour rendre compte en tout cas que la situation qui s'est produite aujourd'hui si elle se reproduisait une autre fois, il fallait qu'elle intervienne rapidement qu'elle ne pouvait pas accepter ;
je rencontre le directeur j'explique des situations, tout çà, là le cabinet libéral on y est allé à deux aussi , on est allé les rencontrer

si nous à l'école on en prend note mais qu'on fait rien, ça veut dire qu'on cautionne d'un autre côté, ça peut pas faire, donc moi je dis à l'étudiant, vous me faites un rapport écrit mais je ne veux aucun j'ai l'impression que, j'ai senti que, j'ai cru que, c'est tel jour, que des faits, je ne vous demande que des faits, je ne veux pas d'interprétation, que des faits, et donc avec ce papier moi je vais voir, je vais voir et voilà , on échange sur tout ce qui s'est passé pour voir comment, quel sens on peut donner et ça c'est important, donc là par exemple on a rencontré les deux infirmières, on a arrêté le stage pour l'instant … c'est pas resté lettre morte
s'il nous en parle assez tôt, on va sur le terrain, on téléphone, on rencontre, on se fait expliquer la situation qui a posé le problème, pourquoi elle a posé un problème et on voit avec l'équipe comment on peut faire pour accompagner l'étudiant pour justement il dépasse ça, mais si l'étudiant n'en parle pas, ça on ne peut pas le faire, on peut pas le faire

en général moi ce que je leur propose c'est de s'arrêter une année, retravailler pour se poser, pour remettre tout ça en place et je m'engage à les reprendre et je les reprends toujours mais il y en a certains spectaculaires, après ça démarre, ils se sont reconstruits ça marche très bien et puis d'autres, ben ils tiennent trois mois et puis ça y est dès qu'il y a un truc dans le service, ça y est c'est la panique à bord et là on est obligé de les arrêter parce qu'on sait qu'on ne pourra pas, ils sont pas professionnels alors au bout d'un moment

on les forme, dans le sens du mot formation il est bien et ce n'est pas la forme que nous on veut c'est la forme qui est attendue pour pouvoir exercer, on essaye de les accompagner à cette forme-là, en respectant leur personnalité

Les formateurs : « ouais, et donc on les voit systématiquement au bout de 15 jours, donc au bout de 15 jours ils reviennent, on les fait tous revenir une journée, ils passent une journée ici ça leur permet de faire remonter ce qu'ils ont vécu ce qu'ils ont rencontré, nous ça nous permet de voir si en l'accompagnant, en en parlant avec lui ça suffit ou s'il faut que l'on aille sur le terrain » « analyse des pratiques on fait une analyse, chaque étudiant vient faire part des situations qu'il a vécu et ça c'est pas mal parce que c'est là qu'on se rend compte de beaucoup, ils nous font remonter des situations » « suivi pédagogique, accompagnement clinique »

Les équipes :
Le psycho : « retour de stage avec un psycho, c'est à dire, qu'il y a un psycho qui les voit, mais , qui voit le groupe, et là c'est que sur l'émotion mais là pour le coup elles vont parler de ce qu'elles ont vécu mais là on n'a pas accès du tout, il n'y a pas de formateur et dès le début, c'est comment dire, dès le début c'est entre le psycho et le groupe et ce qui s'y dit, nous on n'est pas au courant »

ANNEXE N°19
« Tableau d'analyse - Entretien N°10 - Marie - Cadre de santé »

Entretien N°10 – Marie CDS – Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :
Elle n'était pas dégourdie Elle était un peu passive Elle était en plus déjà timide bon on voit la différence entre début et fin de troisième année, mais on voit qu'il y en a qui ont fait avant des choses, qui se sentent plus à l'aise, il y en a qui sont plus âgés qui savent s'adapter plus facilement, on en a une, justement après la petite qui a pas raté mais enfin bon, immature, elle avait la pauvre, après on a eu une étudiante une quarantaine d'années qui avait travaillé qui est arrivé et qui nous a expliqué clairement que la première semaine elle ne captait rien, elle savait pas où se poser avec qui aller, quoi quand comment, parce que ça va dans tous les sens, mais rapidement la deuxième semaine elle a dit « bon j'y arrive pas »	Qu'on ait beaucoup d'étudiants au bloc opératoire, pas forcément infirmier, pas qu'infirmier, aides-soignants, infirmiers, des préparateurs, pas des préparateurs, des manip radio, des infirmiers spécialisés aussi, des IBOD, des IADE et ce n'est pas toujours simple pour du personnel, je gère du personnel spécialisé pour encadrer, pour savoir quel est le niveau de compétence que l'on attend d'un étudiant à l'autre , il faut avoir ou savoir passer au-delà des choses compliquées, les cris des gens, la violence, la mort, les odeurs, la méchanceté, l'injustice C'est un milieu assez hostile : on est un milieu en vase clos où il y a justement beaucoup de personnes spécialisées, où on a beaucoup de médecins au mètre carré, beaucoup de tension, beaucoup de stress, des caractères très très forts et puis l'opération ça peut faire peur le fait d'être masqué, **et** puis après la stérilité, le côté un peu, la bidoche, le sang, le risque de mort sur la table, enfin bon il n'y a pas de mal de stress quand même le sang, les odeurs, Enfin je pense qu'on n'a pas été bon, c'était vraiment un échec. Du coup les IAD trouvaient qu'elle ne faisait pas de progrès, ça a monté la sauce et clairement l'équipe l'a un peu mise de côté à la fin du stage, enfin elle s'intéresse pas et enfin, elles ne l'ont pas laissée tomber mais il y a eu un peu d'agressivité sur cette		Du jour au lendemain et bien elle n'est pas venue, elle a pas prévenu et bien elle a arrêté la formation je crois. C'était, je pense qu'il y a des moments aussi où il y en a qui se rendent compte qu'ils ne peuvent pas faire ça parce que ça leur renvoie peut être trop de choses, parce que c'est trop difficile parce qu'à la sélection elle a pas perçu au début qu'il y avait un manque, qu'il n'y a pas les compétences nécessaires où enfin la personne elle pouvait pas suivre la formation ou intellectuellement ou émotionnellement parce que tu en as aussi qui ne se rendent pas compte de ce que c'est et qui viennent se soigner mais qui se rendent compte que la souffrance des gens ils ne peuvent pas la gérer non plus, Ça peut te dégoûter aussi du métier

	fille en disant elle est nulle, il y a eu du jugement du coup, mais je pense que c'est qu'on ne s'en n'est pas occupé du début C'est pour ça que je pense que c'est compliqué pour eux c'est apprendre des choses dans des lieux différents et des équipes différentes, s'adapter, pas en prendre plein, pas se faire mettre à part, pas être non plus, savoir aussi garder aussi une place d'étudiant parce qu'on a beau se dire c'est une place compliquée à acquérir et puis, et puis un futur métier, puis avec le stress quand même de la responsabilité, de tout ce qu'on apprend parce que tout ce qu'on peut faire on peut tuer des gens, enfin ça fait beaucoup quand même L'autre qui allait mourir enfin qui avait un problème cardiaque ça ne m'a pas fait la même chose. Je l'ai vu ce bébé, je m'en suis occupée en tant que soignante. Le dégoût, le regard, enfin voilà les équipes de cette réa néonat qui étaient, je les trouvais odieuses ça m'a mais choquée qu'elles puisses « ah mais y a pas de parent » « ah ben y sont toujours là » enfin et qui râlaient tout le temps, moi ça m'a choquée, je me disais mais je pourrai jamais faire ce métier et de devenir aussi aigries et aussi méchantes quand j'aurai 50 ans ; enfin voilà, les cancers ORL, des trucs mais abominables mais je me dis et tu passes et tu es là à côté de ça et tu, tu, il faut pas pleurer, il faut pas montrer de, enfin pour le patient s'est normal, t'es obligée de tenir le choc des odeurs mais immondes et il faut faire « et comment ça va ce matin » ouais voilà, enfin bref.		

Entretien N°10 – Marie CDS - d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N°10 – Marie CDS - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
		Comme elle ne parlait pas j'ai essayé de lui lancer des perches je lui ai dit est-ce que ça se passe mal, enfin comment ça se passe est-ce que vous avez des difficultés, vous pouvez m'en parler est ce que vous voulez qu'on fasse différemment mais : - non ça va. Dédramatiser, pour le voir différemment, moi ce que j'ai trouvé important c'est de pouvoir en discuter alors pas forcément ni avec le cadre alors des fois avec les équipes ou alors des fois pas du tout, pour en discuter avec des copines, ouais des collègues, on trouve chacun son échappatoire et de le prendre un peu à la dérision de **L'humour** L'humour, après des fois avec des collègues on disait on est complètement cons mais on ne le faisait pas devant les patients mais on arrivait à exploser de rire sur un truc mais dramatique mais il fallait qu'on le sorte, fallait qu'on l'évacue d'une façon ou d'une autre, donc on avait trouvé l'humour noire, l'ironie, des trucs trash encore plus trash pour dédramatiser ces situations hein et t'avais envie de se lever le lendemain matin	Dédramatiser, pour le voir différemment, moi ce que j'ai trouvé important c'est de pouvoir en discuter alors pas forcément ni avec le cadre alors des fois avec les équipes ou alors des fois pas du tout, pour en discuter avec des copines, ouais des collègues, on trouve chacun son échappatoire et de le prendre un peu à la dérision de **L'humour** L'humour, après des fois avec des collègues on disait on est complètement cons mais on ne le faisait pas devant les patients mais on arrivait à exploser de rire sur un truc mais dramatique mais il fallait qu'on le sorte, fallait qu'on l'évacue d'une façon ou d'une autre, donc on avait trouvé l'humour noire, l'ironie, des trucs trash encore plus trash pour dédramatiser ces situations hein et t'avais envie de se lever le lendemain matin et

Entretien N°10 – Marie CDS - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience

Qui ?	Caractéristiques ?
LA CADRE DE SANTE	
Ils manifestent de l'empathie et de l'affection ; , c'est que j'essaye de prendre en compte, c'est peut-être ce côté empathique de se dire ben voilà ils arrivent avec des choses compliquées Je ne suis pas dans la plainte mais il y a un côté je comprends ils arrivent quand même ils peuvent avoir du stress et des difficultés Oui je les vois, je regarde, je demande aux encadrants comment ça se passe, je leur demande aussi, je demande aussi aux étudiants comment ça se passe si... mais pas plus que ça	
Ils laissent à l'autre la liberté de parler ou de se taire Je ne vais pas les prendre par la main pour aller, si vous avez besoin de parler, si c'est compliqué avec les équipes je peux l'entendre, je ne veux pas que vous alliez me dire que tout le monde est formidable, tout le monde est bien gentil, si vous avez besoin je suis là, voilà, après j'en fais pas vraiment plus.	
Hypothèse : L'empathie vient-elle parce que les tuteurs ont eux-mêmes vécus des traumas en formation ou dans la vie pro ?	
Je pense aussi c'est entre mon vécu **Hum, hum** Ce que j'ai observé, et ce que je peux imaginer dans certaines situations enfin au travers de conversation et de bilans de stages que j'ai faits avec les étudiants. Enfin moi j'ai été choquée, c'était un choc, ce n'était pas un traumatisme, mais j'étais quand même un peu choquée, ah c'est ça le métier d'infirmière, mon premier stage j'ai quand même fait une réaction, mon premier stage infirmier j'ai eu un psoriasis géant à la fin du stage J'ai été traumatisée par un bec de lièvre, j'en ai fait des cauchemars pendant une semaine et quand j'ai été enceinte j'ai pensé qu'à ça en me disant moi je ne veux pas de gamin avec une fente palatine, je crois que je gèrerai jamais L'autre qui allait mourir enfin qui avait un problème cardiaque ça ne m'a pas fait la même chose. Je l'ai vu ce bébé, je m'en suis occupée en tant que soignante. Le dégoût, le regard, enfin voilà les équipes de cette réa néonat qui étaient, je les trouvais odieuses ça m'a mais choquée qu'elles puisses « ah mais y a pas de parent » « ah ben y sont toujours là » enfin et qui râlaient tout le temps, moi ça m'a choquée, je me disais mais je pourrai jamais faire ce métier et de devenir aussi aigries et aussi méchantes quand j'aurai 50 ans ; enfin voilà,	

les cancers ORL, des trucs mais abominables mais je me dis et tu passes et tu es là à côté de ça et tu, tu, il faut pas pleurer, il faut pas montrer de, enfin pour le patient s'est normal, t'es obligée de tenir le choc des odeurs mais immondes et il faut faire « et comment ça va ce matin » ouais voilà, enfin bref.

Préparer aux difficultés de la vie professionnelle : oui c'est de l'apprentissage aussi de pouvoir les gérer
ça leur appartient après, moi je peux imaginer qu'ils ont enfin, eux ils ont une vie et des doutes et des, donc oui, ils ont la vie de stagiaire, leur vie perso à gérer mais comme tout, comme tous les gens et même moi les gens dans les équipes c'est pas pour ça que je vais être plus gentille moins gentille plus accueillante, enfin c'est un fait donc je sais ça peut être compliqué ou ça l'est pas, mais il y a, c'est le postulat en fait de base on arrive avec nos bagages, donc l'étudiant il arrive pareil avec

Je suis exigeante

En tant que maîtresse de stage et en tant que maman, tu ne peux pas les éviter ces difficultés, ils vont être forcément confrontés et c'est comme ça qu'ils vont s'enrichir mais on se dit qu'il y a des moments où on pense que c'est possible de passer outre et puis d'autres c'est pas possible.

Hum, hum

Donc voilà, les enfants on n'a pas envie que ce soit trop tôt, on a envie que ce soit plus tard, donc on se dit les étudiants c'est pareil à part au début, le premier stage première année, enfin moi le premier stage, la première chambre où je suis rentrée, où j'ai vu une morte, j'avais jamais vu de morte de ma vie en plus, enfin la situation je revois l'infirmière qui disait « touche là regarde elle est mignonne » alors

Qu'est-ce que ça a fait ?

Je n'arrivais déjà pas à rentrer dans la chambre, j'arrivais déjà pas à parler, et je parlais tout doucement comme ça

On ne va pas l'amener dans la chambre d'un tel parce que c'est l'escarre le plus gros qui sent mauvais et en fait c'est peut-être pas ça et c'est peut-être la personne où il n'y a pas de famille et à qui on parle pas qui va être le plus enfin le plus difficile à vivre. C'est en fonction, je pense que les traumatismes c'est en fonction de la personnalité et du vécu. Je suis désolée d'avoir fait l'amalgame avec les enfants et les élèves mais,

Limite tiens vous voulez me mettre un coup de tampon à ma feuille, ben non je ne sers pas qu'à ça, je sers aussi à discuter, à débriefer de l'accueil du stage, s'ils ont atteint leurs objectifs, du coup c'est vrai que, après cette..... ce ratage, ce plantage complet d'encadrement, c'est vrai que je les sollicite un peu plus du début, en disant ben voilà moi au bout d'une semaine je veux que vous veniez me voir et que vous me présentiez vos objectifs, que vous les présentiez à l'équipe mais qu'on puisse en discuter et c'est vrai que, mais du coup je leur mets qu'un cadre et je leur demande, et je les revois une semaine après pour savoir ce qu'ils veulent voir souvent c'est très light : je veux découvrir le bloc opératoire et les interventions

Les infirmières : plutôt des filles qui aiment bien, qui ont toujours aimé l'encadrement des étudiants Qui ont travaillé sur leur mémoire sur l'encadrement des étudiants Et qui sont plus sensibilisées à ça on va dire

Pour l'encadrement

Ça l'a lancée. Elle a posé ses doutes à une IAD, elle a dit je ne sais pas comment et de le poser du coup, ben elle a retrouvé, on a dû la guider aussi, elle a dû savoir dire ce qu'il fallait du coup on l'a guidé, ben attends tu fais comme ça, si on te met le stress tu dis stop, tu sais te protéger parce que si tu piques une voie veineuse et que tu as le gastro qui te dit « allez, allez il faut qu'on se dépêche, c'est pas grave, l'étudiante elle piquera pas, moi il faut que je fasse mes examens »,

ANNEXE N°20
« Tableaux d'analyse - Entretien N°11 - Stéphanie - Cadre de santé »

Entretien N°11 – Stéphanie CDS - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation Ou traumatisme :
« Mon grand-père est décédé » ? c'était plus intime, de l'étudiant qui avait plus une projection	On a des étudiants qui ont vraiment des difficultés. Parce que la gériatrie, c'est aussi un secteur particulier. Le service dans lequel je travaille et beaucoup de maladies, type troubles cognitifs apparentés Alzheimer ou autres et il y a beaucoup de violence en fait. C'est verbal et physique. Et c'est vraiment difficile, et aussi un secteur pauvre en personnel, où on a vraiment des difficultés parfois et cette année ça a été vraiment difficile. Problème de formation des encadrants = On a des ASH, ils ne sont pas formés. Quand tu n'es pas préparé, que tu es jeune et que ça te renvoie. Elle aussi ça la renvoyait à ses grands-parents. Des personnes âgées qu'il faut faire manger, qui crachent. Qui vont aux toilettes, il faut leur essuyer les fesses, et deux secondes après, il faut recommencer. Ils ont fait caca dans le couloir …les étudiants sont préparés d'une autre façon. Ils sont préparés quelque part. Mais entre la théorie et la pratique, … Et puis l'étudiant, il est quand même là pour apprendre et pas pour remplacer le soignant même si malheureusement parfois, ça se passe	Rejet des étudiants, jugement par rapport au changement de référentiel de formation : Et après quand j'ai compris, parce que je n'avais pas pris le temps à ce moment-là lorsque j'étais infirmière, de connaître vraiment le programme.	Vécu violent

	comme ça. Les étudiants sont malmenés quand même. Enfin je pense à Vichy où on a peu de terrains de stages, et ils se retrouvent des fois souvent à 4 étudiants sur un même lieu de stage et ce n'est pas forcément confortable. Nous en long séjour, où on n'a pas beaucoup de fameux gestes techniques qu'ils sont sans doute en droit d'attendre, même s'il n'y a pas que ça dans la vie mais n'empêche il faut qu'ils valident.		

Entretien N°11 – Stéphanie CDS - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N°11 – Stéphanie CDS - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
		Encadrement de proximité avec de la confiance qui est accordé, mais « donnant donnant », et au final « Donc parce qu'il y en a déjà deux ou trois qui m'ont fait la réflexion « on a vraiment l'impression déjà de travailler ici ». Ils ont l'impression, pour ceux pour lesquels ça se passe bien, qu'ils ont vécu un bon stage dans le sens où ils ont créé un lien, enfin un lien, une relation. Ils ont su communiquer avec la personne âgée même s'ils ont bien compris qu'il fallait qu'ils répètent toujours la même chose etc. Ils ont au moins cette satisfaction, qui n'est pas vraiment une satisfaction mais au moins ils ont réussi leur stage vraiment dans ce sens. » L'IFSI, la formatrice référente arrivait à prendre RDV avec l'étudiant et on avait une explication du style « mon grand-père est décédé il n'y a pas longtemps » … Moi j'expliquais à l'étudiant que j'avais appelé l'IFSI… c'était clair Implication aussi de l'équipe soignante, infirmiers et aides-soignants, c'est important, qui est attentive, justement, qui vient me voir pour me dire « ben tu vois là la petite ... » Moi, je suis tout le temps aux transmissions, le matin à 8h30 et celles de 14h. Donc ça me permet	

		aussi de voir s'ils prennent la parole … Donc effectivement, j'en parle d'abord avec les soignants qui l'ont un peu plus suivi, avec l'étudiant Il y a beaucoup de formations avec l'IFSI et l'hôpital de Vichy. Il y a beaucoup de liens dans le sens où il y a des formations faites par l'IFSI pour former les tuteurs dans les services. Le bon accueil, l'étudiant quand il sort, si jamais c'est son premier jour, c'est comme pour pleins de choses, c'est le premier jour qui compte. Et si moi je l'accueille quelques jours avant pour lui présenter un peu et qu'il ait le temps de formaliser quelques questions, ou se poser des réflexions, justement avant d'arriver, qu'il n'ait pas l'appréhension de venir en stage 10 jours après. Qu'il soit serein quand il arrive sur son lieu de stage. Donc il y a bien un moment où il faut l'autoriser à s'exprimer pour qu'elle puisse donner ses difficultés et qu'on l'accompagne, si c'est quelque chose de professionnel.	

Entretien N°11 – Stéphanie CDS - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	
Qui ?	**Caractéristiques ?**
La cadre	Empathie, bienveillance Ils savent et quand ils ont besoin, ils viennent. On en parle aussi au moment des transmissions. Ils n'hésitent pas à en parler, ils savent qu'ils peuvent en parler Tu sais je fais un planning pour les étudiants. Si j'en ai une qui me dit qu'elle préfère être du matin, ou du soir, franchement là tu vois je ne l'embête pas. Après il y a les étudiantes qui ont une vie de famille, ils ont tous une vie de famille, mais ceux qui ont des enfants, etc., je leur dis qu'il faut bien qu'ils fassent un peu de matin et un peu de soir, mais à la limite si du 8h-15h ça va mieux, on va faire faire du 8h-15h parce que, j'en suis toujours au même point, ils sont là pour apprendre des gestes, une pratique, un suivi de soins … Les horaires ils auront le temps de s'y confronter quand ce sera le moment Préparation à la vie pro difficile : On est malheureusement pas dans le pays des Bisounours donc ça ne fonctionne pas forcément comme on voudrait tous, les étudiants, les soignants, moi Depuis le début de l'année, je n'arrête pas de dire, et ça m'agace, « n'hésitez pas à demander, ne soyez pas étonné, les soignants ne sont pas forcément très réceptifs tout de suite, c'est très lourd en ce moment, on a des résidents particulièrement compliqués ». Et des fois on fait à moins une aide-soignante, pas de coupure infirmière, c'est assez compliqué. Je leur dis qu'ils sont là pour apprendre, malheureusement ils ne sont pas là pour faire un plus mais c'est vrai que cela représente deux bras de plus. Souvenir d'une mauvaise expérience de stage : J'ai eu une seule mauvaise expérience de stage, lors de mon dernier stage avant le diplôme d'Etat. Mais c'était un service qui était réputé mauvais accueillant d'étudiant

ANNEXE N°21
« Tableaux d'analyse - Entretien N°15 - Laurène - Cadre de santé »

Entretien N°15 - Laurène CDS - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation Ou traumatisme :
	Un infirmier, ce n'est quand même pas ça, il y a tout le côté humain et lui ça construction identitaire c'est-à-dire que l'infirmier il se construit au fil de ces 3 ans, c'est une construction totale, c'est-à-dire que l'infirmier d'ailleurs l'étudiant quant à l'IFSI on le voit arriver la 1ère année et sortir en 3ème année, il est différent. Il est différent pas parce qu'il a passé 3 ans à faire des études, il est différent aussi parce que ce qu'il a appris pendant son apprentissage, ça lui a donné et une identité professionnelle et ça lui a, personnellement, ça lui a surement fait évoluer sur certaine chose. Tuteur et ça pour eux c'est une responsabilité, c'est quelque chose qu'ils ont à cœur mais c'est quelque chose qui leur prend du temps supplémentaire et souvent y'en a qui me dise ben là j'en ai eu 4 / 5 dans l'année, c'est pff, si je peux souffler voilà. C'est pas parce qu'ils n'ont pas envie d'encadrer des étudiants, c'est parce que ça engage une responsabilité, du temps supplémentaire, quand c'est avec des étudiants qui fonctionnent bien ça va assez vite, quand c'est des étudiants qui ont un peu plus de mal, bien évidement c'est plus compliqué, parce que ça engage après tout un dispositif quand c'est des étudiants qui pour diverses raisons fonctionnent moins bien, sont en difficulté d'apprentissage et ben ça ouvre à des réunions entre les infirmiers, des réunions avec l'étudiant, des réunions avec moi, enfin		Qu'ils ont peur, en général, déjà ils restent tout le temps collés à un soignant Son angoisse de venir en psychiatrie Angoissée d'être en psychiatrie car elle avait peur que ça soit violent. Peurs, une angoisse Des peurs fondamentales, des peurs qu'ils ont du mal à gérer eux même Qu'elle se sentait en fait terrorisée dans notre unité Débordé par les émotions qui se mettent à pleurer et qui déversent leurs pleurs Mais y'en a qui ont une espèce de froideur comme ça émotionnelle et c'est ceux-ci, à mon avis il ne faut pas passer à côté parce qu'on ne peut pas ne pas avoir d'émotions quand on arrive sur un lieu de stage J'ai relié avec le traumatisme Parce que celui-là en fait, il nous a interpellé car il avait tellement une froideur émotionnelle qu'en fait on s'est dit, qu'est-ce que sa cache parce que par définition

	ça engendre tout de suite un autre dispositif et ça je trouve que c'est parfois lourd C'est-à-dire qu'apprendre à un étudiant à faire une injection s'insuline c'est hyper facile, on reproduit le geste, c'est facile. Par contre, apprendre à l'étudiant à être en relation ça demande du temps et si l'infirmier il est submergé parce qu'il a eu 3 consignes de la part d'un médecin, le téléphone vient de sonner, un patient vient de rentrer, l'autre veut sortir, en même temps faut qu'il réponde à l'étudiant et qu'il lui explique et ben il n'aura pas cette disponibilité là On entend encore, ce nouveau diplôme, mais je crois qu'en fait cette réforme, elle a été difficilement palpable et compréhensible par les équipes, c'est-à-dire qu'on a l'impression que les gens ont mis des années à s'approprier cette nouvelle manière d'encadrer les étudiants. C'est tout dépend leur personnalité aussi des infirmiers. Le contexte de la psychiatrie : Ce claquement de porte qui est assez cinglant, les clés que les gens ont toute la journée sur eux qui font aussi un bruit particulier, les étudiants tous ces bruits là, ça les interpelle quelque part, on ne peut pas comparer ça avec le milieu carcéral mais ça peut quand même s'apparenter parfois en tout cas si on reste que sur c'est bruit là à un milieu carcéral. Les cris, la violence parfois que certains patients ont envers eux même, violence parfois qu'ils peuvent mettre en jeux face à certains soignants parce qu'ils ne sont pas d'accord sur une décision médicale ou parce que la souffrance est tellement énorme qu'ils ne		l'humain il ne peut pas être toujours comme ça, ça nous a interpellé tout en équipe et en fait on s'est rendu compte que c'était quelqu'un qui maitrisait ses émotions Mal à l'aise, souvent ils sont mal à l'aise C'est hyper violent Après des remarques, ils peuvent se sentir attaqués

	peuvent pas la gérer donc c'est une manière de décharger un peu de tout ce vécu émotionnel Ce qui peut faire peur. Ce que la psy renvoie personnellement : pour certains étudiants, pas totalement inconnu quand même, parce qu'ils peuvent avoir un passif dans leur famille, d'oncles ou de parents qui ont été hospitalisé donc eux ils ont d'autres appréhensions, c'est à dire c'est leur vécu qu'ils ont eu à l'époque, ce que ça leur renvoie, qu'est-ce que je vais y retrouver, la pathologie de mon père je vais peut-être en trouver aussi, qu'est-ce que ça me renvoie, ce n'est pas la même problématique. Mais pour un étudiant novice qui n'a jamais mis les pieds en psychiatrie, je crois qu'il est confronté en fait à ça, à ses propres peurs, de ce qui est véhiculé aussi par les médias sur la psychiatrie, c'est un ensemble de chose. Ex : elle n'avait pas osé nous dire qu'elle avait eu quelqu'un, un proche hospitalisé en psychiatrie et en tout cas qui souffrait d'une pathologie qu'elle risquait rencontrer dans notre unité Des contentions quand elles sont mises ou alors sur des patients qui sont débordés par leur symptomatologie ou leur émotion, oui c'est une situation violente en tout cas, et pour le patient et pour l'équipe infirmière		

Entretien N°15 - Laurène CDS - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N°15 - Laurène CDS - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	Les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
		Adaptation du parcours de formation : sur la 1ère semaine, moi c'est ce que je leur demande en tout cas, de s'immerger, de décrypter un petit peu tout ça, sans aller trop vers le patient s'ils ont des appréhensions. Le but, ce n'est pas qu'ils aient peur de la psychiatrie, ça peut faire peur la psychiatrie hein, une maladie mentale fait peur mais c'est surtout qu'ils aillent progressivement vers les patients, accompagnés de soignants ou pas et qu'ils s'immergent un petit peu dans notre unité, ça c'est surtout la 1ère semaine Je m'étais dit là il va falloir qu'on l'ait à l'œil et qu'on puisse être aidant, c'est une chose, mais rassurant, un peu maternant La psychologue est intervenue pour comprendre qu'elles étaient ses angoisses, comment ça se manifestait, qu'est-ce que ça lui renvoyait, les pathologies, qu'est ce qui vraiment lui faisait peur les étudiants arrivent assez bien à se confier à moi dès le premier entretien … on parle de ce qu'est la psychiatrie, moi j'en parle toujours comme quelque chose de … en fait c'est une spécialité, c'est voilà, donc je dis toujours que la	Mentalisation : Je leur dis aussi qu'il y a certains patients qui sont là depuis déjà quelques semaines donc avec un traitement adapté qui a déjà bien apaisé les manifestations de leur pathologie, ou des patients qui ont cette capacité en tout cas, qui ont été hospitalisé parce qu'il y a eu un moment donné dans leur vie une période de crise mais qui sont à peu près stabilisés, pas tout à fait sortant mais presque et qu'ils vont peut-être se dire ben ces patients je ne sais pas ce qu'ils font là et je leur dis bien, c'est pas parce qu'il n'y a pas de manifestations caractérisées d'une symptomatologie que ces patients ne sont pas malades.

		psychiatrie, oui y'a des pathologies qui sont lourdes, y'a des spécialités qui sont invalidantes mais y'a aussi la psychiatrie c'est aussi le reflet de la société c'est-à-dire des deuils non faits, des difficultés conjugales, des tentatives de suicide, des dépressions, tout ce que la société en fait, toute la pathologie de la société et ça quand on dit ça finalement, les étudiants j'ai l'impression qu'ils disent oui en fait voilà y'a pas que des pathologies psychiatriques pures avec des manifestations violentes, c'est pas que ça la psychiatrie Long entretien d'accueil : les entretiens ne durent que ¾ d'heure avec les étudiants donc en ¾ d'heure on essaye de faire le tour J'accorde beaucoup de temps Par contre, toute la discussion qu'on a avec l'étudiant, déjà d'essayer au préalable du stage de cerner un peu cet étudiant et de se dire voilà ou est-ce qu'on met le curseur sur notre vigilance, sur quoi on va l'aider, ça c'est très important car en général, quand l'étudiant part, moi j'en parle avec mon équipe. Donc on sent qu'il y a une bienveillance globale des membres de l'équipe, des soignants. Mon travail c'est aussi de regarder ce qui se passe et ce qui se passe auprès des étudiants, des infirmiers, le patient … et dans cette position-là souvent je peux interpeler des soignants voire même l'étudiant	

		J'étais surbookée, mais bon j'ai dit je vais la recevoir quand même, et je me suis dit, si je ne l'avais reçu à ce moment-là, elle ne serait pas venue. Donc des fois il faut peu de choses en fait. Je n'ai pas passé beaucoup de temps avec elle, en plus elle est venue accompagnée d'une cousine, elle voulait que la cousine assiste à l'entretien, moi je me demandais ce qui se tramait en fait, je pensais que c'était vraiment un truc dramatique, qu'on allait m'annoncer un drame Voilà, en fait non, elle avait besoin d'être accompagnée, voilà Ce que je leur dis aussi souvent, et je le dis aux infirmiers, c'est que moi je ne veux pas qu'un étudiant il reparte avec soit des préjugés soit des non compréhensions ou des choses qui les ont interpelés, sur lesquels ils n'ont pas rebondis où poser de questions. Parce que le soin en psychiatrie c'est aussi la contention, c'est pleins de choses comme ça qui peuvent les interpeller, qui peuvent même être violentes pour eux et moi je veux que les étudiants ils comprennent ce soin, je ne veux pas qu'ils partent en se disant ouais et ben ils ont attaché tel patient et puis si et puis ça, parce qu'après on sait comment les fantasmes se créent sur des choses qui sont de prima bord très explicable et moi je veux qu'ils comprennent exactement tout ce qui se passe en psychiatrie. Un infirmier, ce n'est quand même pas ça, il y a tout le côté humain et lui ça construction identitaire c'est-à-dire que l'infirmier il se construit au fil de ces 3 ans, c'est une construction totale, c'est-à-dire que l'infirmier	

		d'ailleurs l'étudiant quant à l'IFSI on le voit arriver la 1ère année et sortir en 3ème année, il est différent. Il est différent pas parce qu'il a passé 3 ans à faire des études, il est différent aussi parce que ce qu'il a appris pendant son apprentissage, ça lui a donné et une identité professionnelle et ça lui a, personnellement, ça lui a surement fait évoluer sur certaine chose. Une feuille de suivi journalière et hebdomadaire. Et ça je me dis que c'est vraiment un support que je n'aimerais ne pas voir disparaitre parce que je trouve que ça, ça permet une rencontre entre les 2 pendant au moins 10 min	

Elle a dépassé ses peurs

Entretien N°15 - Laurène CDS- Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	

Qui ?	Caractéristiques ?
	Les médecins psychiatres : Par rapport à une symptomatologie d'un patient avec lequel ils ont du mal à faire quelque chose, à se dire quelle décision je dois prendre, j'en parle à l'infirmier bien sûr mais qu'est-ce que ça procure en moi, souvent ils sollicitent le médecin pour que le médecin puisse expliciter un petit peu la pathologie, comment ça se traduit … voilà Je pense oui. En plus, c'est rassurant pour eux parce qu'on sait bien que la psychiatrie ça emmène quelque chose de particulier lors d'un stage, la prise en charge d'un patient hospitalisé en psychiatrie, ce qui fait que quand ils ont une explication médicale, ça donne comme une légitimité de retourner vers le patient, soit de faire simplement un entretien un peu informel, ou une ballade dans le parc les étudiants arrivent assez bien à se confier à moi dès le premier entretien … on parle de ce qu'est la psychiatrie, moi j'en parle toujours comme quelque chose de … en fait c'est une spécialité, c'est voilà, donc je dis toujours que la psychiatrie, oui y'a des pathologies qui sont lourdes, y'a des spécialités qui sont invalidantes mais y'a aussi la psychiatrie c'est aussi le reflet de la société c'est-à-dire des deuils non faits, des difficultés conjugales, des tentatives de suicide, des dépressions, tout ce que la société en fait, toute la pathologie de la société et ça quand on dit ça finalement, les étudiants j'ai l'impression qu'ils disent oui en fait voilà y'a pas que des pathologies psychiatriques pures avec des manifestations violentes, c'est pas que ça la psychiatrie J'accorde beaucoup de temps. Par contre, toute la discussion qu'on a avec l'étudiant, déjà d'essayer au préalable du stage de cerner un peu cet étudiant et de se dire voilà ou est-ce qu'on met le curseur sur notre vigilance, sur quoi on va l'aider, ça c'est très important car en général, quand l'étudiant part, moi j'en parle avec mon équipe. Je vois les étudiants au moins 3 fois dans le stage Moi je pense qu'on ne peut pas être … quand on est, quand on devient infirmier, on apprend des actes et des soins infirmiers, ça c'est de l'apprentissage pur et dur mais on ne peut pas devenir infirmier si on ne travaille pas sur soit, c'est indissociable dans ce métier Alors quand on a des étudiants qui fonctionnent bien, ils arrivent à faire alliance les uns les autres, entre les 2 on a bien souvent 2 étudiants d'un IFSI, 2 étudiants d'un autre, ils font alliances, ils s'entraident et ils peuvent valider d'ailleurs leur compétence encadrement d'un étudiant

ANNEXE N°22
« Tableaux d'analyse - Entretien N°16 - Angélique - Cadre de santé »

Entretien N° 16 Angélique CDS - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation Ou traumatisme :
Quelques fois tu te dis vraiment, ils ne sont pas faits pour ce métier-là. Des valeurs humaines qui ne sont pas adaptées Ils viennent chercher des réponses personnelles : je ne dis pas que tous les soignants vont vers les soins parce qu'ils ont des problèmes à régler, mais je me dis qu'il y a aussi une partie de cette population, enfin y'a aussi une partie de ces étudiants qui sont … ouais après consciemment ou pas consciemment, mais qui choisissent cette voie là pour y trouver je ne sais pas, soit des aides, soit des réponses parce que dans la famille il y a quelqu'un qui a souffert de cette maladie. Mais c'est quand même ça arrive souvent des histoires de vie ou tu te dis où tu vois que le frère a été soigné en psy, la mère, voilà hein et la neutralité elle n'est pas là hein, donc bon D'une étudiante qui était en grande difficulté mais plus de l'ordre d'une rigidité, voilà d'un caractère très, pas parano mais pas loin, qu'on a alerté. Les stages de 3ème année où les exigences sont un peu plus importantes, ont montré ça, cette rigidité au niveau du caractère, cette impossibilité pour elle de travailler en équipe	Patients déficitaires, qui ont peu accès à la parole, qui sont quand mêmes dépendants au niveau des gestes quotidiens, qui sont dans des mouvements et des comportements très archaïques quelques fois. Donc déjà d'emblée, c'est compliqué de les humaniser La population elle est compliquée, il faut s'apprivoiser hein, t'as besoin de les apprivoiser, eux ils ont besoin de t'apprivoiser aussi et la rencontre quelque fois elle prend du temps donc il y en a qui reste dans des trucs comme ça un peu de peur, d'appréhension, "ils ne sont pas beau, ils puent..." voilà, "ils sont sales, ils bavent", tu vois il y a aussi ça. Dans la vie de tous les jours, des déficitaires comme ça … Tu n'en vois pas Tu ne sais même pas que ça existe . Ce n'est pas noble comme travail infirmier par rapport aux infirmiers dans des services très techniques, pointus, machins on est dans quelque chose Manque de distance : elle n'arrive pas à en parler et on la sent dans la compassion, à se dire "oh les pauvres" et toute la journée elle doit se dire "oh les pauvres" et c'est vachement compliqué	Encore faut-il que tu puisses avoir les moyens de connaitre tes étudiants, ce qui n'est pas toujours facile quand les promos sont énormes, quand t'as peu de formateur	Ils ont peur J'ai une étudiante, 3ème année, elle est dans l'effroi, Ça l'a fait souffrir terriblement Un étudiant qui souffre Elle est venue très vite en me disant "j'ai très peur, je n'y arrive pas, il faut que je parte" Tu la vois au milieu des patients où elle fait un effort terrible mais elle a les larmes aux yeux tout le temps, elle est vraiment, elle est souffrante cette jeune Disant je ne suis pas sûr de pouvoir rester, ce n'est pas possible, j'ai trop peur" et tout, elle c'était des crises d'angoisses, elle racontait qu'elle en rêvait la nuit, qu'elle se réveillait, qu'elle cauchemardait, elle avait l'impression de ne pas pouvoir se sortir du boulot donc des vraies manifestations d'angoisses mais une vraie angoisse, pas un truc …parce que ça envahissait par rapport à sa vie perso. Dans la terreur et puis dans l'angoisse Moi j'étais infirmière à cette époque-là, qui avait fait une décompensation schizophrénique, la vache ! et c'était le premier stage en psy qui l'avait fait

Un deuil : parce que dans la famille ce n'était pas possible de le poser			décompenser Gens très malheureux

Entretien N°16 Angélique CDS - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N°16 - Angélique CDS - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	Les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
		Moi j'ai essayé de l'accompagner, d'en parler au collègue, de dire aller, voilà, les collègues sont là, parce qu'il y a un gros étayage aussi de l'équipe qui est indispensable, et du coup, elle a pu et il y a peu de temps elle est revenue en me disant "X, c'est bon, je ne partirais plus là, je suis vachement bien", mais il y a fallu du temps mais elle s'est accordée ce temps Je lui tends pleins de perches et l'équipe aussi, son tuteur C'était une formatrice hier qui est venu pour une démarche clinique. Elle est venue me voir après en me disant y'a quelque chose. En tant que formateur tu dois pouvoir leur pointer ça et leur dire est-ce qu'émotionnellement ça ne va pas être un peu lourd. Est-ce que vous allez pouvoir. Même s'ils disent non non, mais au moins, tu éveilles ça en eux. On repère les fragilités oui, on repère forcément. En tant que référente pédagogique, il fallait que je lui dise. Je ne pouvais pas lui dire non non tout va bien allez-y. Même si elle ne l'a pas entendu hein, bon après on était les mauvais mais c'était	Des prises en charge très mécaniques Des trucs opératoires, qu'il n'y avait pas d'humanité

		de mon devoir de ne pas rester sur … parce que ses U. E. elles les validaient, ce n'était pas … enfin moi je ne pouvais pas imaginer ne pas lui dire ben c'est bien, c'est tout validé machin, il fallait vraiment que je lui parle d'elle quoi C'était indispensable. C'est pour ça vraiment que tu ne peux pas rester avec cet aspect pédagogique quoi, ouais je pense que tu ne peux pas rester que sur l'aspect pédagogique quoi. Parce que ouais, c'était dans une rencontre, ben voilà. Alors après je ne veux pas dire qu'on fait des entretiens infirmières et encore quelque fois, on en est peut-être pas loin Je me rappelle d'une étudiante qui avait eu un deuil dans sa famille, voilà, et bien elle venait chercher des oreilles, mais, moi je ne pouvais pas bien lui refuser de l'entendre	

Entretien N°16 - Angélique CDS - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience

Qui ?	Caractéristiques ?
	Elle les plaint tout le temps et il a essayé de l'aborder à son 4ème rdv, ouais parce qu'on les voit toutes les semaines et elle a quand même pu dire cette fois ci mais qu'à lui, parce que moi j'ai essayé de la revoir pour essayer de voir comment je pouvais l'aider là-dedans, elle n'a pas pu m'en parler. Je trouve ça compliqué moi d'avoir un étudiant qui souffre et puis que tu ne puisses pas aider Moi j'en ai la trouille de ces patients (rire), je ne vais pas y arriver puis après voilà. Après à partir du moment où tu vois l'humain derrière, la peur elle s'en va. Je crois vraiment l'importance du référent pédagogique : Des fins de vie, je me dis que le rôle du référent pédagogique, et bien il est aussi là quoi, il est aussi à prendre soin de l'étudiant et de lui dire est-ce que ça ne fait pas un peu beaucoup quoi ? Surtout la connaissance, surtout que quand on regarde son porte folio parce qu'elle a eu l'honnêteté de laisser toutes ses évals, on voit bien qu'elle est hyper timide, qu'elle est très réservée, qu'elle a du mal. Je ne sais pas stratégiquement ? Enfin je comprends que l'étudiante elle soit motivée pour y aller mais y'a un moment où tu peux aussi te dire en tant que référente pédagogique, faite gaffe quoi, je ne vous sens peut-être pas … moi j'y crois vraiment, je crois vraiment à ça.

ANNEXE N°23
« Tableau d'analyse - Entretien N°22 - Hélène – CDS »

Entretien N°22 – Hélène CDS - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :
Un étudiant qui est arrivé dans le service, à qui on venait d'annoncer, il s'était confié à moi, un diagnostic difficile pour lui-même, et il m'avait dit que ça risquait d'être compliqué. On lui a annoncé une maladie grave	On voit la mort, la souffrance, la déchéance, le sang, tout ce que ça nous renvoie quand on est jeune, toutes les horreurs que j'ai pu voir L'exploitation retour de stage et des situations vraiment catastrophiques au niveau des équipes qui les encadraient : exemple, Il y a le fait de laisser quelqu'un de côté, ne pas s'en occuper. De le laisser en tant qu'observateur parce que c'est plus facile de dire à l'étudiant de regarder ce qui se fait que de prendre du temps à regarder, à l'encadrer, à lui poser des questions, à voir s'il fait des liens. Pour moi c'est une forme de maltraitance parce que l'étudiant ne le vit pas forcément bien. Après, moi, j'ai vu des paroles cassantes, maltraitantes. Lorsque j'étais infirmière, une collègue qui s'en était prise à une étudiante, qui lui disait tout le temps « mais t'as vu, même te laver les mains tu ne sais même pas faire », « t'es nulle ». J'ai dû arrêter ma collègue, on était infirmières, J'ai une de mes cousines qui a fait ses études il n'y a pas si longtemps car elle a fait ses études		Après avoir été agressée, sidération de ce qui se passe.

	sur le tard, elle avait à peu près 35 ans, et elle est infirmière depuis 5 ans maintenant. Et elle s'est retrouvée à être encadrée avec une fille à peu près de son âge qui lui disait des choses désobligeantes « toi tu sais toujours tout, on ne peut rien te dire » alors que c'est quelqu'un qui n'avait pas l'impression de se mettre plus en avant que ça, qui avait l'impression d'être dans sa position d'étudiante. Qui se sont fait envoyer promener par des médecins qui ont « pété un câble » parce que l'étudiant ne s'était pas forcément présenter, parce qu'il avait pas eu l'opportunité de le faire, parce qu'il est arrivé en cours de consultation. Des étudiants qui se sont mis à pleurer parce qu'ils avaient pris ça dans la figure, parce que ce sont eux qui étaient là, en face, à ce moment-là. Mais ça arrive même à des infirmières. Sauf que les infirmières, c'est maintenant rare. Elles se sont positionnées, elles ont l'habitude, elles connaissent la personne. Alors qu'un étudiant, il arrive là. Leur jeunesse, même si ce n'est pas de la jeunesse, leur manque d'expérience, leur position, ils sont là en tant qu'étudiants, pas en tant que professionnels, donc ils ne savent pas quoi répondre, ils subissent. Heureusement, ça n'arrive pas souvent. Ou un étudiant qui se fait houspiller parce qu'il a touché un champ stérile sans faire attention « ouais je veux plus d'étudiant, dégager de cette salle » des choses comme ça alors que ça peut arriver avec un professionnel aussi. Et le médecin n'aura pas le même discours avec un professionnel parce qu'il sait qu'en face il aura un professionnel qui pourra répondre. Donc ça, pour moi, c'est de la		

	maltraitance. Je n'ai pas forcément d'autres exemples. Mais à moi, ça m'est arrivé, quand j'étais étudiante, des étudiants qui sont témoins de maltraitance envers un patient mais qui ne peuvent rien dire, ou qui n'osent rien dire de par leur fonction d'étudiant. J'avais tout juste 18 ans, c'était mon premier stage et en fait cela m'a plus traumatisée qu'autre chose. Je n'avais pas peur de l'évaluation. Je ne sais pas de quoi j'avais peur. C'était des femmes qui avaient 30-40 ans, j'étais impressionnée et donc le résultat, je rentrais chez moi et je pleurais et je retournais en stage avec la boule au ventre. Et je trouve que pour un étudiant, de voir ça, c'est dur. Peur de l'évaluation ou ne pas oser affronter la personne parce que c'est le soignant, c'est lui qui a le diplôme, c'est lui qui est l'adulte. Peut-être l'âge aussi qui devait jouer, le fait de ne pas avoir 18 ans. Il y a forcément l'impact de l'évaluation de toute façon. Ça m'est arrivé de me faire agresser par un médecin au début où j'étais là. Quelqu'un qui serait tout le temps après un étudiant en train de le reprendre, même si c'est pour aller vers du mieux dans son sens, l'étudiant peut avoir l'impression d'être harcelé. Et où est la limite, je n'en sais rien. Mais quelqu'un qui va reprendre l'étudiant tout le		

	temps sur le moindre petit détail, qui va être tatillon, ça peut-être, même sûrement, mal perçu par l'étudiant, avec l'impression de ne jamais faire comme il faut. Une pression de l'encadrant. Quelqu'un qui va avoir un caractère plus dur et du coup moins gracieux, donc c'est une question de personnalité aussi, c'est peut-être plus difficile à percevoir ou quelqu'un qui va faire preuve d'humour quand même … Donc je pense qu'il y a la personne. Pourtant des situations violentes de la part des patients, j'en ai vécu. J'ai subi des violences par des patients. J'ai travaillé avec des patients en addictologie. A l'époque on était, je pense, moins doué que maintenant en addictologie. Alors il y avait plein de choses. On avait quand même assez souvent des patients en pré-DT qui étaient quand même … je ne me suis jamais fait taper dessus mais j'ai vécu des situations où ils arrachaient des choses dans la chambre, ils menaçaient, des collègues qui se sont fait taper. Mais c'est vrai que je ne suis pas traumatisée par contre Je pense qu'il y a des gens pervers dans la profession de toute façon C'était de la maltraitance institutionnelle Sans mécanisme de défense : la situation d'apprenant quand tu n'es pas dans l'équipe, ce n'est pas pareil. Moi par exemple j'ai été témoin de maltraitance auprès de patient en tant qu'infirmière. J'ai vu une de mes collègues		

	infirmière être maltraitante. Je lui en ai parlé, j'ai été la voir, je l'ai affrontée. ASH-faisant fonction d'aide-soignant, qui maltraitait les personnes âgées, physiquement. Testent les étudiants sur leurs connaissances, sur pleins de choses qu'on ne peut plus faire au moment T de la mise en situation professionnelle, enfin à l'instant T. Se venger ou es gens qui rentrent dans la profession et qui seraient déjà à tendance perverse du coup, pourquoi pas. : des jeunes diplômées qui ne sont pas vraiment sympas avec les étudiants, qui les prennent pour leur larbin aussi. Certains médecins ou chirurgiens qui vont hurler après un étudiant mais qui vont le faire aussi avec une infirmière, c'est parce qu'ils sont trop stressés donc effectivement c'est une façon de décharger comme quelqu'un qui va « foutre » un grand coup de pied à son chien. Je veux dire que c'est l'objet qui est devant qui va, je dis objet car ce n'est pas la personne elle-même, c'est ce qui est en face qui ramasse. L'étudiant est le bouc émissaire, maltraitance envers le patient ou l'étudiant plus facilement qu'envers la collègue, avec les gens vulnérables c'est plus facile		

Entretien N°22 – Hélène CDS - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N°22 – Hélène CDS - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	Les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
La personne, la personnalité, le psychisme de chacun. La personne elle-même donc tout ce qui s'est passé dans son enfance, tout, tout son équilibre, la personne.		Je dis toujours aux étudiants que s'il se passe quoi que ce soit, je veux qu'ils viennent me voir. Je ne veux pas qu'ils subissent leur stage même si ce n'est pas de la maltraitance forcément, sans aller trop loin. Mais voilà, s'ils ne se sentent pas bien en stage, si cela ne va pas bien en stage, ils ont une tutrice que je nomme à chaque fois, mais il y a peut-être des choses qu'ils ne peuvent pas partager avec elle, si la difficulté vient d'elle ou… je leur dit de venir me voir, on en parle. J'ai dit qu'il fallait que ça s'arrête car elle était maltraitante avec l'étudiante. Après, la cadre a fait son travail En plus chaque fois que je parle aux étudiants, je leur parle toujours des soignants, des médecins avec lesquels ils vont travailler. Je ne leur parle pas des patients effectivement, tu le fais remarquer mais c'est que cela ne me vient pas à l'esprit.	Peut-être parce qu'un patient, je lui donne plus d'excuses parce que pour moi, c'est sa pathologie. C'est peut-être pour ça. Alors que les soignants … C'était de la maltraitance institutionnelle. D'ailleurs, elle a fait son mémoire là-dessus

		Certaines fois on est obligé de leur dire qu'il faut peut-être réfléchir, sur comment ils ont été pendant ce stage, qu'est-ce qui a fait que. Un médecin a pu traumatiser une petite étudiante, oui l'équipe a été ressource. En fait, on a beaucoup discuté avec elle pour qu'elle comprenne, parce qu'en plus c'était une première année, pour qu'elle comprenne que ce n'était pas contre sa personne mais que c'était la situation qui avait fait que le chirurgien s'était énervé et que c'était elle qui était en face, qui avait pris, mais que ce n'était pas elle qui était en cause mais c'était l'objet.	

Entretien N°22 – Hélène CDS - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	
Qui ?	**Caractéristiques ?**
Après moi, j'ai eu ici, dans ce service, des étudiants qui ne sont pas forcément venus en parler avec moi, mais avec leur tutrice ou l'infirmière qui était là à ce moment-là,	Ils manifestent de l'empathie et de l'affection ; Il faut qu'on soit cocooné.

	J'ai toujours été attentive à ça et les étudiants, je peux le dire, aimaient bien être encadrés par moi parce que je prenais du temps pour le faire.
Il y a tout ce qui se passe à l'IFSI, tout le suivi pédagogique par le formateur. Donc arriver à déceler des choses, sans être le psychologue de l'étudiant on est bien d'accord, mais le pédagogue déjà. Tout l'accompagnement qu'il va y avoir en individuel, qui va permettre de déceler quelque chose qui ne va pas. Pour avoir fait des accompagnements, même si on n'est pas psychologue, il y a tout un aspect effectivement psychologique, sociologique aussi, l'aspect psychologique du suivi pédagogique individuel. En collectif aussi, avec la dynamique de groupe, le formateur qui est là mais aussi les autres étudiants qui sont là. Donc le phénomène de groupe qui permet aussi d'en parler, d'avancer. Peut-être qu'après aussi, il y a des étudiants qui ont à l'extérieur de l'IFSI leur façon de se ressourcer, de surmonter, que ce soit par le sport, le yoga, toutes les passions qu'ils peuvent avoir et qui les aident à trouver un équilibre, et puis peut être une aide extérieure, peut-être qu'ils vont voir des psychologues. Les formateurs en particulier doivent être formés aussi pour arriver à les accompagner là-dedans.	Quand je reçois les étudiants avant leur stage, généralement je passe déjà plus d'une heure avec eux pour leur présenter le service, l'organisation, ce qui s'y passe, les modalités d'encadrement, faire visiter le service. J'y passe une bonne heure et souvent je suis obligée de me freiner parce que j'ai trop de choses à leur dire. Et je leur donne un livret d'accueil aussi et puis dans l'unité on a travaillé sur l'encadrement des étudiants, c'était un des objectifs du service et en fait on est toujours dessus parce qu'on est encore en train de retravailler. Je ne fais pas tout, moi. Je suis attachée à l'encadrement des étudiants, je trouve que c'est important On ne choisit pas ce que la personne vient nous confier. On ne choisit pas ce que la personne vient nous confier. L'empathie, l'écoute, la disponibilité. Je pense qu'il y a quelque chose de l'ordre de la douceur. Enfin, je te dis mon ressenti. Il y a du calme, des gens qui savent se poser. (Silence). Parfois, c'est féminin mais il y a un côté maternant. **Cadrant, limitant** et en même temps réconfortant. Ce côté parvenant c'est important aussi Certaines fois on est obligé de leur dire qu'il faut peut-être réfléchir, sur comment ils ont été pendant ce stage, qu'est-ce qui a fait que. Ils respectent le parcours de résilience d'autrui Moi, je savais, mais je n'en parlais pas, je ne pouvais pas en parler à l'équipe, donc c'était avec lui, je leur disais simplement qu'il avait été obligé de s'absenter pour des raisons personnelles.
Un médecin a pu traumatiser une petite étudiante, oui l'équipe a été ressource.	Hypothèse : L'empathie vient-elle parce que les tuteurs ont eux-mêmes vécus des traumas en formation ou dans la vie pro ? Je l'ai vécu aussi en voyant faire certaines collègues quand j'étais infirmière, et je l'ai vécu aussi en étant étudiante infirmière, même si c'est vieux, les stages où l'on ne s'occupe pas de toi, c'est quelque chose.

Un étudiant qui est arrivé dans le service, à qui on venait d'annoncer, il s'était confié à moi, un diagnostic difficile pour lui-même, et il m'avait dit que ça risquait d'être compliqué. On lui a annoncé une maladie grave. Il venait d'apprendre le diagnostic et c'était difficile, il en avait parlé à sa formatrice, sa référente pédagogique et à moi car ça risquait de perturber son stage.	Pour moi c'est hyper important parce que j'ai vécu des stages où je me disais « vivement que ça soit fini », où tu comptes les jours. Je en veux pas que les gens vivent ça c'est trop horrible. J'ai vécu ça deux mois en arrivant ici, j'étais trop mal, je n'ai pas envie que les gens soient mal, tout simplement. Il faut que l'on soit heureux d'être là. On voit la mort, la souffrance, la déchéance, le sang, tout ce que ça nous renvoie quand on est jeune, toutes les horreurs que j'ai pu voir Mais à moi, ça m'est arrivé, quand j'étais étudiante, des étudiants qui sont témoins de maltraitance envers un patient mais qui ne peuvent rien dire, ou qui n'osent rien dire de par leur fonction d'étudiant. En tant qu'étudiante j'ai été témoin de maltraitance envers des personnes âgées, de la moquerie en fait, des infirmières qui se moquaient. J'avais tout juste 18 ans, c'était mon premier stage et en fait cela m'a plus traumatisée qu'autre chose. Je n'avais pas peur de l'évaluation. Je ne sais pas de quoi j'avais peur. C'était des femmes qui avaient 30-40 ans, j'étais impressionnée et donc le résultat, je rentrais chez moi et je pleurais et je retournais en stage avec la boule au ventre. Et je trouve que pour un étudiant, de voir ça, c'est dur. Ça m'est arrivé de me faire agresser par un médecin au début où j'étais là. Pourtant des situations violentes de la part des patients, j'en ai vécu. J'ai subi des violences par des patients. J'ai travaillé avec des patients en addictologie. A l'époque on était, je pense, moins doué que maintenant en addictologie. Alors il y avait plein de choses. On avait quand même assez souvent des patients en pré-DT qui étaient quand même … Encadrement ferme et structurant :

	M’assurer qu’ils soient bien encadrés. Parce que c’est ce que je leur explique tout le temps : je suis leur maître de stage, donc je suis la garante de la qualité de leur encadrement. Maintenant, je ne suis plus celle qui les encadre, je ne suis ni la tutrice, ni la référente on va dire, ni l’infirmière qui va être là. Je ne suis pas amenée à les encadrer. Cela peut m’arriver ponctuellement mais je ne suis pas là pour cela, ce n’est pas mon rôle. : Quelqu’un de solide, voilà, pour se confier sur des choses comme ça. Je leur dis toujours, étudiants ou gens du personnel, je dis toujours : attention on travaille tous dans un même service, dans une institution, plus largement, et je dis que nous sommes tenus au secret professionnel, à la confidentialité mais aussi à la discrétion professionnelle et je dis que ce qui se passe ici ne doit pas sortir d’ici Je dis par contre, que s’il y a un souci, qu’ils viennent me voir et qu’on en parlera. Parfois je dis que je ne veux pas qu’ils souffrent pendant leur stage, je ne veux pas qu’ils le subissent. Après je leur dis que je ne veux pas leur faire peur, et que si je dis ça ce n’est pas parce que je me dis que ça va mal se passer. Ce n’est pas du tout ça. La relation de confiance Et puis aussi la confiance. Se dire que c’est quelqu’un qui donne confiance, on a l’impression qu’on peut lui confier des choses sans que ça fasse le tour. Mais je ne sais pas pourquoi les gens perçoivent ça. Je ne sais pas comment on fait pour percevoir qu’on peut se confier à quelqu’un sans qu’il aille raconter tout ce qu’on lui a confié.

ANNEXE N°24
« Tableaux d'analyse - Entretien N°27- Francine - Cadre de santé »

Entretien N°21 – Francine CDS - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :
	En fin de troisième année, elles ont le stress du lendemain. Il n'y en a pas une qui dit "j'ai pas peur » : demain c'est moi qui vais décider, qui vais analyser toute seule, qui va prendre les initiatives toute seule L'accompagnement lors d'un décès, lors d'une fin de vie. Les étudiants de première année sont plus en situation de fragilité émotionnelle car elles sont confrontées pour la première fois à l'image de la personne âgée, face au corps, face à la vieillesse, à la mort, à l'image de la personne. Souvent les personnes âgées qu'elles connaissent ce sont leurs grands-parents donc qui sont jeunes et donc à domicile, parce que en résidence on est dans le grand grand âge, parce que là la majeure partie des résidents à entre 90 et 95 ans. Qu'elles ne soient pas surprises, surprises parce que j'ai surtout des filles dans ce qui peut les gêner il y a aussi la catégorie entre guillemets de résidents que l'on accueille.		J'ai le souvenir d'une étudiante qui après un stage en secteur de personne âgée, euh qui a complètement arrêté ses études. Elle est tombée face à une réalité trop euh, pas des plus attractives au niveau des soins du coup ça l'aurait déçu au point de changer. Un stress au niveau du travail ce sont des arrêts (maladie) sorte de burnout

	Accompagner un prêtre, pour une toilette par exemple, ben ce n'est pas facile pour le prêtre parce que moi j'ai un prêtre qui m'a dit, il y a pas très longtemps, il m'a dit moi je ne me suis jamais déshabillé devant ...c'est la rencontre de deux stress chacun de leur point de vue. Une situation de malaise assez important Conflits d'équipe : Des gens qui à la limite se sentent harcelés par les collègues, problèmes de communication, individualisme des personnes donc manque d'esprit d'équipe, stress au travail qui empire la situation de conflits ou frictions entre les personnels Ils entendent beaucoup de choses en tant qu'étudiants, quand ils sont avec une aide-soignante X et pouvant entendre parler de l'aide-soignante Y ou l'infirmière X de l'infirmière Y et quand ils seront le lendemain avec l'autre personne ils peuvent entendre parler de ... donc eux ils sont au milieu en plus par rapport à ces, ce conflit ou cette relation. Donc je pense que pour eux, ce n'est pas une situation qui est facile.		

Entretien N°21 – Francine CDS - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N°21 – Francine CDS - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	Les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
		Avant le début du stage, quand je les vois en entretien, c'est quelque chose dont je parle (ce qui peut choquer comme la mort, la vieilles…). quel objectif, ben déjà de les rassurer enfin voilà mon objectif c'est effectivement de les rassurer. Euh bon de voir un petit peu comment ils se situent par rapport à la personne âgée. Et puis euh, enfin souvent je leur dis quand euh en fait j'en ai certaines qui arrivent elles sont très jeunes Dire que voilà les personnes qui viennent en résidence ont un corps qui a changé Des réactions plus ou moins fortes j'en ai pas eu énormément je dirais. Alors est ce que c'est parce que je les ai prévenus auparavant ? Je pense que les situations doivent être dénouées un peu avant Il faut qu'ils arrivent à prendre du recul par rapport à ces conflits d'équipe. En disant attention vous risquez de vous trouver face à une équipe en	

		conflit, ou face à une équipe qui a des désaccords. Peut-être que vous allez être pris à partie, et ça, ça peut pour eux effectivement certaines fois ça peut être une euh ça peut faire partie des situations de stress qu'ils peuvent rencontrer. Le renvoi des étudiants c'est qu'effectivement ils ont été bien accueillis, bien encadrés, bien intégrés, on a quand même beaucoup de leur part parce que moi je leur demande toujours leur bilan aussi. On a quand même un pourcentage élevé de bilan positif.	

Entretien N°21 – Francine CDS - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	
Qui ?	**Caractéristiques ?**
Moi je suppose qu'ils sont en situation de stress par rapport à ça euh après comment ils arrivent à les dépasser, j'espère qu'ils ont des moyens à l'extérieur pour exprimer et ils peuvent le faire lors du retour à l'institut je pense qu'ils peuvent toujours euh, exprimer les difficultés et les situations rencontrées durant le stage, je pense que c'est important et en plus voilà ils peuvent l'exprimer librement. Le formateur il ne sait pas ce qui se passe à tel ou tel endroit. Et qui peut du coup analyser de manière objective la situation.	Je les vois tous les jours, de manière informelle et plusieurs fois de manière formelle (l'accueil, mis stage, évaluation finale) par contre ça semble important d'aller à leur contact, de manière quotidienne vous dites, même si c'est un simple bonjour. Ils sont considérés en tant que tel, reconnus en tant qu'étudiants, ça c'est important la reconnaissance. Donc euh oui, moi je prêche beaucoup pour la reconnaissance de la personne âgée, au sein de la résidence et je pense que pour les étudiants qui arrivent c'est la même chose. Je les vois en entretien avant le stage mais le jour où elles arrivent, j'essaye d'être toujours là pour les accueillir le premier jour, et systématiquement elles se présentent et les membres de l'équipe se présentent également. L'ensemble de l'équipe a entendu qu'elle s'appelait Sandra et qu'elle était étudiante de première année, que c'était son premier stage et qu'on sache c'est important. Cette bienveillance c'est important, c'est la base, voilà la bienveillance, l'accueil, la façon dont on les accueille, euh, ça c'est important.

ANNEXE N°25
« Tableau d'analyse - Entretien N°8 Fatia - Infirmière »

Entretien N°8 - Fatia IDE- Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation Ou traumatisme :
Il y avait une fille qui avait perdu sa mère d'un cancer du foie dans le service et qui du coup était venue en stage chez nous et qui n'arrivait pas à entrer dans la chambre où était décédée sa mère. Je suis beaucoup dans le relationnel, j'essaie de savoir un peu vu que j'ai remarqué qu'il y avait beaucoup d'étudiants qui avaient un père ou une mère qui ont actuellement un cancer, qui sont allés en soins palliatifs, qui ont une maladie chronique, une sclérose en plaque ou des trucs comme ça, qui sont en soins palliatifs, j'ai remarqué qu'on avait beaucoup de personnes comme ça. Et en fait je discutais avec une élève et elle me disait « ça me fait du bien ».	« Ouah, il a 25 ans et moi j'ai 25 ans ; il est né en 1989 et moi aussi » ou ça va être … en fait c'est beaucoup de transferts : « ah là on pense à sa famille, elle a des enfants de mon âge, elle a l'âge de ma mère ». Dans notre service il y a beaucoup de transfert Ça fait peur aux gens tout ce qui est cancer, oncologie. D'ailleurs on reçoit essentiellement les 2èmes et 3èmes années parce que le sujet de la mort on préfère éviter aux 1ères années d'être confronté à ce sujet-là En 1ère année donc du coup ils ont vu que c'était très dur au niveau prise en charge, beaucoup de soins techniques, enfin c'était déjà au niveau technique et d'autre part au niveau émotion et ressenti, prise en charge émotionnelle c'était trop compliqué pour une 1ère année de voir … dans le service d'hospitalisation complète il y a 7 lits avec beaucoup de gens en phase terminale ou en soins palliatifs avec grosse altération de l'état général alors du coup c'était trop compliqué à gérer. Jugement de la part des infirmiers : « Parce qu'il y en a qui ne sont pas dans le ressenti, qui sont dans la théorie et dans la technique, qui ne se préoccupent pas des émotions des étudiants … euh … et du coup ils ne vont poser que des		Ils n'étaient pas aidants, ils n'apprenaient pas beaucoup, ils étaient submergés, ils n'arrivaient pas à entrer dans une chambre, ils avaient du mal à comprendre, ils n'arrivaient pas à faire la part des choses entre la maison, ils faisaient souvent des transferts. Sachant qu'il y avait beaucoup d'élèves qui avaient un père ou une mère qui avaient eu un cancer qui se faisait une mission, qui venaient chez nous en cancéro et en fait c'était la cata Il y a des étudiants, des jeunes qui sont traumatisés Ils vont s'effondrer, ils ne vont pas pouvoir finir le poste suite à un décès mais ça ne sera pas sur tout le stage Submerger

	questions d'ordre théorique, d'ordre technique et par exemple il y a des gens qui ne comprennent pas que l'on puisse venir là parce que l'on a eu quelqu'un en cancéro … Qui vont être dans le jugement, voilà. Voilà, ils vont être dans le jugement : « non mais, attends, elle vient là, elle sait très bien ». Alors quand ils ont su qu'elle avait eu sa mère dans le service : « c'est vraiment n'importe quoi ». . Il y a des étudiants, des jeunes qui sont traumatisés de voir des gens jeunes décéder, autant de patients morts. C'est sûr qu'il y a cette pression de l'évaluation. Et par exemple le jour on le ressent c'est les jours où ils vont pleurer, c'est le jour où ils ne vont pas remplir la fiche journalière Coup les patients, ça leur fait du bien et ils aiment bien parce que du coup il y a une super relation qui s'installe. Après, il faut faire attention aussi, il ne faut pas créer des amitiés … Notamment quand il y a des gens à peu près du même âge ou être trop familier.		

Entretien N°8 - Fatia IDE- Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience		
Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N°8 - Fatia IDE- Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
		Donner des cours pour « vraiment pour éloigner un peu cette peur du cancer et de montrer qu'il n'y a pas que des gens qui en décèdent mais aussi des gens qui viennent en HDJ et qui repartent chez eux après leur chimio, des gens en rémission, des gens qui ont des enfants après et puis montrer un peu toute la prise en charge palliative mais aussi active, curative quoi. » Suivi et débriefing régulier, des bilans réguliers .. Euh… comment dire … relations, on coopère avec les autres infirmiers, avec l'équipe. Il faut être organisé. Le groupe d'encadrement c'est d'emblée dire ce que l'on va faire et comment on va l'accueillir. Je suis beaucoup dans le relationnel, j'essaie de savoir un peu vu que j'ai remarqué qu'il y avait beaucoup d'étudiants qui avaient un père ou une mère qui ont actuellement un cancer, qui sont allés en soins palliatifs, qui ont une maladie chronique, une sclérose en plaque ou des trucs comme ça, qui sont en soins palliatifs, j'ai remarqué qu'on avait beaucoup de personnes comme ça. Et en fait je discutais avec une élève et elle me disait « ça me fait du bien ».	Fuite : « toi tu vas au 50, moi je vais au 51 donner les médicaments », oui je crois que c'était le 50. Du coup quand tu lui disais de prendre en charge des patients, elle ne prenait jamais le patient qui était dans la chambre 50 et quand il y avait le lit à faire avec l'aide-soignante, elle allait chercher un truc ou elle allait aux toilettes. Affiliation : Et en fait je discutais avec une élève et elle me disait « ça me fait du bien ». Altruisme : Entre les personnes qui essaient peut-être de réparer quelque chose en accompagnant, ils compensent, ils compensent, ils compensent entre ceux qui sont déjà partis et pour qui ils n'ont rien pu faire… il y a beaucoup de personnes qui prennent le choix d'être infirmier après un choc. Une élève aide-soignante qui était chez nous, elle est venue travailler chez nous. Elle a perdu son mari là-bas, elle n'était pas du tout aide-soignante, elle était secrétaire dans l'entreprise de son mari et après la mort de son mari elle est venue travailler chez nous, dans le service où il est décédé.

		Ça va être des élèves que l'on va mettre de côté, « tiens, va boire un coup » et on va plus l'amener vers un patient qui entre et ils vont prendre en charge un patient qui n'est pas en soins palliatifs mais qui va rester 3 jours pour une chimio en phase curative.	J'étais en 1ère année d'école d'infirmières et je n'ai pas pu l'accompagner comme j'aurais aimé l'accompagner. Le diagnostic s'est fait tard donc je me dis avec le recul que j'aurais plus tilté sur les signes en fait, mais j'étais déjà dans la filière infirmière et je me suis dit elle a bien été accompagné donc j'aimerais … enfin elle a bien été accompagné dans certains endroits et dans d'autres elle était angoissée d'y retourner donc je voulais donner un super accompagnement moi car j'ai pris conscience des gens en fin de vie et du coup j'étais passionnée par tout ce qui était soins palliatifs sans forcément faire de transfert, sans me dire celle-là elle ressemble à ma mère mais plus dans les soins palliatifs et dans l'accompagnement et puis ça me rassurait de voir des gens qui en guérissent, enfin il n'y a pas de guérison, il y a des rémissions mais ça faisait du bien de ne pas voir que ce côté-là, de décès, de soins palliatifs. Activismes : il y a des gens dans la technique, qui n'aiment pas faire l'hôpital de semaine, qui préfèrent l'hôpital de jour car c'est très technique. C'est bien ce stage car ça leur apprend beaucoup à relativiser.

Entretien N°8 - Fatia IDE- Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	
Qui ?	**Caractéristiques ?**
Fatia	J'étais inquiète pour leur futur professionnel. Donc du coup je prenais mon rôle de référente à cœur et j'étais inquiète pour eux et j'étais inquiète pour le patient aussi. Je suis beaucoup dans le relationnel, j'essaie de savoir un peu vu que j'ai remarqué qu'il y avait beaucoup d'étudiants qui avaient un père ou une mère qui ont actuellement un cancer, qui sont allés en soins palliatifs, qui ont une maladie chronique, une sclérose en plaque ou des trucs comme ça, qui sont en soins palliatifs, j'ai remarqué qu'on avait beaucoup de personnes comme ça. Et en fait je discutais avec une élève et elle me disait « ça me fait du bien ». Tout le monde ne peut pas faire référent ou tuteur parce que du coup c'est important le relationnel avec le stagiaire et moi je portais plus d'attention au niveau de leur ressenti, étant passée là en tant que stagiaire en 1ère année en plus donc c'était important Même nous en tant que professionnels, on fait des transferts. On a des gens qui ont des enfants tout petits, quand on rentre chez nous on a envie de serrer nos enfants très fort dans nos bras. On fait des transferts en tant que professionnel, donc on ne peut pas leur en vouloir. C'est obligé, on est obligé… Elle ne voulait pas entrer dans la chambre et après elle est venue me voir et elle m'a dit spontanément « je n'arrive pas à entrer dans cette chambre ». Du coup, dans un premier temps on est à l'écoute, on essaye de la soutenir. Dans un deuxième temps, on lui dit « c'est peut-être un peu juste et tu n'aurais pas dû choisir ce terrain de stage » et en lui parlant au niveau de l'encadrement aussi, c'est l'encadrer, la suivre au niveau de la pédagogie et lui dire que c'est dur mais que lorsqu'elle sera professionnelle elle sera peut-être confrontée à des gens avec la même pathologie, le même âge que sa mère dans un autre service et que un cancer du foie, elle aurait pu la voir en chirurgie et du coup c'est vrai que c'était difficile. Après moi j'ai perdu ma mère en cancérologie donc je peux comprendre que l'on s'en fasse une mission un peu au départ et qu'on mélange un peu. Donc j'étais dans la compréhension, dans l'empathie, dans la compassion, je la comprenais en fait mais après c'est vrai que c'est un cheminement à faire et qu'elle n'était pas au bout de son cheminement, elle était trop au début, c'était trop récent. Ils voient tellement de choses un peu dures que du coup ils sont confrontés, ça les prépare à aller dans la vie professionnelle, enfin ça dépend où ils vont travailler, je trouve que ce n'est pas mal du coup, ils ne seront pas seuls. Je pense qu'il y en a qui doivent se faire violence et aller jusqu'au bout. Est-ce que c'est bien ? Je ne sais pas. Au niveau émotion je ne sais pas mais au niveau … ça leur apprend aussi à mettre de côté leurs émotions. Je ne l'ai pas forcée à rentrer dans la chambre et elle n'a jamais pu rentrer dans la chambre. Le fait qu'il y ait une infirmière je pense que ça l'a aidée à décharger le truc sur moi.

	« Essaie de dépasser le fait qu'ils sont en train de mourir, même si c'est dur, ça fait partie aussi de la maladie et regarde ce que tu leur apportes de positif. Ils sont là, ils ont mal, tu soulages leur douleur. Quand tu leur fais la toilette, ils sentent bon, ils sont bien ». Je lui dis « au moins ils meurent dans la dignité. » Je leur dis « regarde ce que toi tu leur apportes de bénéfique, de positif. Ils sont morts, oui mais ils sont morts bien, soulagés, présentables, pas tout seuls. Quand tu vois leur dernier souffle, tu leur donnes la main. Tu as accompagné leur famille, tu étais là. S'ils n'étaient pas là, tu peux leur dire qu'il n'est pas mort tout seul. Donc regarde, toi, ce que tu leur apportes de bien. Et moi c'est ce qui m'a permis d'avancer. Quand ils vont être infirmiers la nuit et qu'il y aura un décès, faut qu'ils y passent. Et vaut mieux y passer en tant qu'étudiant parce que du coup il y aura plus d'étapes. Au début j'essaie de rentrer dans la chambre, demain je rentre dans la chambre, ensuite j'essaie de faire les soins quand il est décédé avec l'infirmier alors que s'ils se sont faits un barrage émotionnel et que du coup une fois en stage l'infirmière ne fait pas de travail avec lui mais au contraire il évite de rentrer, le jour où ça va lui arriver, un weekend où il va être tout seul, comment il fait ? Du coup, la violence elle va être encore pire. C'est cela que j'essaie de faire comprendre aux étudiants. Il ne faut pas qu'ils s'arrêtent à leur barrage, il faut qu'ils profitent du stage. C'est un bon passage de stage.

ANNEXE N°26
« Tableau d'analyse - Entretien N°12 - Aline - Infirmière »

Entretien N°12 – Aline IDE - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation Ou traumatisme :
C'était une jeune qui avait besoin d'aide au-delà de, enfin y a le stage qui avait dû un petit peu enflammer tout ça. Mais je pense que c'était une étudiante qui avait besoin d'une aide elle personnelle, psychologique ou… Il faut avoir en face, déjà, avoir digérer sa propre adolescence et tout ce que cela implique, c'est-à-dire, voilà, les mouvements d'humeur. Et pour des étudiants qui sont parfois jeunes qui sont, qui n'ont pas tout à fait fini eux même leur adolescence du coup c'est compliqué. Je pense qu'il faut déjà digérer la sienne avant de pouvoir gérer celle des autres.	Service de psychiatrie pour enfants, ça donne une impression qu'on va être avec des petits etc. Alors que dans la réalité ce n'est pas vraiment cela, ça peut arriver qu'il y ait des tous petits dans la réalité c'est plutôt des ados des presque adultes voilà donc pour les étudiants c'était vraiment oui ; une découverte complète et un peu la surprise de voir des enfants, des ados aussi malades, avec des troubles aussi importants, Patient j'en ai peur, j'ai peur qu'il me frappe, j'ai du mal à comprendre ses réactions, j'ai l'impression que cela arrive comme cela d'un seul coup, après y en a beaucoup qui le manifestait en restant très en retrait Problèmes de violence, c'est-à-dire qu'il faut je pense quand il faut faire face à un adolescent qui a déjà des problèmes judiciaires enfin, quelque chose de lourd qui peut être violent d'une seconde à l'autre, sans vraiment qu'on voit la violence monter etc. C'est très déstabilisant souvent pour les étudiants de venir en stage et de ne pas savoir ce qu'ils vont faire dans l'heure qui suit. Alors que les moments plus flous ou justement on essaie d'être dans le non faire et d'être dans l'observation, ben c'est des moments plus		Elle se grattait les mains et plus elle ça allait dans le stage et plus ses mains, était vraiment, c'était plus gratter, elle avait des plaies quoi. Donc on s'est dit vraiment la y a un truc qui l'envahit et puis du coup elle a arrêté son stage, on a su ensuite qu'elle personnellement elle était un peu impliquée avec dans sa famille quelqu'un qui n'était pas bien, qui était hospitalisée etc. Et je pense que c'était vraiment trop compliqué pour elle. D'un commun accord, ils ont décidé d'arrêter le stage et je pense que c'était mieux car effectivement cela la malmenait vraiment trop. Par son retrait, par sa difficulté à verbaliser les choses, voilà quand on l'interpelait sur une situation on lui disant je ne sais pas tu en as pensé quoi, est ce que tu t'es senti mal, elle nous disait non mais tout son corps disait oui en fait Une souffrance importante

	compliqués Y en a une qui avait pu dire vraiment je ne m'attendais vraiment pas à ce genre de population, en plus elle était venue à une période où c'était très très agité avec quasi enfin y avait que des adolescents et cela faisait un groupe vraiment explosif donc vraiment elle ne s'attendait pas du tout à cela. Elle pensait voir des plus jeunes. Donc elle s'est trouvée vraiment en difficulté.		

Entretien N°12 – Aline IDE - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N°12 – Aline IDE - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	Les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
		on essayait l'équipe d'être plus attentif à ceux qui n'étaient pas bien à l'aise, qu'on sentait un peu en difficulté, en retrait, donc on prenait un peu plus de temps pour leur expliquer les choses pour qu'ils restent avec nous et un peu moins d'autonomie du départ quand on a des étudiants qu'il se sentent à l'aise, on les laisse plus faire des choses seules Un encadrement plus rapproché et puis en fait on s'est organisé, on s'était organiser en service de psychiatrie pour enfants, certaines personnes de l'équipe qui était voilà d'accord pour encadrer les étudiants un peu plus que les autres, on s'est reparti des thèmes on va dire pour les aider et les accompagner, donc pour ceux qui était plus en difficultés, on faisait cela assez rapidement. Par exemple, moi je m'occupais plus des étudiants de leur faire un petit peu, prendre un temps avec eux pour remettre un petit peu de théorie en lien avec ce qu'il voyait pour donner du sens aux choses L'enfermement, le fait de fermer les portes à clés etc. Quel sens ça pouvait avoir pour eux parce que c'est vrai que dans le quotidien cela pourrait ressembler parfois à des punitions alors que c'est tout sauf ça donc voilà prendre un temps avec eux pour leur expliquer ce que c'est un enfant qui n'a pas de schéma corporel, qui a des angoisses importantes archaïques, etc. Quel lien ça a avec notre quotidien Ceux qui étaient vraiment en difficulté, moi j'essayais de les voir assez régulièrement et assez tôt pour que d'entrée ils mettent un sens à ce qu'il se faisait et puis mettre un sens aussi aux comportements des jeunes voilà pour éviter la peur, parce qu'il y a cela aussi, y en a certains qui pouvait le verbaliser et d'autres pas mais en voyait bien qu'il n'était pas à l'aise, qu'ils pouvaient avoir peur des patients qu'on recevait. Agressif, voilà, en général, on avait bien en tête d'en reparler avec les étudiants qui avait été témoins, même acteurs là-dedans, et en général aussi il y a notre psychologue qui les voyait aussi après coup pour en reparler avec eux, pour reposer les choses, enfin voilà. Après une situation particulière, oui y en a plein, après il y en a certaines qui nous ont échappée aussi. On la sentait tellement mal que du coup la cadre du service a appelé les formateurs de l'ifsi on la sent vraiment en difficulté, on n'arrive pas à l'aider, enfin, donc en fait c'était un	

		formateur qui était venu en parler avec l'étudiante et la cadre. D'un commun accord, ils ont décidé d'arrêter le stage et je pense que c'était mieux car effectivement cela la malmenait vraiment trop. Pour les étudiants infirmiers, ils ont le même suivi, c'est-à-dire ils sont vus, je te disais par la cadre qui leur explique un peu le fonctionnement etc. En amont du stage, ensuite ils arrivent en stage, on essaie de se déterminer premier jour où il arrive pour qu'il y ait un de nous qui soit, qui l'accompagne, on essaie de trouver quelqu'un qui est là sur les 2-3 premiers jours où ils sont là, avec les mêmes horaires, voilà pour permettre d'avec quelqu'un de repérable pendant les premiers jours. A la fin de la première semaine ils ont leur tuteur de nommé, si c'est la personne qui les ont accompagnées c'est bien, sinon s'en ait d'autres. On est 2 parce que ça permet, comme on n'est pas toujours là etc., qu'il y ait une continuité. D'emblée, dès la fin, enfin dès le début de la deuxième semaine on voit avec eux leurs objectifs de stage, on positionne le bilan de mi stage et le bilan de fin de stage. Moi qui était là pour faire du lien entre la théorie et le quotidien.	

Entretien N°12 – Aline IDE - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	
Qui ?	**Caractéristiques ?**
Aline	C'est compliqué je pense pour les étudiants de verbaliser leurs difficultés voyant aussi que même certaines fois nous soignant en équipe c'est parfois aussi compliqué de verbaliser nos sentiments enfin notre peur etc., quand on travaille avec des patients violents ça nous arrive tous Après je me dis ou pourrait se faire le pré choix, c'est le moment où ils rencontrent les étudiants avant d'arriver en stage, il rencontre la cadre qui elle a pour rôle de présenter le fonctionnement global, un petit peu comment s'organise la pédopsychiatrie, etc. Qui malgré tout leur présente, leur faire visiter le service donc ils ont déjà une représentation, et des locaux mais et aussi des patients qui croisent et là c'est souvent les étudiants ils ont ce retour-là. Le premier jour de stage ou le deuxième et on dit bon comment ça va, voilà.

ANNEXE N°27
« Tableaux d'analyse - Entretien N°23 - Maeva - Infirmière »

Entretien N°23 – Maeva infirmière - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :
Dans sa vie personnelle elle a vécue des choses difficiles qui enfin qui ont joué sur son état de stress	On a des étudiants qui vont être, qui vont avoir très très envie d'apprendre, mais qui ne vont pas y arriver parce qu'ils vont se laisser envahir par le stress, parce que en réanimation les étudiants qui arrive avec un stress pas possible, je sais d'où ils le sortent avant de commencer et qui arrivent pas à se libérer, **Il y a des alarmes,** oui, **l'urgence vitale, une personne inconsciente dans un lit, avec un tube dans la bouche,** oui c'est quelque chose de complètement euh c'est très agressif visuellement, psychologiquement, tout ça donc oui, je pense que voilà, après je pense aussi que peut être qu'on les a stressées d'avance Le stress de faire une erreur parce qu'on manipule des médicaments qui sont quand même beaucoup plus dangereux que dans un autre service Alors en réanimation c'est vrai qu'on les laisse quand même très peu faire des choses seuls, même s'ils les font, on est quand même là, on a toujours un regard sur eux, on est dans le contrôle quoi alors peut être que oui ça peut être stressant aussi d'avoir toujours l'infirmière ou l'infirmier sur le dos ou l'aide-soignante qui		Paniquent N'arrivent pas à apprendre Du stress, de l'angoisse Des étudiants oui, touchés certains ont pleuré parce que parce que voilà, ils étaient touchés par la douleur de la famille

	vérifie, qui est présente, même si c'est un acte infirmier C'est aussi infirmier dépendant hein voilà, euh tu peux déjà avoir des infirmiers qui euh d'emblée ont une personnalité plus stressé de la vie quoi donc du coup forcément c'est l'effet de cascade Il faudrait que tu te dépêches un peu plus, parce que là il est telle heure, on a fait que ce patient-là, on en a encore 2 à voir enfin voilà on est sans arrêt après leur mettre quand même la pression, inconsciemment quoi, même si ce n'est pas une pression vitale pour qui engendre des conséquences sur le malade bon, ça leur met quand même une pression Personne n'est préparé à ça **hein, hein,** tant qu'on n'est pas confronté à ça Déstabilisant pour eux parce que c'est quelque chose que qu'on ne leur enseigne pas ça à l'école on apprend à soigner des gens, pas à les aider à enfin, les accompagner à mourir Et puis bon, être face à la mort aussi hein, les étudiants, ils ont jamais côtoyé la mort avant d'arriver quasiment ou, bon voilà, c'est exceptionnel donc ils sont spectateurs aussi de nos décisions de limitations de soins, on leur demande, on leur laisse même la possibilité de participer à cette décision-là, chaque matin il y a la visite des médecins, les médecins passent voir chaque malade avec le personnel para médical du		

	secteur qui a en charge ce patient et puis donc voilà il y a l'anamnèse du patient qui est faite, ce qui est mis en place comme soin, où on en est, et ce qu'on va mettre en place de nouveau ou supprimer etc.… toux Et donc on va à ce niveau-là, décider euh discuter plutôt euh de euh l'intensité des soins, ça veut dire si on continue tout, la réanimation au maximum, voilà si on met tout en place pour sauver le malade ou si on va faire des limitations, c'est-à-dire ne plus tout tenter, soit par exemple, si il y a un arrêt cardiaque, ne pas le masser, mais tout faire pour le reste, euh soit euh décider d'arrêter les soins ou de les limiter au confort et plus, plus sur enchainer les thérapeutiques ou de ne pas dialyser ou si on extube quelqu'un de ne pas le réintuber. C'est une décision collégiale, donc l'étudiant souvent s'abstient de donner son avis, sauf si elle a ce patient en charge depuis plusieurs jours et qu'elle se sent ou qu'il se sent de donner son avis mais on lui laisse la possibilité de le donner Voilà c'est ça, son innocence, enfin, c'est rare qu'il soit confronté à la douleur de la mort auprès de ces proches comme ça avant qu'ils arrivent, heureusement d'ailleurs, et du coup, il y a tout, tout explose en même temps quand il est face à ça, heu comment gérer tout ça quoi pour lui on n'est pas formé, il n'y a pas de formation hein de toute façon qui te prépares à ça, tant que tu n'es pas confronté tu ne sais pas trop comment tu peux réagir quoi		

	vraiment **oui, faire preuve d'humour entre vous et** oui voilà et on se détache **déshumaniser un peu ,** on déshumanise ce qu'il se passe, ce corps **parce que vous êtes entre vous** voilà, et puis, ben c'est possible que l'étudiant ou l'étudiante soit avec nous, et qu'on, qu'on se rendent pas vraiment compte que peut être notre attitude est choquante pour elle ou lui, **oui,** ou alors, voilà, être ce, faire notre travail normalement sans plaisanter, sans rigoler, sans heu dans la chambre du patient décédé, ressortir, et pas se rendre compte que l'étudiant, lui il ne l'a pas vécu de la même façon que nous, nous on travaille en 12 heures, et des fois on leur fait faire quelques jours en 12 heures, voilà , pour nous cette responsabilité-là, elle est énorme, et encadrer quelqu'un pendant 12 heures mais même pendant 7 heures quoi , des fois c'est super lourd et euh on comprend hein que les étudiants, des fois ils sont stressés, des fois ils comprennent pas pourquoi on prend pas assez de temps avec eux, l'encadrement, c'est pas forcément une évidence chez tout le monde, déjà, et que ça peut être euh difficile même pour le soignant, qui adore par contre encadrer de supporter les étudiants autant d'heures,		

Entretien N°23 – Maeva infirmière - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N°23 – Maeva infirmière - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	Les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
Euh quelque chose en nous qui fait qu'on a envie de faire ça malgré les horreurs qu'on peut vivre ou les difficultés qu'on peut rencontrer,		on peut avoir un étudiant qui, heu, qui est plein de bonne volonté, on sent qu'il a envie d'apprendre, mais qui qu'il arrive pas ou qui se sent lui, en difficulté ou voilà, et ben on va adapter son stage en essayant je sais pas, de lui faire faire une période en soins continus du coup , pour que ce soit peut être un moins stressant, un peu plus facile, qu'ils sont pas branchés à un respirateur ou alors ils font de la ventilation non invasive, **c'est moins impressionnant**, c'est moins impressionnant, c'est des gens conscients On a adapté son stage de façon à ce que ça se termine quand même un peu mieux Sur une urgence vitale, un massage cardiaque ou quelqu'un qui fait un arrêt on ne va pas d'emblée lui dire « eh bien allez masse » ! Dans l'urgence vitale c'est rare qu'on demande à l'étudiant de prendre en charge son patient dans la globalité C'est la première fois que ça m'arrive, je ne peux pas rentrer dans la chambre, pour heu, ben le déséquiper ou quoi que ce soit ben on comprend parfaitement, jamais, jamais on obligera un étudiant à rentrer dans une chambre de quelqu'un qui est en train de décéder, et s'il ne se sent pas de le faire, après il y a des étudiants qui disent, ben je préfère rester à l'extérieur de la chambre,	On essaie de débriefer avec eux derrière tout ça, alors après il y en a qui veulent, il y en a qui ne veulent pas hein vraiment **oui, faire preuve d'humour entre vous et** oui voilà et on se détache **déshumaniser un peu ,** on déshumanise ce qu'il se passe, ce corps **parce que vous êtes entre vous** voilà, et puis, ben c'est possible que l'étudiant ou l'étudiante soit avec nous, et qu'on, qu'on se rendent pas vraiment compte que peut être notre attitude est choquante pour elle ou lui, **oui,** ou alors, voilà, être ce, faire notre travail normalement sans plaisanter, sans rigoler, sans heu dans la chambre du patient décédé, ressortir, et pas se rendre compte que l'étudiant, lui il ne l'a pas vécu de la même façon que nous,

Entretien N°23 – Maeva infirmière - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience

Qui ?	Caractéristiques ?
Ils manifestent de l'empathie et de l'affection ; on est quand même assez à l'écoute entre guillemets, on les surveille quand même beaucoup nos étudiants Ils s'intéressent prioritairement aux côtés positifs de la personne Ils laissent à l'autre la liberté de parler ou de se taire on essaie de débriefer avec eux derrière tout ça, alors après il y en a qui veulent, il y en a qui ne veulent pas hein ! **Ah oui, il y en a qui** ben oui, non non, oui ils disent , non non tout va bien **d'accord** non, c'est bon oui, non non c'est bon, voilà j'arrive à gérer oui, c'est vrai que c'est un peu impressionnant, mais je suis pas forcément touché, ou tout ça, ils peuvent dire ça, mais alors est ce que c'est vraiment la réalité ou est ce qu' ils disent ça c'est un moyen de défense je pense, voilà, mais on le dit que nous **voilà en tout cas, tu vous vous mettez à disposition de** oui, oui, voilà, on est à l'écoute d'eux un accompagnement important, long avec la famille plus le patient très certainement, c'est épuisant de faire ça, psychologiquement, mais on se sent vider après, même physiquement et du coup c'est vrai si on sent qu'un étudiant est un peu fébrile à ce moment-là , peut être qu'on n'a plus la ressource de de se dire ben lui, il faut que je l'accompagne aussi dans ce moment-là, ou heu ou il faut que je prenne du temps avec cette personne alors bon souvent quand même malgré tout on va pas, on va pas prendre énormément de temps, mais on va quand même essayer de lui consacrer quelques minutes pour voir s'il arrive à digérer ça ou on va le faire plutôt à postériori **oui,** heu, **quand vous avez retrouvé un petit peu d'énergie** oui, voilà soit quelques heures après, soit le lendemain, enfin voilà, on va quand même voir comment il a vécu ces moments, moi quand j'étais étudiante, **oui** moi j'ai toujours voulu faire ça . je me suis toujours débriefer alors soit avec mes copines de de ma promo. parce qu'on était assez soudé, on parlait quand même assez souvent des choses difficiles qu'on avait pu voir ou des choses drôles avec ma famille alors, avec ma famille oui, ou mes amis alors on ne peut pas parler de tout à tout le monde, ça c'est sûr, il y a des gens, on voit d'emblée qu'ils veulent pas entendre ça qui disent que ça les intéressent pas, et il y en a qui sont super croustillants de savoir tout ça parce que, parce que quelque part je pense aussi qu'ils sont très intéressés par cette profession, qui qui voilà, qu'ils aiment ça et ça c'est très libérateur de parler à des amis de dont notre métier enfin que notre métier intéresse vraiment, **c'est valorisant** oui**,** c'est valorisant et pour certains, être infirmière c'est quelque chose qu'ils auraient jamais pu faire parce que c'est un truc trop difficile pour eux, mais par contre, ils sont très friant de de connaitre de connaitre pleins de choses, d'apprendre et voilà, donc ça ça peut être libérateur de parler à des gens comme ça, **libérateur et peut être un peu motivant aussi d'être la personne qui elle y arrive aussi** oui, et puis ben c'est quand même aussi valorisant de soigner les gens, de les aider à poursuivre leur vie, et tout ça, alors c'est un état d'esprit, et puis bon il y a d'autres, il y a d'autres gens je pense qui se raccrochent à leur religion, enfin, on voit des croyances, on voit des choses comme ça **oui, oui, on voit le sport, on voit** oui voilà oui, qui se raccrochent à quelque chose qui leur tiennent vraiment à cœur et voilà, je pense que c'est c'est

un peu inné, non ? Moi, je dirai que c'est un peu inné de supporter tout ça ! **En tout cas, il faut avoir des ressources** oui, **à l'intérieur de soi pour** il faut pas être des personnes déjà faibles et fragiles psychologiquement, **hein** je pense que c'est vraiment pas quelque chose d'aidant dans ta propre vie si, si toi, si toi déjà t'arrives pas à surmonter les difficultés quotidiennes dans ta vie il y en a quand même hein des gens qui sont fragiles et qui sont soignants, mais à un moment, ça ça va plus quoi je pense, enfin on a des exemples quand même dans le milieu

On met des outils en place pour eux, pour les aider, pour savoir où ils en sont , on fait des bilans avec eux, on est quand même relativement disponible, mais par

ANNEXE N°28
« Tableaux d'analyse - Entretien N°30 - Elodie - Infirmière »

Entretien N°30 – Elodie Infirmière - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :
	on ne leur fait pas faire grand-chose finalement aux étudiants quand on y pense. Il y a un apprentissage technique qui se fait beaucoup par l'observation. Par ce qu'on a du mal à piquer les petits. on met plus facilement les étudiants de côté dans les services d'enfants je trouve. Donc décrire l'apprentissage c'est beaucoup d'observation, surtout sur la technique. en néonat, ils vont être frustrés. On les fait revenir en arrière sur beaucoup de choses qu'ils ont appris à faire, qu'on les laisse très peu travailler tout seul. Au final, on est très souvent derrière eux, à travailler à deux. Néonat avec tous les fils, la couveuse le premier contact avec des bébés vraiment tout petit. Les réactions elles sont assez, impressionnées. De dire, « je n'aurai pas pensé qu'il était tout petit », « je ne sais pas comment mettre mes mains ? », « regarde la taille de mes mains par rapport à l'enfant ». Ils s'imaginent ce que ça va leur faire, ce n'est pas facile, enfin pas autant que la réalité. Une étudiante puéricultrice...une jeune anorexique...lui a renvoyée pas mal de choses. Elle était en phase d'anorexie très sévère, elle		Mal vécu, ils se remettent beaucoup en question. ils ont l'impression de ne plus savoir rien faire vécu assez difficile déstabilisés très perturbée par la vue de cette patiente Celle-là ça l'a perturbé, elle l'a dit et après (silence). La détresse de parents qui perdent leur enfant, ou le décès d'un enfant du coup c'était devenu son quotidien malheureusement. C'est vrai que c'est des situations qu'elles vivent, je pense au minimum une ou deux fois par semaine, alors que là du coup ce n'était pas le même contexte, ça sortait de ses habitudes de travail. Presque en larme je suis rentrée j'ai pleuré

	était chez nous parce qu'il y avait un risque vital assez important avec un syndrome dépressif associé. C'est une jeune fille de 14-15ans qui est très triste, qui a envie de mourir tout le temps et qui l'exprime. Elle fait des activités parce qu'on lui dit qu'il faut qu'elle en fasse mais qui ne prend aucun plaisir pour rien, qui ne mange rien, vraiment rien du tout. Au niveau de la localisation, elle est juste à côté de notre bureau infirmier donc même si les étudiants ne la prennent pas en charge parce qu'on leur dit que c'est trop compliqué. Quand elle sonne et bien ça peut être elle (l'étudiante) qui va intervenir et là c'était ce cas-là. Et c'est vrai que du coup, physiquement ça a été compliqué de la voir comme ça, et puis d'entendre aussi ce qu'elle disait. Elle appelait car elle était angoissée, elle ne se sentait pas bien et elle verbalise très bien qu'elle veut mourir, qu'il faut qu'on la laisse partir, qu'il ne faut pas qu'on la force. Elle se donne aussi des coups dans le ventre donc c'est quand même violent. Pas préparée à ça, pas du tout Le fait qu'elle ne s'y attendait pas On a beaucoup de choses techniques, pour nous aider à prendre du recul je pense. Alors que là c'est une pathologie psychiatrique et c'est vrai qu'on n'a pas de soin technique, on a que nous même et c'est d'autant plus déstabilisant je pense. C'est même sûr, enfin pour moi en tout cas. Je pense que d'emblée en début de stage, je ne suis pas sûre que tout le monde aurait eu la capacité d'en parler. Peur de se sentir nul par rapport aux		

	professionnels qui ne verbalisent pas ce genre de problème par rapport à ces patients. On n'évoque pas la difficulté qu'ils peuvent avoir face à un patient je parle plutôt en tant qu'ancienne étudiante. Je me souviens du premier décès que j'ai eu, patient décédé auquel j'ai eu à faire. Et bien je n'ai eu aucun discours des personnes qui m'encadraient ce jour-là pour me dire « est-ce que ça va ? », « comment tu te sens ? », « qu'est-ce que tu as pensé ? », voilà. C'est un souvenir que j'ai, assez difficile d'ailleurs parce que c'est vrai qu'on se sent quand même vraiment impuissant et remis en question sur tout ce qu'on a fait avant, sur la prise en charge avant et qu'il n'y a personne à côté de soi de confirmé on va dire, pour nous aider là-dedans.		

Entretien N°30 – Elodie Infirmière -Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N° - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
		Aux infirmières, ils en parlent assez facilement, au bilan de mi stage on dit que c'est un peu comme ça qu'on fonctionne C'est dit du départ, ce n'est pas une surprise Elle est venue nous en parler tout de suite, Elles le font très facilement de venir en parler, au contraire de peut-être une étudiante qui n'a jamais travaillée et qui se sentirait peut-être remise en question de ses compétences en en parlant à un professionnel je pense. Plus en fin de stage, il peut y avoir une relation de confiance qui s'est déjà installée avec une ou plusieurs infirmières et peut être qu'il se sentira à l'aise pour en parler On leur dit qu'il ne faut pas qu'ils les prennent en charge parce que ce sont des prises en charge longues, qu'il y a un lien de confiance, qu'il faut qu'ils aient des repères et tout ça	on a beaucoup de choses techniques, pour nous aider à prendre du recul je pense Trouver un réconfort un peu, une épaule et une oreille qui nous écoute. Parce que la réa neonat ou la réa pédiatrique par exemple je sais très bien que je ne pourrais jamais travailler dans des services comme ça. Avoir à faire à des patients qui décèdent ça me mettrait au fond du gouffre, vraiment. « je me mets en sécurité. Après il y a beaucoup d'autres choses qui font que j'ai choisi cet hôpital là et un service de pédiatrie et de néonat mais je pense que c'est une sécurité malgré tout. **Parce que je devine que cette néonat là en fait elle n'est pas d'un niveau…** Oui elle n'est pas de niveau 3, un niveau de réa, donc le nombre de décès auxquels on a à faire face sont très peu nombreux voir nul en tout cas intra-muros. »

Entretien N°30 – Elodie Infirmière - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	
Qui ?	**Caractéristiques ?**
Il peut y avoir les autres étudiants qui sont présents par exemple pendant le stage je pense avec qui ils ont plus de facilités à discuter ou des copains copines de promo avec qui ils peuvent partager. Je pense qu'on partage plus facilement des difficultés avec ses copains de promo qui en plus savent ce que c'est qu'un stage, savent ce que c'est le milieu hospitalier qu'avec un soignant qu'on vient de rencontrer et qu'on ne connait pas trop.	Trouver un réconfort un peu, une épaule et une oreille qui nous écoute. Je parle plutôt en tant qu'ancienne étudiante. Je me souviens du premier décès que j'ai eu, patient décédé auquel j'ai eu à faire. Et bien je n'ai eu aucun discours des personnes qui m'encadraient ce jour-là pour me dire « est-ce que ça va ? », « comment tu te sens ? », « qu'est-ce que tu as pensé ? », voilà. C'est un souvenir que j'ai, assez difficile d'ailleurs parce que c'est vrai qu'on se sent quand même vraiment impuissant et remis en question sur tout ce qu'on a fait avant, sur la prise en charge avant et qu'il n'y a personne à côté de soi de confirmé on va dire, pour nous aider là-dedans.

ANNEXE N°29
« Tableaux d'analyse - Entretien N°28 - Sabrina – Aide-soignante »

Entretien N°28 Sabrina Aide-soignante - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :
	Des horaires d'équipe et ça pouvait être compliqué surtout quand tes enfants sont petits Infirmier, c'est de plus en plus paperasse ; on demande aux infirmiers beaucoup de choses, beaucoup de technicité et en fait très peu de contact avec les patients, on demande beaucoup beaucoup de choses aux infirmiers et on leur laisse pas beaucoup de temps pour les faire, ce qui fait qu'ils n'ont pas le temps d'approfondir la relation avec les patients. Tu n'as pas intérêt de te tromper quand on te dit d'injecter de l'adré ou de l'hypno, tu n'as pas intérêt de te tromper dans les doses et je me dis que pour avoir vue des nouvelles arrivées se tromper, dans des doses de curare et compagnie, je me dis que si moi ça m'arrivait, si j'avais été infirmière, et que ça m'arrivait, je serais au trente sixièmes dessous Arrivées en réa, elles ne savent rien faire Elles ont tout à apprendre C'est très technique, ce que je te disais toute à l'heure. C'est très technique, on n'a pas le droit à l'erreur et, il faut tout le temps être derrière. Nous, on encadre, on est là douze heures On le surveille comme le lait sur le feu quoi. Je vois, les infirmières sont tout le temps, tout le temps, tout		Un peu de ne pas s'investir et puis elle perdait ses moyens ; dès qu'on lui disait quelque chose, elle perdait ses moyens.

	le temps derrière les élèves : préparation de pousse, même au bout de la troisième semaine de stage, c'est « qu'est-ce que tu as mis dans ton pousse ? » Ton pousse seringue oui. Quel est ton dosage ? Tu ne jettes pas les ampoules, je veux voir les ampoules que tu as injectées. Comment tu fais ? Mais je crois qu'on est connu sur l'hôpital comme étant très rigoureux et on ne fait pas de cadeau quoi. Parce que voilà, on ne peut pas faire de cadeau.		

Entretien N°28 Sabrina Aide-soignante - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N°28 Sabrina Aide-soignante - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	Les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
		On est très attentifs quand même à eux. Moi je sais qu'à mon niveau, quand j'accueille une élève, quand je l'ai sur mon secteur, je ne suis pas toujours très diplomate certes, mais je les préviens. Je leur dis attention, je suis très directive, je ne suis pas toujours diplomate surtout au bout de onze heures de travail, mais par contre, n'hésites pas à poser des questions ; il n'y a aucune question idiote ; et s'il y a quelque chose qui te choque dans la réanimation, c'est à dire une situation quelle qu'elle soit, tu ne pars pas chez toi sans en avoir parlé avec quelqu'un. Si c'est avec moi, je prends cinq minutes, dix minutes, je parle avec toi mais la réanimation c'est déjà un service qui est dur pour nous, des fois, de part certaines situations. Une élève dont ça va être le premier stage en hospitalier, qui arrive en réa, et qui est confrontée à la mort, on a des choses quand même des fois … on a des patients qui nous arrivent plein de sang mais ça peut être assez choquant. Si elle n'a jamais vu de mort, bien … première fois que l'on voit un mort, ça peut être choquant. Moi je sais que j'insiste bien, que ce soit infirmière, aide-soignante, élève, je parle, j'insiste bien sur « tu ne repars pas chez toi » … A plupart le font. Je leur dis, si tu ne veux pas en parler le soir, essayes d'en reparler le lendemain. Mais je leur dis souvent « on est pas devin », on ne peut pas nous –on a déjà nous à gérer la famille et tout ça-, on va avoir un œil sur toi mais on est pas devin. Si tu ne viens pas nous dire « ça ne va pas », on ne va pas la deviner. Si le stage, si au bout de trois semaines, on … pendant ton stage tu ne t'es pas investie, t'es en retrait et que, au bout de trois semaines ou vers la fin de ton stage tu nous dis « bah oui mais finalement j'avais la boule au ventre, c'est pour ça que j'étais en retrait, c'est pour ça que je ne me suis pas investie et tout ça », je dis que c'est quand même dommage car tu ne vas pas avoir « validé » ton stage alors que si tu étais venue nous en parler, on aurait pu désamorcer la situation, essayer de faire en sorte que ça se passe mieux et être plus attentif. Mais on n'est pas devin, on a pas le temps non plus … on est pas papa et maman quoi. On peut être « psychologue » et venir désamorcer	

		une situation mais on ne peut pas la deviner quoi, on n'est pas devin. Des fois le démarrage est difficile, on a eu le cas dernièrement : une élève, comment elle s'appelait ? Virginie je crois, qui a eu un début de stage difficile ; qui a été recadrée, c'est à dire qu'elle a vu le cadre, sa référente de stage infirmière. ` Une personne jeune arrêt cardiaque. Et, re-arrêt cardiaque en réa et donc ils ont vu tout notre protocole « arrêt cardiaque », parce qu'on ne fait pas les choses n'importe comment. Ils sont restés derrière la vitre de la chambre pour regarder comment on faisait, tout ça. La personne si je me souviens bien est décédée peu de temps après. En sortant de la chambre, on est venus les voir en leur disant : est ce que ça va ? ce n'est pas tous les jours comme ça, rassurez-vous mais bon, voilà, il y a des périodes arrêt cardiaque et là c'est notre période arrêt cardiaque. On n'arrêtait pas d'en faire. Donc oui, mais je ne les ai pas sentis mal, à pleurer … Je crois que j'en ai vu très très peu pleurer suite à un événement. On désamorce, ils en parlent assez rapidement ou ils appellent les formateurs … Mais oui, dans ce genre de cas, l'arrêt cardiaque, on est allés les voir en leur disant : ça va ? parce que là, c'était chaud patate.	

Entretien N°28 - Sabrina Aide-soignante - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience

Qui ?	Caractéristiques ?
Tu n'as pas intérêt de te tromper quand on te dit d'injecter de l'adré ou de l'hypno, tu n'as pas intérêt de te tromper dans les doses et je me dis que pour avoir vue des nouvelles arrivées se tromper, dans des doses de curare et compagnie, je me dis que si moi ça m'arrivait, si j'avais été infirmière, et que ça m'arrivait, je serais au trente sixièmes dessous Pendant un mois, tu vas être près de nous, tu peux rencontrer des choses, il peut se passer plein de choses. En une journée, on peut avoir un début de journée calme et que ce soit Hiroshima deux heures après ; donc en un mois, tu imagines ce qui peut se passer quoi … donc je dis souvent « tu peux être confronté à des choses que tu n'as jamais vues et il ne faut pas hésiter quoi ». Il ne faut pas hésiter. Alors je ne dis pas … tu vas voir des morts, 6ème sens et compagnie ; je ne dis pas ça. J'essaye d'être diplomate dans la mesure du possible. On a pas du tout le même rôle auprès d'eux. On n'est pas celle qui leur apprend les choses techniques et dures, vers lesquelles elles vont avoir des difficultés. Tu vois, donc comment faire un pousse seringue technique, comment faire un pansement technique … on est le côté « maternel ». Tu vois, le côté relationnel, ce que je te disais tout à l'heure par rapport aux patients, on peut l'avoir aussi par rapport aux élèves. Nous, on n'a pas le côté méchant. Certaines, parce que je ne mets pas tout le monde dans le même panier. Donc si elles sont bien avec les aides-soignantes, si ça s'est bien passé, si effectivement … il y a plein de si … il y en a pas mal qui peuvent venir nous voir. Et puis je ne sais pas, on a –je parle pour moi mais-, des fois, et puis c'est peut-être le côté aussi le fait que les gamines qui souvent ont l'âge de mes enfants et je vois des fois qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Si la fille était souriante jusqu'à présent et puis que là je sens qu'elle se renferme, tu vois les larmes au bord des yeux … à un moment donné, tu vas la voir. Tu lui dis : tu peux venir voir, ça va ? comment tu te sens dans le stage ? tu as un souci ? Tu vois ? Face à une situation difficile, on en parle entre nous donc ça me paraît logique, si nous on essaye de désamorcer pour nous, ça me paraît logique de faire la même chose. Voilà, on ne va pas leur dire : vous êtes étudiants, débrouillez-vous ! En tout cas, c'est ce que je pense. Tu ne peux pas vivre des situations et ne pas en parler. Parce que, un moment donné, même si tu es quelqu'un de renfermé, d'autant plus si tu es quelqu'un de renfermé et que tu ne parles pas, à un moment donné, c'est cocotte-minute, ça pète. Et qu'est ce qui peut se passer à ce moment-là si tu ne parles pas, si tu ne désamorces pas de ce que tu peux ressentir, de ce que tu peux voir ? Laisse la liberté de parler : Parce que tu peux avoir toute la bonne volonté du monde pour désamorcer quelque chose, tu as des personnes qui sont fermées et qui, tu pourras être gentil, attentif et compagnie, si la personne en face n'a pas envie de te parler, elle ne te parlera pas. Elle te dira : oui, non, tout va bien. J'ai vraiment un plaisir à leur expliquer mon travail, à leur dire et bien voilà, on fait comme ça … et comme je leur dis, pour moi il faut que je sente que tu ais envie que je t'apprenne les choses. Si je ne te sens pas motivé, si ce que je te raconte te rentre par une oreille et ressort par l'autre, je ne vais pas ma motivation et mon envie de donner mon savoir. Si tu as l'œil vif et que je te sens motivé, je peux te montrer plein de truc car mon boulot ce n'est pas uniquement de laver des patients ; le rôle de l'aide-soignante en réa est quand même assez vaste et je dis : je peux te montrer des trucs quoi, je peux être là, je peux t'expliquer, on peut faire des choses super intéressantes.	

ANNEXE N°30
« Tableaux d'analyse - Entretien N°29 - Vanessa – Aide-Soignante »

Entretien N°29 - Vanessa AS - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :
La jeunesse : maintenant ils sortent tous de l'école, tous du bac, ils ne connaissent pas la notion du travail, ils sont pas professionnels quoi et par rapport à leurs âges, c'est pas la même génération que nous et du coup, c'est pas. Alors ça les met pas en défaut mais ça fait beaucoup pour eux, et moi je trouve que ce n'est pas simple	Un très grand service, beaucoup de personnel (environ 70), soins très techniques, souvent le premier de leur parcours car avant ils passent dans des services moins techniques, travail en 12 heures et eux en 7h donc ils changent souvent de référents, chaque infirmière a sa méthode de travail donc l'élève il est obligé un petit peu à s'adapter à chaque infirmière et en plus de ça d'intégrer les protocoles du service et la charge de stress qu'il a. C'est un univers un peu stressant, et ils sont de plus en plus jeunes ces élèves. Sans expérience professionnelle, Des tensions dans l'équipe infirmière Beaucoup de changements dans l'équipe infirmière, sans cesse des nouvelles à former, c'est lourd, et en plus y a l'encadrement On est resté sans cadre longtemps, ce n'était pas facile, l'étudiante était pas accueillie, elle ne se sentait pas attendue c'était lourd pour elle Ils arrivent on ne les attend pas forcément, on sait pas les horaires qu'ils font. On ne sait pas avec qui ils vont tourner, qui est les référents. Tout ça ça montre à l'élève qu'il est pas forcément attendu ou qu'on n'a pas envie même si c'est faussé. En tous cas, il peut avoir ce ressenti-là, tu vois.	Plus la charge de travail qu'ils ont à domicile, ils ont quand même leurs partiels, enfin ça dépend quand est ce qu'ils arrivent en stage mais ils peuvent avoir des évals, ils peuvent avoir des démarches cliniques à préparer. Alors tu dis, alors on leur demande d'être à fond dans un stage mais à côté, ils ont du travail perso à rendre à l'école ou du coup franchement, je trouve ça difficile.	Stress Pleurer Elle était bloquée et que ce n'était pas possibl pour elle Je l'ai vu se liquéfier et elle est devenue pâle blanche tout et tu voyais que les yeux étaien humides de chez humides, tu voyais qu'elle s mordait pour pas pleurer

	Et moi, je pense qu'avec le patient, la charge de travail et la lourdeur psychologique du service, pour moi, ça vient après. On leur demande trop.		

Entretien N° 29 - Vanessa AS - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience : **trauma ?** **Vulnérabilisation ?**	**Principes de la construction de la résilience** : **sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** : **Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N° 29 - Vanessa AS - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	Les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
		Je pense que si on arrivait déjà à les accueillir à enlever tous ces parasites autour, elles arriveraient à être plus investies dans la technique par elle-même et dans l'organisation du service Je leur dis bien, si y a quelque chose qui vous bouleverse, qui ne va pas, vous le dites bien, vous sortez. Enfin ne vous forcez pas à faire un soin qui vous tracasse car vous serez pas performant, ce sera pas pédagogique pour vous, vous apprendrez et nous on s'en rend pas compte par ce que je pense qu'on a la tête dans le guidon, tu vois. Ya quelque chose qui va être difficile à vivre pour un élève, on ne va peut-être pas le ressentir nous parce que, on a le travail à faire. Oui, ça nous touche, y a des choses difficiles mais on a notre expérience, notre vécu, tu vois qu'ils n'ont pas forcément non plus. Comme je te disais, ils n'ont pas, ils commencent leur vie professionnelle, ils sont jeunes, y en a qu'on vingt ans. J'dis pas qu'ils ne savent rien, mais au niveau vécu, on est pas dans la même démarche psychologiquement. Les IDE elles ont pas toutes le même, ne serait-ce que pour un matériel, on n'appelle pas tous le matériel du même nom. C'est ridicule mais par exemple, le respirateur, le raccord, on dit des fois, une girafe. Quand j'encadre, j'essaie de penser à leur dire attention, y a des choses y a plusieurs appellations. Donc si vous ne savez pas, demandez. Ne restez pas, parce que y en a une qui va dire amène moi le raccord et l'autre amène moi une girafe. Alors la pauvre élève au milieu va dire, mais je ne sais pas ce que c'est. Elle va se dire, je ne vais pas demander, j'ai l'air con, ça fait trois semaines que je suis dans le service, je ne sais pas ce que c'est une girafe alors qu'elle en a vu pendant tout son stage et qu'elle en a changé plein. Tu vois, c'est des trucs cons mais comme nous on n'a l'habitude, alors c'est des petits trucs mais petits trucs, plus petits trucs, plus petits trucs. Alors quand il se passe un truc, et que t'as besoin de l'élève parce qu'elle est là et que tu l'envoies chercher un truc en urgence et tu vas rester là-dessus.	

		Et ce médecin aime bien envoyer les élèves sur des compressions thoraciques, elle dit c'est le moment de les faire, rendez-vous compte de ce que c'est, vous avez beau faire sur des mannequins, c'est pas la même chose, en en fait, l'élève elle y a mal pris parce que déjà de vivre un arrêt c'était le premier, et ça on s'en est pas soucié, et le médecin lui dit, vas y mets des gants, et là, elle s'est sentie mal parce qu'elle avait pas envie, et elle s'est dit, si je dis non, je vais passer pour quoi. Après je lui ai dit, n'y vas pas. Enfin, tu vois c'est des choses auxquelles on n'aurait peut-être pas Je l'ai vu se liquéfier et elle est devenue pâle, blanche tout et tu voyais que les yeux étaient humides de chez humides, tu voyais qu'elle se mordait pour pas pleurer. Je lui ai dit, sors, n'y vas pas, enfin. Mais des fois on ne se rend pas compte Je pense pas qu'on recherche la perfection car nul ne l'est mais après c'est pas pour mal faire, mais je pense qu'il faut pas mettre la barre trop haute, ça reste des élèves.	

Entretien N° 29 - Vanessa AS - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	
Qui ?	**Caractéristiques ?**
Je leur dis bien, si y a quelque chose qui vous bouleverse, qui ne va pas, vous le dites bien, vous sortez. Enfin ne vous forcez pas à faire un soin qui vous tracasse car vous serez pas performant, ce sera pas pédagogique pour vous, vous apprendrez et nous on s'en rend pas compte par ce que je pense qu'on a la tête dans le guidon, tu vois. Ya quelque chose qui va être difficile à vivre pour un élève, on ne va peut-être pas le ressentir nous parce que, on a le travail à faire. Oui, ça nous touche, y a des choses difficiles mais on a notre expérience, notre vécu, tu vois qu'ils n'ont pas forcément non plus. Comme je te disais, ils n'ont pas, ils commencent leur vie professionnelle, ils sont jeunes, y en a qu'on vingt ans. J'dis pas qu'ils ne savent rien, mais au niveau vécu, on est pas dans la même démarche psychologiquement. Nous aussi, on craque on pleure, mais après coup. On n'a un peu plus de souplesse et on a un peu plus de temps. Ne serait-ce que sur les soins de base et de nursing, on n'a quand même que trois patients. Si on veut prendre une heure pour faire une toilette, on peut se prendre une heure. L'infirmière, elle a trois patients, mais ses soins sont beaucoup plus techniques et y a beaucoup plus de choses à faire. Donc, Il n'y a pas le même stress sur la prise en charge, je sais pas, si faut faire un pousse, parce que s'il faut faire un pousse rapidement parce que c'est un pousse d'amines, tu vois t'as pas le même enjeu déjà, pas le même stress qu'un soin de nursing qui est tout à fait important mais où nous on a beaucoup plus de temps pour le faire et on peut passer plus de temps avec l'élève.	

ANNEXE N°31
« Tableaux d'analyse - Entretien N°7 - Isabelle – Psychologue »

Entretien N°7- Isabelle-Psychologue - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :
C'était alcoolisme de son conjoint et violence. Mais du coup, les études avaient un fort enjeu parce qu'il avait cette idée de trouver une certaine indépendance financière. Donc il fallait aller au bout de ses études pour avoir son diplôme, pour avoir un métier, pour pouvoir vivre sans cet homme. Donc c'était très fortement investi. C'est toujours très... Il y avait violence, alcoolisme et violence, plus troubles alimentaires qui revenaient. Qui étaient apparus à l'adolescence, qui avaient disparu pendant un moment et qui revenaient à ce moment-là. Et entre autres, les études étaient fortement investies pour essayer de contrôler ça. Ben on va dire qu'elle rentre chez elle, au lieu de faire une crise et elle va faire ses devoirs, quoi. Elle va prendre ses notes, elle va tout surligner, tout nickel. Un hyper contrôle sur cet aspect-là de sa vie pour garder le contrôle, sur justement ce côté alimentaire qu'elle n'arrive pas à contrôler. Il y a toujours la problématique financière en arrière-plan quand même. C'est un statut précaire étudiant. C'est encore plus précaire pour les personnes qui sont, on va dire d'un certain âge. Ce n'est pas pareil à vingt ans qu'à trente ans. A vingt ans on vit dans une chambre étudiante on le supporte. A trente ans quand on a une famille, ce n'est pas possible. On a d'autres frais et cetera donc il y a d'autres enjeux, je pense. C'est les trois que j'avais en tête, trois bosseuses, qui	Qu'elle est aussi extrêmement compliquée à vivre parce qu'ils ont du mal, ce que j'ai comme retour, à trouver leur place. D'être étudiant, d'être considéré comme un infirmier par les patients, comment ils se positionnent par rapport à leurs collègues, et ça, ça les questionne beaucoup Il y avait souvent la difficulté d'être confronté soit à des problématiques qui leur sont personnelles, et du coup pas savoir, par exemple une patiente qui avait des troubles du comportement alimentaire et qui se retrouve confrontée à une patiente avec les mêmes problèmes qui, du coup, ça lui a fait miroir et qui a dû gérer. Soit aussi des situations de confrontation à la mort qui avaient été compliquées d'une étudiante dans un service de traumatologie. Je ne sais pas, je ne sais plus trop exactement mais un truc suite à des accidents, des choses assez lourdes qui s'était attachée, enfin voilà, à un patient et un jour, elle vient et elle l'a découvert mort dans son lit. Ce n'était pas facile à gérer pour elle. Une confrontation à la mort qui était difficile, qui la renvoyait, elle, à sa propre histoire aussi, par rapport à sa maman qui elle aussi était malade. Elle avait peur qu'elle meure, avec		Ce n'était pas facile à gérer pour elle. Ce qui était compliquée pour elle c'est qu'elle ne pleurait pas du tout. , elle avait des jours d'arrêt maladie, ça avait été, c'est allé loin. Elle avait vraiment eu un coup très dur Ça l'avait énormément bouleversée de se dire que voilà, d'un côté c'est de sa faute : elle ne travaille pas, elle est venue quand même. Elle l'a trouvée, elle n'aurait pas dû venir, peut-être qu'il ne serait pas mort. Un côté très culpabilisant en fin de compte. Un peu « pensée magique » : parce qu'elle a fait des choses qui n'était pas prévues qu'elle fasse, il s'est passé ça. Elle aurait dû respecter le fait qu'elle ne travaillait pas, tout ça. Et elle s'est effondrée sur place Ce n'est pas un traumatisme en tant que tel. C'est éventuellement la réactivation d'un traumatisme, ce qui est différent. C'est à dire qu'il y a un traumatisme ancien qui a été refoulé, enfin refoulé, enfin voilà, qui a été en tout cas, caché par plein de choses, par différents

étaient en manque de confiance en elles par rapport aux connaissances théoriques. Elle a vécu un traumatisme dans l'enfance. Elle ne venait pas pour ça à la base. Elle venait parce qu'elle n'arrivait pas à tomber enceinte. Et au fur et à mesure du travail, ce qui est ressorti, c'est qu'il y avait eu un traumatisme dans l'enfance. Elle a été violée, abusée à répétition par un père qu'elle n'avait jamais connu durant toute son enfance. Elle s'est battu toute son enfance pour le rencontrer et le jour de ces 15 ans, sa mère a dit : « d'accord, tu peux le rencontrer ». Et puis, il y a eu abus pendant un mois environ, parce qu'elle est partie en vacances avec lui pendant un mois. Et ça n'a pas été dit, il n'y a pas de mot qui a été mis dessus. Vraiment toute une situation victimale, dans tout ce qu'on peut, vraiment complète. C'est resté comme ça pendant des années en stand-by. Et alors, plusieurs choses ont réactivé ça : son désir d'avoir un enfant, oui je pense que ça a joué aussi, et puis, il y a ... Est-ce que c'est vraiment une situation ? Ce n'est pas une situation de stage en tant que telle mais c'est la position dans laquelle elle était en tant qu'étudiante qui devenait professionnelle. C'est à dire qu'elle voulait, elle, à la base, un rêve depuis toujours c'est être puéricultrice. Elle voulait s'occuper d'enfants. Ça vient faire écho à son désir d'enfant, ça vient faire écho à son traumatisme parce qu'elle a pensé être enceinte de son père, enfin voilà, c'est comme ça. Il y avait la pression de la famille qui se rajoutait. Elle s'est dit : « je vais être auxiliaire de puériculture parce que justement, il n'y a pas toutes ces années d'étude. ». Il y a une formation et on y va directement et au début, c'est ce qu'elle voulait faire. La pression familiale lui a dit : « Non, tu seras infirmière ». Voilà ! Elle avait cédé	vraiment une réactivation de toute cette peur de la mort pour l'autre. Et puis d'un deuil qui n'était pas fini de sa grand-mère aussi. Ça avait réactivé un peu tout ça. Elle a découvert le corps inanimé un jour, je crois où elle ne travaillait pas. En plus, je crois qu'elle était en repos ce jour-là. Elle est passée voir ses collègues pour une question ou une autre. Elle avait décidé d'aller voir cette personne. En effet, je pense qu'il y avait un lien qui s'était créé. Elle est rentrée et il était décédé. Donc forcément ; à partir du moment où on est dans la relation humaine, en plus une relation humaine pour l'infirmière et les éducs aussi qui est dans la souffrance. Parce que voilà quand on va voir une infirmière c'est qu'on est malade, c'est qu'il y a un traumatisme physique, c'est qu'on est dans une souffrance du corps et de l'esprit et/ou de l'esprit. Donc dans une situation qu'on rencontre aussi il y a toute cette souffrance-là. Moi je pense surtout que c'est ça qui va réactiver des choses qui nous appartient à nous qui se voit chez les infirmières et les éducs.		mécanismes de défense, il n'y a pas que le refoulement puis voilà, et qu'il y a peut-être un évènement dans leur pratique de stage qui va réactiver tout ça et qui va ressortir Donc on ne parle pas forcément de burnout quand ce sont des étudiants parce qu'il n'y a pas ce côté professionnel mais quand même on est dans une démarche déjà très… La patiente dont j'ai parlé tout à l'heure qui a découvert quelqu'un de mort, alors oui, on pourrait se poser la question du psycho traumatisme en effet. La question mérite d'être posée.

en se disant : « Au pire après, je pourrais être puéricultrice » Ce qu'on entend typiquement sur les étudiants en psycho, ce discours-là, typiquement. On dit souvent : « quand t'es en psycho, tu n'es pas là pour rien ». Oui en effet, je pense qu'il y a de la sensibilité. On ne va pas dans la relation humaine à outrance, comme ça peut être le cas-là, pour rien non plus. C'est qu'il y a quand même une sensibilité, une affinité, quelque chose. Après sur le côté venir résoudre, venir réparer, je trouve le terme pas forcément très adapté mais je n'en trouve pas d'autre			

Entretien N°7- Isabelle-Psychologue - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience :	**Principes de la construction de la résilience** :	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** :
trauma ? **Vulnérabilisation ?**	**sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N°7- Isabelle-Psychologue - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
		Mais elle aurait fait peut-être puéricultrice, peut être que ça aurait été une ressource suffisante pour elle pour être dans un principe de résilience et réussir, par ce biais-là, à surmonter ce traumatisme. Elle a une bulle dans laquelle elle se réfugie sans arrêt. Et au début de notre travail, dans sa bulle, elle y passait ... tout son temps. Tout le temps, elle était dans sa bulle. Après, elle est arrivée à s'en extirper, à trouver une réalité aussi, à s'approprier sa réalité aussi. Mais elle était tout le temps dans sa bulle, elle essayait sans arrêt de réparer des choses, d'imaginer qu'elle aurait pu être sa vie, comment ça pourrait se passer, son avenir et cetera, et elle se sentait bien que là-dedans. Très nursing mais qui ne lui convenait pas. Il n'y avait pas ce coté... Ce n'est pas les enfants. Elle faisait avec, elle avait compris ce concept de réalité où à un moment donné « voilà faut faire avec » Elle faisait bien avec, elle avait réussi à s'épanouir et à trouver sa place. Ça n'a pas été facile mais voilà. Ce qu'on entend typiquement sur les étudiants en psycho, ce discours-là, typiquement. On dit souvent : « quand t'es en psycho, tu n'es pas là pour rien ». Oui en effet, je pense qu'il y a de la	Elle a une bulle dans laquelle elle se réfugie sans arrêt. Et au début de notre travail, dans sa bulle, elle y passait ... tout son temps. Tout le temps, elle était dans sa bulle. Après, elle est arrivée à s'en extirper, à trouver une réalité aussi, à s'approprier sa réalité aussi. Mais elle était tout le temps dans sa bulle, elle essayait sans arrêt de réparer des choses, d'imaginer qu'elle aurait pu être sa vie, comment ça pourrait se passer, son avenir et cetera, et elle se sentait bien que là-dedans. Exactement. Elle voulait être ... le côté faire une piqure à un bébé, non quoi, non, non. C'est pour ça qu'elle n'a pas continué. Elle ne voulait pas du tout être là-dedans, surtout pas. Elle voulait changer les couches, remplacer sa mère qui n'avait pas été une mère bienveillante. C'est pour ça aussi qu'elle voulait devenir maman. C'est comme les pompiers ce genre de profession où à un moment donné ils sont aussi dans un positionnement professionnel qui va leur permettre de garder une certaine distance psychique, une certaine protection ou une certaine anticipation aussi, je pense que ça joue beaucoup énormément ça. Quand on fait ce métier, on sait qu'on va être confronté à la mort

		sensibilité. On ne va pas dans la relation humaine à outrance, comme ça peut être le cas-là, pour rien non plus. C'est qu'il y a quand même une sensibilité, une affinité, quelque chose. Après sur le côté venir résoudre, venir réparer, je trouve le terme pas forcément très adapté mais je n'en trouve pas d'autre C'est comme les pompiers ce genre de profession où à un moment donné ils sont aussi dans un positionnement professionnel qui va leur permettre de garder une certaine distance psychique, une certaine protection ou une certaine anticipation aussi, je pense que ça joue beaucoup énormément ça. Quand on fait ce métier, on sait qu'on va être confronté à la mort et le fait de visualiser, de comprendre ça, de pouvoir en parler en cours, avec des collègues, d'être dans cet apprentissage de la mort. Qu'est-ce que c'est ? Qu'est-ce que ça va me faire vivre d'être dans ce questionnement-là ? Je pense que ça permet aussi, et c'est essentiel dans la formation de pouvoir mieux gérer quand on est dans confronté à ça. Hyper investissement scolaire pour pallier le manque de confiance en soi.	et le fait de visualiser, de comprendre ça, de pouvoir en parler en cours, avec des collègues, d'être dans cet apprentissage de la mort. Qu'est-ce que c'est ? Qu'est-ce que ça va me faire vivre d'être dans ce questionnement-là ? Je pense que ça permet aussi, et c'est essentiel dans la formation de pouvoir mieux gérer quand on est dans confronté à ça.

Entretien N°7- Isabelle-Psychologue - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	

Qui ?	Caractéristiques ?

ANNEXE N°32
« Tableaux d'analyse - Entretien N°14 - Régine – Psychologue »

Entretien N°14 – Régine Psychologue - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :

Entretien N°14 – Régine Psychologue - d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience :	**Principes de la construction de la résilience** :	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** :
trauma ? **Vulnérabilisation ?**	**sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N°14 – Régine Psychologue - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	Les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
Dire dès l'instant où tu as ta famille, l'amour des tiens en toi, tu peux te déplacer dans le monde, tu ne seras jamais inquiet Une personnalité obsessionnelle : « il y a aussi les personnalités rigides, avec de bonnes défenses qui vont maintenir toute leur vie, un cadre mais surtout il va falloir qui soit dans un cadre très rigoureux, très organisé, c'est des gens au travail qui vont avoir 4 stylos, leur règle, leur crayon à papier dans la blouse tu vois, comme on en voit des fois dans les services entrain de ranger. Toujours t'arrive dans des services tu sais que c'est eux car tout est rangé, bon c'est aussi parce qu'ils ont une défense aussi, ils se protègent, ils se protègent et ils passent à travers le tunnel ou l'ouragan avec un bon parapluie quoi. »		Soit ils vont être collés à une copine, soit ils vont coller à une infirmière particulière, à leur référente, soit ils vont coller à une idée sur un prof donc un encadrant tu vois. Il faut qu'ils aient un membre repère et ils en trouvent Elles étaient toutes copines, la meilleure amie, elles en parlent beaucoup encore dans les entretiens donc Toute sa promotion s'est mise contre l'encadrement et on dit ce n'est pas possible, nous on a refait des stages on nous a jamais obligé au même lieu de stage, pourquoi elle, c'était presque un bouc émissaire quoi.	

Entretien N°14 – Régine Psychologue - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	
Qui ?	**Caractéristiques ?**

ANNEXE N°33
« Tableaux d'analyse - Entretien N°20 - Mylène – Psychologue »

Entretien N°20 - Mylène psychologue - Grille d'analyse 1 – La vulnérabilité en formation IDE

Facteurs de risque personnels	Facteurs de risque professionnels	Facteurs de risque à l'IFSI	Signes de Vulnérabilisation ou traumatisme :
Souvent c'est douloureux parce que ce n'est pas pour rien que l'on s'oriente vers ces études-là. Il y a la part singulière de chaque étudiant qui vient y chercher quelque chose. Qu'on n'y vient pas par hasard. Je ne pourrais pas dire ce que chaque étudiant vient y chercher, y trouver. Mais au point écoute, il est souvent question de cela. C'est-à-dire qu'à un moment donné ça revient un peu comme un boomerang, en pleine figure en stage de première, de deuxième ou de troisième année et c'est là où ça fait mal. A un moment donné, c'est questionner son désir soignant, pourquoi venir réparer des patients, des gens, pourquoi être dans cette démarche soignante et cela renvoie à la part la plus intime. En quoi cela fait écho dans leur histoire Remarqué qu'à peu près la moitié des étudiants viennent pour un problème lié à la formation et l'autre moitié pour des problèmes qu'ils considèrent comme des problèmes personnels, qui impactent leur quotidien, la formation, mais qui ne sont	Le désir de devenir infirmier, d'entrer en formation, ils se confrontent dès la première année à une réalité de terrain qui n'est pas évidente à aborder, à faire face et je pense que souvent ils sont, d'entrée de jeu, propulsés dans une réalité difficile, dans laquelle ils côtoient la souffrance, la douleur, la mort et du coup ils en sont « traversés ». Ils font l'expérience de leur position de sujet. Il y a l'aller-retour entre la vie subjective de l'étudiant, une réalité de terrain de stage, une orientation professionnelle avec des exigences, des attentes et du coup l'étudiant va être « brassé » un petit peu par tout ça. Ça se passe dans le corps avant l'intellect et du coup l'étudiant apprend, construit son identité professionnelle sa pratique professionnelle dans cette interaction-là. Ce que je trouve compliqué pour l'étudiant infirmier, c'est qu'il va arriver en stage avec au départ finalement très peu de bagages, si ce n'est personnels, quelques repères mais très flous. Du côté des patients, certes ils ont une blouse d'étudiant, mais on attend des compétences professionnelles et le patient regarde l'étudiant comme un professionnel, un professionnel en devenir mais un professionnel. Et jouer sur tous ces tableaux ce n'est pas simple, quand on a 18	La période de formation en générale : qu'il y a un vrai travail de souplesse psychique parce que l'on va se confronter à des théories, à des approches, à des choses qui nous sont parfois tout à fait étrangères et je trouve que c'est une période de changement psychique, d'évolution, de vitalité, où les mécanismes de défense volent parfois en éclats, d'où les symptômes que l'on voit apparaître, où les choses se déplacent, se transforment, s'élaborent. On est du côté de la pulsion, de la création, du mouvement, de la subjectivation et je trouve que c'est une période au niveau psychique très dynamique où les choses se dénouent aussi parce que l'on rencontre des professionnels, pour les infirmiers en plus, des professionnels du soin. Après le suicide d'un collègue de promotion : Il y avait beaucoup d'étonnement, d'incompréhension. Il y a deux étudiantes qui sont venues au point écoute pour en reparler avec moi. Des étudiantes plus âgées, qui étaient très sensibles à ce qui s'était passé pour cet étudiant. Qui avaient eu une proximité avec lui, une fonction un peu maternelle et elles ont eu le sentiment de ne pas avoir perçu, d'être passées à côté	Douloureux C'est un stress. En tout cas il y a souvent un symptôme ou un évènement déclencheur. C'est le point de départ Une angoisse Qu'il y a des étudiants qui ne vont pas bien et même qui vont décompenser L'une des étudiantes a commencé à se sentir très mal, à faire des grosses crises d'angoisse etc. Le groupe, car il y a aussi la dynamique du groupe lorsque l'on est à l'étranger, le groupe s'est divisé, il y a eu de grosses tensions dans le groupe et l'étudiante est revenue dans un état d'angoisse maximal, à se questionner sur la poursuite de la formation et elle a repris cette expérience de stage avec moi. Elle a été en arrêt maladie durant un moment. Donc on a repris cette expérience de stage. Il y avait des éléments assez traumatiques parce qu'il y avait de la violence, des confrontations au soin qui étaient vraiment compliquées, un sentiment d'injustice, de la colère et de la peur

pas des problèmes directement liés Combiner la vie familiale car il y aussi beaucoup d'étudiants qui font une reprise de formation, qui ont des enfants et je pense qu'il y a des évolutions dans la vie familiale qui font que ça se brise, que ça évolue et ce sont des choses à accompagner aussi. Cette part de vulnérabilité qui est liée à la situation de formation, de ce parcours-là, va faire que parfois un évènement va faire traumatisme dans l'actuel. Mais si on renvoie à ce qu'est le traumatisme, l'actuel réveille les traumatismes passés. Moi ce que je perçois pour les étudiants qui passent cette porte-là, très souvent ils ont des histoires très compliquées. Dans cette population d'étudiants infirmiers, beaucoup ont des parcours de vie qui sont très compliqués à 18 ans ou 30 ans.	ans par exemple Puis trois ans de formation c'est long, un engagement important avec des horaires pas simples		aussi. Elle s'est sentie menacée à plusieurs reprises dans son intégrité physique et psychique. Donc ça a pris une tournure très difficile. Alors il s'est trouvé qu'elle avait un traitement anti palu qu'elle ne supportait pas. Et je pense que cela a contribué. On était très proche d'une bouffée délirante avec des éléments paranoïaques Ils étaient logés dans la brousse et avaient envie quand même de sortir et d'en profiter un petit peu. Et je crois qu'elles ont été poursuivies, agressées et cela prend tout de suite une tournure compliquée quand on ne possède pas la langue. Il y avait cette position de vulnérabilité, la peur dans un endroit inconnu, le noir, des chiens qui hurlent, qui agressent, les coupes coupes Elle avait tous les syndromes de stress post-traumatique. Elle ne dormait plus, n'arrivait plus à manger, ne sortait plus de chez elle. Elle était apeurée. . Il y a deux ans un étudiant s'est suicidé

Entretien N°20 - Mylène psychologue - Grille d'analyse 2 – L'entrée en résilience

Conditions pour qu'il y ait résilience :	**Principes de la construction de la résilience** :	**Emergence et mesure de l'entrée en résilience** :
trauma ? **Vulnérabilisation ?**	**sentiment d'avoir une sécurité interne** **l'estime de soi** **sentiment de sa propre efficacité**	**Phase de protection / Phase élaborative** **Les critères internes / Les critères externes**

Entretien N°20 - Mylène psychologue - Grille d'analyse 3 – Le processus de résilience

Facteurs de protection Individuels	Facteurs de protection familiaux	Les facteurs de protection extrafamiliaux	Les mécanismes de défense
		Il y a des personnes vers qui se raccrocher. On sort de la cellule familiale, du lycée ou des collègues de travail mais dans un milieu très fermé et là, il y a une grande ouverture possible. Si l'on pense personnellement, chacun, à son parcours de formation, de vie, on ne va pas tous voir des psys on est bien d'accord. Et ce n'est pas utile. On a tous en tête un prof de lycée, de fac, un professionnel auquel on va s'identifier, et bien ça va se passer avec ces personnes-là. Parce qu'il y a aussi cette souplesse, dans cette formation, de rencontre avec les professionnels. Donc parfois c'est sur le terrain. Beaucoup vont vers les personnes avec qui le courant passe.	

Entretien N°20 - Mylène psychologue - Grille d'analyse 4 – Les tuteurs de résilience	
Qui ?	**Caractéristiques ?**
	Ils laissent à l'autre la liberté de parler ou de se taire Plateforme internet, ou sur le tableau déroulant à l'entrée, ou en consultant les flyers. Donc ils peuvent m'envoyer un mail. C'est la façon la plus pratique et la plus classique. Parfois ils m'interpellent dans les couloirs. Je suis relativement présente dans la structure avec les séances d'analyse de la pratique. Ils m'interpellent soit après une séance d'analyse de la pratique, soit quand ils me croisent, ou parce que ma porte est ouverte. Lorsque je ne suis pas en entretien, ma porte est ouverte donc ils peuvent entrer. Parfois ils viennent avec un formateur parce que c'est difficile et que le formateur Je pense que ce sont des personnes qui se sentent investies de ce rôle de guidance aussi. Qui ne vont pas être seulement sur de l'enseignement pédagogique et qui vont faire attention à ce qui se passe du côté de l'étudiant. Alors c'est vrai que dans la formation infirmière il y a beaucoup de temps prévu en individuel sur certains travaux. J'ai l'impression que la porte des formateurs est souvent ouverte et que ceux qui le souhaitent la franchissent. Je pense que ce sont des formateurs qui vont regarder l'étudiant et être à l'écoute. Et qui ne vont pas avoir peur. Parce que cette place de formateur est quand même très compliquée sur cette position ambigüe d'être à la fois formateur, évaluateur. C'est compliqué et à la fois sur le temps de la formation, les étudiants, dans un premier temps, vont se livrer à eux. Il y a des choses qu'ils vont pouvoir travailler avec l'étudiant et des choses qu'il va falloir stopper, réorienter Faire du soin. Ici, sur un autre espace qui n'interfère pas trop avec la dimension pédagogique du suivi. Et je trouve que c'est risqué d'y aller, de trouver son cadre interne, pour le formateur, pour savoir jusqu'où il va, se sentir parfois débordé et que fait-on une fois qu'on est débordé ? Est-ce qu'on refile à quelqu'un d'autre ou est-ce qu'on prend ce qu'il y a et on fait avec. Voilà je trouve que ce travail de formateur est assez complexe et ils n'ont pas toujours beaucoup d'outils pour accompagner l'étudiant

ANNEXE N°34
« Analyse thématique »

Légende
ESI : étudiants en soins infirmiers CDF : Cadre de santé formatrices Dir : Directeurs CSP : cadre de santé de proximité en unité de soins IDE : infirmières AS : Aides-soignants Psycho : Psychologues
APP : analyse de pratique professionnelle

Tableau 1

Tableau : les symptômes témoignant d'une vulnérabilisation

Pleurs	CDF	Catherine : « « elle a beaucoup pleuré. Elle pleurait tous les jours durant ce stage et elle a beaucoup pleuré lors de l'analyse de pratique professionnelle. Elle y mettait trop d'investissement. » Elisa : « blessure », « en pleurs »
	Dir	Ahmed : « Des pleurs » Paule « des pleurs » Sylvie : « elle pleurait »
	CSP	Laurène : « débordés par les émotions qui se mettent à pleurer et qui déversent leur pleurs ». Hélène : « des pleurs »
	IDE	Maeva : « stress, de l'angoisse ». Elle voit des « étudiants touchés, certains ont pleuré ». Elodie : « je suis rentrée j'ai pleuré »
	AS	Vanessa : « je l'ai vu se liquéfier et elle est devenue pâle, blanche, tu voyais que les yeux étaient humides. Tu voyais qu'elle se mordait pour pas pleurer. »
Baisse des résultats scolaires	CDF	Catherine : « rupture dans leur progression scolaire » avec des « signes » qui « pourraient perturber leur apprentissage »
	Dir	Sylvie : ça a « généré du stress » et est venu « bloquer la formation » ; « un grand nombre d'UE à rattraper »
	IDE	Maeva : « des étudiants qui n'arrivent pas à apprendre »
Troubles du sommeil	ESI	Martin : « je dormais très mal » ; « j'avais des difficultés d'endormissement. Parce que je n'arrêtais pas d'y penser et je dormais très mal. » Sophie : « je n'arrivais pas à dormir »
	CDF	Catherine : « « il fallait pouvoir me dévisser la tête avant d'aller me coucher » ; « Je ruminais, j'allais me coucher très tard ».
Mal-être	ESI	Martin : « On est dépité. On rentre mal » Marine : « ça me perturbe » ; » « Je me suis sentie très mal »
	CDF	Catherine : « submergé » : « elle était inondée sur le plan émotionnel » Elisa : « émotionnellement ça peut être... bousculant » ; « il y a une vulnérabilité de l'étudiant »

		Maria : « « avec ce que vit le patient, ils sont parfois complètement submergés »
	Dir	Dominique : « Aller très mal à certains moments » Ahmed : « Etre éteint » Paule : « décontenancé face à la violence » Sylvie : « l'étudiante a été très mal pendant une bonne quinzaine de jours à son retour de stage. Sur la période où elle était ici, en cours » « la formation infirmière est quand même bouleversante » peu importe l'âge, « qu'on soit jeune ou moins jeune » : « c'est extrêmement bouleversant »
	IDE	Fatia : « submergée » Aline « très compliquée » « très difficile" » Elodie : « Mal vécu », « vécu assez difficile » » « très perturbée par la vue de cette patiente anorexique » ; « Celle-là ça l'a perturbé, elle l'a dit »
	Psycho	Isabelle : « un coup très dur »
Culpabilité	ESI	Martin : « On se dit qu'on a plus fait souffrir la patiente » « pourquoi t'as fait ça, je n'ai pas arrêté d'y repensé. » Latifa : « j'aurais dû le faire » Sophie : « « culpabilisée » face à cette patiente du même âge qui est handicapée.
	CDF	Elisa : « « se dénigrait » ; « une culpabilité, une remise en question totale »
	Psycho	Isabelle : « Un côté très culpabilisant en fin de compte. […] Et elle s'est effondrée sur place ».
L'angoisse	ESI	Martin : ça m'a pesé durant la nuit », « J'allais en stage la boule au ventre. C'est vraiment un stage où je n'avais plus envie d'aller, j'y pensais tout le temps » Sophie : « De l'angoisse permanente. Oui, tout le temps penser aux mêmes choses, en me levant, en me couchant » ; « on rumine toute la journée. Je n'étais plus du tout en phase avec moi, ce que je voulais et ce que je pensais et, du coup, ça me trottait dans la tête et des coups d'angoisse. Des moments ça me prenait et j'avais chaud d'un coup, j'avais le cœur qui tapait ». Marine : « l'angoisse » une boule dans la gorge […] la bouche sèche […] une boule dans le ventre […] je ne pouvais ni manger ni avaler ; je pense que ma tension était à 21 » « je ne pensais qu'à ça » ; « je ressassais les paroles dites par les autres, mes paroles à moi, je me suis refait la scène 30 fois dans la matinée »
	CDF	Catherine : « «je ruminais » Françoise : « après 3 jours de stage, crise d'angoisse » ; « Il a appelé ma collègue, crise d'angoisse « je n'y arrive pas » Elisa : « « penser à ça tout le temps » « « elle a mis des mois à ne plus penser vraiment à, enfin à pouvoir refouler » Maria : « « tachycardie, fuite d'idées, sueurs » ; « se sentir mal ça peut même aller jusqu'au malaise vagal » ; « stress »
	CSP	Laurène : « angoisse dans notre unité » Angélique : « c'était des crises d'angoisses » Hélène : « boule au ventre »
	IDE	Aline : « elle se grattait les mains et plus ça allait dans le stage, plus ses mains, était vraiment […] elle avait des plaies. Donc on s'est dit vraiment là y a un truc qui l'envahit ». « Ça va ? Elle disait oui mais son corps disait non » Maeva : « stress, de l'angoisse ».

Perte d'estime de soi	AS	Vanessa : « stress »
	CDF	Elisa : « se dénigrait » ; « perte d'estime de soi »
	Dir	Dominique : « Perte de confiance en soi très importante » Sylvie « Elle a mis en doute ses compétences »
Colère	ESI	Marine : « de la colère » ; « frustrée »
	CDF	Catherine : « plus tendue en permanence, avec tout le temps une colère contre un système, et puis une colère contre mon choix professionnel ». Elisa : « en colère »
Une perte de confiance en l'avenir	ESI	Martin « je me suis beaucoup posé la question : est-ce que je continue ou pas ? » « Je ne rumine pas énormément d'habitude. Mais là c'était différent c'était par rapport à mon avenir professionnel. »
	CDF	Catherine : « dans un tunnel […] elle transmettait une vraie tristesse, une démotivation » et « elle ne voyait plus l'avenir. » ; « « jamais tu vas pouvoir y travailler encore 20 ans, tu vas y laisser ta peau ». Elisa : « désespérée » Maria : « l'étudiant qui n'y croit plus » ou le « risque à l'avenir […] c'est qu'après en tant que soignant, ils soient plus dans une posture où l'objectif c'est de survivre ».
	Dir	Paule : « l'envie d'abandonner la formation » ; « la seule solution sera d'abandonner »
Perte de confiance en l'autre	Dir	Sylvie : Je pense qu'il y avait aussi quelque chose de l'ordre de la confiance qu'elle avait mise dans cette équipe et qui d'un coup s'écroulait un peu ».
La parole bloquée	ESI	Latifa : elle n'a « pas osé » en parler à la soignante ; « je prenais sur moi » ; « je m'interdisais d'en parler » ; « le sentiment de honte de pleurer face à quelque chose ».
	CDF	Patricia : « des étudiants qui peuvent être effondrés sur le plan psychique, qui pleurent, qui veulent venir nous voir, des étudiants qui ne peuvent pas en parler avec l'équipe de soins, parfois même avec nous, ils peuvent tarder à nous en parler. Ils peuvent être repliés sur eux-mêmes, ne donnent pas de nouvelles, qu'on doit solliciter beaucoup ».
	Dir	Ahmed : « n'ont plus envie de parler. Qui n'ont même plus envie de parler de leur histoire »
	CSP	Hélène : « de la sidération »
	AS	Vanessa : « elle était bloquée »
Alcool	CDF	Françoise : « tu voyais que sa façon de boire n'était pas en lien […] c'était thérapeutique. On sentait que ça n'était pas festif. »
Peur	ESI	Martin « J'ai ressenti de la peur »

	CSP	Laurène : « terrorisée » ; « vécu violent » « hyper violent » Angélique « peur » « dans l'effroi » « ça l'a fait souffrir terriblement », « elle est venue très vite en me disant "j'ai très peur, je n'y arrive pas, il faut que je parte" ». « Je ne suis pas sûre de pouvoir rester, ce n'est pas possible, j'ai trop peur »
Syndrome dépressif	Dir	Dominique : « Déni, fuite et parfois des syndromes beaucoup plus dépressifs »
Maladie psychiatriques	CSP	Angélique : « la décompensation schizophrénique » d'une étudiant. « La vache ! » dit-elle, en précisant que « c'était le premier stage en psy qui l'avait fait décompenser ».
Burnout verbalisé par les interviewé	ESI	Latifa : « mini burnout » ; « vécu une fin de stage émotionnellement difficile au point de devoir se mettre en arrêt de travail […] J'en pouvais plus, il fallait que je parte » ; « c'était trop ». Elle s'est dite « fatiguée tout le temps », avec « de la fatigue physique et de la fatigue psychologiquement ». « J'étais en colère […] Je devenais irritable […] C'était de la tristesse et de la fatigue. ». Elle dit même qu'elle aurait pu se mettre en danger : « ça aurait pu me mettre en danger. J'étais tellement irritable que ça aurait pu me mettre en danger, ne serait-ce que sur la route, des choses comme ça. ». Sophie : « pression », et dit que « c'était trop ». « J'ai complètement craqué : j'ai lâché le truc, j'ai complètement lâché. Je me suis dit que j'allais arrêter. En plus je n'osais pas en parler, enfin ça m'a complètement changé la vision des choses » ; « Au bout d'un moment je me suis dit « c'est bon », j'ai lâché l'affaire. Je ne suis plus allée en stage. J'ai lâché le stage sans prévenir personne. » ; « j'ai fui. Je n'ai rien dit à personne, j'ai pris mes affaires et je suis partie trois jours. Je suis partie ».
	CDF	Catherine : Les microtraumatismes du quotidien étaient bien présents par des odeurs qu'elle ne supportait plus et vivait comme agressante : « Quand j'entrais dans le service de dialyse, l'odeur du dialysa me donnait envie de vomir. L'haleine des patients le matin à jeun me répugnais. Après tu fais comme si de rien était mais c'est dur à force ». Elle illustre la spirale dans laquelle se trouve un soignant confronté à l'épuisement professionnel. D'abord en essayant de se réfugier dans l'activité, elle ne semble plus avoir pris de plaisir à travailler : « Tu vas essayer de trouver des satisfactions : un temps avec une famille, un temps privilégié avec un patient. Mais la satisfaction ne dure pas. Le reste prend tellement de la place que du coup tu ne vois même plus ce qui va bien. » Elisa : Elle a eu ce sentiment décrit dans le burnout de perte d'humanité et elle a souffert de cela : « on était plus des humains qui s'occupions d'autres humains. On était dans un autre monde où il y avait un corps objet »
	Dir	Ahmed : « « j'en suis arrivé à un point, voilà. Il faut que je m'en aille. Il faut que je m'en aille pour oublier tout ce qui s'est passé » Paule : « dans leur tête la seule solution sera d'arrêter » « « incapacité à gérer le stress, à rebondir, à réfléchir » Sylvie « Elle s'est retrouvée en situation de « stress maximum, elle s'est arrêtée ».
	Psycho	Régine : « pré burnout car « les étudiantes n'ont pas été hospitalisées ».
Burnout	ESI	Latifa « j'ai été en arrêt la fin de mon stage »

suggéré par des témoignages d'épuisement, de fatigue ou d'arrêts de travail	CDF	Patricia : « « épuise », qu'il ressente beaucoup de « fatigue ». « Elle s'était mise en arrêt maladie pendant le stage ».
	Dir	Ahmed : « cumuler « beaucoup d'absences » Paule : « se mettre en arrêt maladie » Sylvie : « « stress maximum » et « elle s'est arrêtée ». Une autre s'est arrêtée « parce que la seule solution qu'elle voit, c'est la fuite et que la fuite. Ça peut être l'arrêt de travail et l'arrêt du stage ».
	CSP	Marie : Marie dit que les étudiants peuvent « être dégoutés du métier ». Elle a cité un exemple où l'étudiant n'est plus « venu du jour au lendemain. Il avait arrêté ».
	IDE	Fatia : Elle décrit chez certains le fait de se sentir « submergés » pouvant se manifester par des « arrêts » maladie ou de stage.
	Psycho	Isabelle : « Elle parle plusieurs fois d' « arrêts maladie » »
Syndrome de stress post-traumatique	ESI	Manon : « J'étais vraiment très angoissée, même chez moi ou dans la rue ». Elle a été mal au point de devoir prendre une médication : « J'ai pris des anxiolytiques. C'est resté très ponctuel. Cela fait du bien d'apaiser les angoisses. » Les symptômes tels que les reviviscences ou les cauchemars qu'elle a manifestés ont mis longtemps avant de disparaître : « J'ai cauchemardé longtemps » ; « j'ai mis quasiment un an avant de m'en remettre, à ressortir normalement, à ne pas avoir peur dans la rue, à ne plus faire de cauchemars, à accepter que j'étais victime ». Ce trauma est venu réactivé un ancien traumatisme vécu en Afrique : « d'avoir de nouveau des séquelles physiques après l'agression en stage, ça m'a rappelé des mauvais souvenirs. Ce sont deux situations auxquelles je ne me suis pas attendue ». Il semble qu'elle en garde une émotion très forte car elle pleure très souvent lors de l'entretien et nous a transmis beaucoup de tristesse : « J'ai encore du mal à en parler mais je prends le positif de la situation. (Pleurs) Ce sont des choses qui sont toujours là ». Elle avoue garder une angoisse générale dans sa vie de tous les jours : « D'un côté je suis très angoissée, cela me fait remonter plein de choses que je n'arrive pas toujours à analyser ». Sophie : un sentiment de dépersonnalisation : « « déboussolée », « pas » elle-même « à 100% », elle dit même « je ne pensais pas que j'aurais réagi une fois comme ça ».
	CDS	Elisa : « je pense que ça c'est du vrai traumatisme » « c'était oui, pour moi, du gros traumatisme, mais du traumatisme, oui, de l'atteinte, à cette personne quoi, de la violence, de l'atteinte à sa personne. ». Reviviscence : « Les reviviscences sont allés jusqu'à transposer la situation sur son propre grand-père et à imaginer éveillée ce que cela pouvait lui faire. Elle disait par exemple « je pouvais imaginer que ce soit mon grand-père qui à un moment pourrait être dans ce type de situation. Quelqu'un allait s'entrainer à faire du massage cardiaque alors qu'il était mort. Donc à le dénuder ». Maria : « j'y vais (en stage) mais de toute façon, voilà, j'ai perdu, y'a quelque chose qui est, qui s'est cassé. J'y vais mais je vais subir un peu les choses, comme ils disent je vais mettre le point dans la poche tout le temps, je vais me fondre dans la masse, je vais jouer au caméléon »
	Dir	Dominique : syndrome de répétition : « Ils évoquent même certains comportements à risque ou d'échec durant la formation comme des signes de répétition de traumatisme : « des échecs qu'ils analysent puis ils recommencent

		dans un autre stage, et puis ça se poursuit. A un certain moment ils n'arrivent plus à dépasser cette crise et c'est traumatisant dans le sens où il y a une image négative d'eux-mêmes qui persiste voire qui s'enkyste » ; « se mettre dans des situations un peu d'échec parfois. Un autre étudiant, qui sait qu'une personne à telle dose de médicament, voit qu'il va lui distribuer 10 fois la dose mais se dit que si c'est comme ça c'est que ça doit être comme ça. Les clignotants ne sont plus efficaces. La route est dangereuse mais au lieu de ralentir j'accélère ». Ahmed : « On peut avoir des gens qui vivent ce traumatisme qui vont complètement les éteindre, qui vont être des étudiants qui sont éteints au niveau de leur vie étudiante. Qui seront éteints par rapport aux autres et qui vous diront un jour, je n'ai pas ma place. Oui, on en a eu des étudiants comme ça, qui ont réellement été traumatisés par la manière dont on les a accompagnés ». Paule : « réels traumatisme de stage » avec des souvenirs douloureux qu'on pourra garder toute une vie ; Sylvie ça a « généré du stress » et est venu « bloquer la formation ».
	CSP	Angélique : « dans l'effroi », « c'était des crises d'angoisses, elle racontait qu'elle en rêvait la nuit, qu'elle se réveillait, qu'elle cauchemardait, elle avait l'impression de ne pas pouvoir se sortir du boulot donc des vraies manifestations d'angoisses mais une vraie angoisse, ça envahissait par rapport à sa vie perso ». Elle réutilise encore ensuite ce terme d'angoisse et vient même à parler de « terreur ».
	IDE	Fatia : « traumatisme » et d' « étudiants traumatisés »

Tableau 2 : Les facteurs de protection individuels

La Personnalité : solide, mature, avec de bonnes capacités intellectuelles et de remis en question	CDF	Patricia : « beaucoup de maturité » ou ayant « une posture déjà bien mature » pour ses « 23 ans ». Elle les décrits comme « solides à l'intérieur ». Françoise : « les bonnes capacités intellectuelles […] confronté à difficultés égales, l'étudiant brillant réagit bien » ; « des jeunes qui ont des capacités intellectuelles, c'est-à-dire de mise en lien [...] des capacités à prendre du recul »
	Dir	Paule : « « l'estime de soi, ou la confiance en soi, ou en tout cas un bien être, équilibre psychologique et physique » Marie-Françoise : « L'engagement, être acteur de sa formation » Hélène : « « la personne, la personnalité, le psychisme de chacun » ; « la personne elle-même donc tout ce qui s'est passé dans son enfance, tout, tout son équilibre ».

Tableau 3 : Les facteurs de protection relié à l'environnement familial ou affectif

La famille La copine / le copain	ESI	Martin : « j'en parle souvent à a copine qui n'est pas du milieu infirmier, c'est important » Latifa : « je suis allée dans ma famille, j'ai vu des personnes. En plus j'avais

		ma belle-sœur qui avait accouché le samedi, donc ça m'a permis de voir mes neveux. Donc voilà j'avais besoin … ». Manon : « Mes proches ont aussi joué un rôle important. Mon compagnon est aussi infirmier. Il connait la réalité du terrain, il sait de quoi l'on parle. Mon père est policier donc la violence envers les services publics il connait. […] Ma sœur qui est du métier et qui était déjà diplômée a été très présente et elle m'a comprise ».
	IDE	Fatia : « On a des enfants tout petits, quand on rentre chez nous on a envie de serrer nos enfants très fort dans nos bras. On fait des transferts en tant que professionnel, donc on ne peut pas leur en vouloir aux étudiants. »
	Psycho	Régine : « dès l'instant où tu as ta famille, l'amour des tiens en toi, tu peux te déplacer dans le monde, tu ne seras jamais inquiet ».

Tableau 4 : Les facteurs de protection environnementaux

Un encadrement bienveillant	ESI	Martin : « « Un soignant s'est rendu compte de (son mal être durant la contention de la vieille dame) et m'a expliqué à haute voix : « fait comme ça, comme ça, et comme ça » (L'étudiant mime le geste d'attacher une sangle de contention autour d'un membre pour l'attacher au lit) ; « les aides-soignantes nous couvent » Latifa : « « J'ai demandé : est ce que moi je peux me mettre à l'écart parce que moi elle me fait peur ? Ils ont compris, et du coup ils m'ont dit Il n'y a pas de souci, si tu veux on en reparle après »
	Dir	Marie-Françoise : « sous ce regard positif ils sont capables d'y arriver ». On voit acquérir cette confiance dans l'accompagnement. Ils vont prendre des responsabilités, ils vont se prouver qu'ils sont capables de le faire, ils vont bien réussir ».
	CSP	Marie : « comme elle ne parlait pas j'ai essayé de lui lancer des perches je lui ai dit « est-ce que ça se passe mal ? », enfin « comment ça se passe ? » « Est-ce que vous avez des difficultés ? vous pouvez m'en parler ; Est-ce que vous voulez qu'on fasse différemment ? ». Stéphanie : « J'accueille quelques jours avant pour lui présenter le service et qu'il ait le temps de formaliser quelques questions, ou se poser des réflexions, justement avant d'arriver, qu'il n'ait pas l'appréhension de venir en stage 10 jours après. Qu'il soit serein quand il arrive sur son lieu de stage ». Laurène : « évoque les difficultés rencontrées en général en psychiatrie lors de l'entretien d'accueil durant environ ¾ d'heure ». Hélène lors de l'entretien d'accueil : « je dis toujours aux étudiants que s'il se passe quoi que ce soit, je veux qu'ils viennent me voir. Je ne veux pas qu'ils subissent leur stage même si ce n'est pas de la maltraitance forcément, sans aller trop loin. Mais voilà, s'ils ne se sentent pas bien en stage, si cela ne va pas bien en stage, ils ont une tutrice que je nomme à chaque fois, mais il y a peut-être des choses qu'ils ne peuvent pas partager avec elle, si la difficulté vient d'elle ou… je leur dis de venir me voir, on en parle ». Francine : « Avant le début du stage, quand je les vois en entretien, c'est quelque chose dont je parle (ce qui peut choquer comme la mort, la vieillesse…) avec l'objectif, déjà de les rassurer »

	IDE	Fatia : « Il faut être organisé. Le groupe d'encadrement c'est d'emblée dire ce que l'on va faire et comment on va l'accueillir ». Aline : « Dans un premier temps, l'équipe fait en sorte d'organiser le stage pour que les étudiants soient bien accueillis et préparés le plus possible à la confrontation avec les patients violents ». L'encadrement est « rapproché et organisé » Maeva : « on peut avoir un étudiant qui est plein de bonne volonté. On sent qu'il a envie d'apprendre, mais qu'il n'y arrive pas ou qui se sent en difficulté. On va adapter son stage » ; « un étudiant a dit « c'est la première fois que je vois un patient décédé, je ne peux pas rentrer dans la chambre, pour le déséquiper. On comprend parfaitement, jamais, jamais on obligera un étudiant à rentrer dans une chambre de quelqu'un qui est en train de décéder ou mort ».
	AS	Sabrina : « très attentifs à eux » ; « s'il y a quelque chose qui te choque dans la réanimation, c'est à dire une situation quelle qu'elle soit, tu ne pars pas chez toi sans en avoir parlé avec quelqu'un ». Vanessa : « je leur dis bien, si y a quelque chose qui vous bouleverse, qui ne va pas, vous le dites bien, vous sortez. Enfin ne vous forcez pas à faire un soin qui vous tracasse car vous serez pas performant, ce ne sera pas pédagogique pour vous ».
La bienveillance signifie aussi de poser le cadre	ESI	Sophie : « Sur le coup j'étais très énervée et j'étais butée et je me suis dit que de toute façon on voulait me foutre dehors, et quand j'ai réfléchi, ils m'ont sauvé ma place. Je ne serais pas là si on ne m'avait pas défendue un minimum. L'intérêt des formateurs est très important, du coup quand ça ne va pas, je sais vers qui me tourner. Maintenant je sais qu'ils sont ouverts à la discussion, je sais qu'il est possible de parler ».
	Dir	Sylvie : lorsqu'une étudiante a été bouleverser de voir un infirmier maltraiter une dame : « Le cadre supérieur a déclenché la procédure habituelle d'analyse et de gestion de cette situation. Elle a été accompagner par l'IFSI et revue pour « repositionner les choses avec elle »
La réussite scolaire est assimilée à la compréhension	ESI	Martin « De m'expliquer calmement et gentiment, j'y suis arrivé » « J'ai à peu près réussi ». Latifa : « « ça nous permet vraiment d'avancer dans notre cheminement dans notre posture ». « Après on s'est isolé, on en a parlé et justement ils m'ont bien expliqué, on a repris les choses. Et ça c'était quelque chose qui était possible et l'équipe était prête à faire ça en tout cas. » Sophie : « La seule chose que je savais vraiment c'est que je voulais faire ce boulot, qu'il ne fallait pas que je lâche l'affaire […] Et je me suis remis dans mes cours tout le mois d'août et après j'ai trouvé un boulot en tant qu'ASH dans une maison de retraite. C'est comme ça que je me suis remis dedans en fait et je suis revenue en septembre ».
	CDF	Elisa : Des mois après qu'on l'a forcé à réanimer un mort pour « s'entrainer à masser », une étudiante a réussi à mettre un sens humain à une expérience qui a été horrible pour elle : « je comprends bien qu'on m'a fait faire ça par apprentissage, les gens qui étaient en face de moi, ne pensaient qu'à leur mission de m'apprendre quelque chose ». Patricia : « des apprentissages pour trouver des éléments leur permettant de faire face aux difficultés comme en unité d'enseignement sur les soins relationnels, mes collègues leur font faire des jeux de rôles, les font

		travailler sur certaines situations ».
	CSP	Hélène : « un médecin a pu traumatiser une petite étudiante, l'équipe a été ressource. En fait, on a beaucoup discuté avec elle, parce qu'en plus c'était une première année, pour qu'elle comprenne que ce n'était pas contre sa personne mais que c'était la situation qui avait fait que le chirurgien s'était énervé et que c'était elle qui était en face, qui avait pris. Mais que ce n'était pas elle qui était en cause mais c'était l'objet »
	IDE	Fatia : « je donne des cours pour vraiment pour éloigner un peu cette peur du cancer et de montrer qu'il n'y a pas que des gens qui en décèdent mais aussi des gens qui viennent en Hôpital De Jour et qui repartent chez eux après leur chimio, des gens en rémission, des gens qui ont des enfants après et puis montrer un peu toute la prise en charge palliative mais aussi active, curative. » Aline : 'Par exemple, moi je m'occupe plus des étudiants pour leur faire un petit peu de théorie en lien avec ce qu'il voyait pour donner du sens aux choses. Par exemple, l'enfermement, le fait de fermer les portes à clés etc. Quel sens ça pouvait avoir pour eux parce que c'est vrai que dans le quotidien cela pourrait ressembler parfois à des punitions alors que c'est tout sauf ça »
	Psycho	Isabelle utilise le mot d' « hyper investissement scolaire pour pallier le manque de confiance en soi », « pour pouvoir en parler en cours, avec des collègues, d'être dans cet apprentissage de la mort »
L'analyse de pratique professionnelle (APP)qui favorise le partage, le soutien et la mentalisation	ESI	Martin : « « C'est confidentiel. On raconte nos situations. On évoque un questionnement. On réfléchit à la fin sur ce qu'on pourrait mettre en place lors de futures situations. Chacun donne son point de vue. Ce qui est bien, c'est qu'on n'est pas là pour juger. Tout le monde prend à cœur le fait de ne pas juger. Et ça fait du bien de ressentir et d'entendre qu'on nous soutient. Au final, aussi, il y a le formateur qui anime la séance et qui reprend les choses. Alors là on commence à évoluer dans la formation, on utilise de plus en plus de terme scientifique. Mais au début c'est lui qui nous aide aussi à expliquer ce qu'on a pu ressentir, faire une synthèse » Latifa : « pour comprendre j'en ai parlé en APP » Sophie : « ça m'a fait du bien d'en parler à l'analyse de pratique parce que je n'en ai pas discuté avec l'infirmière ». Elle en a eu besoin pour savoir si ses réactions étaient « normales » : pour « voir si les autres étaient pareils, si c'était normal »
	CDF	Catherine : c'est la « bienveillance » du groupe d'APP qui lui permet de se confier, de ne pas la juger dans ce qu'elle ressent » ; « les collègues de promotion « lui ont permis de se sortir de ce tunnel qui l'enfermait dans cette réflexion et qui l'inhibait dans sa progression ». « Des évènements mêmes traumatisant peuvent devenir intéressant sur le plan pédagogique et structurel » Maria : les « séances d'APP qui habituellement sont plutôt faites pour leur permettre de décortiquer et d'analyser des pratiques professionnelles » et permet de « dédramatiser certaines situations, les décortiquer avec eux de façon à pas être dans quelque chose de très blanc ou noir, bien ou mal ».
	Dir	Sylvie : « analyser la situation en analyse de la pratique pour comprendre » Marie-Françoise : « les APP ont un rôle essentiel pour comprendre »
Le suivi pédagogique	ESI	Martin : « Ils sont vraiment là pour nous. On sait qu'on est soutenu » Latifa : en parlant de sa formatrice « à ce moment-là j'ai vraiment trouvé

		une épaule dans mon mal être. […] Toute seule je ne pensais pas pouvoir aller voir la cadre, demander du repos ou amener ça tel qu'on l'a amené » Manon : « Il me semble très important d'avoir des stages, et des stages bien choisis pour pouvoir travailler les difficultés de chacun. C'est pour cela que je trouve important, à l'IFSI d'avoir un suivi personnalisé, il ne faut pas que cela soit une usine »
	CDF	Catherine : « Au cours des séances de suivis pédagogiques individuel, je commence toujours par poser ce type de questions : « quand vous avez préparé votre entretien, y a-t-il une question prédominante à laquelle vous voulez qu'on réponde d'emblée ? ». Parce que pour moi, si on n'a pas élucidé la réponse, on peut pas aborder le reste. » Elisa : « « à l'école il y a quand même une sorte de confiance qui va se mettre en place ».
	Dir	Dominique : « Le référent pédagogique est sollicité en premier par l'étudiant car il est identifié par ceux-ci comme celui à aller voir en cas de problèmes ». Paule : le suivi pédagogique, le bilan de stage et de mi- stage, ainsi que chaque sollicitation pour un entretien avec elle comme un moment où tout le réseau se mobilise comme soutien. « Triangulation » « directeur et formateurs référents, tuteurs ou maître de stage et formateur référent, par exemple. » Sylvie : « Les cadres formateurs apparaissent au centre de la gestion des situation difficiles. Ils sont identifiés par les terrains de stage, la directrice et les étudiants comme des ressources pour surmonter les évènements difficiles vécus en formation ».
	IDE	Elodie : (au bilan de mi- stage) : « aux infirmières, ils en parlent assez facilement, au bilan de mi stage ». Elle ajoute que si un étudiant à déjà travailler, il viendra d'autant plus partager avec l'équipe dans ces moments difficiles : « Elle est venue nous en parler tout de suite.
	Psycho	Régine : « soit ils vont être collés à une copine, soit ils vont coller à une infirmière particulière, à leur référente (cadre formatrice référente), soit ils vont coller à une idée sur un prof donc un encadrant. Il faut qu'ils aient un membre repère et ils en trouvent ».
Le dispositif de professionnels clairement exprimé comme un ensemble protecteurs		Paule : « le dispositif pouvant exercer un rôle très protecteur pour l'étudiant en difficulté ». Sylvie : « Le cadre formateur référent l'a beaucoup accompagnée sur cette situation. Le cadre de santé du service a été recontacté et d'un commun accord le stage n'a pas été reconduit sur la deuxième période tel qu'il aurait dû l'être » Marie-Françoise : « analyses de la pratique », des « suivis pédagogiques », de l' « accompagnement clinique » ou encore de séances « animées par un psycho » au retour du stage peuvent permettre de « verbaliser » un vécu difficile, « faire remonter une situation ».
		Stéphanie : « l'IFSI, la formatrice référente arrivait à prendre RDV avec l'étudiant et on avait une explication » ; « j'expliquais à l'étudiant que j'avais appelé l'IFSI… c'était clair » ; « implication aussi de l'équipe soignante, infirmiers et aides-soignants, c'est important, qui est attentive, justement, qui vient me voir pour me dire « ben tu vois là la petite ... » ; « il y a beaucoup de formations avec l'IFSI et l'hôpital. Il y a beaucoup de liens dans le sens où il y a des formations faites par l'IFSI pour former les

		tuteurs dans les services » ; Cet étayage est appelé « encadrement de proximité » Laurène : « on sent qu'il y a une bienveillance globale des membres de l'équipe, des soignants ». Angélique : « les infirmiers forment « un gros étayage ».

Tableau 5 : Les mécanismes de défense intervenant dans le processus de résilience

Le déplacement	CDF	Catherine : « Plutôt que se remettre en question et surement souffrir de cela, l'étudiante malgache a déplacé le ressenti à propos de son manque de distance relationnel vers un problème supposé de « racisme » des soignants qui l'encadraient »
Le refuge dans la rêverie	CSP	Hélène : « on peut fuir intellectuellement, rester là physiquement mais perdre le fil » Isabelle : « se réfugiait sans cesse dans sa bulle pour imaginer ce qu'elle pourrait vivre de meilleur »
Le refoulement	ESI	Martin « j'en ai dormi mais j'y repense » Manon : « je l'ai mis de côté, enfouis »
L'activisme	ESI	Marine :« je suis allé faire une toilette, c'était quelque chose où je n'avais pas besoin de réfléchir »
	CDF	Maria : à propos d'une dame dans une situation douloureuse : « j'en prenais bien, bien, bien, soin … c'est tout ça qui fait que tu tiens ».
	IDE	Fatia : « il y a des gens dans la technique, qui n'aiment pas faire l'hôpital de semaine, qui préfèrent l'hôpital de jour car c'est très technique » Elodie : en néonatologie « on a beaucoup de choses techniques, pour nous aider à prendre du recul je pense ».
La sublimation	CDF	Patricia : « elle m'a réécrit cette situation, pour pouvoir arriver à dépasser la situation ».
	CSP	Hélène : « c'était de la maltraitance institutionnelle. D'ailleurs, elle a fait son mémoire là- dessus ».
L'affiliation	ESI	Martin : « « Il y a les APP qui permettent de parler de notre vécu, et puis nos collègues de formation. On a de la chance d'être une petite promo de 60 ce qui joue énormément. On trouve toujours quelqu'un qui a vécu la même situation, avec qui on peut échanger. » Sophie : « j'ai appelé une collègue de promo en août qui m'a dit "il ne faut pas prendre les stages comme ça, faut reprendre le dessus en stage, il faut y aller et même si on ne se sent pas bien » ; « ça m'a fait du bien d'en parler à l'analyse de pratique parce que je n'en ai pas discuté avec l'infirmière ». Elle en a eu besoin pour savoir si ses réactions étaient « normales » : pour « voir si les autres étaient pareils, si c'était normal » Marine : « j'en ai parlé à mon tuteur de stage, avec ma formatrice, en cours d'éthique et en séance d'APP »
	CDF	Catherine : les collègues de promotion « lui ont permis de se sortir de ce tunnel qui l'enfermait dans cette réflexion et qui l'inhibait dans sa progression ».

		Patricia : « C'est une étudiante qui en parle simplement et ce n'est pas un vécu de stress. Elle a su tirer parti de cette expérience pour grandir dans la formation ».
	CSP	Laurène : « quand on a des étudiants qui fonctionnent bien, ils arrivent à faire alliance les uns les autres, entre les 2 on a bien souvent 2 étudiants d'un IFSI, 2 étudiants d'un autre, ils font alliances, ils s'entraident et ils peuvent valider d'ailleurs leur compétence encadrement d'un étudiant »
	IDE	Fatia : «je discutais avec une élève et elle me disait « ça me fait du bien » Elodie : L'affiliation est confirmée comme un moyen de partager avec un pair ou des « amis » lors des difficultés pour « trouver un réconfort, une épaule et une oreille qui nous écoute ».
	Psycho	Isabelle : l'affiliation avec « ce partage essentiel » avec les pairs, ou avec la psychologue dans ce cas-là.
L'humour	ESI	Martin : « Je suis un grand partisan de l'humour, rigoler ça permet d'évacuer »
	CDF	Catherine : en riant, à propos de l'idée de quitter le milieu des soins pour se protéger : « ça donne envie « d'aller vendre des fleurs » de faire « des choses qui font du bien...avec des couleurs ». La mise à distance semble avoir été faite.
	CSP	Marie : l'humour qui est là pour « dédramatiser » et aider à prendre du recul : « l'humour, après des fois avec des collègues on disait on est complètement cons mais on le faisait pas devant les patients mais on arrivait à exploser de rire sur un truc mais dramatique mais il fallait qu'on le sorte, fallait qu'on l'évacue d'une façon ou d'une autre, donc on avait trouvé l'humour noire, l'ironie, des trucs trash encore plus trash pour dédramatiser ces situations hein et t'avais envie de se lever le lendemain matin ».
	IDE	Maeva : « faire preuve d'humour entre nous. On se détache, on déshumanise ce qu'il se passe, ce corps parce qu'on est entre nous ».
L'intellectualisation	ESI	Martin :« Je me suis dit : ok on est dans un service très technique, le relationnel c'est peut-être moins la priorité car on doit faire des choses très techniques, mais il y a deux poids deux mesures. On prend sans doute moins le temps devant le patient pour discuter car on a plein de choses à faire mais ce n'est pas pour autant qu'on est pas soignant. Pour moi ce n'était pas une attitude soignante » En APP « il y a le formateur qui anime la séance et qui reprend les choses. Alors là on commence à évoluer dans la formation, on utilise de plus en plus de terme scientifique » Sophie : « « Je me suis remise dans mes cours de première année... ça m'a pas mal remotivée ». Marine : toute la réflexion mise en place et les références théoriques qu'elle est allée mobiliser en cours d'éthique et en APP, Marine a su intellectualiser aussi pour se protéger.
L'affirmation de soi	ESI	Latifa : « « je comprends bien. Je sais très bien que des fois on n'a pas le temps etc etc. Mais j'ai trouvé que malgré ça, c'était quand même ... » Marine : Lors de la discussion médicale en réanimation
	CDF	Elisa : l'affirmation de soi est un témoin de ton processus résilient. En effet, elle a pu dire après avoir souffert : « moi je ne veux plus jamais revivre ça quoi. Donc si je dois retourner en stage et puis que je dois revivre ça, ça ne va pas être possible ».

La fuite	ESI	Latifa : Dans l'urgence après la coronarographie, elle a été soulagée de pouvoir fuir : « j'ai eu de la chance que cela se soit produit vers 12 :30. J'ai pu prendre ma pause et c'était l'heure de partir […] J'en pouvais plus, il fallait que je parte ». Sophie : auprès d'une patiente très intrusive et agressante « j'abrégeais très rapidement parce que sinon quand je lui disais quelque chose, elle m'en reparlait toute la semaine. Ta copine machin, comment elle va ? Donc ce n'était pas possible » ; « Je faisais le pansement sans vraiment parler, en étant très froide »
	CDF	Catherine : « Elle s'est arrêtée. Le fait d'arrêter, c'est aussi arrêter de se faire du mal dans cet apprentissage ». Maria : « fuite physique … je délègue et je me cache derrière mon statut d'étudiant »
	IDE	Fatia : « quand tu lui disais de prendre en charge des patients, elle ne prenait jamais le patient qui était dans la chambre 50 et quand il y avait le lit à faire avec l'aide-soignante, elle allait chercher un truc ou elle allait aux toilettes »
La relativisation	ESI	Latifa : alors qu'elle a souffert d'avoir brûlé une patiente en la réanimant elle a dit plus tard « après coup je me dis qu'il vaut mieux être brûlée et réanimée que morte »
L'altruisme	ESI	Sophie : « je passe le plus clair de mon temps libre avec les patients parce qu'ils sont rassurants […] c'est vrai ils sont toujours gentils avec les stagiaires même s'ils n'ont absolument pas confiance mais ils sont toujours très gentils. »
	CDF	Elisa : « le fait de se centrer sur les autres c'est aussi une manière de ne pas se centrer sur soi et de faire abstraction de ce que l'on est, de ce que l'on vit et de nos difficultés, certains plus que d'autres ». Maria : « j'y ai trouvé beaucoup de reconnaissance dans le regard de cette dame, parce que j'en ai pris soin et c'est-ce qui m'a aidé à tenir je crois »
	IDE	Maeva : « il y a quelque chose en nous qui fait qu'on a envie de faire ça malgré les horreurs qu'on peut vivre ou les difficultés qu'on peut rencontrer ».
L'anticipation	ESI	Sophie : Lorsqu'elle angoissait de devoir aller au près d'elle faire un pansement qui la répugnait, elle réfléchissait à ses futures actions et réponse pour anticiper : elle n'arrêtait pas de « se demander comment on va faire »