

La violence verticale, dans le contexte des stages en soins infirmiers, amène-t-elle les étudiants à imaginer arrêter leurs études ?

Une enquête transversale dans un devis mixte auprès d'étudiants infirmiers francophones de 3ème année en bachelier infirmier responsable de soins généraux.

Mémoire réalisé par
Lénaïc DAMMAN

Promoteur(s)
Nataly FILION

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

La violence verticale, dans le contexte des stages en soins infirmiers, amène-t-elle les étudiants à imaginer arrêter leurs études ?

Une enquête transversale dans un devis mixte auprès d'étudiants infirmiers francophones de 3ème année en bachelier infirmier responsable de soins généraux.

NOM et PRENOM : DAMMAN Lénaïc

Titre du mémoire : Damman, L. (2018). *La violence verticale, dans le contexte des stages en soins infirmiers, amène-t-elle les étudiants à imaginer arrêter leurs études ?* (Master's thesis). Université Catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert.

Promoteur : FILION Nataly

RESUME

Contenu : deux problèmes sont soulevés dans ce mémoire. Il s'agit d'une part de la violence rencontrée en stage par les étudiants en soins infirmiers et d'autre part, pour ces mêmes étudiants, du fait d'avoir déjà imaginé abandonner ses études. Premièrement, la recherche montre que les étudiants infirmiers rencontrent régulièrement des difficultés pendant leurs stages. Deuxièmement, la recherche présente l'attrition comme un phénomène conséquent et coûteux pour la formation des futur(e)s infirmier(e)s, entraînant une perte d'investissement et de main-d'œuvre. Notre objectif est double : chiffrer la violence ressentie par les étudiants et le fait d'imaginer abandonner ses études et tester le lien possible entre ces deux phénomènes.

Méthodes : le public-cible reprend des étudiants du bloc 3 de sept écoles francophones (Bruxelloises et Wallonne). Deux questionnaires ont été utilisés successivement. Les deux questionnaires reprennent des données sociodémographiques de base et un ensemble de dix à seize questions qui recouvrent les deux objectifs du mémoire. Le premier questionnaire est une version papier recouvrant les années académiques de 2010 à 2017 (n=473). Le traitement des données s'est principalement fait via le logiciel SPSS. Néanmoins, une partie du questionnaire a été traité dans une démarche qualitative afin de faire ressortir les différentes raisons qui peuvent amener un étudiant à imaginer abandonner ses études. Le second questionnaire, qui diffère mais s'appuie néanmoins de son prédécesseur, est une version en ligne envoyé aux étudiants de l'année académique 2017-18 (n=312). Le traitement des données s'est uniquement fait via le logiciel SPSS. La méthode que nous avons utilisée est donc mixte avec un design d'inclusion.

Résultats : 99,6% des étudiants ont déjà ressenti une forme de violence durant leurs stages. Les étudiants déclarent principalement se sentir exclu et ignoré par les équipes soignantes. 92% des étudiants ont déjà imaginé abandonner leurs études. Les différents tests statistiques montrent une corrélation positive mais faible entre les deux phénomènes. Aussi, nous insistons sur le caractère complexe existant entre ces deux phénomènes qui ne peut se résumer à une simple association.

Propositions de mots-clés (MeSH Terms) : Students, Nursing – Bullying – Aggression – Workplace Violence – Stress, Psychological – Anxiety – Behavior and Behavior Mechanisms – Depression – Career Choice – Student Dropouts

Remerciements

Je tiens à remercier les personnes sans qui ce travail n'aurait pu être mené à bien :

Tout d'abord, je remercie Mme Filion, promotrice du mémoire, pour sa proposition, son suivi et ses encouragements.

Je remercie également avec une attention toute particulière ma femme, Marie Van Keirsbilck, pour ses relectures et son aide dans la mise en page mais aussi pour tout le soutien qu'elle m'a apporté.

Merci également à Barbara Delbart pour sa relecture particulièrement attentive.

Merci aux écoles ayant accepté la diffusion de l'enquête ainsi qu'à tous les étudiants ayant bien voulu répondre aux questionnaires.

Enfin, merci à Mme Dauvrin et à Mme Orlandi pour leur rôle de lectrice et membre du jury.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

Remerciements.....	5
Le plagiat.....	6
1. Introduction.....	11
1.1. Cadre conceptuel.....	13
1.2. Contexte.....	14
1.2.1. Soins de santé.....	14
1.2.2. Lieux de stage.....	15
1.2.3. Pénurie.....	16
1.2.4. Acteurs concernés.....	17
1.3. Phénomène de la violence horizontale/verticale.....	20
1.3.1. Importance.....	20
1.3.2. Prévalence.....	21
1.3.3. Fréquence des types et protagonistes.....	22
1.3.4. Conséquences.....	23
1.3.5. Causes de la violence.....	25
2. Méthodologie.....	29
2.1. Revue de la littérature.....	30
2.1.1. Sites et moteurs de recherche.....	30
2.2. Expérimentation.....	30
2.2.1. Ligne du temps.....	30
2.2.2. L'échantillon.....	30
2.2.3. Outils.....	31
2.2.4. Le protocole expérimental.....	33
2.2.5. L'analyse des données.....	34
2.2.6. Le traitement statistique.....	34
3. Résultats.....	35
3.1. Premier et second questionnaires.....	35
3.1.1. Données quantitatives.....	35
3.1.2. Données qualitatives.....	47
4. Discussion.....	54
4.1. Sous-hypothèses.....	54
4.1.1. Les stages infirmiers sont sources de violences pour les stagiaires.....	54
4.1.2. L'âge et/ou le genre constituent des variables ayant un lien avec le vécu de violence.....	57
4.1.3. Le fait de parler des difficultés de stage est compliqué pour les étudiants.....	58
4.1.4. La pensée d'arrêter leurs études, pour les étudiants, est importante.....	59

4.1.5. Les étudiants nomment la VV comme cause importante dans leur pensée d'arrêter leurs études.....	60
4.1.6. Le ressenti de VV par les étudiants est associé à leur pensée d'arrêter leurs études. 62	
4.2. Limitations.....	64
4.2.1. Premier questionnaire	64
4.2.2. Deuxième questionnaire.....	65
4.2.3. Des deux questionnaires	65
4.3. Recommandations	66
4.4. Pistes de réflexions.....	69
5. Conclusions	71
5.1. Finalité du travail.....	71
5.2. Ce qui a pu être démontré	71
5.3. Nos résultats comparés à la littérature	72
5.4. Nos résultats nuancés	72
5.5. Ouverture	73
6. Références bibliographiques.....	75

Table des illustrations

Tableau 1 Termes utilisés pour parler de "violence"	13
Tableau 2 Prévalence des violences ressenties chez les étudiants infirmiers.....	21
Tableau 3 Impact de la violence sur les étudiants infirmiers	23
Tableau 4 Difficultés en entretenir des relations.....	26
Tableau 5 Aptitudes sociales difficiles	27
Tableau 6 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	31
Tableau 7 Données sociodémographiques (questionnaire 1)	35
Tableau 8 Genre et âge selon les six années académiques (questionnaire 1)	35
Tableau 9 Données sociodémographiques (questionnaire 2)	36
Tableau 10 Questions 1 ; 2 ; 3 ; 5 ; 8 ; 9 et 10 (questionnaire 1).....	36
Tableau 11 Question 3 selon les six années académiques (questionnaire 1).....	38
Tableau 12 Questions 4 à 16 (questionnaire 2)	38
Tableau 13 Question 15 et 16 (questionnaire 2)	42
Tableau 14 VV_M et VHI_M (questionnaire 1)	43
Tableau 15 VV_M et VHI_M selon les six années académiques (questionnaire 1).....	43
Tableau 16 Moyennes (questionnaire 2)	43
Tableau 17 Test T pour échantillons indépendants (questionnaire 1).....	45
Tableau 18 Khi ² de Pearson (questionnaire 1).....	45
Tableau 19 Test T pour échantillons indépendants pour le genre (questionnaire 2).....	46
Tableau 20 Corrélation et régression linéaire (questionnaire 2).....	46
Tableau 21 Test T pour échantillons indépendants pour l'âge (questionnaire 2).....	47
Tableau 22 Question - partie qualitative (questionnaire 1)	52
Tableau 23 Différences entre les deux questionnaires (questionnaire 1 et 2)	57
Tableau 24 Raisons de l'attrition : catégories	61
Tableau 25 Question 16 classée selon le score associé à la question 15 (questionnaire 2)	63

Table des abréviations

Abréviation	Signification
Propre à ce mémoire	
A	Ami
aMFP	Autre MFP (désigne une infirmière professeure mais qui pas celle du stage de l'étudiant)
E	Étudiant (camarade de classe)
ÉS	Équipe Soignante
Ét	Étudiant
F	Famille
HV	Horizontal Violence (terme anglais)
I	Infirmière
IR	Infirmière-Référente (prend en charge et évalue les étudiants)
IC	Infirmière-Cheffe
LV	Lateral Violence (terme anglais)
M_Q_(chiffre ou item)	Moyenne de la Question (numéro ou item se rapportant à la question)
M_V	Moyenne de toutes les formes de Violences (moyenne la plus globale)
M_VV	Moyenne des Violences Verbales
P	Personne
Ptt	Patient
Q_(chiffre ou item)	Question (numéro ou item se rapportant à la question)
T	Titulaire (responsable d'une classe, d'une année)
VD	Violence provenant d'une Discrimination
VH	Violence Horizontale
VHI	Violence, Harcèlement et/ou Intimidation
VHI_M	Moyenne des Violences, Harcèlements et/ou Intimidations
VP	Violence Physique
VS	Violence Sexuelle
VV	Violence Verticale
VV	Violence Verbale (dans la partie résultat)
VV_M	Moyenne des Violences Verbales
Commune	
ACN	Association belge des praticiens de l'art infirmier
CFAI	Conseil Fédéral de l'Art Infirmier
DS	Déviation Standard
FNESI	Fédération Nationale des Etudiant(e)s en Soins Infirmiers
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie Invalidité
IRSG	Infirmier Responsable en Soins Généraux
ISEI	Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier
ISP	Institut de Santé Publique
KCE	Federaal Kenniscentrum - Centre fédéral d'Expertise
MFP	Maître de Formation Pratique (infirmière professeure qui supervise l'étudiant en stage)
N	Nombre (donne la taille de l'échantillon, le nombre de répondant)
PICO	Patient, Population or Problem ; Intervention ; Comparison ; Outcome (terme anglais)
\bar{X}	Moyenne (pour un échantillon)

1. Introduction

En 2017, la Fédération Nationale des Étudiants en Soins Infirmiers [FNESI] lançait une vaste enquête sur le mal-être des étudiants en soins infirmiers. D'une part, il ressort de cette enquête une souffrance manifeste exprimée par les étudiants, certains témoignages ciblant d'ailleurs très clairement les stages comme un lieu de souffrance plus que d'apprentissage¹. D'autre part, les résultats montrent que les étudiants de 3^{ème} année ont déjà au moins une fois envisagé d'interrompre leur formation dans 81,5% des cas. La FNESI concluait alors en disant qu'il était temps « *...de retrouver un bien-être et une sérénité durant la formation* » et que pour ce faire, il était nécessaire de « *...stopper le harcèlement, la discrimination et favoriser le bien-être des étudiant(e)s* » (p.24).

La problématique interrogée dans ce mémoire touche deux aspects : la violence ressentie par les étudiants infirmiers en stage et le fait d'avoir déjà imaginé arrêter ses études. La première question nous oblige à nous poser d'autres sous-questions. Aussi, limitant notre contexte aux lieux de stage uniquement, nous demandons aux étudiants leur ressenti vis-à-vis de quatre formes de violence : verbale, physique, sexuelle ainsi que la discrimination. Il est également question de cibler différentes personnes pouvant être à l'origine des difficultés rencontrées par les stagiaires : infirmières de terrain, MFP, patients et étudiants. Partant de l'hypothèse que nos résultats devraient approcher ceux de nos voisins français, nous questionnons aussi les étudiants sur les personnes vers qui ils se tournent pour en parler lorsqu'ils rencontrent, justement, des difficultés en stage. Enfin, nous profitons du recueil de données pour voir si des déterminants tels que l'âge et le genre entre en compte tant dans le ressenti de violence que dans le fait d'imaginer arrêter ses études. Pour la deuxième question, nous demandons aux étudiants la fréquence à laquelle ils ont déjà pu imaginer, à un moment donné, arrêter leurs études. Une troisième question émerge alors : y a-t-il une corrélation entre les deux ? C'est donc en se préservant bien de tout lien de causalité que nous cherchons à savoir si, tout de même, un plus grand score de violence ressentie est corrélé à une fréquence plus grande d'intention de quitter la formation. Somme toute, nous insistons sur la complexité du phénomène de violence verticale et d'attrition. Autrement dit, la violence ressentie par les étudiants ne peut en aucun cas se résumer en une grossière caricature où s'opposerait « étudiants » et « auteurs de

¹ 18 septembre 2017 – Dossier de presse de FNESI – *Mal-être des ESI : il est temps d'agir* : http://fnesi.org/wp-content/uploads/2017/09/FNESI_DP_Bien-%C3%AAtre_ESI.pdf

violence » comme « bons » et « mauvais ». Il en est de même pour l'attrition qui ne peut se restreindre à une cause unique ou à un simple lien intuitif.

Afin de répondre à ces questions, nous avons eu recours à plusieurs étapes. La première partie commence par une revue de la littérature. Celle-ci donne un cadre théorique à notre question de recherche. Cette revue de la littérature débutera par une définition de la violence puis par une contextualisation de la problématique (système de soins de santé et acteurs concernés) avant de s'attarder sur le phénomène de violence et d'attrition à proprement dit. Dans la seconde partie, nous présentons les résultats issus de notre dispositif d'investigation. À savoir, nous avons choisi un devis mixte comprenant un design d'inclusion. Chronologiquement, cela veut dire que nous avons utilisé un premier questionnaire déjà réalisé et complété puis que, fort d'une première analyse quantitative mais aussi qualitative de celui-ci, nous en avons créé un second. Le premier questionnaire a été distribué à des étudiants du bloc 3 et couvre les années académiques allant de 2010 à 2017 d'une seule et même école. Ce questionnaire n'a pas été conçu dans le cadre de ce mémoire puisqu'il lui est antérieur. Néanmoins, il nous a permis de faire déjà émerger toute une série de constatations utiles pour tenter de répondre à nos questions mais aussi de faire le constat des points d'attention et des erreurs à éviter lors de la création de notre second questionnaire. Également, suite à une analyse qualitative, nous avons fait émerger de ce premier questionnaire une série d'items reflétant les raisons menant un étudiant à imaginer arrêter ses études. Ces items sont d'ailleurs utilisés dans le deuxième questionnaire. Le second questionnaire vise le même public mais s'étend sur plusieurs écoles situées en Wallonie et à Bruxelles pour l'année académique de 2017-18. La troisième partie discute des résultats. Il s'agit pour nous d'aller au-delà de la simple exposition de nos résultats en les nuancant et en mettant en lumière certains liens mais aussi certaines limites d'une part et d'autre part, en les confrontant aux résultats de recherches antérieurs. La dernière partie est consacrée à la conclusion du mémoire.

Pour terminer et à titre personnel, en tant qu'ancien étudiant en soins infirmiers, je reconnais que mon parcours, comme celui de bien d'autres, m'a confronté à des situations en stage parfois compliquées, voire décourageantes. C'est donc avec intérêt et beaucoup de curiosité que j'ai écouté Nataly FILION me parler d'une enquête qu'elle faisait passer lors de certains de ses cours. J'ai alors rapidement été convaincu par l'idée de faire un mémoire à la fois sur la question de la violence ressentie par les étudiants en stage et à la fois sur le fait d'imaginer arrêter ses études.

Je vous souhaite autant d'intérêt à la lecture de ce travail que j'en ai eu en explorant ce sujet. Dès lors, commençons par la revue de la littérature essentielle afin de poser de bonnes bases...

1.1. Cadre conceptuel

Quand on parle de violence verticale, on entend d'abord le terme « violence ». En voici une première définition : « *The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation* » (Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi, 2002, p.5). Une autre définition de la violence, plus proche du milieu des soins cette fois, est : « *violence is defined as any incident which puts a health care worker at risk and includes verbal abuse, threatening behaviour or assault by a patient or member of the public* » (Saines, 1999, p.1).

Le second terme entendu est « verticale ». En effet, bien que la littérature abonde plus favorablement pour le terme de violence horizontale/latérale (VH) afin de caractériser la violence entre pairs, nous préférons parler de violence verticale (VV) car cela met en évidence le caractère inégal de la relation existante entre les étudiants et les équipes soignantes² (Thomas & Burk, 2009). Le terme « VV » est utilisé pour la question de recherche afin de mettre en lumière cette dimension du pouvoir asymétrique entre les étudiants d'un côté et les infirmières³ (mais aussi patients, paramédicaux, MFP, ...) de l'autre. Le terme de « VH » est utilisé lorsqu'il est lui-même repris des auteurs cités dans ce travail.

Tableau 1
Termes utilisés pour parler de "violence"

Abréviation	Terme	Utilisation	Signification	Auteur
VH	Violence horizontale	Utilisé lorsque l'idée vient d'une publication.	Reprend les termes suivants : hostilité ou violence horizontale/latérale, harcèlement, incivilité, abus verbaux.	Bartholomew, 2006 ; Bowlan, 2015 ; Roberts, 2015
VV ⁴	Violence verticale	Utilisé lorsque l'idée vient de l'auteur du mémoire.	Reprend les termes de la VH.	Thomas & Burk, 2009

² Les équipes soignantes constituent la catégorie de personne désignée lorsque nous parlons de VV envers les étudiants. Néanmoins, afin de la mettre en perspective, la VV sera étudiée comme faisant partie de la VH, elle-même intégrée, plus largement, à la notion de violence en général.

³ Nous utiliserons le terme "infirmière" afin de ne pas alourdir le texte mais celui-ci désigne autant les infirmiers que les infirmières.

⁴ Remarque : dans les résultats uniquement, « VV » désigne « Violence Verbale ».

Selon Thomas & Burk (2009), la VV peut se définir comme une violence infligée à l'autre de façon délibérée ou non ayant pour conséquence de dégrader l'autre, de le manipuler, de le saboter ou encore de l'isoler. Comme le souligne Bartholomew (2006), cette violence peut se faire de façon cachée ou au contraire, de façon tout à fait ouverte. Dans la littérature, on retrouve également différents termes pouvant se ranger dans le terme de VH (tableau 1). À ce propos, Bowllan (2015) parle de l'incivilité comme d'un ensemble de comportements grossiers et perturbants dont les conséquences peuvent être physiques et psychologiques.

1.2. Contexte

1.2.1. Soins de santé

La lecture de ce travail doit se faire en connaissance du contexte dans lequel il se situe. À savoir, celui d'un système de soins de santé connu « *comme un des meilleurs en Europe* » (Mutualités libres, 2012, p.2) et encore en évolution puisque la 6^{ème} réforme de l'état ne date que de 2014.

Le contexte des soins de santé, au-delà du politique, est directement lié à la tendance démographique. Actuellement, la Belgique suit la tendance démographique des pays industrialisés. C'est-à-dire que notre système de soins de santé doit pouvoir faire face au double vieillissement⁵ de la population (Speybroek & Masquellier, 2014). À noter que ce phénomène est aussi vrai pour les patients que pour les soignants (INAMI, KCE & ISP, 2016 ; Pacolet et al., 2005 ; Van den Bosch & Willemé, 2014). Néanmoins, ce qu'il est intéressant de constater, c'est que cela entraîne une adaptation des soins de santé : augmentation des soins à domicile, de la dépendance, des maladies chroniques, etc. C'est ce que confirmait déjà Dreye (2010) quand il parlait de nouveaux défis suite à l'alourdissement de la demande en soins de santé due notamment à l'augmentation de l'âge. Pour la Belgique, « *le nombre total de personnes atteintes de maladie chronique aura augmenté... Cette croissance concerne essentiellement des personnes âgées. Globalement, les dépenses de soins continueront donc à croître* » (Pacolet et al., 2005, p.9). Van den Bosch & Willemé (2014) le confirment par le fait que les soins curatifs et chroniques, tout comme les dépenses publiques par tête en termes réels, sont en hausse.

⁵ Double vieillissement : d'une part, plus de personnes âgées et d'autre part, plus de personnes âgées arrivant à des âges très avancés.

1.2.2. Lieux de stage

D'abord, accordons-nous sur la signification que nous voulons donner aux « lieux de stage » dont nous parlons ici. Ce que nous voulons mettre en avant, c'est l'ambiance et les spécificités des endroits où les étudiants vont en stage. Bien que les lieux de stages concernent aussi l'extrahospitalier, ils restent principalement hospitaliers (unité de médecine, chirurgie, soins intensifs, etc.). Nous avons donc choisi de nous restreindre essentiellement aux services hospitaliers. Les étudiants y sont encadrés, le plus souvent, par les équipes infirmières. Ce milieu reste encore avec une prédominance féminine forte (Van den Bosch & Willemé, 2014)⁶. Les étudiants, en stage, ont donc des contacts permanents avec ces infirmières mais sont aussi amenés à côtoyer les patients et leurs familles, les paramédicaux et les médecins ainsi que toute personne travaillant dans un hôpital. Sachant « *qu'on peine à leur trouver des places de stage* » (ACN, 2016, p.2), Auslander (2017) nous rappelle à juste titre que certains terrains de stage peuvent constituer une denrée rare et qu'il est donc difficile d'en fermer un, même si celui-ci est jugé maltraitant.

En 1996, Smith, Droppleman & Thomas parlaient déjà du milieu hospitalier comme d'un « camp militaire » où le harcèlement, les traitements irrespectueux et le manque de soutien étaient à l'origine d'une colère soutenue chez les infirmières. Dix ans plus tard, c'est au tour de Hutchinson, Vickers, Jackson & Wilkes (2006) de constater que les infirmières sont tout particulièrement à risque de rencontrer de la violence dans leur milieu de travail. Ces auteurs constatent également que les infirmières elles-mêmes sont à la source de comportements violents et que ceux-ci ont tendance à être banalisés. Un peu plus tard, Khalil (2009) révèle que toutes les infirmières de son étude ont été confrontées à de la violence. Plus récemment, on entend parler de la violence comme d'un problème inévitable dans la profession et faisant donc partie intégrante de celle-ci (Özcan, Bilgin, Tülek & Boyacioglu, 2014). Aujourd'hui, on parle d'un milieu pour les plus forts où les humiliations sont fréquentes et acceptées (Auslander, 2017). Cette « culture des milieux de soins » contribue d'ailleurs au problème de violence perçue par les étudiants (Birks et al., 2017). Doyle et al. (2017) mettent pourtant en avant la « culture d'accueil » comme l'un des facteurs prédominants pour garantir le succès des stages infirmiers. Enfin, le FNEI (2017) nomme les pressions continues en stage comme l'une des origines du mal-être psychologique des étudiants en soins infirmiers.

⁶ Proportion de femmes (en pourcentage du total) : aides-soignants en institution = 92,1% et personnel infirmier = 86,2% (Belgian Federal Government, 2016).

1.2.3. Pénurie

Nous allons débiter ce paragraphe en disant que la véracité de la « pénurie » est controversée. D'une part, il y a ceux qui l'appuient. Parmi ceux-ci, nous retrouvons les sites d'offres d'emploi. En effet, un site de méta-recherche dit ceci en parlant du recrutement dans la profession infirmière : « *si les offres d'emploi ne manquent pas, trouver des candidats est une autre affaire* » (StepStone, 2017, para. 2). Du côté des instances officielles, le Forem (2017) et Actiris (2017) classent la profession infirmière comme en pénurie. Du côté de la littérature scientifique, nous lisons que « *les responsables éprouvent des difficultés au niveau du recrutement du personnel infirmier* » (Dreye, 2010, p.7). En résumé, la difficulté de recrutement n'est pas nouvelle (Curtis, Bowen & Reid, 2007 ; Pacolet et al., 2005), elle concerne l'ensemble de l'Europe (Office des publications de l'Union européenne [UE], 2017), voire même l'internationale (Cameron et al., 2011), et elle semble perdurer (Dodeler & Tremblay, 2016 ; Equeter, Michez, Pohl & Hellemans, 2013). D'autre part, il y a ceux qui la nuancent. À ce titre, l'ACN (2016) rappelle que certains employeurs n'ont pas de soucis particuliers à recruter alors que d'autres peinent, non faute d'un nombre insuffisant de diplômés sur le marché, à cause de leurs mauvaises réputations. Le problème se pose plus en termes de rétention et d'attractivité qu'en manque de diplômés en chiffre absolu

Si nous avons pu ici évoquer la difficulté des recruteurs, qu'en est-il des raisons qui sont à la source de ce phénomène ? En effet, Dodeler & Tremblay (2016) parlent des infirmières comme d'une main-d'œuvre fort recherchée qu'il faut pouvoir attirer et retenir. À ce sujet, nous pouvons lire que normalement, vu le ratio diplômés/besoins en soins infirmiers, il ne devrait pas y avoir de pénurie (Dreye, 2010). D'autres facteurs viennent donc alimenter cette pénurie. En aval, s'il y a pénurie, c'est que les infirmières quittent la profession (absentéisme, changement de secteur ou de profession)⁷. À ce propos, on sait que les hôpitaux belges n'échappent pas à un turnover des infirmières important (Equeter, et al., 2013 ; Van den Heede et al., 2013). En cause, il y a la charge et les conditions de travail (Dreye, 2010 ; Dodeler & Tremblay, 2016 ; INAMI, KCE & ISP, 2016) avec le cercle vicieux que cela peut entraîner mais aussi l'expérience de harcèlement ou plus largement d'incivilité qui peut conduire à quitter l'employeur (Jackson, Clare & Mannix, 2002 ; Quine, 2002). Il y a aussi le fait que la profession reste principalement féminine, ce qui, de nos jours, va souvent de paire avec des temps de travail

⁷ « *Si tant de postes restent vacants dans certains secteurs, c'est que des infirmiers les ont quittés. Et ils les quittent prématurément, souvent dès les premières années de travail, et quasi toujours avant l'âge de la pension* » (ACN, 2016, p.2).

réduits. En amont, le nombre d'étudiants⁸ n'est pas assez grand pour compenser les départs prématurés et les temps de travail souvent partiels. Deary, Watson & Hogston (2003) disaient déjà que retenir les étudiants inscrits dans le cursus des études en soins infirmiers était un challenge. Plus récemment, Cameron, Roxburgh, Taylor & Lauder (2011) rappelaient que la rétention d'étudiants était à la fois un problème politique et professionnel. Sur le plan politique, il s'agit d'être efficient ; sur le plan professionnel, il s'agit d'offrir des soins de qualité. Globalement, les conséquences sont donc macro-économiques (soins de santé/enseignement), sachant qu'une « *part croissante de la population active travaille dans les soins de santé et l'action sociale* » (Van den Bosch & Willemé, 2014, p.65), et qualitatives (soins de santé). Cela nécessite des solutions à court/long terme (Dreye, 2010). Ainsi, la citation de l'Office des publications de l'Union européenne (2017) est toujours d'actualité : « *la solution pour maintenir une main-d'œuvre suffisante dans le secteur de la santé... consiste à former, recruter et conserver des jeunes tout en investissant dans le personnel d'âge mûr* » (para. 22).

1.2.4. Acteurs concernés

1.2.4.1. Les infirmières de terrain

Ici, l'ambition n'est nullement de décrire tous les aspects de la profession mais bien d'amener seulement quelques éléments de contexte jugés utiles. Ainsi, on peut lire que « *l'essence-même du métier réside dans l'humain, le bien-être d'autrui, le social, ... bien avant les actes techniques* » (StepStone, 2017, para. 7). Il n'est pas étonnant alors de lire de Bartholomew (2006) : « *it is difficult to even admit that we could be hurting each other in a profession that has its fundamental roots in caring* » (p.7). Ce que nous voulons montrer par là, c'est l'écart important qui existe entre la représentation du métier (site d'offre d'emploi) et la réalité du terrain (contexte des milieux de soins).

Maintenant, nous allons voir du côté de l'avis approuvé par le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier [CFAI] (2015) du SPF Santé Publique concernant le Profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux [IRSG]. Nous avons sélectionné les passages⁹ parlant explicitement du rôle que joue l'infirmière envers les étudiants. On y apprend que l'infirmière « *est aussi coresponsable de la formation clinique et de l'accompagnement des étudiants en soins infirmiers* » (p.9) tout en tenant « *compte des compétences et des limites de*

⁸ Rappelons au passage que le passage des études de 3 à 4 ans créera à un moment donné une année avec une cohorte manquante, ce qui risque d'aggraver encore momentanément les choses.

⁹ Le texte complet est à trouver à l'annexe A.

l'étudiant » (p.25). Pour cela, l'infirmière participe à créer un environnement « *propice à l'apprentissage et au développement professionnel* » et « *propose un feedback constructif* » (p.25). Encore une fois, ce qui est évoqué là n'a qu'une valeur descriptive mais nous verrons plus loin comment cela contraste avec ce qui est l'une de nos sous-hypothèses : « les stages infirmiers sont sources de violence pour les stagiaires (violence ressentie par les stagiaires comme provenant notamment des infirmières de terrain) ».

1.2.4.2. *L'étudiant en bachelier responsable de soins infirmiers généraux*

Concernant les généralités, nous l'avons dit, le secteur de la santé attire de façon grandissante les travailleurs (Van den Bosch & Willemé, 2014). Il est donc normal que « *les écoles font chaque année le plein d'étudiants qui rêvent d'exercer cette profession* » (ACN, 2016, p.2)¹⁰. En parlant « d'écoles », il est important de noter que depuis l'année académique 2016-17, ces études sont maintenant passées à quatre ans¹¹.

Pour ce qui est des aptitudes souhaitées chez les étudiants, refaisons le même exercice que pour les infirmières et voyons comment notre site d'offre d'emploi décrit l'étudiant infirmier : il devra « *apprécier les contacts humains ; savoir communiquer ; être accueillant* » (StepStone, 2017, para. 8). Comme pour l'infirmière, on retrouve des qualités humaines et relationnelles.

Maintenant, voyons quelques spécificités des étudiants dans le contexte des violences ressenties en stage. Çelebioğlu, Akpınar, Küçükoğlu & Engin (2010) commencent en remarquant que certains étudiants ont ressenti un manque de confiance tant de la part des patients et de leurs proches que des médecins et des infirmières. Auslender (2017) ajoute que l'existence de tels témoignages ne semble pas étonner le secteur. Nos voisins français de la FNEI ont d'ailleurs réalisé une enquête en 2017¹² et trouve que 85% des étudiants en soins infirmiers considèrent leur formation comme violente (physiquement et/ou psychologiquement). Certes, les études s'accompagnent le plus régulièrement d'une certaine dose de désagréments mais le danger, notamment issu par l'impuissance des étudiants, est l'augmentation d'un stress qui entache leur apprentissage et participe à perpétuer le phénomène (Bowllan, 2015) en alimentant le risque de banalisation (Dikmen, Yılmaz & Usta, 2016). Nous

¹⁰ En 2010, Dreye annonçait que les études de bachelier responsable de soins infirmiers généraux attirait près de 10% des jeunes sortis du secondaire.

¹¹ Notre cohorte d'étudiants n'inclut que des étudiants de 3^{ème} année. L'année 2017-18 est donc la dernière appartenant encore au cursus des études planifiées en trois ans. Autrement dit, tous les étudiants interrogés sont bien en dernière année d'étude.

¹² Enquête du FNEI (2014) : « Je veux que ma voix compte » - <http://fnesi.org/24-fevrier-2017-retour-sur-enquete-jeveuxquemavoixcompte-2014/>

sommes également interpellés par Çelebioğlu et al. (2010) et Dikmen et al. (2016) qui estiment que les infirmières qui travaillent dans les unités de soins hospitalières ne soutiennent pas suffisamment les étudiants, pourtant futurs collègues, et ne les considèrent donc pas comme des membres de la profession. Bien sûr, il ne s'agit pas pour nous de coller cette conclusion à notre contexte mais plutôt d'évoquer des pistes de réflexions sur le climat qui peut régner au sein des unités de soins. Cependant, la grande majorité des équipes encadrant des stagiaires nomment des « référentes étudiants ». Celles-ci ont la tâche de les encadrer au mieux et de participer, somme toute plus activement, à leur apprentissage. À ce propos, un étudiant bien accueilli aura moins de stress vécu, donc une meilleure expérience de stage (Bowllan, 2015). Enfin, les étudiants sont suivis par leurs écoles au travers de maîtres de formation pratique [MFP]. Selon Bowllan (2015), les MFP ont un rôle certain à jouer dans le fait de débanaliser la VH.

Enfin, ce mémoire travaillant la question de la VV, il nous semble pertinent d'évoquer les travaux de Deary et al. (2003). Ces auteurs ont étudié le phénomène de burnout et d'attrition auprès d'étudiants et partagent au travers de cela la nécessité de prendre en compte le stress chez les étudiants infirmiers comme un sujet à part entière, avec ses spécificités propres. Comme dans ce travail, eux aussi font une distinction entre les infirmières diplômées et les étudiants. Les étudiants réalisent un travail similaire à celui des infirmières de terrain dans le sens où les actes techniques sont les mêmes. Cependant, le travail d'un stagiaire n'équivaut pas pour autant à celui des infirmières diplômées. D'une part, les étudiants ont moins de responsabilités car ils dépendent toujours de l'équipe qui les encadre. D'autre part, ils passent de courtes périodes (deux à quatre semaines) en stage et doivent continuellement s'adapter à de nouvelles micro-cultures¹³. Nous pouvons ajouter à cela, comme pour tout étudiant, la charge de travail (travaux, examens, ...) qui s'additionne au travail clinique de terrain. C'est pour cela que Deary et al. (2003) plaident déjà pour une littérature spécifique au stress perçu par les étudiants précisément.

¹³ Toutes les unités, qu'elles soient d'un même hôpital ou non, d'un même type de spécialité ou non, auront une micro-culture propre. Cela demande un travail d'adaptation constant aux étudiants.

1.2.4.3. Les nouveaux diplômés

La littérature montre toute une série de difficultés similaires entre les nouveaux diplômés et les étudiants, ce qui rend le cas intermédiaire des infirmières nouvellement diplômées intéressant¹⁴.

1.3. Phénomène de la violence horizontale/verticale

1.3.1. Importance

Déjà en 2003, Randle parlait de la VH comme de quelque chose dont l'existence n'était plus à prouver. Plus récemment, certains auteurs s'accordent pour dire que le problème de la VH est important (Bartholomew, 2006 ; Çelebioğlu et al., 2010 ; Curtis et al., 2007 ; Mikaelian & Stanley, 2016 ; Roberts, 2015 ; Thomas & Burk, 2009) et international (Roberts, 2015), qu'il touche particulièrement le secteur des soins et notamment celui des infirmières (Dikmen et al., 2016 ; Özcan et al., 2014 ; Roberts, 2015) et enfin, qu'il est en hausse (Çelebioğlu et al., 2010 ; Dikmen et al., 2016). Dans son communiqué de presse du 09 octobre, Gautier (2017), président de la FNESI, évoquait des dysfonctionnements pédagogiques et des conditions d'études dégradées chez les stagiaires infirmiers en s'attardant sur l'importance, selon lui, de briser le tabou et d'alerter les pouvoirs compétents.

Du côté de la recherche sur la VH, on retrouve plus facilement de la littérature dans le domaine de la psychologie (enseignement élémentaire et secondaire). C'est d'ailleurs ce qui conduisait déjà Kolanko et al. (2006) à déplorer le manque de littérature en ce qui concerne l'enseignement infirmier alors que les problèmes observés dans cette branche constituent pourtant un terrain fertile pour la recherche. Pareillement, plusieurs auteurs regrettent le peu de recherches sur la VH/VV (Birks, 2017 ; Budden, Birks, Cant, Bagley & Park, 2017 ; Curtis et al., 2007 ; Hinchberger, 2009 ; Thomas & Burk, 2009), ce qui mène vers une connaissance lacunaire de la population étudiante en soins infirmiers (Çelebioğlu et al., 2010 ; Özcan et al., 2014 ; Thomas & Burk, 2009) et un manque, faute d'enquêtes d'envergure suffisante, de validité externe (Auslender, 2017). Pourtant, nous savons que le phénomène de la VH est régulièrement rencontré par les étudiants (Auslender, 2017 ; Çelebioğlu et al., 2010 ; Curtis et al., 2007 ; Dikmen et al., 2016 ; Iheduru-Anderson, 2014 ; Longo, 2007 ; Sauer, Hannon & Beyer, 2017 ; Ünal et al., 2012), tant dans le milieu scolaire qu'en stage (Courtney-Pratt, Pich, Levett-Jones & Moxey, 2017).

¹⁴ Afin de ne pas encombrer ce travail, le chapitre concernant les nouveaux diplômés est à lire à l'annexe B.

La VH est donc un phénomène important pour les infirmières et pour les étudiants infirmiers. Parce qu'il est un problème sérieux, notamment car il touche indirectement à la sécurité des patients (Christie & Jones, 2013), il doit être adressé aux managers concernés (Freeling & Parker, 2015) et enfin, enrayé (Johnson, 2009 ; Schneider, 2016). En résumé, « *twenty years after the identification of this problem, HV remains a corrosive element within nurses' working environments; the need for change persists* » (Myers et al., 2016, p.631)

1.3.2. Prévalence

Il existe plusieurs études ayant tenté de chiffrer le problème de VV chez les étudiants infirmiers. Celles-ci varient quelque peu dans leurs approches, le nombre d'observations, etc. Nous détaillerons ici l'ensemble de ce qui a pu être trouvé en termes de prévalence (tableau 2). Cependant, il faut d'abord partir du constat que le phénomène est peu rapporté. En effet, les étudiants ont tendance à ne pas réagir à la VH (Hinchberger, 2009 ; Ünal et al., 2012) et à ne pas la déclarer (Birks et al., 2017 ; Bowllan, 2015 ; Çelebioğlu et al., 2010 ; Courtney-Pratt et al., 2017 ; Tee et al., 2016). Les études calculant la prévalence de la VV présentent donc ce biais notoire.

Tableau 2
Prévalence des violences ressenties chez les étudiants infirmiers

%	Spécificité	N	Auteur
53	Etudiants de 2 ^{ème} et 3 ^{ème} ayant fait l'expérience de violence.	313	Stevenson, Randle & Grayling, 2006
± 50	Etudiants de 2 ^{ème} et 3 ^{ème} ayant fait l'expérience de violence.	152	Curtis et al., 2007
95,6	Etudiants de 4 ^{ème} déclarant au moins un acte d'intimidation en cours ou en stage.	665	Cooper, 2007
100	Mixe ¹⁵ d'étudiants ayant fait l'expérience de violence ou l'ayant observée.	126	Hinchberger, 2009
44,7	Etudiants de 3 ^{ème} ayant fait l'expérience de violence verbale.	114	Ferns & Meerabeau, 2009
50,3	Etudiants de 2 ^{ème} à 4 ^{ème} ayant fait l'expérience de violence.	380	Çelebioğlu et al., 2010
60	Etudiants de 2 ^{ème} à 4 ^{ème} ayant fait l'expérience d'intimidation à des fréquences quotidiennes et hebdomadaires au cours des six derniers mois.	370	Palaz, 2012
88,7	Etudiants de 1 ^{ère} à 4 ^{ème} déclarant au moins un acte d'intimidation.	674	Clarke, Kane, Rajacich & Lafreniere, 2012
61,2	Etudiants de 1 ^{ère} à 4 ^{ème} ayant fait l'expérience de violence verbale.	1200	Özcan et al., 2014
69,1	Etudiants de 2 ^{ème} à 4 ^{ème} ayant fait l'expérience de violence.	220	Dikmen et al., 2016
42,2	Etudiants de 1 ^{ère} à 4 ^{ème} ayant fait l'expérience d'intimidation et de harcèlement.	657	Tee et al., 2016
35,5	Etudiants anglais de 1 ^{ère} à 3 ^{ème} ayant fait l'expérience d'intimidation.	561	Birks et al., 2017
50,1	Etudiants australiens de 1 ^{ère} à 3 ^{ème} ayant fait l'expérience d'intimidation.	833	
40	Etudiants de 1 ^{ère} à 3 ^{ème} ayant fait l'expérience d'un harcèlement venant d'un(e) soignant(e), d'une MFP et/ou d'une directrice.	14055	FNESI, 2017

¹⁵ L'échantillon comprenait une population mixte de tous les niveaux d'infirmières inscrites à un cours en soins infirmiers en ligne de promotion à la santé.

Ainsi, Thomas & Burk (2009) expliquent que les étudiants en soins infirmiers sont certes confrontés à de la violence mais dans des taux parfois bien différents, et ce, dès les premiers jours de stages. Remarquons tout de même que ces taux sont, pour la plus grande majorité, supérieurs à 50%. Enfin, comme nous le rappelle Hinchberger (2009) : « *we have seen that violence against student nurses exist at a similar rate to that of staff nurses* » (p.44). Comme le soulignent Freeling & Parker (2015) et Stanley, Martin, Michel, Welton & Nemeth (2007), la VH est aussi présente dans le milieu professionnel, c'est-à-dire entre les infirmières elles-mêmes.

1.3.3. Fréquence des types et protagonistes

La violence peut être physique, sous formes d'agressions ou de menaces (Birks et al., 2017 ; Dikmen et al., 2016 ; Thomas & Burk, 2009). Elle peut aussi être verbale ou sexuelle (Bowllan, 2015 ; Birks et al., 2017 ; Çelebioğlu et al., 2010 ; Dikmen et al., 2016 ; Thomas & Burk, 2009). La violence peut aussi être plus psychologique et prendre la forme d'intimidation, venant d'une personne ayant autorité (VV) ou d'un pair (VH), ou encore d'exclusion.

Le type de violence unanimement le plus fréquent est la violence verbale. Ensuite, le classement varie d'une étude à l'autre mais globalement, les violences sexuelle et physique termine le classement.

Terminons avec la fréquence des catégories de personnes à l'origine de ces violences¹⁶. D'abord, nous voyons que les auteurs de violence sont divers et reprennent notamment les infirmières de terrain, les paramédicaux, le personnel administratif et logistique, les patients, ... mais aussi les enseignants (MFP) et les étudiants eux-mêmes. Quant à la plus grande importance d'un protagoniste sur un autre, les études divergent dans leurs résultats. Résumons juste en disant que les infirmières occupent néanmoins le plus souvent la tête du classement.

L'annexe C reprend trois tableaux qui synthétisent l'ensemble des données trouvées.

¹⁶ Comprendre ici la « violence » au sens large. Seules les catégories de personnes reprenant les infirmières ou d'autres étudiants font référence au phénomène de VV et de VH.

1.3.4. Conséquences

Le fait d'être confronté à de la violence engendre certaines conséquences néfastes. Ces conséquences touchent les infirmières expérimentées comme les novices, ainsi que les étudiants (Blevins, 2015). La VH est délétère tant sur le plan psychologique, physique que professionnel et entraîne donc potentiellement un turnover plus important ainsi qu'un danger accru pour le patient (Bowllan 2015 ; Dikmen et al., 2016 ; Leape et al., 2012 ; Kivimäki, Elovainio & Vahtera, 2000 ; Roberts, 2015 ; Simons, 2008 ; Thomas & Burk 2009). Cette citation de Myers et al. (2016) résume bien le problème : « *staff productivity and patient safety suffer with the existence of HV. Retention of students, new nurses, and senior nurses is also adversely impacted* » et « *for those who stay and endure HV, both post-traumatic stress disorder and burnout have been reported* » (p.625).

Pour Çelebioğlu et al. (2010), les étudiants infirmiers ayant été confrontés à de la violence ressentent le plus souvent un sentiment de colère, de fureur, d'hostilité, d'anxiété, de déception, de faiblesse, d'impuissance, de manque de défense, de peur et/ou d'embarras. Le tableau 3 résume les impacts possibles en ce qui concerne les étudiants. Nous avons choisi de reprendre trois catégories d'impacts : physique, psychique et cognitif.

Tableau 3
Impact de la violence sur les étudiants infirmiers

Forme de violence	Impact	Auteur
Physique	Maux de tête, troubles gastro-intestinaux et troubles du sommeil	Bowllan, 2015
	Détresse psychologique	Bowllan, 2015 ; Çelebioğlu et al., 2010
Psychique	Sentiments d'aliénation, pleurs, idées suicidaires et manque de contrôle sur les conditions de travail	Bowllan, 2015
	Sentiment d'être déprimé	Bowllan, 2015 ; Budden et al., 2017
	Faible estime de soi	Bowllan, 2015 ; Birks et al., 2017 ; Çelebioğlu et al., 2010 ; McKenna & Boyle, 2016 ; Randle, 2003 ; Thomas & Burk, 2009
	Impuissance	Bowllan, 2015 ; Curtis et al., 2007
	Stress et anxiété	Bowllan, 2015 ; Birks et al., 2017 ; Budden et al., 2017 ; Courtney-Pratt et al., 2017 ; Dellasega, 2011 ; McKenna & Boyle, 2016 ; Özcan et al., 2014 ; Randle, 2003 ; Sauer et al., 2017 ; Thomas & Burk, 2009
	Sentiments d'humiliation, d'être dégradé et de manque de respect	Curtis et al., 2007 ; Randle, 2003
	Perte de confiance	Birks et al., 2017 ; Courtney-Pratt et al., 2017 ; Özcan et al., 2014 ; Webster, Bowron, Matthew-Maich & Patterson, 2016
	Colère	Özcan et al., 2014
	Honte	Bowllan, 2015 ; Özcan et al., 2014
Cognitive	Diminution des aptitudes cliniques	Bowllan, 2015 ; Çelebioğlu et al., 2010 ; Kolanko, 2003
	Incapacité à apprendre efficacement	Bowllan, 2015 ; Çelebioğlu et al., 2010 ; Webster et al., 2016

Randle (2003) observe que les étudiants arrivent avec une vision positive du métier et de sa pratique (prendre soin, empathie, ...) mais déchantent rapidement après une confrontation avec la réalité du terrain. Cette désillusion les amène à un recadrage cognitif : ils intègrent les mêmes comportements que les infirmières professionnelles. En effet, en cours de socialisation professionnelle, les élèves adoptent les normes, les valeurs et les règles véhiculées au sein des terrains de stage. Dans ce sens, Dikmen et al. (2016) disent qu'ils reproduisent ces mêmes conduites de violence une fois diplômés. En repensant à la manifestation d'impuissance des étudiants, il est intéressant de remarquer que Kolanko et al. (2006) et Auslender (2017) ont observé le manque de marge de manœuvre des étudiants lié au risque, notamment, d'avoir une note dévaluée. Bowllan (2015) remarque d'ailleurs que les étudiants ont souvent peur d'être incompetents et d'être impuissants. En cause, il constate que les étudiants parlent d'un déséquilibre de pouvoir et d'une incapacité à se défendre (manque d'accès aux ressources et au soutien nécessaires pour faire face à la VH). Çelebioğlu et al. (2010) et Birks et al. (2017) disent que les sentiments de peur et de honte peuvent avoir un impact sur l'incapacité des étudiants à exprimer leurs sentiments et ainsi participer au manque de rapportage. Blevins (2015), Bowllan (2015), Budden et al. (2017) et Tee et al. (2016) nous rappellent qu'en plus de l'impact primaire de la VH sur les étudiants, il y a un impact secondaire : la sécurité des patients. Pour Curtis et al. (2007), Thomas & Burk (2009), Palaz (2012), Webster et al. (2016), Ten Hoeve, Castelein, Jansen & Roodbol (2017) et Courtney-Pratt et al. (2017), les étudiants ayant vécu des expériences de VH sont plus susceptibles d'avoir des choix de carrière différents. D'ailleurs, Bartholomew (2006) nous dit ceci : « *students in their clinical practicums will assess the quality of relationships and decide where they want to work based on their student experiences* » (p.16). D'autres auteurs plus contemporains confirment encore cette idée (Becher & Visovsky, 2012 ; Birks et al., 2017 ; Bowllan, 2015 ; Budden et al., 2017 ; Dikmen et al., 2016 ; McKenna & Boyle, 2016 ; Tee et al., 2016).

L'histoire ne s'arrête pas là. Comme nous l'expliquent Clark, Ahten & Macy (2014), après, les étudiants deviennent de nouveaux diplômés¹⁷ et sont toujours susceptibles d'être confrontés à de la violence¹⁸.

¹⁷ Afin de ne pas encombrer ce travail, le chapitre concernant les nouveaux diplômés est à lire à l'annexe B.

¹⁸ On passe alors de la violence verticale à la violence horizontale.

1.3.4.1. Attrition

Une autre conséquence est l'attrition. Comprenons par-là le départ anticipé d'étudiants de leurs études ou d'infirmières de leur domaine d'activité professionnelle. Deary et al. (2003), parlaient déjà de l'importance de considérer cette attrition du côté de la profession infirmière comme des ses étudiants, notamment sous l'angle de l'analyse coût/bénéfice. En ce sens, « *attrition represents an important and costly feature of nurse education, leading to loss of talent and investment, and undermining the formation of a representative workforce* » (Mulholland, Anionwu, Atkins, Tappern & Franks, 2008, p.57). Ces derniers auteurs invitent à des recherches plus approfondies sur le sujet.

Voyons maintenant quelques particularités du phénomène « d'abandon des études ». Celui-ci est reconnu comme étant une problématique internationale (Wray, Barrett, Aspland & Gardiner, 2012) mais n'intervient évidemment pas uniquement à cause de la VV (Eick, Williamson & Heath, 2012). Néanmoins, repérons que de façon générale, les étudiants hommes ont moins de chance de réussir le parcours complet d'étude que leurs homologues féminins. Aussi, les étudiants plus âgés ont, quant à eux, plus de chance d'être diplômés (Eick et al., 2012 ; Mulholland et al., 2008 ; Scottish Government Health Directorates, 2007). Côté variable émotionnelle, Roso-Bas, Jiménez & García-Buades (2016) mettent en lumière le pessimisme comme liée à l'augmentation d'abandon. Enfin, l'enquête de 2017 du FNESI montre que le nombre comme la fréquence d'intention d'arrêter ses études augmentent au fil du temps.

1.3.5. Causes de la violence

La VV est un sujet bien trop complexe que pour pouvoir en expliquer les causes en quelques lignes. Nous ne ferons ici qu'exposer certaines hypothèses pouvant en partie expliquer les causes de la VV. En premier lieu, certains auteurs (Dikmen et al, 2016 ; Thomas & Burk, 2009) nomment la prédominance féminine dans les équipes infirmières comme l'une des causes de la VH. En second lieu, comme nous l'explique Dikmen et al. (2016), nous retrouvons l'environnement de travail (v. contexte des soins) comme terrain fertile à la VH. Pour Özcan et al. (2014), cela est notamment dû à la pression du travail subie par les infirmières de terrain mais aussi par un manque d'empathie étant à l'origine de comportements violents. En s'appuyant sur la publication de Thomas & Burk (2009), ces mêmes derniers auteurs expliquent ceci : « *nurses placed at the bottom of the hierarchical structure have feelings of powerlessness and believe they do not receive enough support from their managers. This feeling of*

powerlessness then causes them to become a perpetrator of violent behaviour towards more powerless and inexperienced people (i.e. student nurses) » (p.54). Enfin, Çelebioğlu et al. (2010) et Randle (2003) parlent du manque de ressources personnelles des étudiants.

1.3.5.1. De la part des étudiants

Si la VV est bien subie par les étudiants, il n'est pas impossible que celle-ci soit, en partie, influencée par le comportement des étudiants eux-mêmes via leurs attitudes ou encore leur personnalité. En effet, être en stage demande d'être en relation. Les étudiants doivent faire preuve de bonne volonté et montrer qu'ils sont dans une démarche d'apprentissage auprès des équipes infirmières¹⁹. Cependant, Kolanko et al. (2006) signalent que cette capacité à entretenir des relations peut être plus problématique pour certains, tout le monde n'étant pas égale en terme de compétences relationnelles. Çelebioğlu et al. (2010) et Sauer et al. (2017) confirment cela puisqu'ils ont observé chez certains étudiants pris en compte dans leurs enquêtes une mauvaise capacité de gestion du stress et des difficultés à communiquer et à exprimer leurs sentiments. Cette difficulté relationnelle peut s'aggraver par deux facteurs. Premièrement, comme l'indique Bolland (2015), par le manque de connaissances sur leurs propres droits de ne pas être harcelé ou intimidé. Deuxièmement, comme l'indique cette fois Bhana (2014), par le fait que les jeunes actuels ont plus tendance à préférer la communication digitale sur la relation face-à-face qui prime sur les lieux de stages. Le tableau 4 reprend une série de points qui sont autant de comportements ou d'attitudes qui peuvent entraver la bonne relation d'un étudiant avec l'équipe qui l'encadre. Pour parfaire nos propos, reprenons une citation de Moore, Leahy, Sublett & Lanig (2013) : « *student nurses should be taught certain behaviors enhance the likelihood of their acceptance into the nursing culture and their ability to forge positive relationships more readily with expert nurses* » (p.177).

Tableau 4
Difficultés en entretenir des relations

Comportements/attitudes	Auteur
Violer l'espace personnel	Kolanko et al., 2006
Ne pas maintenir le contact visuel	
Problèmes d'attention	
Mauvaise compréhension du non-verbal	
Défaut d'anticipation des conséquences	
Persévérer avec de mauvais choix	
Tendance à choisir les mauvais choix	

¹⁹ Les équipes infirmières évaluent et rendent une évaluation globale pour chaque stagiaire en fin de stage.

Ces différentes compétences relationnelles varieront selon le passé et l'expérience de l'étudiant. Par-là, nous voulons par exemple parler d'un étudiant plus âgé ayant déjà effectué des changements de carrières (à l'inverse d'un étudiant plus jeune sans expérience du milieu professionnel) ou encore d'un étudiant confronté à des charges financières, à des problèmes physiques ou psychologiques en antécédent, etc. (Kolanko et al., 2006). Ils sont alors encore plus à risque de subir des conséquences lourdes en cas de VH (Bowllan, 2015).

Kolanko et al. (2006) font aussi remarquer que certains enseignants observent un changement dans le comportement des étudiants au fil du temps. En effet, nous sommes passés récemment à un public d'étudiants appartenant à la génération dite « Y »²⁰.

Enfin certains étudiants peuvent eux-mêmes être à la source de violence en se montrant maltraitant (ex : arriver en retard, ...) envers les enseignants (Kolanko et al., 2006, Gallo, 2012), ce qui abîme la qualité de l'enseignement. Ils peuvent aussi l'être entre eux (Blevins, 2015 ; Sauer et al., 2017) ce qui engendre un stress perçu accru (Sauer et al., 2017). Nous retrouvons entre autre pour cause de ces comportements un besoin d'exprimer son pouvoir sur l'autre (je paie le salaire de l'enseignant donc j'ai le droit de...), un besoin de se libérer d'une frustration, etc. C'est d'autant plus regrettable quand on sait que des principes d'éthique et de respect sont à la base de la pratique infirmière professionnelle (Ibrahim & Qalawa, 2016).

1.3.5.2. De la part de l'enseignement

Comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, Bhana (2014) rappelle que les étudiants en stage sont amenés à être en relation. Kolanko et al. (2006) observent toute une série de comportements chez leurs étudiants qui mettent à mal leurs capacités d'interactions professionnelles (tableau 5).

Tableau 5
Aptitudes sociales difficiles

Aptitudes	Auteur
Demander de l'aide	Kolanko et al., 2006
S'excuser	
Répondre à la critique	
Négocier	
Répondre au téléphone	
Lancer ou à arrêter une conversation	
Interrompre une conversation avec un message urgent	

²⁰ Afin de ne pas encombrer ce travail, le chapitre concernant la génération « Y » est à lire à l'annexe D.

Del Prato (2013) et Kolanko et al. (2006) attirent l'attention sur la nécessité d'être conscient, en tant qu'enseignant, des comportements faisant défaut déjà présents en classe. L'idée étant de pouvoir intervenir dans une démarche tout aussi correctrice que respectueuse. Par-là, les enseignants indiquent et sanctionnent les comportements irrespectueux et amènent une meilleure ambiance en classe. En effet, les étudiants ont besoin de se sentir à l'aise et en communauté tout en entretenant de bonnes relations avec le personnel enseignant et leurs pairs (Walker, Rossi, Anastasi, Gray-Ganter & Tennent, 2016). Kolanko et al. (2006) et Sauer et al. (2017) notent l'importance de donner d'une part le bon exemple (ne pas arriver en retard ou non préparé, par exemple) et d'autre part d'indiquer rapidement et clairement les comportements acceptables ou non (en classe comme en stage). Clark & Springer (2010) renchérissent en disant que les enseignants démontrant des comportements civils contribuent positivement à la formation des étudiants. Clark (2008) explique que cela encourage les étudiants à reproduire cette culture de civilité (l'inverse étant tout aussi vrai). Ainsi, le rôle de l'enseignement supérieur ne s'arrête pas à la matière d'examen mais prend aussi en compte la promotion du respect et de la civilité (Baldwin, 1998 ; Schneider, 2016). Les enseignants ont par ailleurs tout intérêt à participer au développement des compétences interpersonnelles de leurs étudiants (Bhana, 2014). Nous voyons donc se dessiner, via les professeurs et les MFP, le rôle qu'a à jouer l'enseignement. King-Jones (2011) et Schneider (2016) insistent d'ailleurs sur l'importance qu'ont les MFP d'être alertés au sujet de la VH et d'adapter leur enseignement pour que les étudiants puissent au mieux y faire face. Bowllan (2015) parle lui de l'influence qu'on les MFP sur les étudiants et sur leur perception de la profession. Auslender (2017), en amont, appuie l'importance de la formation pour les enseignants au sujet de la VH. Nous pourrions alors attendre des enseignants qu'ils réagissent efficacement à la VH ressentie par leurs étudiants, qui eux, peinent à s'en défendre (Bowllan, 2015), faute notamment de lieux pour en parler (Auslender, 2017). Pour terminer, nous vous proposons une citation de Schneider (2016) : « *because professional socialization begins during nursing school, nurse educators play a major role in curbing this type of behavior* » donc « *cultivating caring and forming connected relationships with students can promote more positive interactions among students, decreasing instances of bullying and lateral violence as students transition into the workplace as new nurses* » (p.18).

2. Méthodologie

La première phase consiste en une revue de la littérature. D'abord, celle-ci nous permet de mieux cerner la problématique concernée par notre question de recherche. Ensuite, elle nous permet de comparer nos résultats à des résultats antérieurs. La deuxième phase consiste à répondre à notre question de recherche. Pour ce faire, nous avons choisi de faire une étude transversale avec l'aide d'un premier questionnaire (v. annexe E). Le devis est mixte avec un design d'inclusion. Il y a une seule phase de recueil de données qualitatives et quantitatives mais la méthode quantitative reste la « dominante ». La méthode qualitative, imbriquée dans la partie quantitative, vient en support de celle-ci (Aujoulat, 2015). Postérieurement, un second questionnaire a été conçu et puis diffusé (v. annexe E). Celui-ci s'appuie sur son prédécesseur et sur les résultats de la partie qualitative mais aussi sur des questionnaires utilisés dans d'autres études antérieures.

Question de recherche : « La violence verticale, dans le contexte des stages en soins infirmiers, amène-t-elle les étudiants à imaginer arrêter leurs études ? ».

Etant donné le design de cette recherche, la méthodologie choisie a pour but de donner une description du phénomène et de dégager certaines corrélations. Dans un premier temps, nous voulons d'abord quantifier le phénomène de violence verticale.

Sous-hypothèses :

- Les stages infirmiers sont sources de violences pour les stagiaires. La VV est bien avérée et s'élève à au moins 50%.
- Le fait de parler des difficultés de stage est compliqué pour les étudiants.

Ensuite, nous voulons d'une part quantifier le fait « d'imaginer arrêter ses études »²¹ et d'autre part la situer parmi d'autres éventuelles raisons.

Sous-hypothèses :

- Le fait d'imaginer arrêter leurs études, pour les étudiants, est important et s'élève à au moins 50%.
- Les étudiants nomment la VV comme une cause importante dans leurs pensées d'arrêter leurs études.

Enfin, nous verrons s'il existe éventuellement certaines associations²².

²¹ Premier et deuxième questionnaire : « avez-vous déjà pensé à abandonner vos études d'infirmières ? ».

²² NB : il ne s'agit pas d'un lien causal.

Sous-hypothèses :

- L'âge et/ou le genre constituent des variables ayant un lien avec le vécu de violence.
- L'observation subjective de VV par les étudiants est associée au fait d'imaginer arrêter ses études.

2.1. Revue de la littérature

Nous avons utilisé plusieurs équations de recherches utilisant différents mots clefs en MeSH Terms et en langage naturel. Différents PICO (v. annexe F), venant de notre question de recherche et des sous-hypothèses qui en découlent, ont été utilisés.

2.1.1. Sites et moteurs de recherche

PubMed ; Elsevier ; Researchgate ; Google Scholar

2.2. Expérimentation

2.2.1. Ligne du temps

Le premier questionnaire a été distribué par Nataly FILION aux étudiants assistant à son cours de 2010 à 2017. La retranscription et l'encodage des résultats ainsi obtenus a été réalisé entre septembre et décembre 2017. Le second questionnaire a été testé en novembre 2017 pour ensuite être diffusé par courriel dès le mois de décembre 2017. Ce dernier s'est clôturé le 31 janvier 2018.

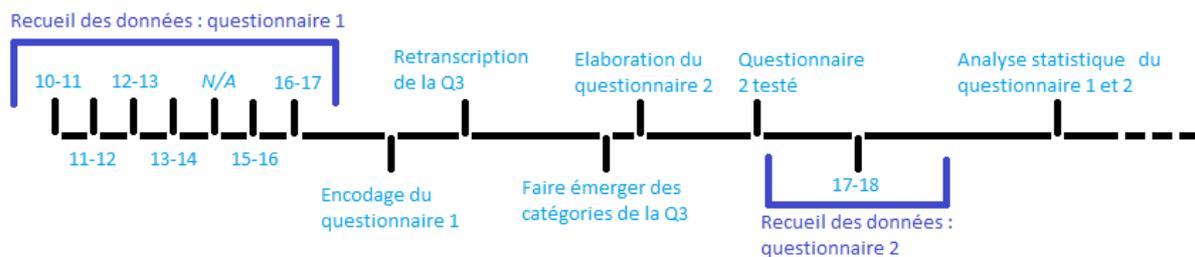


Figure 1 - Ligne du temps : du recueil des données à l'analyse des résultats.

2.2.2. L'échantillon

Pour des raisons pratiques de coût et d'accessibilité, la méthode d'échantillonnage est non-probabiliste : échantillon de convenance. Le tableau 6 reprend les critères d'inclusion et d'exclusion.

Tableau 6
Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Étudiants de 3ème année en soins infirmiers généraux	Étudiants de 1 ^{ère} et de 2 ^{ème} année ainsi que les étudiants en spécialisation
Hautes Écoles francophones Wallonnes et Bruxelloises	Hautes Écoles flamandes
Formation A1	Formation A2 et promotion sociale
Peu importe l'âge ou le genre	

En ne prenant que des étudiants de troisième année, nous gardons une cohorte avec des caractéristiques communes. Tous ces étudiants ont eu au moins huit périodes de stages et seront diplômés fin de cette année académique. Cela correspond d'ailleurs au choix d'autres auteurs (Çelebioğlu et al., 2010 ; Dikmen et al., 2016). Notre échantillon comprend des étudiants venant de sept écoles²³ différentes en Wallonie et à Bruxelles (v. annexe G).

2.2.3. Outils

Dans la présente étude, nous avons utilisé deux questionnaires (v. annexe E). Le premier questionnaire a été réalisé par Nataly FILION dans le cadre du cours de « Développement professionnel et bien-être au travail²⁴ ». Ce questionnaire reprend, comme d'autres l'ont fait (Dikmen et al., 2016 ; Longo, 2007 ; Özcan et al., 2014), des données sociodémographiques telles que l'âge, le genre mais aussi le nombre d'années passées dans l'école. Ensuite, nous retrouvons un ensemble de dix questions qui se divisent en trois catégories : expérience de violence, d'incivilité et/ou de harcèlement ; pensée d'abandon ; personnes ressources pour en parler. Les deux premières catégories sont constituées de questions dichotomiques et offrent un bref espace à l'étudiant pour s'expliquer s'il le souhaite. La dernière catégorie offre un choix multiple de réponses parmi une sélection de différentes personnes ressources. Le deuxième questionnaire s'appuie sur le premier mais aussi sur celui de Çelebioğlu et al. (2010), Dikmen et al. (2016), Longo (2007) et Özcan et al. (2014). Nous avons les mêmes données sociodémographiques ainsi que les trois catégories de questions citées ci-dessus. Comme pour le premier questionnaire, nous retrouvons une liste (un choix multiple et non un champ lexical) de personnes possiblement à l'origine des violences. À ce sujet, nous avons prêté attention à la remarque d'Hinchberger (2009) : « *it would be more beneficial for this research to list the various staff members by title to gain a better understanding of the perpetrators* » (p.43). Au-delà de cela, ce second questionnaire comprend plusieurs différences notables :

²³ NB : certaines écoles comptent différentes entités basées sur des sites géographiquement distincts.

²⁴ Anciennement appelé « psychologie appliquée aux soins infirmiers ».

- Les questions sont en échelle de Likert et non plus sous forme dichotomique.
- Seuls trois champs lexicaux subsistent sur seize questions.
- La question sur l'abandon des études devient un choix multiple sur base des catégories émergentes faites à partir du premier questionnaire.
- Le type de personnes à l'origine de violences subjectives est élargi.
- Seul le terrain des stages est pris en considération alors que le premier questionnaire prenait en compte l'expérience de stage aussi bien que celle des cours.
- Les violences verbales mais aussi physiques, sexuelles ainsi que la discrimination sont prises en considération alors que le premier questionnaire ne prenait en compte que l'expérience de violence verbale. Également, nous pensons qu'il était pertinent d'ajouter la discrimination de genre (Dikmen et al., 2016)²⁵ ou, bien que cela demande une attention particulière au contexte du pays, raciale (Birks et al., 2017)

L'ordre des questions et des suggestions de réponses est quasi aléatoire. C'est-à-dire que nous avons disposé les questions sans ordre précis. Par contre, nous avons délibérément choisi de ventiler ces questions afin de ne pas avoir successivement le même type de violence concernée (on ne retrouve pas une question concernant la violence verbale suivie d'une autre question traitant aussi de la violence verbale, par exemple). À ce sujet, ce second questionnaire comprend huit questions : quatre concernent la violence (non-)verbale²⁶, deux concernent la violence physique, une concerne la discrimination et une dernière concerne la violence sexuelle. À la moitié de ces huit questions, l'ordre dans les échelles de Likert s'inverse afin de désamorcer les éventuels automatismes dans les réponses. Pour la question « ... à qui en parlez-vous ? », le choix des suggestions de réponses a été disposé aléatoirement (l'ordre proposé dans le premier questionnaire avait une certaine correspondance avec la fréquence des réponses, c'est ce que nous avons voulu éviter ici).

Concernant la diffusion du second questionnaire, onze écoles ont été contactées par mail afin de faire la demande de diffusion. Sept écoles ont répondu positivement par écrit en s'acquittant de la tâche de faire passer le lien internet du questionnaire au public cible. Celui-ci a été mis à disposition des étudiants sous forme électronique uniquement, via un lien internet. Ce deuxième questionnaire a été distribué par mail ou mis en évidence sur des plateformes internet destinées aux étudiants de troisième année. Au préalable, le questionnaire avait été testé

²⁵ Contexte du pays : la Turquie (Dikmen et al., 2016).

²⁶ Le terme « non-verbale » est utilisé pour s'accorder à son opposé : la violence « verbale ». La violence non-verbale ne désigne rien d'autre que le sentiment d'exclusion et le fait de se sentir ignoré.

par la classe de quatrième année en spécialisation en santé mentale et psychiatrie par l'intermédiaire de Nataly FILION. À ce sujet, aucune remarque n'avait été formulée par les étudiants de quatrième année. Aussi, les écoles ayant participé à la diffusion n'ont fait que l'une ou l'autre remarque à propos de l'orthographe et de la compréhension du terme « MFP ».

2.2.4. Le protocole expérimental

L'approche est d'abord positiviste afin de chiffrer le problème pour d'une part faire l'état des lieux et d'autre part se comparer à la littérature en termes de prévalence. Pour le premier questionnaire, tous les étudiants présents au cours ont été invités, à la fin de celui-ci, à répondre à l'enquête proposée par le professeur. Ce questionnaire est anonyme et est réalisé par les étudiants des années académiques allant de 2010-11 à 2016-17²⁷. Il ne représente pas pour autant tous les étudiants du Parnasse-ISEI puisque Nataly FILION n'est pas le seul professeur à donner ce cours. Autrement dit, si tous ses étudiants ont, semble-t-il, complété le questionnaire, elle n'a pas pour autant eu tous les étudiants de cette année-là à son cours. Pour le deuxième questionnaire, c'est un courriel avec un lien pour une enquête en ligne qui a été envoyé aux étudiants du bloc 3 de différentes écoles.

L'approche constructiviste vient ensuite afin de faire ressortir les raisons pour lesquelles les étudiants répondent « oui » à cette question : « avez-vous déjà pensé à abandonner vos études d'infirmières ? ». Il s'agit de retranscrire la question 3 du premier questionnaire et d'en faire un fichier Word par année académique puis de la catégoriser au fur et à mesure. Pour se faire, une année académique a été choisie au hasard afin de commencer à faire émerger des premières catégories et ainsi de suite. L'émergence de ces (sous-)catégories s'est faite tout au long du travail de catégorisation. Le leitmotiv a été de faire ressortir les personnes impliquées et d'en faire des grandes catégories. Par après, nous avons ajouté des sous-catégories afin d'y glisser les témoignages qui comportaient plus de précision sur les faits ou sur les personnes impliquées. Un extrait pouvant comporter plusieurs idées distinctes, il n'est pas rare d'en retrouver dans plusieurs catégories différentes.

²⁷ Pour des raisons indépendantes de notre volonté, l'année académique 2014-15 n'est pas représentée.

2.2.5. L'analyse des données

2.2.5.1. Données quantitatives

Les premières analyses sont purement descriptives et permettent de donner les caractéristiques de nos deux échantillons issus du premier et du deuxième questionnaire. La question sur les personnes ressources des étudiants pour parler des problèmes vécus en stage sera aussi analysée de façon descriptive.

L'analyse du premier questionnaire n'est pas faite sur l'entièreté des questions (16 items en tout). La question du « nombre d'années d'études à l'ISEI », les questions 4 ; 6 et 7²⁸ sont délibérément écartées. Le nombre d'années d'études s'est avéré être une question ambiguë. Certains étudiants répondent en terme d'années révolues et d'autres non. Les questions 4 ; 6 et 7 ont un taux de données manquantes²⁹ >10%, ce qui constitue un nombre important (Speybroeck & D'Hoore, 2015). En cause, de nombreux étudiants ont cochés à la fois « oui » et « non ». Le choix de réponse dichotomique ne permet pas aux répondants de mettre la nuance voulue. Par souci de rigueur, ces quatre questions sont donc écartées de l'analyse.

2.2.5.2. Données qualitatives

La seconde analyse consiste en un découpage en unités de sens (catégories) du verbatim obtenu. La première ambition de cette approche est d'être descriptive. L'interprétation n'étant pas le but de la démarche, nous relèverons plutôt ici de façon systématique les thèmes pertinents afin de documenter la problématique qui nous préoccupe. La démarche est inductive. C'est-à-dire que les catégories sont émergentes et ce, tout au long du processus.

2.2.6. Le traitement statistique

Les données sont analysées statistiquement via le logiciel « SPSS 25 ». À l'aide du test de Khi² de Pearson et du test T pour échantillons indépendants, nous comparons différentes variables (attrition, âge et genre) avec les vécus de violence et avec les pensées d'arrêter les études. Le second questionnaire nous donne toute une série de moyennes qui font l'objet de régression linéaire en lien avec les trois variables citées plus haut. Pour l'ensemble des résultats : alpha = 95%.

²⁸ Q4 : « lorsque vous êtes en stage, sentez-vous que l'on fait confiance en vos capacités ? » | Q6 : « Lors des cours ou en stage, est-ce qu'on tient compte de votre avis ? » | Q7 : « Vous sentez-vous respecté comme personne lors des cours ou lorsque vous êtes en stage ? »

²⁹ Pourcentage de données manquantes : Q4 (24,10%), Q6 (21,35%) et Q7 (16,91%).

3. Résultats

3.1. Premier et second questionnaires

3.1.1. Données quantitatives

Pour l'ensemble des résultats, nous avons choisi de montrer principalement ceux qui sont positifs afin de ne pas encombrer les tableaux. Seuls les résultats statistiquement non-significatifs les plus pertinents sont indiqués.

Les tableaux 7 à 9 reprennent les données sociodémographiques de nos deux échantillons. Le premier questionnaire a été proposé chaque année à six reprises et s'étale donc sur six années académiques (de 2010 à 2017). Seuls des étudiants du bloc 3 ont pu y répondre. Notre premier échantillon se compose de quatre-cent-septante-trois répondants. La moyenne d'âge est de 23 ans avec une distribution asymétrique droite (mode = médiane < moyenne). La prédominance est clairement féminine avec un sex ratio (H/F) de 0,15.

Tableau 7
Données sociodémographiques (questionnaire 1)

	N (%)	Moyenne +/- DS	Données manquantes (%)
Genre	473 (100%)	0,87 +/- 0,33	0 (0%)
<i>Homme</i>	60 (12,70%)		
<i>Femme</i>	413 (87,3%)		
Âge (en années)	471 (99,58%)	22,67 +/- 3,40	2 (0,42%)

DS : déviation standard
1 = « oui » et 0 = « non »

L'année académique 2016-17 représente plus d'un quart de notre échantillon total. Les six années académiques sont semblables en termes de genre et d'âge (tableau 8).

Tableau 8
Genre et âge selon les six années académiques (questionnaire 1)

	N (%)	Moyenne genre (IC 95%)	Moyenne âge (IC 95%)
Année académique	473 (100%)		
2010-11	68 (14,4%)	0,83 (0,73 ; 0,94)	22,36 (21,81 ; 22,90)
2011-12	67 (14,2%)	0,87 (0,78 ; 0,95)	22,40 (21,86 ; 22,95)
2012-13	62 (13,1%)	0,92 (0,85 ; 0,99)	23,27 (21,97 ; 24,58)
2013-14	61 (12,9%)	0,90 (0,82 ; 0,98)	22,92 (22,18 ; 23,66)
2015-16	85 (18,0%)	0,87 (0,80 ; 0,94)	23,06 (22,13 ; 23,99)
2016-17	130 (27,5%)	0,87 (0,81 ; 0,93)	22,30 (21,81 ; 22,79)

IC : intervalle de confiance

Le deuxième questionnaire comprend uniquement une année académique d'étudiants du bloc 3 et se compose de trois-cent-douze répondants. La moyenne d'âge est de 24 ans avec une distribution asymétrique droite (mode = médiane < moyenne). La prédominance reste féminine avec un sex ratio (H/F) de 0,16.

Tableau 9
Données sociodémographiques (questionnaire 2)

	N (%)	Moyenne +/- DS	Données manquantes (%)
Genre	287 (92%)	0,86 +/- 0,35	25 (8%)
<i>Homme</i>	40 (12,8%)		
<i>Femme</i>	247 (79,2%)		
Âge (en années)	310 (99,4%)	23,68 +/- 4,93	2 (0,6%)
Années scolaires	306 (98,1%)	2,57 +/- 0,8	9 (1,9%)

Années scolaires : nombre d'années révolues que l'étudiant a passées dans une école de soins infirmiers.
1 = « oui » et 0 = « non »

Le tableau 10 reprend les dix questions évaluables du premier questionnaire. Les questions 1 ; 2 et 5 constituent un premier regroupement de questions. Celles-ci reprennent des notions de violence verbale ou non-verbale³⁰, en stage et/ou en cours, sans questionner les différentes personnes à l'origine. La question 3 concerne le phénomène d'attrition. De ce fait, elle constitue une catégorie à elle seule. La question 8 est aussi une question à part puisqu'elle demande aux étudiants à qui ils s'adressent en cas de problème en stage. Le top 3 de la question 8 est constitué des amis, de la famille et des autres étudiants. À contrario, la MFP du stage est sollicitée par les étudiants dans moins de la moitié des cas. En fin de classement, on retrouve les titulaires et l'équipe soignante. Les étudiants déclarent n'en parler parfois à personne dans 6% des cas. 4 étudiants (0,85%) déclarent ne jamais en parler à personne. La question 9 se décompose en 4 sous-questions et constitue ainsi un second regroupement de questions. Pour la question 9, nous retrouvons communément les termes de violence, de harcèlement et d'intimidation avec comme protagonistes les patients, les infirmières de terrain, les MFP et les étudiants. La question 10, toujours à part, demande aux étudiants s'ils croient que la violence, le harcèlement et/ou l'intimidation sont des sujets préoccupants dans leur école.

Tableau 10
Questions 1 ; 2 ; 3 ; 5 ; 8 ; 9 et 10 (questionnaire 1)

Questions	N (%)	Moyenne +/- DS	Données manquantes (%)
1	465 (98,3%)	0,31 +/- 0,46	8 (1,7%)
2	460 (97,3%)	0,39 +/- 0,49	13 (2,7%)
3	472 (99,8%)	0,51 +/- 0,50	1 (0,2%)
5	459 (97,0%)	0,62 +/- 0,49	14 (3,0%)

Question	Moyenne	DS
Q1	0,31	0,46
Q2	0,39	0,49
Q5	0,62	0,49

³⁰ Encore une fois, le terme « non-verbale » est utilisé pour s'accorder à son opposé : la violence « verbale ». La violence non-verbale ne désigne toujours rien d'autre que le sentiment d'exclusion et le fait de se sentir ignoré.

8	472 (99,8%)		1 (0,2%)
Ami (A)		0,84 +/- 0,37	
Étudiant (E)		0,71 +/- 0,45	
Famille (F)		0,74 +/- 0,44	
MFP		0,43 +/- 0,50	
Infirmière (I)		0,09 +/- 0,29	
Infirmière-Référente		0,06 +/- 0,24	
Infirmière-Cheffe		0,04 +/- 0,20	
Titulaire (T)		0,16 +/- 0,36	
Autre MFP (aMFP)		0,05 +/- 0,22	
Personne (P)		0,06 +/- 0,24	
9_1 (patient)	468 (98,9%)	0,36 +/- 0,48	5 (1,1%)
9_2 (infirmière)	457 (96,6%)	0,33 +/- 0,47	16 (3,4%)
9_3 (MFP)	453 (95,8%)	0,15 +/- 0,36	20 (4,2%)
9_4 (étudiant)	450 (95,1%)	0,06 +/- 0,23	23 (4,9%)
10	443 (93,7%)	0,60 +/- 0,49	30 (6,3%)
<p>Question 1 : « avez-vous déjà été la cible de taquineries excessives et de sarcasmes au cours, en stage ? » Question 2 : « vous a-t-on déjà fait des remarques insultantes en stage ou bien lors de cours ? » Question 3 : « avez-vous déjà pensé à abandonner vos études d'infirmières » Question 5 : « à l'école ou en stage, vous êtes-vous déjà senti ignorés ou exclus ? » Question 8 : « lorsque vous avez des problèmes en stage à qui en parlez-vous ? » Question 9 : « avez-vous déjà été victime de violence, de harcèlement ou d'intimidation ... » ; 9_1 : « ... de la part d'un patient ? » ; 9_2 : « ... de la part d'une infirmière lors d'un stage ? » ; 9_3 : « ... de la part d'une MFP ? » ; 9_4 : « ... de la part d'un autre étudiant ? » Question 10 : « croyez-vous que la violence, le harcèlement ou l'intimidation sont des sujets préoccupants dans votre école ? ».</p>			

La moyenne de la question 3 est semblable dans les six années académiques (tableau 11).

Tableau 11
Question 3 selon les six années académiques (questionnaire 1)

Année académique	Moyenne question 3 (IC 95%)
2010-11	0,49 (0,37 ; 0,62)
2011-12	0,46 (0,34 ; 0,59)
2012-13	0,44 (0,31 ; 0,56)
2013-14	0,54 (0,41 ; 0,67)
2015-16	0,59 (0,48 ; 0,70)
2016-17	0,52 (0,43 ; 0,60)

Le tableau 12 donne le détail des résultats pour le second questionnaire. Les questions 4 à 12 traitent des différentes formes de violences perçues par les étudiants. La question 14 rejoint la question 8 du premier questionnaire et conserve, à très peu de choses près, les mêmes résultats³¹. La question 15 rejoint la question 3 du premier questionnaire et traite donc toujours du phénomène d'attrition. Si on transpose cette question en question dichotomique (telle que dans le premier questionnaire)³², on retrouve 92,06% d'étudiants ayant déjà imaginé arrêter leurs études. La question 16 s'intéresse aux raisons qui amènent un étudiant à imaginer arrêter ses études. Si nous nous concentrons sur la VV, nous constatons que 68,59% des étudiants ont coché l'item « les lieux de stage : relation compliquée avec l'équipe soignante » lorsqu'il s'agissait d'expliquer ce qui les avait amenés à imaginer arrêter leurs études.

Tableau 12
Questions 4 à 16 (questionnaire 2)

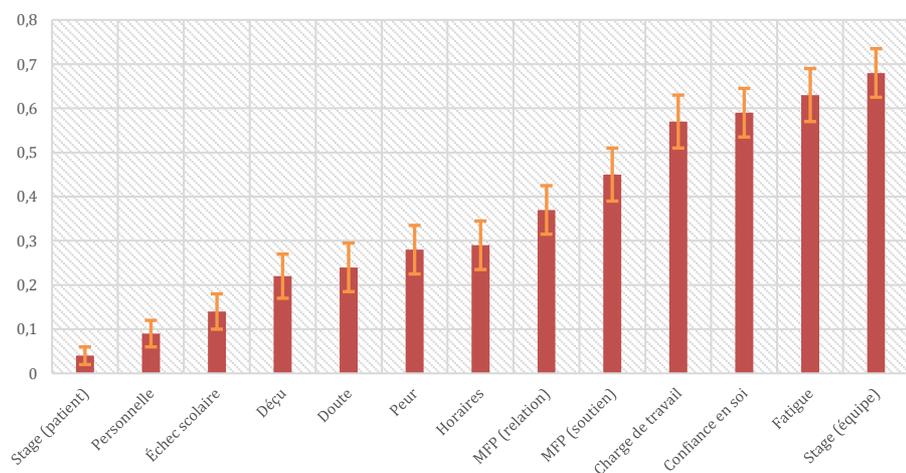
Questions	N (%)	Moyenne +/- DS	Données manquantes (%)
4 (1/8)	276 (88,5%)		36 (11,5%)
Équipe soignante		2,79 +/- 1,06	
Patient ou famille		1,94 +/- 0,84	
Autre étudiant		1,48 +/- 0,76	
MFP		2,1 +/- 1,05	
5 (2/8)	277 (88,8%)		35 (11,2%)
Équipe soignante		1,13 +/- 0,46	
Patient ou famille		1,67 +/- 0,77	
Autre étudiant		1,02 +/- 0,13	
MFP		1,05 +/- 0,26	
6 (3/8)	278 (89,1%)		34 (10,9%)
Équipe soignante		2,64 +/- 1,09	
Patient ou famille		1,73 +/- 0,85	
Autre étudiant		1,41 +/- 0,80	
MFP		1,64 +/- 0,89	
7 (4/8)	277 (88,8%)		35 (11,2%)
Équipe soignante		1,71 +/- 1,07	
Patient ou famille		1,45 +/- 0,77	
Autre étudiant		1,16 +/- 0,51	

³¹ Par exemple, nous retrouvons plus d'étudiants indiquant « ne pas en parler ».

³² « Jamais » devient « non » alors que « rarement, parfois, souvent et très souvent » deviennent « oui ».

MFP	1,35 +/- 0,82	
8	249 (79,8%)	63 (20,2%)
Genre	43 (17,3%)	0,15 +/- 0,36
Origine	47 (18,9%)	0,17 +/- 0,37
Croyance	18 (7,2%)	0,06 +/- 0,24
Autre*	45 (18,1%)	0,16 +/- 0,37
9 (5/8)	269 (86,2%)	43 (13,8%)
Équipe soignante		1,57 +/- 0,91
Patient ou famille		2,06 +/- 0,92
Autre étudiant		1,15 +/- 0,51
MFP		1,12 +/- 0,47
10 (6/8)	263 (84,3%)	49 (15,7%)
Équipe soignante		2,28 +/- 1,14
Patient ou famille		1,39 +/- 0,71
Autre étudiant		1,44 +/- 0,82
MFP		1,48 +/- 0,81
11 (7/8)	273 (87,5%)	39 (12,5%)
Équipe soignante		1,24 +/- 0,62
Patient ou famille		1,04 +/- 0,21
Autre étudiant		1,10 +/- 0,36
MFP		1,05 +/- 0,27
12 (8/8)	276 (88,5%)	36 (11,5%)
Équipe soignante		3,62 +/- 1,01
Patient ou famille		1,60 +/- 0,74
Autre étudiant		1,64 +/- 0,86
MFP		1,82 +/- 0,99
13	273 (87,5%)	39 (12,5%)
14*	278 (89,1%)	34 (10,9%)
Ami (A)		0,67 +/- 0,47
Étudiant (E)		0,67 +/- 0,47
Famille (F)		0,62 +/- 0,49
MFP		0,34 +/- 0,47
Infirmière (I)		0,07 +/- 0,26
Infirmière-Référente		0,06 +/- 0,25
Infirmière-Cheffe		0,06 +/- 0,24
Titulaire (T)		0,13 +/- 0,34
Personne (P)		0,14 +/- 0,35

15	277 (88,8%)	3,12 +/- 1,17	35 (11,2%)
16*	278 (89,1%)		34 (10,9%)
Stage (équipe)		0,68 +/- 0,47	
Stage (patient)		0,04 +/- 0,20	
MFP (relation)		0,37 +/- 0,49	
Doute		0,24 +/- 0,43	
Fatigue		0,63 +/- 0,48	
Peur		0,28 +/- 0,45	
Horaires		0,29 +/- 0,46	
Confiance en soi		0,59 +/- 0,49	
Charge de travail		0,57 +/- 0,50	
MFP (soutien)		0,45 +/- 0,50	
Personnelle		0,09 +/- 0,29	
Échec scolaire		0,14 +/- 0,35	
Déçu		0,22 +/- 0,42	



Question 4 : « en stage, j'ai déjà été la cible de paroles menaçantes, humiliantes ou bien insultantes » | **Question 5** : « en stage, j'ai déjà été poussé ou frappé » | **Question 6** : « en stage, j'ai déjà été la cible de taquineries ou de sarcasmes excessifs » | **Question 7** : « en stage, j'ai déjà été la cible d'une forme de discrimination » | **Question 8** : « quel est, selon vous, la cause de cette discrimination ? » | **Question 9** : « en stage, j'ai déjà été la cible de mots, de regards ou de gestes déplacés » | **Question 10** : « en stage, j'ai déjà été la cible de ragots ou de fausses accusations » | **Question 11** : « en stage, j'ai déjà vu mon propre matériel être dégradé par autrui » | **Question 12** : « en stage, j'ai eu le sentiment d'être ignoré ou exclu » | **Question 13** : « avez-vous observé ou entendu d'autres étudiants : être la cible de VHI ? » | **Question 14** : « lorsque vous rencontrez des problèmes en stage, à qui en parlez-vous ? » | **Question 15** : « avez-vous déjà pensé arrêter vos études ? » | **Question 16** : « selon vous, à cause de quoi avez-vous déjà pensé arrêter vos études ? ».

* Voir l'annexe H pour le détail de la catégorie « autre ».

Afin d'y voir plus clair sur les personnes vers qui s'adressent les étudiants en cas de problèmes en stage, nous avons eu recours à deux regroupements différents (cela concerne les deux questionnaires). Les figures 2 et 3 nous montrent que l'entourage de l'étudiant (ami, famille et camarade) constitue la majorité des personnes auxquelles l'étudiant s'adresse pour évoquer ses difficultés en stage. Les personnes ressources de l'école (MFP et titulaires) arrivent en seconde place. L'équipe du stage (infirmière et infirmière-chef ou référente) arrive bien derrière.

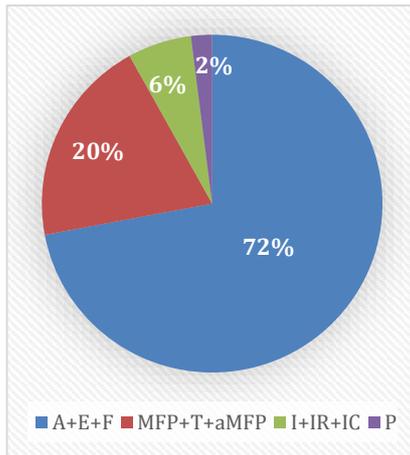


Figure 2 - Entourage, milieu scolaire et équipe soignante (questionnaire 1)

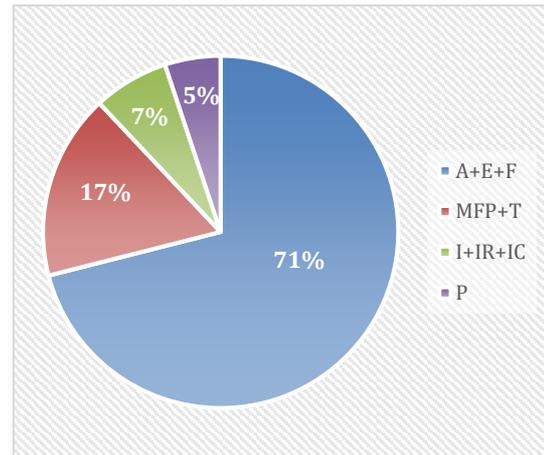


Figure 3 - Entourage, milieu scolaire et équipe soignante (questionnaire 2)

Les figures 4 et 5 opposent l'entourage (et le fait de n'en parler à personne) à l'équipe soignante et enseignante. Par ce regroupement, nous avons voulu opposer les personnes qui peuvent agir sur les difficultés de stage à ceux qui n'ont pas de pouvoir d'action.

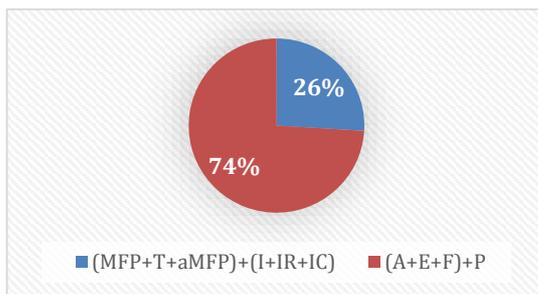


Figure 4 - Enseignants et soignants >< entourage (questionnaire 1)

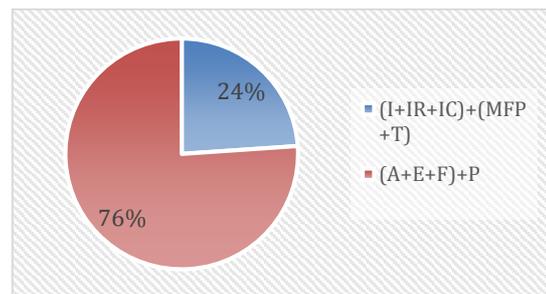
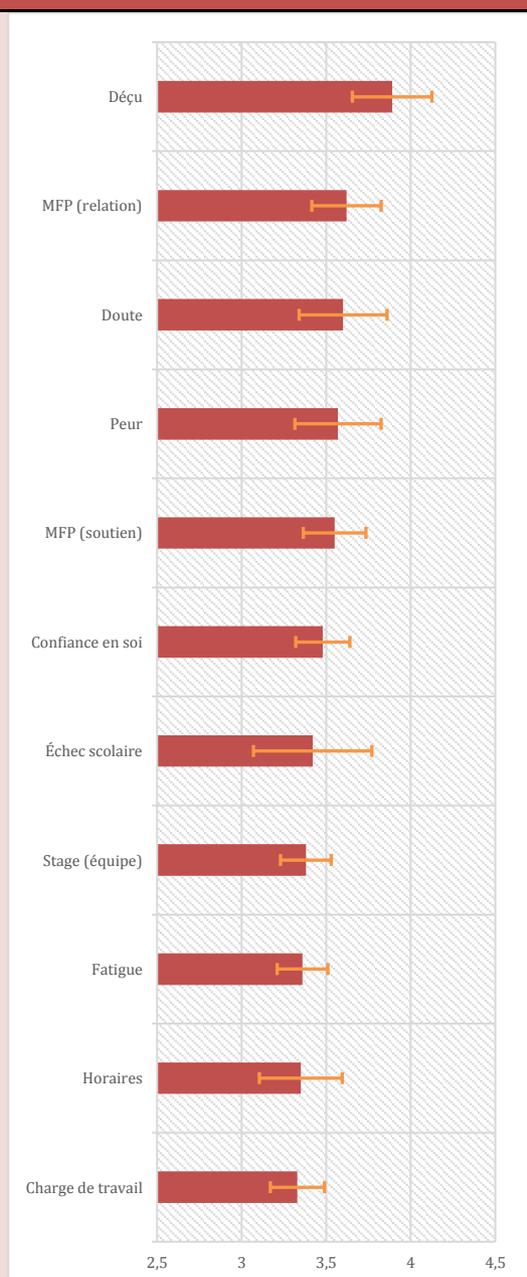


Figure 5 - Enseignants et soignants >< entourage (questionnaire 2)

Le tableau 13 explore plus en détail la question 16 qui demande aux étudiants ce qui les a amené à penser à abandonner leurs études. Nous avons pris deux variables : les items de la question 16 (« ... à cause de quoi avez-vous déjà pensé arrêter vos études ? », dichotomique) et la question 15 (« avez-vous déjà pensé arrêter vos études ? », ordinal). Ainsi, nous pouvons grader chaque item de la question 16 via son score à la question 15.

Tableau 13
Question 15 et 16 (questionnaire 2)

Question 16	N (%)	Moyenne (question 15)
Stage (équipe)		
Oui	190 (68,59%)	3,38
Non	87 (31,41%)	2,53
Fatigue		
Oui	174 (62,81%)	3,36
Non	103 (37,18%)	2,70
Confiance en soi		
Oui	164 (59,21%)	3,48
Non	113 (40,79%)	2,58
Charge de travail		
Oui	158 (57,04%)	3,33
Non	119 (42,96%)	2,83
MFP (soutien)		
Oui	125 (45,13%)	3,55
Non	152 (54,87%)	2,76
MFP (relation)		
Oui	104 (37,55%)	3,62
Non	173 (62,45%)	2,82
Horaires*		
Oui	81 (29,24%)	3,35
Non	196 (70,76%)	3,02
Peur		
Oui	78 (28,16%)	3,57
Non	199 (71,84%)	2,94
Doute		
Oui	68 (24,55%)	3,60
Non	209 (75,45%)	2,96
Déçu		
Oui	61 (22,02%)	3,89
Non	216 (77,98%)	2,90
Échec scolaire*		
Oui	38 (13,72%)	3,42
Non	239 (86,28%)	3,07
Personnelle*		
Oui	24 (8,66%)**	3,58
Non	253 (91,34%)	3,07
Stage (patient)*		
Oui	11 (3,97%)**	3,36
Non	266 (96,02%)	3,11



Données manquantes entre 0 et 4,0%.

* Les intervalles de confiance à 95% se recourent.

** Effectifs < 30. Pour cette raison, ces deux items ne figurent pas dans le graphique.

Pour les tests statistiques du premier questionnaire, nous avons regroupé les questions 1 ; 2 et 5 afin d'en calculer une moyenne arithmétique que nous appelons **VV_M** pour **Moyenne des Violences Verbales** (tableau 14). Nous observons que 18% des répondants ont répondu « non »

à ces trois questions. Par contre, 82% des étudiants ont répondu au moins une fois « oui »³³. À ce même effet, les réponses aux quatre sous-questions de la question 9 ont été regroupées pour constituer une moyenne que nous appelons cette fois **VHI_M** pour Moyenne de la Violence, du Harcèlement et/ou de l'Intimidation. Là, nous observons que 39% des répondants ont répondu « non » à ces quatre questions. 61% des étudiants ont répondu au moins une fois « oui »²³.

Tableau 14
VV_M et VHI_M (questionnaire 1)

	N (%)	Moyenne +/- DS	Données manquantes (%)
VV_M	442 (93,4%)	0,43 +/- 0,30	31 (6,6%)
VHI_M	429 (90,7%)	0,22 +/- 0,22	44 (9,3%)

* 0 signifie que le répondant a coché « non » à toutes les questions alors 1 signifie que l'étudiant a coché « oui » à toutes les questions.
VV_M : Violence Verbal _ Moyenne / VHI_M : Violence Harcèlement Intimidation _ Moyenne

Ces scores de VV_M et de VHI_M sont comparables dans les six années académiques³⁴ (tableau 15).

Tableau 15
VV_M et VHI_M selon les six années académiques (questionnaire 1)

Année académique	Moyenne VV_M (IC 95%)	Moyenne VHI_M (IC 95%)
2010-11	0,47 (0,39 ; 0,54)	0,29 (0,23 ; 0,35)
2011-12	0,35 (0,28 ; 0,43)	0,24 (0,17 ; 0,30)
2012-13	0,42 (0,34 ; 0,51)	0,24 (0,18 ; 0,30)
2013-14	0,44 (0,36 ; 0,52)	0,23 (0,18 ; 0,29)
2015-16	0,50 (0,43 ; 0,56)	0,23 (0,18 ; 0,28)
2016-17	0,42 (0,37 ; 0,47)	0,17 (0,13 ; 0,21)

VV_M : Violence Verbal _ Moyenne
VHI_M : Violence Harcèlement Intimidation _ Moyenne

Pour les tests statistiques du deuxième questionnaire, nous avons également, au préalable, eu recours à différents regroupements. Le tableau 16 présente ces différents résultats.

Tableau 16
Moyennes (questionnaire 2)

	N (%)	Moyenne +/- DS	Données manquantes (%)
Moyenne de la violence globale (M_V)	274 (87,8%)	1,63 +/- 0,35	38 (12,2%)
Moyenne/question	247 (79,2%)		65 (20,8%)
M_Q4 (VV)		2,07 +/- 0,61	
M_Q5 (VP)		1,22 +/- 0,27	
M_Q6 (VV)		1,83 +/- 0,64	

³³ Nombre pouvant servir à chiffrer une prévalence.

³⁴ Seule l'année 2011-12 par rapport à l'année 2015-16 (VV_M) et l'année 2010-11 par rapport à l'année 2016-17 (VHI_M) diffèrent entre-elles sans pour autant que cela ne constitue une réelle tendance dans la chronologie des années.

M_Q7 (VD)		1,40 +/- 0,62	
M_Q9 (VS)		1,47 +/- 0,51	
M_Q10 (VV)		1,64 +/- 0,63	
M_Q11 (VP)		1,10 +/- 0,25	
M_Q12 (VV)		2,16 +/- 0,59	
Moyenne/catégorie de personne		247 (79,2%)	65 (20,8%)
M_V_Équipe soignante (É S)		2,10 +/- 0,58	
M_V_Patient et famille (Ptt)		1,60 +/- 0,43	
M_V_Autre étudiant (Ét)		1,30 +/- 0,39	
M_V_MFP		1,44 +/- 0,45	
Moyenne violence verbale (M_VV)		247 (79,2%)	1,92 +/- 0,49
Moyenne violence verbale/catégorie de personne			
M_VV_Équipe soignante		2,81 +/- 0,85	
M_VV_Patient et famille		1,65 +/- 0,52	
M_VV_Autre étudiant		1,49 +/- 0,62	
M_VV_MFP		1,74 +/- 0,70	
Moyenne violence physique (M_VP)	247 (79,2%)	1,16 +/- 0,19	65 (20,8%)
Moyenne violence physique/catégorie de personne			
M_VP_Équipe soignante		1,18 +/- 0,38	
M_VP_Patient et famille		1,36 +/- 0,40	
M_VP_Autre étudiant		1,06 +/- 0,21	
M_VP_MFP		1,05 +/- 0,18	
Moyenne violence par discrimination (M_VD)	V. M_Q7		
Moyenne pour la discrimination /catégorie de personne	V. question 7 (4/8)		
M_VD_Équipe soignante			
M_VD_Patient et famille			
M_VD_Autre étudiant			
M_VD_MFP			
Moyenne violence sexuelle (M_VS)	V. M_Q9		
Moyenne violence sexuelle/catégorie de personne	V. question 9 (5/8)		
M_VS_Équipe soignante			
M_VS_Patient et famille			
M_VS_Autre étudiant			
M_VS_MFP			
* 0 signifie que le répondant a coché « non » à toutes les questions alors que 1 signifie que l'étudiant a coché « oui » à toutes les questions.			

Pour la suite, nous avons testé différentes variables associées aux scores de VV_M et VHI_M. Remarquons qu'aucun âge ne permet d'avoir une différence statistiquement significative³⁵. Le tableau 17 reprend ces différents tests avec leurs résultats.

Tableau 17
Test T pour échantillons indépendants (questionnaire 1)

	Variable 1 (moyenne)	Variable 2 (moyenne)	p-value
VV_M	2011-12 (0,35)	2015-16 (0,50)	0,004
	Homme (0,37)	Femme (0,44)	0,185*
	Question 3 = oui (0,48)	Question 3 = non (0,39)	0,001
	≤ 22 ans (0,40)	≥ 23 ans (0,46)	0,042
VHI_M	2010-11 (0,29)	2016-17 (0,17)	< 0,001
	Question 3 = oui (0,25)	Question 3 = non (0,20)	0,022
	Homme (0,17)	Femme (0,23)	0,041

* Non-significatif

Les autres scores de VHI_M ont été testés sur la question 3 avec des résultats statistiquement non-significatifs.

Aucun âge ne permet d'avoir un résultat statistiquement significatif pour la question 3.

Pour bien comprendre les scores de VV_M et VHI_M, il faut savoir que ces scores ont été successivement scindés en deux groupes distincts afin de créer une variable binaire. Pour la VV_M, la différence est statistiquement significative. Cela revient à dire qu'il suffit qu'un étudiant aie répondu au moins une fois « oui » à la question 1 ; 2 ou 5 pour avoir une probabilité plus grande d'avoir déjà eu envie d'abandonner ses études contrairement à un étudiant qui a répondu « non » aux trois mêmes questions. Du côté de la VHI_M, on ne retrouve une différence que dans un seul cas³⁶. C'est-à-dire qu'un étudiant ayant répondu au moins deux fois oui à la question 9_1 ; 2 ; 3 et/ou 4 a une probabilité plus grande d'avoir déjà eu envie d'abandonner ses études qu'un étudiant qui, à l'inverse, a répondu au moins trois fois non aux mêmes questions. Finalement, afin de concentrer plus nos tests d'hypothèses sur la violence verticale, nous avons réalisé un test de Khi² à part sur les questions 9_2 et 3 séparément (tableau 18). Il en ressort que les étudiants ont plus tendance à penser abandonner leurs études lorsqu'ils ont déjà éprouvé de la violence, du harcèlement et/ou de l'intimidation de la part d'une infirmière ou d'une MFP.

Tableau 18
Khi² de Pearson (questionnaire 1)

	Variable 1 (moyenne)	Variable 2 (moyenne)	p-value
Attrition	Question 3 (0,51)	Genre (0,87)	0,119*
		Score VV_M : < 0,33 ; ≥ 0,33	0,013
		Score VV_M : ≤ 0,33 ; > 0,33	0,012
		Score VV_M : ≤ 0,67 ; > 0,67	0,010
		Score VHI_M : ≤ 0,25 ; > 0,25	0,019

³⁵ Calculé entre 20 et 29 ans (<20 et >29 ont des effectifs attendus <5).

³⁶ ≤ 0,25 contre > 0,25

	Question 9_2 (0,33)	0,029
	Question 9_3 (0,15)	0,007
* Non-significatif		

Enfin, les tableaux 19 à 21 montrent les résultats des tests statistiques pour le second questionnaire.

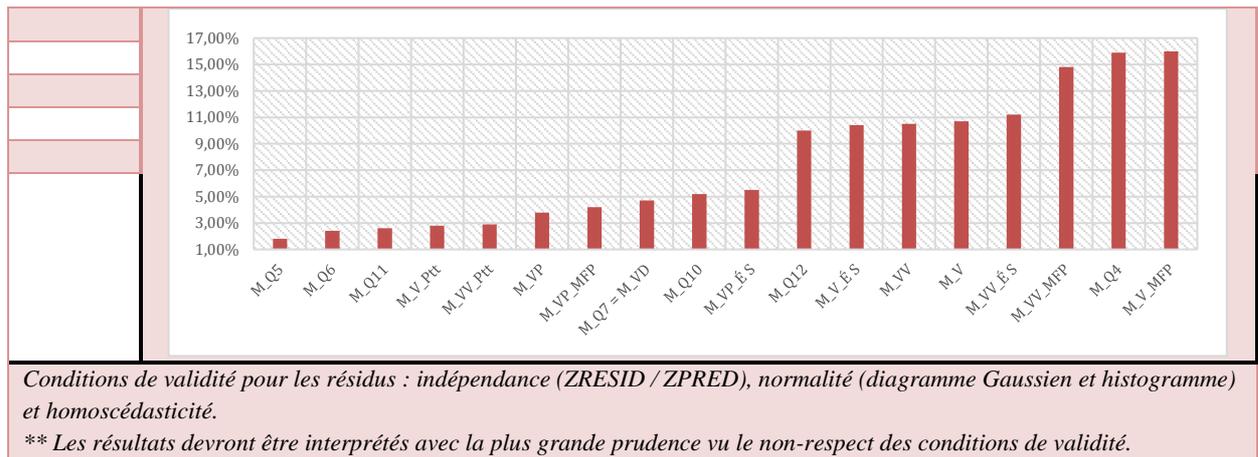
Tableau 19
Test T pour échantillons indépendants pour le genre (questionnaire 2)

	Variable 1 (moyenne)	Variable 2 (moyenne)	p-value
M_Q12	Homme (1,94)	Femme (2,21)	0,012
Question 15	Homme (2,86)	Femme (3,12)	0,179*
M_VV_É S	Homme (2,57)	Femme (2,88)	0,017
* Non-significatif			
Le genre a été testé sur toutes les autres moyennes avec des résultats statistiquement non-significatifs.			

Au tableau 20, en ce qui concerne les régressions linéaires, nous remarquons que même si un nombre considérable de celles-ci sont statistiquement significatives, les relations linéaires restent plutôt faibles.

Tableau 20
Corrélation et régression linéaire (questionnaire 2)

Résultats : corrélation et régression linéaire (2 ^{ème} questionnaire)						
	Variable dépendante	Variable indépendante	Corrélation		Régression linéaire	
			Corrélation de Pearson	p-value	R ²	p-value
Âge	M_V_Ptt	Âge en année	-0,157	0,010	2,5%	$b_0 : < 0,001 ; b : 0,010$
	M_V_MFP		0,155	0,012	2,4%	$b_0 : < 0,001 ; b : 0,012^*$
	M_Q7 = M_VD		0,219	< 0,001	4,8%	< 0,001*
	M_VP_Ptt		-0,188	0,002	3,5%	$b_0 : < 0,001 ; b : 0,002^*$
Attrition		M_V	0,327	< 0,001	10,7%	< 0,001
		M_Q4	0,399	< 0,001	15,9%	< 0,001
		M_Q5	0,136	0,024	1,8%	$b_0 : < 0,001 ; b : 0,024$
		M_Q6	0,154	0,010	2,4%	$b_0 : < 0,001 ; b : 0,010$
		M_Q7 = M_VD	0,216	< 0,001	4,7%	< 0,001
		M_Q10	0,228	< 0,001	5,2%	< 0,001
		M_Q11	0,162	0,007	2,6%	$b_0 : < 0,001 ; b : 0,007$
		M_Q12	0,317	< 0,001	10,0%	< 0,001
		M_V_É S	0,323	< 0,001	10,4%	< 0,001
		M_V_Ptt	0,167	0,006	2,8%	$b_0 : < 0,001 ; b : 0,006$
		M_V_MFP	0,400	< 0,001	16%	< 0,001
		M_VV_É S	0,334	< 0,001	11,2%	< 0,001
		M_VV_Ptt	0,171	0,005	2,9%	$b_0 : < 0,001 ; b : 0,005$
		M_VV_MFP	0,385	< 0,001	14,8%	< 0,001
		M_VV	0,325	< 0,001	10,5%	< 0,001
		M_VP_É S	0,234	< 0,001	5,5%	< 0,001
	M_VP_MFP	0,204	0,001	4,2%	$b_0 : < 0,001 ; b : 0,001$	
	M_VP	0,196	0,001	3,8%	$b_0 : < 0,001 ; b : 0,001$	



Au tableau 21, nous avons testé toutes les moyennes obtenues dans le second questionnaire selon l'âge. De nombreuses étendues d'âge sont statistiquement significatives mais afin d'alléger le tableau, nous avons utilisé la formule « de ... à » afin de signaler que tous les âges intermédiaires ont aussi été testés et sont donc aussi statistiquement significatifs. Pour rappel, les moyennes ne se retrouvant pas dans ce tableau sont à considérer comme n'ayant pas de liens statistiques démontrables.

Tableau 21
 Test T pour échantillons indépendants pour l'âge (questionnaire 2)

Âge >=	âge <	Variable dépendante	p-value	Moyenne >=	Sens	Moyenne <
De 24	24	M_Q11	0,002	1,03	<	1,14
À 27	27	M_Q11	0,035	1,03	<	1,12
27	27	M_Q5	0,024	1,14	<	1,24
De 21	21	M_Q7	0,042	1,45	>	1,25
À 29	29	M_Q7	0,018	1,66	>	1,39
23	23	M_V_MFP	0,005	1,54	>	1,38
De 24	24	M_V_Ptt	0,003	1,49	<	1,67
À 29	29	M_V_Ptt	0,006	1,41	<	1,64
De 24	24	M_VP	0,001	1,1	<	1,19
À 28	28	M_VP	0,022	1,09	<	1,17
De 25	25	M_VP_Ét	0,012	1	<	1,07
À 27	27	M_VP_Ét	0,035	1	<	1,07
23	23	M_VP_MFP	0,011	1,09	>	1,03
De 23	23	M_VP_Ptt	0,039	1,3	<	1,4
À 29	29	M_VP_Ptt	0,001	1,14	<	1,38
24	24	M_VV_Ptt	0,04	1,56	<	1,71
29	29	M_VV_Ptt	0,043	1,48	<	1,69

Attention, afin de réduire la taille du tableau, tous les âges intermédiaires ont été ôtés !
 Au-delà de 29 ans, nous obtenons des effectifs <30. Nous avons choisi délibérément, pour des raisons de pertinence, de ne pas faire de tests après 29 ans.
 Tout ce qui n'est pas repris (âges et/ou moyennes) doit être considéré comme statistiquement non-significatif.

3.1.2. Données qualitatives

La lecture des réponses de la question 3 (premier questionnaire) a fait émerger sept grandes catégories. Celles-ci se basent en premier lieu sur les personnes ou les lieux concernés. Dans

un second temps et lorsque cela était possible, nous avons détaillé en sous-catégories ce que les personnes ou les lieux pouvaient avoir eu comme influence plus particulière. Ci-dessous, nous vous proposons de retrouver les sept catégories et sous-catégories listées avec des extraits choisis arbitrairement afin de les étayer.

1. Equipe soignante

Il s'agit plus globalement des lieux de stage (environnement, personne y travaillant, etc.). On retrouve donc des étudiants évoquant les terrains de stage ou les équipes soignantes sans plus de précision sur l'objet du mal-être et/ou de la difficulté.

Chaque année, il y a au moins un stage qui me donne envie d'arrêter, ... ; Le stagiaire occupe une position peu enviable, et les équipes sont parfois dures et décourageantes ; En stage, j'ai souvent eu des équipes horribles ; Oui, lors d'un stage qui s'est particulièrement mal passé en 1^{ère} et pendant une longue période en 3^{ème} ... ; Dans beaucoup de stage, je n'aime pas du tout l'ambiance. Je suis stressée tous les matins avant d'y aller et je ne veux pas vivre ça encore longtemps. C'est pour cela que je ne sais pas ce que je veux faire l'année prochaine ; Lors de stage où l'équipe n'accompagne pas correctement ; Après mon stage de 2^{ème} j'ai voulu abandonner.

1.1. Tâches ingrates

Les étudiants ciblent plus particulièrement le fait d'avoir dû s'occuper des soins où des tâches que « personne d'autre ne veut faire ». Bowllan (2015) explique que certains étudiants rapportent le fait d'être assignés à des tâches plus « punitives » qu'éducatives sans pour autant y réagir puisqu'ils craignent d'avoir de mauvaises évaluations. D'Souza, Karkada, Parahoo & Venkatesaperumal (2015) interpellent d'ailleurs les équipes soignantes en leur rappelant que les étudiants ont un meilleur apprentissage lorsqu'ils se sentent reconnus et qu'ils participent activement à l'ensemble des soins.

J'ai passé 4 semaines à faire la boniche et les infirmières ne voulaient rien m'apprendre. J'étais dégoûtée de milieu hospitalier ; En stage, faire ce que personne ne veut faire, sentir qu'on est de la main d'œuvre gratuite, exploitée.

1.2. Exclusion

Les étudiants mettent en avant le manque d'intégration vis-à-vis des équipes ou encore le sentiment d'être transparent.

Pas intégrée dans l'équipe. Trop introvertie par rapport à l'équipe mais à l'aise avec le patient ; Sentiment de ne pas exister, aucune gentillesse, aucun remerciement de la part des équipes, ne connaissent pas nos prénoms, nous ignorent, ...

1.3. Violence, harcèlement, intimidation

Nous avons repris les termes de VHI afin de faire écho au premier questionnaire qui reprend lui-même ces trois termes. Les étudiants dénoncent des situations violentes qu'ils ont pu ressentir en stage sans être plus précis sur le corps de métier spécifiquement impliqué.

Remarquons que dans l'enquête de FNESE (2017), près de 90% des étudiants victimes de harcèlement lient celui-ci à un impact négatif sur leur bien-être.

Je me suis dit que je n'étais pas capable face au rabaissement dont je faisais l'objet ; Trop de pression, rabaisser, stigmatiser (portant le voile). On se sent agressé de tous les côtés.

1.4. Venant d'une infirmière

Nous retrouvons explicitement une ou plusieurs infirmières impliquées mais sans savoir s'il s'agit de violence, de manque de soutien, de mauvaise ambiance, ...

Parce que quand je vois le comportement des infirmières d'aujourd'hui, je me dis que ça ne m'intéresse pas d'être comme elles mais si je continue, c'est pour changer ça ; Car trop d'insensibilité de la part des infirmières sur le terrain ...

1.4.1. Violence, harcèlement et intimidation

Cette fois, nous trouvons clairement dans la réponse des éléments de VHI cités par les étudiants et cela concerne toujours explicitement une ou plusieurs infirmières.

Suite aux insultes et à 2 coups et croche pied (d'une infirmière), ... ; Une infirmière me rabaisait sans cesse et elle n'était pas aimable ; Au cours de ma première année d'étude lors du deuxième stage, j'y ai songé car j'ai eu un infirmier en stage qui me considérait vraiment comme une moins que rien, comme de la « merde », critiquerait chaque chose que je faisais, c'était presque de la violence morale ; « Tu n'es qu'un numéro ». Une infirmière dit à celle avec qui je travaillais : « tu peux me passer l'étudiante ? J'en ai besoin », sans même me regarder.

1.4.2. Venant d'une infirmière-référente

1.4.2.1. VHI

L'extrait nomme la référente-étudiant comme étant en cause de VHI.

L'infirmière-référente était vraiment désagréable dès le premier jour, alors que je n'avais encore jamais travaillé avec elle. Cela s'est empiré en cours de matinée, elle s'est mise à me hurler dessus devant tout le monde. J'ai bien cru un moment qu'elle allait en venir aux mains. J'étais tétanisée ; Justement à cause du stage en 3^{ème} année, l'infirmière, en plus référente-étudiante, m'a fait perdre confiance en moi.

1.4.3. Venant d'une aide-soignante

L'extrait nomme une aide-soignante.

De la part d'un IP et également d'une aide-soignante.

2. Etudiant

Il s'agit de sept sous-catégories qui reprennent des thèmes appartenant plus à l'étudiant qu'à des personnes extérieures.

2.1. Idéal du métier

Il y a une réelle déception par rapport aux conceptions premières qu'avaient l'étudiant en commençant ses études. Cette déception peut être accentuée par l'écart entre théorie et pratique. Pour Farahani, Ghaffari, Oskouie & Tafreshi (2017), réduire cet écart pourrait pourtant

empêcher l'attrition parmi les étudiants. De son côté, Bowllan (2015) rappelle que les infirmières de terrain ont de l'influence sur les étudiants quant à leur perception de la profession.

Après un soin hyper douloureux pour un patient, je ne me voyais plus être une source de douleur ; Plus sûr de mon choix -> mon idéal concernant mon futur métier ne correspondait pas tout le temps au vécu de stage ; Difficulté entre idéal et réalité ; Déçue du métier.

2.2.Fatigue

Comme le titre l'indique, c'est cette fois la fatigue ressentie durant les études qui amène l'étudiant à avoir pensé à abandonner ses études. Deux-tiers des étudiants de l'enquête du FNESE (2017) déclarent d'ailleurs leur quantité de sommeil comme insuffisante.

C'est très épuisant... ; C'est très fatigant, ... ; Quand je n'arrive pas à me réveiller le matin... ; ... fatigue extrême, ...

2.3.Peur

Il faut ici comprendre que nous avons regroupé des extraits où l'étudiant explique avoir peur d'assumer les futures responsabilités qui incombent à la profession d'infirmière, notamment due par une crainte en ses capacités. Comme Ten Hoeven et al. (2017) nous l'explique : « *finally students expressed feeling unprepared for practice as a reason for withdrawing. A consistent theme was concern about lacking the knowledge to deliver good care* » (p.32).

Je me sens trop tête en l'air ou désordonnée pour ce genre de métier... ; Peur d'affronter les responsabilités du travail lorsque j'aurai mon diplôme.

2.4.Doute

Simplement, l'étudiant en vient à douter de son choix : pour des questions d'affinité, parce que son choix balance encore entre ces études et d'autres, etc.

Pour étudier un autre domaine (philo, science po) ; Car je n'ai pas trouvé le service qui me plaît et du coup, je me demande si c'est un métier fait pour moi ; Qui n'a aucun doute pendant les études... ? ; En première, je n'étais pas encore tout à fait sûre d'où je voulais aller, et les études ne correspondaient pas du tout à ce à quoi je m'attendais.

2.5.Confiance en soi

L'étudiant en vient à perdre confiance en lui. Dans la sous-catégorie « peur », l'étudiant doute de ses capacités. Ici, l'étudiant, se sentant initialement apte, vient à perdre confiance en lui suite, le plus souvent, à des interactions avec les terrains de stage et/ou les MFP.

Justement à cause du stage en 3^{ème} année, l'infirmière en plus référente-étudiante m'a fait perdre confiance en moi ; Pas vraiment arrêter car je sais que j'aime ce métier mais gros découragement lié à une perte de confiance lors des stages, le sentiment que je n'y arriverai jamais, de ne pas être compétente.

2.6.Échec scolaire

Il ressort ici le fait d'avoir raté certains examens ou d'avoir carrément doublé une année.

Clairement en fin de 2^{ème} année, lors de mes résultats. J'avais envie de tout arrêter tellement j'étais rongé par la déception et la colère vis-à-vis de certains profs ; Vu que j'ai redoublé ma première année, je doutais sur la poursuite de cet objectif.

2.7. Raisons personnelles

Parfois, il s'agit de raisons tout à fait personnelles. Il peut s'agir d'un décès dans la famille, d'un accident handicapant l'étudiant, ... pour ne citer que quelques exemples. Glossop (2002) met d'ailleurs en avant les circonstances familiales comme l'une des raisons les plus fréquemment signalées par les répondants de sa recherche. Il ajoute aussi les problèmes de santé et les difficultés financières comme raisons possibles et insiste donc logiquement sur l'impact des circonstances socio-économiques lorsqu'on parle d'attrition. Du côté du FNESE et de son enquête de 2017, il ressort que trois-quarts de leurs étudiants se sentent obligés de travailler durant leurs études et la moitié estime que cela a un impact négatif sur leurs études.

... problèmes de santé ; Situation familiale, ... ; Raisons personnelles, ...

3. MFP

Ici, nous nous penchons sur le cas des MFP. Dans un premier temps, les étudiants n'évoquent pas très précisément le pourquoi mais se contentent de les nommer.

... ou encore le comportement de certains professeurs face aux élèves n'est pas du tout un monde pour moi ; Découragement de l'attitude de certains professeurs ; Parce qu'il y a beaucoup de pression avec les évaluations des MFP ...

3.1. VHI

Cette fois, on retrouve plus distinctement des éléments dans les extraits qui permettent de dire que ce sont des éléments de VHI venant d'une MFP qui ont été perçus par l'étudiant.

Équipe/MFP vraiment rabaissant, on se sent moins que rien, inutile, idiot ; Une IP m'a dit : « je n'aime pas les connes qui se croient intelligentes ! ». Ce jour-là, elle m'évaluait et elle me l'avait dit en me regardant droit dans les yeux ; Certaines profs ont tendance à dévaloriser les étudiants.

3.2. Manque de soutien

Tout à fait différemment, il est question ici du manque de soutien ou de considération des MFP ressenti par des étudiants.

On se dit que c'est trop difficile, parce qu'on n'est pas assez soutenu notamment par les professeurs qui viennent nous évaluer.

4. Venant d'un patient

4.1. VHI

Un seul étudiant fait référence à une forme de violence venant des patients.

On doit tout prendre sur nous : la colère des soignants, des patients, ...

5. Etudes

Les études mettent parfois les étudiants à mal : par la charge de travail qu'elles demandent, par défaut d'organisation, etc.

... les études ne correspondaient pas du tout à ce à quoi je m'attendais.

5.1.Charge de travail

1^{ère} année compliquée, beaucoup de cours ; Surcharge de travail au niveau des cours, ... ; Théorie trop importante.

5.2.Organisation

Mauvaise organisation qui m'ont parfois poussée à bout du fait de devoir tout régler moi-même.

6. Horaire

Ici, il est question assez largement des horaires. Ceux-ci peuvent être liés aux cours ou aux stages.

Je ne me sentais pas capable de supporter de telles responsabilités et des horaires ; J'y ai pensé par rapport aux horaires difficiles (surtout se lever tôt) ; Horaires des cours trop lourds.

7. Autre

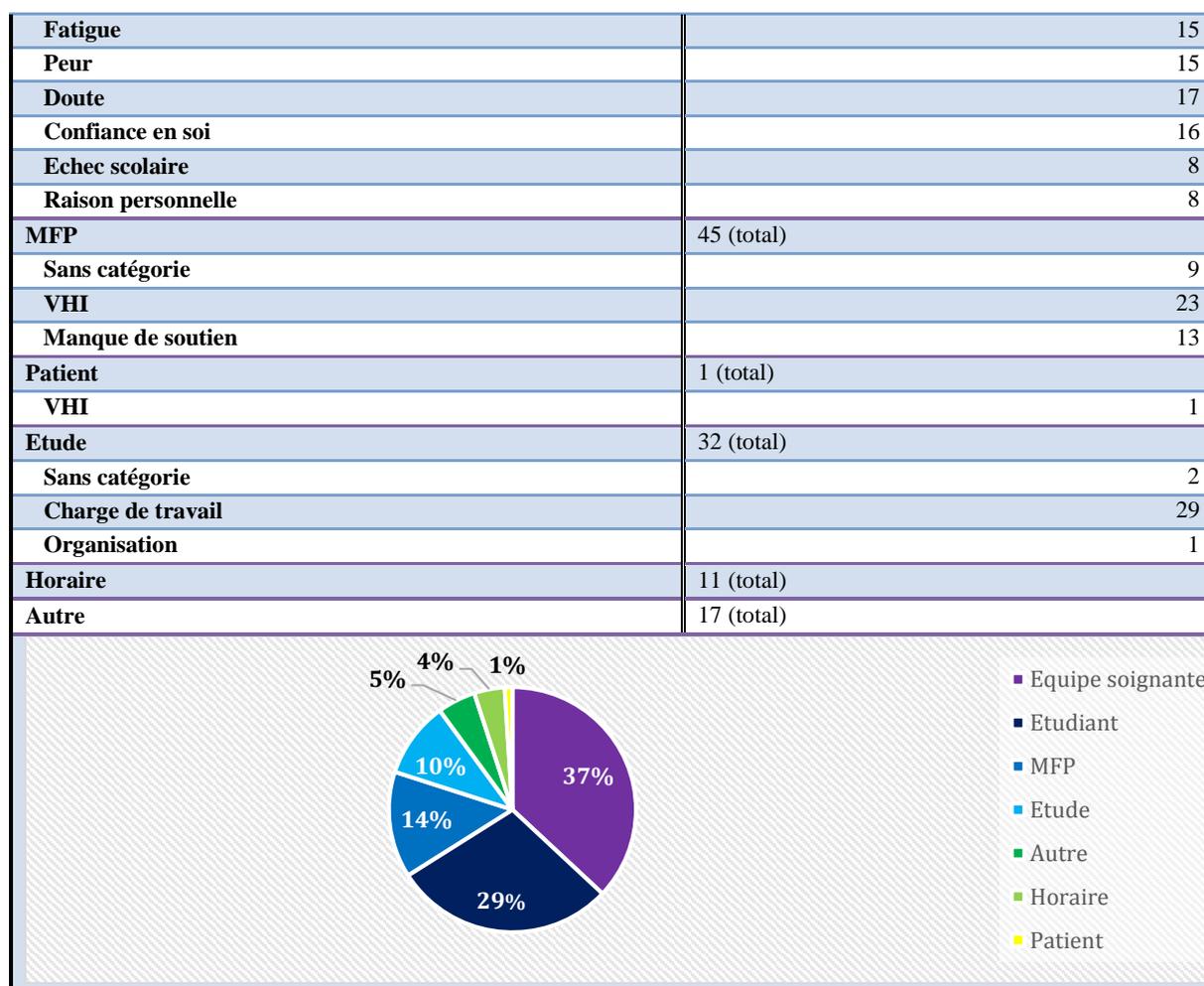
Nous retrouvons ici tous les extraits ne pouvant se classer dans une catégorie suffisamment précise. Soit parce que ce qui est écrit est trop succinct pour pouvoir effectuer un classement avec assez d'assurance sur ce que l'étudiant a voulu dire, soit parce que ce qui est écrit constitue presque une catégorie à elle toute seule sans intérêt pour l'exploitation des données.

Ambiance difficile parfois ; Overdose ; Le mal du « pays » (je suis française) ; ... mais pas dans ce contexte-là.

Le tableau 22 reprend les différentes catégories avec le nombre d'extraits par catégorie et par sous-catégorie. Évidemment, aucune véritable interprétation quantitative n'est faite. La façon de classer les extraits reste en effet tout à fait subjective et il est impossible de déterminer l'intensité d'un propos par rapport à une autre.

Tableau 22
Question - partie qualitative (questionnaire 1)

Catégories	Totaux
Equipe soignante	114 (total)
Sans catégorie	58
Tâche ingrate	11
Exclusion	3
VHI	10
Venant d'une infirmière	26 (sous-total)
Sans catégorie	4
VHI	22
Venant d'une infirmière-référente	4 (sous-total)
VHI	4
Venant d'une aide-soignante	2 (sous-total)
Sans catégorie	2
Etudiant	91 (total)
Idéal du métier	12



Quand on invite les étudiants à s'exprimer sur les raisons qui les ont amenés à imaginer un jour arrêter leurs études, ce sont les lieux de stages qui sont le plus souvent cités. On retrouve cent-quatorze extraits correspondant à cette catégorie. Le plus souvent, les étudiants ne précisent pas un corps de métier en particulier mais parlent en des termes tels que « les stages » ou « l'équipe ». Ils ne précisent pas non plus l'aspect qui a pu les mettre en difficulté. C'est donc cette catégorie, la plus floue si l'on peut dire, qui comprend le plus d'extraits. Néanmoins, certains étudiants précisent parfois ce qui a pu les mettre à mal : des tâches jugées ingrates, de la VHI ou encore de l'exclusion. Aussi, on retrouve quand-même dans certains extraits le corps de métier impliqué : infirmière, infirmière-référente et aide-soignante. En seconde position, nous retrouvons des catégories qui appartiennent plus directement à l'étudiant comme le fait de douter de son choix d'étude, d'avoir perdu confiance en soi, d'avoir peur des futures responsabilités ou d'être excessivement fatigué, d'être déçu par rapport à sa conception initiale du métier et enfin d'avoir subi des échecs scolaires ou encore se rapportant à des raisons personnelles. En troisième position, nous retrouvons les MFP. Elles n'entrent pas toujours dans une catégorie mais se retrouvent le plus souvent citées parce qu'elles sont senties comme

n'offrant pas assez de soutien ou parce qu'elles sont elles-mêmes à l'origine de VHI. En quatrième position, nous avons la catégorie « autre » et en cinquième position, les horaires. En dernière position, nous trouvons les patients avec une seule évocation parmi tous les extraits.

4. Discussion

4.1. Sous-hypothèses

4.1.1. Les stages infirmiers sont sources de violences pour les stagiaires.

En termes de prévalence, nous constatons que 99,6% des étudiants ont déjà ressenti une forme de violence, quelle qu'elle soit, en stage (chiffre issu du second questionnaire). Rappelons au passage que celle-ci peut être perçue comme venant des patients, d'autres étudiants, des MFP et/ou des infirmières. Ce chiffre de près de 100% semble à première vue impressionnant mais il faut le nuancer. La prévalence ici en question est calculée sur la moyenne de toutes les violences (violence verbale, physique, sexuelle et la discrimination), tout auteur confondu (patient, étudiant, MFP et infirmière). Nous avons utilisé la moyenne de toutes ces formes de violences sans distinctions parmi les différents auteurs ciblés (= M_V). Un score de « 1 » signifie que l'étudiant n'a jamais ressenti aucune forme de violence durant tout son parcours d'étude (c'est le cas pour un seul étudiant). Inversement, il suffit qu'un étudiant ait répondu « rarement » à une seule des questions pour que son score (>1) soit pris en compte dans le calcul de la prévalence. C'est ce qui explique un taux aussi élevé. Si nous nous appliquons à faire le même exercice centré sur les équipes infirmières (donc centré sur la violence verticale), nous arrivons à 99,2%. Ce chiffre reste toujours aussi impressionnant mais est nuancé par la répartition des scores de nos échelles de Likert. Nous avons regardé de plus près ces scores selon les quatre types de violences recensés. Les infirmières sont très rarement à la source de violence physique ; rarement à la source de violence sexuelle et de discrimination ; parfois à la source de violence verbale. Ce qui revient d'ailleurs le plus pour les étudiants, c'est le sentiment d'exclusion et les paroles menaçantes, humiliantes ou insultantes. C'est ce qui explique d'ailleurs que ce soit la violence verbale qui soit la plus importante (tout auteur confondu). Dans la littérature, nous observons que les résultats peuvent quelque peu fluctuer mais, tout comme dans notre étude, la prépondérance de la violence verbale reste une constante. Cette dernière est suivie par la violence sexuelle et la discrimination. Notre quatuor se termine par la violence physique. Nous pouvons faire ici le

parallèle avec les six niveaux³⁷ de violence de Khalil (2009) qui situe également la violence physique en fin de classement. À la lumière de nos deux questionnaires, nous observons qu'entre les sarcasmes, les remarques insultantes et le sentiment d'exclusion, c'est clairement ce dernier qui l'emporte. Ce n'est donc pas la violence directement verbale qui est la plus répandue mais plutôt celle qui vient du sentiment d'être isolé, ignoré, voire exclu. À ce sujet, Curtis et al. (2007) et Kumaran & Carney (2014) constatent qu'il n'est pas rare pour un étudiant de rapporter le sentiment d'avoir été ignoré, comme si la mention « étudiant » attachée à l'uniforme blanc les rendait invisibles. Ainsi, comme l'avancent Cooper et al. (2009), des étudiants se retrouvent avec le sentiment d'être extérieur à l'équipe et seuls dans leur apprentissage.

La question 13 du second questionnaire demande aux étudiants la fréquence à laquelle ils observent de la VHI parmi les autres étudiants durant les stages. Nous partons du postulat qu'il devrait y avoir une égalité de score entre ce qui est observé chez l'autre et ce qui est rapporté à titre personnel. Pourtant, le score moyen de la question 13 ($\bar{X} = 3,14$) est supérieur à tous les scores observés, sauf à celui du sentiment d'exclusion venant des équipes soignantes ($\bar{X} = 3,62$). Si nous considérons que les étudiants ne voient pas toutes les formes de violences (ils ne peuvent pas être partout en même temps à la fois) et qu'en plus, 33% des étudiants n'en parlent pas avec les autres étudiants de leur classe (deuxième questionnaire), nous devrions avoir un score plus bas. Il semble donc plus facile pour un étudiant de déclarer la violence ressentie chez l'autre que de se l'auto-déclarer. Nous l'avons évoqué plus haut, cela est vrai sauf pour un point en particulier (sentiment d'exclusion). Cela plaide pour une banalisation de l'exclusion, comme si le fait d'être ignoré par l'équipe soignante n'était pas une forme de violence.

La discrimination est principalement portée sur les origines apparentes et le genre³⁸ des étudiants. Les croyances ne semblent constituer qu'une faible source de discrimination. Par contre, la catégorie « autre » occupe une place aussi importante que les origines et le genre. Cela veut donc dire que pour beaucoup d'étudiants il existe d'autres sources de discrimination. Citons ici celles qui reviennent le plus souvent (v. annexe H pour lire l'ensemble de ce qui a pu

³⁷ Six niveaux : psychologique (le plus élevé), vertical, horizontal, secret, à découvert et physique (le moins élevé).

³⁸ 25 femmes ; 16 hommes et 2 sans réponses pour le genre.

être noté par les étudiants) : l'âge³⁹ et le simple fait d'être stagiaire. Il est aussi important de connaître les origines et manifestations de ces discriminations.

Concernant les auteurs de cette violence, c'est l'équipe d'infirmières qui prend la tête. Cela ne veut pas pour autant dire qu'elles sont responsables de toutes les formes de violences. Si les infirmières sont les principales en cause en ce qui concerne les violences verbales et la discrimination, ce sont les patients qui sont le plus à l'origine des violences physiques et sexuelles. Ce constat est celui du second questionnaire et c'est bien celui-là que nous avons choisi de retenir.

Comme nous le verrons par après, la nuance permise par les échelles de Likert et le nombre plus important de questions du second questionnaire rendent celui-ci plus robuste (tableau 23). C'est pour cela que nous préférons nous tourner vers les résultats du second questionnaire lorsque ces derniers diffèrent entre eux. Un premier exemple marquant est celui de la fréquence dans les auteurs. Dans le premier questionnaire où nous questionnons les étudiants en utilisant explicitement les termes de « violence, harcèlement et intimidation » en ciblant les auteurs possibles, ce sont les patients puis les infirmières de terrain qui sont les plus souvent cités. Dans le deuxième questionnaire, lorsque nous faisons la moyenne des huit questions ayant trait à différentes formes de violence, ce sont les équipes soignantes puis seulement les patients qui sont le plus souvent cités. Encore une fois (si nous suivons notre raisonnement précédent), dans le premier questionnaire, les étudiants écartent l'exclusion et le sentiment d'être ignoré (majoritairement issu des équipes soignantes) comme forme de violence. Ce que nous remarquons aussi, c'est une différence notable au sein même du premier questionnaire : le score pour la violence verbale (VV_M) est plus grand que celui pour la violence, le harcèlement et l'intimidation (VHI_M)⁴⁰. Cette différence marquante est probablement due aux termes utilisés. Pour les questions 1 ; 2 et 5 du premier questionnaire (et les questions 4 à 16 du deuxième questionnaire), les termes sont clairs et permettent de s'imaginer facilement des situations concrètes alors que les quatre sous-questions de la question 9 parlent en des termes plus conceptuels, plus vagues. Nous pensons que les étudiants considèrent moins le sentiment d'être ignoré ou exclu comme une véritable forme de violence, comme déjà dit précédemment. Les questions 1 ; 2 et 5 comprennent les stages mais aussi les cours à l'inverse de la question 9 qui

³⁹ 20 ; 21 ; 22 ; 33 ; 39 ; 45 ; 47 et 47 ans.

⁴⁰ $\bar{X} = 0,43$ (IC = 0,41 ; 0,46) > $\bar{X} = 0,22$ (IC = 0,20 ; 0,25). Un score de 0 signifierait que tous les étudiants ont répondu « non » à toutes les questions et inversement.

se concentre sur les stages uniquement. Cela peut expliquer, en partie seulement, le score plus élevé de la violence verbale moyenne (VV_M).

Tableau 23
Différences entre les deux questionnaires (questionnaire 1 et 2)

	1 ^{er} questionnaire	2 ^{ème} questionnaire
Auteurs de violence	Étudiant < MFP < Infirmière < Patient	Étudiant < Patient < MFP < Infirmière
Nombre de questions	4	12
Types de questions	Dichotomique	Échelle de Likert
Termes utilisés	Violence, harcèlement et intimidation	Diversifiés concernant la violence physique, verbale, par discrimination et sexuelle (v. questionnaire en annexe E).

La question 10 du premier questionnaire nous apprend que le sujet n'est pas anodin pour les étudiants puisque 60% d'entre-deux estiment que la question de la violence est belle et bien un sujet préoccupant dans leur école.

4.1.2. L'âge et/ou le genre constituent des variables ayant un lien avec le vécu de violence.

L'âge, dans certains cas, semble être associé tantôt de manière positive, tantôt de manière négative à certaines formes de violence. D'abord, le fait d'être plus âgé est lié à une violence physique perçue plus faible. Globalement, nous nous apercevons que la violence physique moyenne décroît de façon significative dès que l'étudiant a atteint 24 ans. Cela s'explique par le fait que les deux questions traitant de la violence physique vont dans ce sens : les étudiants âgés de plus de 26 ans sont moins souvent poussés ou frappés et dès 24 ans, ils sont moins touchés par une dégradation de leur matériel (v. annexe E pour les questions 5 et 11 du second questionnaire). Plus spécifiquement, nous voyons que la violence physique issue des patients tend à diminuer avec l'âge grandissant de l'étudiant⁴¹. C'est d'ailleurs tout aussi vrai en ce qui concerne la violence globale venant des patients⁴². Dans le même sens, les étudiants âgés de plus de 25 ans ressentent moins de violence physique venant d'autres étudiants. Seul fait contraire, la violence physique en lien avec des MFP est plus ressentie par les étudiants de 23 ans et plus, ce qui va à l'encontre de la tendance généralisée ci-dessus. En fait, ce fait contraire se retrouve tout à fait similairement dans le cadre de la violence globale venant des MFP⁴³. Concernant la discrimination, au plus l'âge augmente, au plus ce type de violence est ressenti

⁴¹ Régression linéaire* : $Y=1,71-0,02X$ ($R^2 = 3,5\%$). Test T : les étudiants de moins de 23 ans perçoivent plus de violence physique émanant des patients que leurs aînés (cela se confirme jusqu'à 29 ans).

⁴² Régression linéaire : $Y=1,96-0,01X$ ($R^2 = 2,5\%$). Test T : les étudiants de moins de 24 ans perçoivent plus de violence émanant des patients que leurs aînés (cela se confirme jusqu'à 29 ans).

⁴³ Régression linéaire* : $Y=1,12+0,14X$ ($R^2 = 2,4\%$).

par l'étudiant⁴⁴. Pour terminer, il existe une dernière contradiction entre notre premier et second questionnaire. Dans le premier, la violence verbale moyenne (VV_M) est plus ressentie chez les étudiants de 23 ans et plus que chez les étudiants de 22 ans et moins. Par contre, dans le second, les régressions linéaires et les tests T statistiquement significatifs ne vont majoritairement pas dans ce sens-là.

Peu de résultats indiquent une différence significative pour le genre. Cependant, le premier questionnaire fait ressortir une différence de taille, les femmes ressentent plus de violence, de harcèlement et/ou d'intimidation que les hommes. Le deuxième questionnaire nous précise deux choses, toutes proportions gardées : les femmes ont plus tendance à se sentir exclue ou ignorée et à ressentir de la violence verbale venant des équipes soignantes.

À titre informatif, l'âge et le genre ne sont pas les seules variables pouvant affecter la violence verticale. Sachons, par exemple, qu'elle est plus fréquente chez les étudiants ayant une forte assertivité (Ünal et al., 2012).

En conclusion, nous voyons bien que l'âge et le genre peuvent être liés à des scores de violences spécifiques mais de façon éparse et parfois même contradictoire. Cela nous amène à être bien plus nuancé que Clark et al. (2014) qui concluaient en disant que la VH est plus fréquente chez les étudiants étant plus jeunes. Ici, nous gardons en tête que les étudiants plus âgés sont moins susceptibles de subir des violences physiques⁴⁵ ainsi que des violences venant des patients. Par contre, ils semblent plus enclins à se sentir en difficulté par rapport aux MFP. Pour le genre, il semble que les femmes soient plus touchées par la violence, le harcèlement et/ou l'intimidation.

4.1.3. Le fait de parler des difficultés de stage est compliqué pour les étudiants.

D'abord, nous nous apercevons que le sujet n'est pas du tout tabou. Seul 6 à 14% (premier et second questionnaire) des étudiants n'en parlent pas toujours et à peine 0,85% (premier questionnaire) n'en parlent pas du tout. Autrement dit, presque tout étudiant rencontrant des difficultés en stage en parle autour de lui. Principalement, ils se tournent vers leurs amis, d'autres étudiants et leur famille.

⁴⁴ Régression linéaire* : $Y=0,79+0,03X$ ($R^2 = 4,8\%$). Test T : les étudiants de moins de 21 ans ressentent moins de discrimination que leurs aînés (cela se confirme jusqu'à 29 ans).

* Les résultats devront être interprétés avec la plus grande prudence vu le non-respect des conditions de validité.

⁴⁵ La violence physique peut comprendre des gestes qui la suggèrent fortement (ex : main levée).

Ensuite, nous constatons que comparé à l'entourage de l'étudiant, l'école n'occupe pas une place particulièrement importante (18,5% (MFP et titulaires) < 71,5% (amis, autres étudiants et familles)) mais constitue néanmoins le deuxième interlocuteur choisi par les étudiants. Ces derniers s'adressent en priorité aux personnes proches d'eux avec qui un lien affectif existe mais qui n'ont pas (ou très peu) de levier pour agir sur les situations. Longo (2007) observait lui aussi que les étudiants discutaient des problèmes survenus en stages plus fréquemment avec des pairs ou d'autres personnes qu'avec les MFP. Dans notre catégorie « autre », certains étudiants ont ajouté des réponses telles que la coordinatrice des stages, la direction de l'école ou encore les séminaires organisés par l'école (v. annexe H pour lire l'ensemble).

Ce que nous distinguons aussi, c'est que l'infirmière-référente (6%) et l'infirmière-cheffe (4 à 6%) sont moins sollicitées qu'une infirmière classique de l'unité (7 à 9%) alors qu'elles sont les personnes ressources pour les étudiants⁴⁶. Si le soutien du personnel enseignant, des équipes infirmières et de la famille a été identifié comme important pour la réussite des étudiants en soins infirmiers (Walker et al., 2016), nous voyons que l'on retrouve surtout la famille à contrario du corps enseignant et des équipes infirmières. Rappelons d'ailleurs au passage que le manque de soutien de l'école et des MFP, justement, est cité par presque la moitié⁴⁷ des étudiants lorsqu'il s'agit d'évoquer ce qui les a amenés à imaginer arrêter leurs études. Pourtant, développer de solides systèmes de soutien aiderait à accroître la rétention des étudiants dans leurs études (Cameron et al., 2011). Pour autant, la FNESI (2017) nous rappelle ceci : « ...la reconnaissance du temps d'encadrement des tuteurs/trices est primordiale pour mener à bien cette mission [améliorer le quotidien des étudiant(e)s] » (para. 3).

4.1.4. La pensée d'arrêter leurs études, pour les étudiants, est importante.

Avec le premier questionnaire, nous arrivons à un 50-50. En effet, 51% des étudiants reconnaissent avoir déjà pensé abandonner leurs études. Avec le deuxième questionnaire ce chiffre est plus marquant et arrive à 92%. Difficile de croire que l'année académique 2017-2018 ou encore le fait d'avoir étendu l'enquête à d'autres écoles justifient un tel changement dans les proportions. Nous pouvons aussi mettre en cause la construction, c'est-à-dire l'enchaînement des questions, différente entre les deux questionnaires mais là encore, difficile

⁴⁶ Attention néanmoins aux recoupements des IC à 95%. Seules les infirmières-chefes sont significativement moins sollicitées par rapport aux infirmières classiques de l'équipe.

⁴⁷ Parmi les étudiants ayant déjà pensé au moins une fois à abandonner leurs études, 49,21% d'entre eux ont coché « manque de soutien (école, MFP) », ce qui représente 9,70% de l'ensemble des raisons.

d'imaginer que cela puisse engendrer une si grosse différence. Nous pensons que c'est le fait de permettre à l'étudiant de mettre de la nuance grâce aux échelles de Likert qui explique, en plus grande partie, cette nette augmentation. À titre comparatif, dans l'enquête du FNESI (2017), c'est 81,5% des étudiants de 3^{ème} qui ont déjà envisagé interrompre leur formation.

Evidemment, le caractère « important » du phénomène est relatif et relève de l'interprétation de ces chiffres par chacun. Afin de vous aider dans cette représentation, vous pourriez imaginer qu'une enseignante de troisième se retrouvant devant sa classe peut se dire qu'un quart de ses étudiants a rarement pensé arrêter, qu'un tiers y a déjà parfois pensé et qu'un cinquième y a souvent pensé... Un autre fait intéressant pour aider à interpréter ces chiffres est rapporté par Cameron et al. (2011) : « *one of the most important findings was that at least 50% of those who completed a nursing programme had considered leaving at some stage but had changed their minds* » (p.1379). Imaginer arrêter ses études ne semble donc pas rare mais ce qui l'est plus, c'est de les arrêter vraiment.

4.1.5. Les étudiants nomment la VV comme cause importante dans leur pensée d'arrêter leurs études.

Que ce soit dans le premier ou le deuxième questionnaire, les étudiants mettent la violence verticale en avant lorsqu'il s'agit d'expliquer les raisons qui les amènent à imaginer arrêter leurs études.

La partie qualitative de notre premier questionnaire nous a permis de faire émerger, dans un premier temps, sept grandes catégories que nous avons alors affinées en treize items utilisables : difficultés en stage avec l'équipe soignante, fatigue, perte de confiance en soi, charge de travail trop importante, manque de soutien venant des MFP, difficultés avec les MFP, horaires compliqués, peur des responsabilités, doute sur le choix des études, déception vis-à-vis du métier, échec scolaire, raisons personnelles et difficultés en stage avec les patients. La première chose évidente que nous apprenons, c'est que la violence verticale n'est pas la seule raison mise en avant par les étudiants. On retrouve d'ailleurs des items tels que la fatigue ou encore des échecs scolaires, pour n'en reprendre que quelques-uns. Il est donc plus probable qu'imaginer arrêter ses études résulte plus d'un ensemble de facteurs reliés entre eux par des interactions complexes. En 2017, Ten Hoeve et al. ont mené une étude sur les raisons de l'attrition avec une méthodologie, là aussi, qualitative. Il en ressort quatre catégories : programme de formation, écart entre théorie et pratique, lieux de stage et raisons personnelles. Le tableau 24 montre les similitudes entre ces résultats et les nôtres.

Tableau 24

Raisons de l'attrition : catégories

Résultats de Ten Hoeve et al. (2017)	Résultat de notre étude
Programme de formation : insatisfaction à l'égard du programme proposé, soucis d'organisation, compétence du personnel et manque de soutien.	Etude : charge de travail et organisation. MFP : manque de soutien.
Gap entre théorie et pratique : stress et sentiments d'être mal préparé.	Etudiant : idéal du métier et confiance en soi.
Lieux de stage : mauvaise qualité, manque de soutien, impression de ne pas être les bienvenus.	Equipe soignante : VHI et exclusion. MFP : manque de soutien.
Raisons personnelles : problèmes personnels, incertitudes sur ses capacités	Etudiant : raison personnelle et peur.

Une partie de nos catégories s'intègrent assez bien dans celles de Ten Hoeven et al. (2017). Cependant, la similitude n'est pas complète et nos (sous-)catégories sont plus nombreuses.

Dans le deuxième questionnaire, nous avons utilisé les items trouvés grâce au premier questionnaire. Les étudiants avaient donc un choix de réponses et pouvaient cocher plusieurs cases s'ils le souhaitaient. La fréquence des réponses varie un peu de son prédécesseur⁴⁸ mais c'est bien les valeurs de ce second questionnaire qui seront retenues. À ce titre, près d'un quart des raisons comprennent de la violence (venant de l'équipe infirmière > d'une MFP > d'un patient). Tout comme le laissait entendre le premier questionnaire dans sa partie qualitative (v. tableau 22), ce sont les relations compliquées avec l'équipe soignante qui arrivent en tête (75% des étudiants ayant déjà pensé au moins une fois à abandonner leurs études ont coché cet item). Outre cela, l'école (avec entre autres ses MFP) joue aussi un rôle important via la charge de travail qu'elle demande mais aussi le soutien qu'elle peut apporter ou non aux étudiants. Ten Hoeve et al. (2017) ne font que confirmer cela : « *reasons for attrition were strongly related to the ... clinical placements* » et « *... another reason for attrition proved to be a perceived lack of support from mentors ... during clinical placements* » (p.32). Deary, Watson & Hogston (2003), Eick et al. (2012) et Wray et al. (2012) avancent d'ailleurs que l'expérience des stages (mais aussi celle de l'enseignement, le manque de soutien et d'autres facteurs individuels) participent aux raisons d'abandon des études. À l'opposé, ce sont ces mêmes relations compliquées, mais cette fois avec les patients, qui arrivent en dernier (4%).

Peu importe le questionnaire, les raisons pour arrêter ses études ne sont jamais tout à fait pondérables. C'est-à-dire que nous ne pouvons pas quantifier la force avec laquelle une raison a pu influencer l'étudiant dans son raisonnement. Néanmoins, nous pouvons déjà quantifier la

⁴⁸ Par exemple, la fatigue est bien moins citée dans le premier questionnaire alors que le fait de douter de son choix d'étude y est bien plus cité. Cependant, les difficultés rencontrées avec les équipes infirmières restent en tête alors que l'échec scolaire, les raisons personnelles et les difficultés rencontrées avec les patients continuent de former le trio de queue.

fréquence avec laquelle un item revient plus ou moins souvent (v. tableau 12). Toutefois, nous verrons plus loin comment nous avons pu relier une raison à la fréquence à laquelle un étudiant a déjà pensé arrêter ses études. Aussi, nous ne faisons ici aucun lien entre ces différentes raisons. Nous pourrions pourtant facilement imaginer que la violence verticale soit liée à la perte de confiance en soi, elle-même liée au fait de douter de ses capacités au point d'avoir peur de ne pas savoir assumer les responsabilités inhérentes à la profession d'infirmière, etc.

4.1.6. Le ressenti de VV par les étudiants est associé à leur pensée d'arrêter leurs études.

Par « associé », nous voulons dire qu'il existe un lien statistiquement significatif. Il s'agit donc de tester la question traitant de l'attrition de nos deux questionnaires sur les différentes moyennes comprenant la violence venant des équipes soignantes.

Ce que nous pouvons conclure du premier questionnaire, c'est que les étudiants ayant déjà pensé à abandonner leurs études (question 3) ont un score plus élevé de violence ressentie. De façon générale, les étudiants ayant répondu « oui » à la question 3 ont un score de violence verbale (\bar{X} de VV_M = 0,48 > 0,39) et de violence, de harcèlement ou d'intimidation (\bar{X} de VHI_M = 0,25 > 0,20) plus conséquent. Cette tendance se confirme à nouveau lorsque nous restreignons à la VHI venant des infirmières (\bar{X} de la question 9_2 = 0,38 > 0,28).

Avec le deuxième questionnaire, nous avons d'abord pu commencer par relier les raisons mises en avant par les étudiants à la fréquence à laquelle ils ont déjà pensé à abandonner leurs études (question 15). Le tableau 25 montre, pour les onze items retenus⁴⁹, à quel point le classement change alors tout à fait. Dans la colonne de gauche, les chiffres indiquent le classement selon le pourcentage d'étudiants ayant coché cet item. Pour exemple, les échecs scolaires occupent la onzième et donc dernière place du classement (14,1%) là où les difficultés liées aux équipes de stage ont la première place (68,6%). Dans la colonne de droite maintenant, nous voyons un nouveau classement apparaître selon le score⁵⁰ de la question 15 (traitant du phénomène d'attrition). Pour reprendre notre exemple, nous découvrons cette fois que l'item des échecs scolaires arrive en septième place et celui des difficultés liées aux équipes des stages en huitième seulement. Cela s'explique par leur score moyen à la question 15.

⁴⁹ Pour rappel, les difficultés en stage liées aux patients et les raisons personnelles ne sont pas retenues car leur effectif est < 30.

⁵⁰ Pour rappel, celui-ci est calculé sur une échelle de Likert (1 = jamais >> 5 = très souvent).

L'item « échec scolaire » arrive à 3,42 et l'item « stage (équipe) » à 3,38. Par contre, l'item « déçu » obtient un score de 3,89, le plus haut score.

Tableau 25
Question 16 classée selon le score associé à la question 15 (questionnaire 2)

Items	Classement		Différence (valeur absolue)
	Selon la fréquence absolue (v. tableau 12)	Selon le score de la question 15 (v. tableau 13)	
Déçu	10	1	9
MFP (relation)	6	2	4
Doute	9	3	6
Peur	8	4	4
MFP (soutien)	5	5	0
Confiance en soi	3	6	3
Échec scolaire	11	7	4
Stage (équipe)	1	8	7
Fatigue	2	9	7
Horaires	7	10	3
Charge de travail	4	11	7

L'exemple le plus marquant concerne d'ailleurs bien la déception face à l'idéal du métier. Cet item occupe l'une des dernières places du classement, cela veut dire qu'il est assez peu souvent cité (22,0%) mais occupe largement la première place lorsqu'on regarde son score associé à la question 15. Il faut comprendre par-là que ce sont les étudiants qui sont déçus par la profession qui ont pensé le plus souvent à abandonner leurs études par rapport aux autres raisons. Toutefois, pour cette dernière observation, il faut être particulièrement attentif puisque les IC (95%) se recoupent facilement. Soucieux de cette dernière remarque, nous pouvons dire que le fait d'être déçu par la profession est lié à une fréquence plus grande d'avoir déjà pensé arrêter ses études que le manque de confiance en soi, les relations compliquées avec l'équipe du stage, la fatigue, les horaires et la charge de travail⁵¹. Une autre façon d'énoncer les choses serait de dire que les étudiants reconnaissant avoir vécu des relations compliquées avec les équipes soignantes ont en moyenne parfois pensé à abandonner leurs études alors que ceux qui ont été déçu par le métier y ont en moyenne souvent pensé.

Concernant les tests statistiques du deuxième questionnaire, nous voyons que les résultats vont tout autant dans le sens de ceux de son prédécesseur. D'abord, la violence, toute confondue qu'elle soit (moyenne de tous les types de violence, peu importe l'auteur = M_V) explique déjà 11% de l'évolution de l'envie d'arrêter ses études (question 15). À ce propos, les trois autres variables les plus explicatives du phénomène sont la violence globale des MFP et plus précisément leur violence verbale (16 et 15%) ainsi que les remarques humiliantes ou

⁵¹ NB : il s'agit bien d'une association et non d'un lien causal.

insultantes (16%) et ce, peu importe l'auteur. Maintenant, lorsque nous ciblons la violence venant des équipes soignantes, nous voyons que celle-ci explique 10% de l'évolution du score de la question 15. Nous pouvons aussi dire que la violence verbale en explique 11% et que la violence physique en explique 6%.

En conclusion, par différents tests, nous avons pu mettre en évidence le lien existant entre un vécu de violence provenant des équipes infirmières et la majoration d'intentions d'abandonner ses études. Cependant, ce lien n'est pas extrêmement fort. Les différences de moyennes, bien que statistiquement valides, ne sont jamais très grandes et les coefficients de corrélation sont toujours faibles. Nous ne pouvons aussi que constater que la violence verticale est un élément parmi tant d'autres. Les régressions linéaires sont aussi valides en ce qui concerne la violence provenant des patients et des MFP, par exemple. Cette pluralité de corrélations valides n'est qu'un petit aperçu de la pluralité mais aussi de la complexité qui est à l'œuvre lorsqu'il s'agit d'expliquer ce qui pousse un étudiant à penser à abandonner ses études. Notre conclusion tend d'ailleurs à rejoindre celle de Glossop (2002) : « *The findings have indicated the complexity of factors which can contribute to attrition, ...* » (p.385) et celle plus récente de Merkley (2015) : « *The student nurse is a complex being with multiple variables and characteristics which present strategic challenges in managing student nurse attrition and improving retention* » (p.74).

4.2. Limitations

4.2.1. Premier questionnaire

Ce questionnaire a été proposé à la fin d'un cours. Les étudiants savaient donc que ce dernier serait repris par le professeur. Le simple fait que le professeur (mais aussi les autres étudiants) soit là a pu induire un biais de désirabilité sociale et une crainte quant à l'anonymat. D'abord, les étudiants avaient peut-être plus envie de donner une réponse socialement souhaitable plutôt que celle qui reflétait leur véritable intention. Comme l'explique Fisher (1993), les étudiants évitent alors de se mettre dans l'embarras en projetant sur eux une image pensée comme favorable par rapport au professeur et aux autres étudiants de la classe. Grimm (2010) insiste pour dire que cela est d'ailleurs d'autant plus problématique lorsque la portée de l'étude implique des questions socialement sensibles, comme lorsque nous demandons à l'étudiant s'il a déjà pensé à abandonner ses études. Peut-être cela a-t-il d'ailleurs participé au score d'attrition bien plus bas que celui retrouvé dans le second questionnaire. Ensuite, le fait que ce cours soit

donné à des plus petites classes a peut-être pu faire craindre à certains étudiants d'être reconnus aux travers, par exemple, des données sociodémographiques⁵².

4.2.2. Deuxième questionnaire

Le nombre de données manquantes nous indique une faiblesse dans ce second questionnaire. Nous avons obtenu trois-cent-douze réponses mais avec une moyenne de deux-cent-septante-neuf réponses seulement pour les questions 4 à 16. Pour être plus explicite, même si la grande majorité des étudiants ont répondu convenablement à l'entièreté du questionnaire, une série n'a consenti qu'à indiquer son âge et/ou son genre sans rien compléter de plus. Ceci explique les 10,58% de réponses manquantes inhérentes des questions 4 à 6. Par contre, si l'on regarde le nombre d'étudiants ayant coché l'item « sans réponse », nous arrivons à une moyenne de seulement 1,8 « sans réponse » par question (0,65% de données manquantes). Cela pourrait s'expliquer en partie par le fait que le questionnaire était électronique. D'une part, une version électronique n'impose en rien le fait d'achever le questionnaire. D'autre part, le moment où l'étudiant ouvre et découvre le questionnaire n'est peut-être pas propice au temps requis pour le compléter. À l'inverse, notre premier questionnaire était distribué suffisamment de temps avant la fin du cours par le professeur qui restait présent pour le reprendre à la fin.

4.2.3. Des deux questionnaires

La première limitation est l'aspect subjectif de la violence ressentie. Nos questionnaires ne se basent que sur les déclarations des étudiants et donc sur leur interprétation d'un acte, d'une parole jugée, selon eux, violents. Nous avons constaté dans le premier questionnaire comment les termes utilisés (plus ou moins précis) pouvaient influencer les scores. Nous nous sommes donc efforcé, au second questionnaire, de préciser les questions avec un vocabulaire clair avec parfois des précisions en commentaire. Néanmoins, l'appréciation des termes restera toujours celle des étudiants⁵³. Cette limitation n'est pas neuve et est d'ailleurs la même que dans d'autres études similaires où l'auto-déclaration donne forcément des caractéristiques subjectives aux réponses (Dikmen et al., 2016). Hinchberger (2009) confirme en ajoutant que la tolérance à la violence varie de toute façon d'une personne à l'autre.

⁵² Imaginons une classe de vingt étudiants avec un seul homme de 34 ans. Si le professeur relit immédiatement les questionnaires, il lui serait peut-être aisé d'identifier l'étudiant malgré tout.

⁵³ Exemple : l'étudiant déclare avoir été poussé volontairement par une infirmière alors que celle-ci dit avoir dû se dépêcher, prise dans un soin urgent. Autre exemple : comment juger le moment où une remarque devient déplacée ou non ?

Une autre limitation concerne cette fois la mesure de l'attrition. Deary et al. (2003) parlent de problèmes fondamentaux associés à sa mesure. Comment doser les différentes raisons qui poussent un étudiant à avoir déjà pensé à abandonner ses études ? Nous en parlons déjà dans l'interprétation de nos résultats. À juste titre donc, il nous est impossible, aux vues de la conception de notre questionnaire, de quantifier clairement avec quelle force chaque item coché par l'étudiant a pu l'influencer dans sa pensée d'abandonner. Aussi, ces mêmes auteurs mettent en avant les principes parfois inconscients de l'étudiant qui participent à l'envie d'abandonner. Il y a donc des éléments qui resteront inconnus pour l'étudiant et donc aussi pour le chercheur.

Notre échantillon est un échantillon de convenance, ce qui engendre un manque de représentativité. Cela peut nuire à la possibilité de généralisation des résultats ainsi obtenus. L'utilisation d'un échantillon de convenance peut donc occasionner un biais d'échantillonnage. À ce propos, lorsque nous demandons aux étudiants ce qui a pu les amener à imaginer abandonner leurs études, il faut bien avoir en tête que nous nous adressons à des étudiants déjà arrivés en 3^{ème} année. Des étudiants ayant déjà arrêté en première ou en deuxième année auraient peut-être eu des réponses différentes.

Enfin, le design de l'étude lui-même comprend des limites. Comme expliqué par Speybroek & Masquellier (2014), notre étude transversale donne surtout une photo exposant le lien entre le vécu de violence et différents facteurs. Elle ne donne pas de relation temporelle, il nous est donc impossible de dégager un lien causal.

4.3. Recommandations

Nous avons compilé ici toute une série de recommandations afin de contrer le phénomène des situations difficiles rencontrées en stage par les étudiants infirmiers. Pour Clark et al. (2014), ces dernières concernent les écoles, les établissements de soins (rappelons les potentielles difficultés de recrutement) et la profession en générale.

Commençons avec l'étude de Kolanko et al. (2006) qui recommandent de passer d'une culture du secret à celle de la confidentialité. En effet, pour eux, les comportements inacceptables doivent être documentés et présentés aux personnes appropriées. Ils préconisent pour cela de rendre les étudiants acteurs de cette prévention en leur laissant la possibilité d'apporter des suggestions aux personnes compétentes dans leurs écoles. En ce sens, le FNEFI (2018) propose d'ailleurs l'évaluation systématique des stages par les étudiants. Aussi, les écoles pourraient prévoir des réunions, mettre en place des forums, ... afin de laisser une place à la parole et aux reportages sans sanctions (Bowllan, 2015 ; FNEFI, 2017) afin de créer une

atmosphère ouverte dans laquelle les étudiants peuvent partager et obtenir conseil (Longo, 2007). Nous avons pourtant constaté dans notre étude à quel point les étudiants se confient plutôt à leurs proches qu'au corps enseignant. Autrement, nous rejoignons l'idée de Clark, Ahten & Macy (2013), Dikmen et al. (2016) et Hinchberger (2009) qui pensent que les étudiants devraient être formés à reconnaître la violence verticale (et plus tard horizontale) pour soi et chez l'autre afin d'y faire face et de la prévenir. Nous pensons que ce n'est qu'en verbalisant la violence aux bonnes personnes que l'on pourra sortir celle-ci de sa banalisation. Iheduru-Anderson (2014) nous le résume parfaitement : « *ways to prevent and stop LV⁵⁴ in the nursing profession is to create awareness and break the silence* » (p.15). Cependant, Roberts (2015) et Myers et al. (2016) nous mettent en garde quant à l'efficacité du rapportage. Selon Roberts (2015), la recherche a pu démontrer un manque d'efficacité dû à la peur et à la non croyance d'un changement lors des déclarations de VHI. Il prêche plutôt pour un travail de fond sur la culture des équipes soignantes (dynamique de pouvoir, ...). Selon Myers et al. (2016), si créer des occasions de discuter des mauvaises expériences reste une piste d'intervention intéressante, il ne faut pas oublier qu'aucune intervention unique n'a pu, à elle seule, éliminer la VH. Autrement dit, les actions à mener doivent être plurielles et concernent toutes les parties prenantes. Pour Bowllan (2015), Cameron et al. (2011), Egues & Leinung (2013) et Tee et al. (2016), il est d'ailleurs nécessaire de faire travailler ensemble les chercheurs, les organismes de soins de santé, les écoles de soins infirmiers, les étudiants et les équipes d'infirmières. Concernant les équipes d'infirmières, Woelfle et al. écrivaient déjà ceci en 2007 : « *in addition to caring about patients, nurses will have to care about the profession of nursing and find new and innovative ways in their practice to support nursing* » (p.131). Birks et al. (2017) rappellent bien que la première chose à faire, au-delà de l'instauration de procédures visant à protéger les étudiants, c'est de faire évoluer la culture (d'intimidation) au sein des équipes infirmières. Du côté des établissements de soins, Hassmiller & Cozine (2006) ne se privent pas de rappeler qu'au lieu de s'efforcer d'attirer de nouveaux étudiants dans les écoles de soins infirmiers, il serait grand temps de se concentrer sur ce qui peut poser problème dans l'attractivité des hôpitaux. Pour cela, faut-il encore que les infirmières de terrain et les gestionnaires d'hôpitaux soient conscients du phénomène de VH (Christie & Jones, 2013). Egues & Leinung (2013) complètent pour les écoles de soins infirmiers : « *education on bullying and its eradication should be included in nursing curricula, across all degree programs, for students as well as nurse faculty members* » (p.189).

⁵⁴ Dans l'article de Iheduru-Anderson (2014), « LV » signifie « Lateral Violence » = violence horizontale.

Freeling & Parker (2015) préconisent une formation étendue sur le thème de la VH présente au travail afin de sensibiliser les nouveaux diplômés aux comportements et aux attitudes violentes. Deux autres pistes sont évoquées par McKenna et al. (2003) : des mécanismes adéquats de déclaration ainsi que des services de soutien. Le FNESI (2018) rejoint cette idée puisqu'elle explique vouloir mettre en place des structures d'accompagnement dans chacune des facultés mais aussi d'en faire la publicité afin d'en maximiser l'utilisation. Une dernière recommandation nous vient de Roberts (2015) : l'implication des politiques dans la lutte contre la violence, le harcèlement et l'intimidation visant à créer une culture qui soit sûre et favorable aux infirmières.

Ce que nous voulons mettre également en avant ici, c'est ce type d'approche dès la formation des futures infirmières. Il s'agit de mettre en œuvre une politique de soutien et de lutte contre la VH dès le début (FNESI, 2018 ; McKenna & Boyle, 2016), c'est-à-dire dès la formation des futures infirmières. En ce sens, les enseignants ont un rôle à jouer dans la sensibilisation de leurs élèves afin de reconnaître un comportement acceptable ou non (Longo, 2007) mais aussi dans la mise en place d'instructions claires sur la façon de traiter la violence verticale (Iheduru-Anderson, 2014). Clark, Nguyen & Barbosa-Leiker (2014) en viennent à la même conclusion : « ... *a more grassroots approach with the focus on equipping students with knowledge and skills and allowing them to be the leaders in their nursing profession* » (p. 174). Quant à Curtis et al. (2007), Dikmen et al. (2016) et Lee, Bernstein, Lee & Nokes (2014), ils prônent une phase d'entraînement intégrée au cursus de formation. Ils expliquent par-là vouloir introduire des techniques de communication (résolution de conflits), du développement des compétences humaines (affirmation de soi), de la gestion des risques, etc. au cursus traditionnel. En plus de partager cet avis, Çelebioğlu et al. (2010) l'appuient en rappelant les preuves avancées dans la littérature qui mettent en avant la réduction de l'incidence de la violence en lien avec le fait de disposer de connaissances et d'habiletés suffisantes pour s'en protéger. Le passage des études d'IRSG à quatre ans pourrait, en ce sens, constituer une belle opportunité.

Gardons en tête l'importance de donner des ressources suffisantes aux étudiants pour pouvoir déceler la VHI, la déclarer, lutter contre et s'en prévenir tout en gardant à l'esprit la nécessité de travailler en partenariat avec les établissements de soins et les chercheurs.

4.4. Pistes de réflexions

Le recueil de données est ici assez conséquent et toutes les possibilités n'ont pas été exploitées. À titre non-exhaustif, nous pouvons citer ces pistes-ci :

- *Faire le lien entre le type de violence et le rapportage.*

Il pourrait être intéressant de constater quelle est la préférence pour chaque étudiant en ce qui concerne les personnes ressources qu'il choisit pour parler de ses problèmes rencontrés en stage selon le type de violence qu'il aura déclarée. Par exemple : « la violence verbale est-elle autant rapportée au corps enseignant que la violence physique ? ».

- *Mesurer l'intensité du rapportage.*

Afin de ne pas rendre notre questionnaire trop lourd, la question du rapportage proposait un choix multiple aux étudiants mais toujours de façon dichotomique. Ils avaient donc le choix de cocher ou non chaque item. Cependant, nous pourrions imaginer une étude plus approfondie sous forme d'échelle de Likert afin de mieux mesurer avec quelle force une personne ou un corps de métier est plus ou moins sollicité qu'une autre.

Notre étude reste principalement quantitative, pourtant, vu la complexité du sujet, il nous semble évident qu'une partie qualitative viendrait enrichir la compréhension du phénomène. Le premier questionnaire nous a largement laissé entrevoir à quel point les étudiants se permettaient d'ailleurs d'ajouter des commentaires à la question 8 (rapportage)⁵⁵, par exemple. Aussi, la question de l'attrition mériterait un traitement qualitatif afin d'amener une compréhension plus fine des mécanismes sous-jacents et des liens possibles entre les raisons que nous avons pu mettre en avant dans ce travail. Quand on sait que la question de l'estime de soi est cochée par 60% des étudiants de notre étude, on ne peut que rejoindre Çelebioğlu et al. (2010) qui invitent à des recherches plus poussées sur cette question mais aussi sur la capacité parfois défaillante des étudiants à communiquer avec leur environnement de stage.

Pour le phénomène d'attrition, nous posons la question de l'intention sans vérifier sa concrétisation. Nous pensons qu'une étape supplémentaire indispensable à ce travail serait d'aller vérifier l'arrêt réel ou non des étudiants et de le mettre en perspective avec nos résultats. Viendrait alors une autre question intéressante : « pourquoi les étudiants restent-ils, malgré tout ? ».

⁵⁵ Bien que cela ne soit pas du tout repris dans le mémoire, il nous semble important de relater cet exemple : plusieurs étudiants ont coché « infirmière professeur qui supervise le stage » à la question 8 du premier questionnaire en ajoutant manuellement des commentaires tels que « ça dépend de l'IP... ».

Ce mémoire fait un constat peu élogieux quant au vécu de violence des étudiants infirmiers en stage, là où Ten Hoeve et al. (2017) remarquent que les nouveaux diplômés ont tendance à préférer une unité non pas selon le type de patients mais bien selon l'accueil et l'ambiance du service visé. Nous rejoignons en ce sens les recommandations produites par de nombreux autres auteurs. Encore faut-il en faire quelque chose de palpable, c'est-à-dire mettre des actions en place. Walker et al. (2016) encouragent les écoles de soins infirmiers à apporter une forme de soutien aux étudiants via la mise en place concrète de services et de mesures d'aides appropriées. Pourtant, Clark, Ahten & Macy (2013) constatent le peu d'études ayant trait aux stratégies d'enseignement afin d'aborder ce qu'il appelle le « choc de la réalité » entre ce que les élèves apprennent aux cours et ce qu'ils appliquent/voient en stage. Pour autant, certaines pistes sont avancées :

- La réalisation de scénario avec des rôles prédéfinis mettant en scène des épisodes d'incivilité sur le lieu de travail avec un débriefing à la clef. Clark et al. (2013) : « *the scenario heightened students' awareness of incivility and its impact on the practice setting and patient care* » (p.8).
- Parce qu'elle permet de mieux reconnaître un comportement violent, l'intelligence émotionnelle devrait être promue chez les étudiants (Bennett & Sawatzky, 2013).
- Materne, Henderson & Eaton (2017) ont observé la mise en place d'un « processus d'amélioration de la qualité⁵⁶ » dans une unité de soins visant à améliorer l'expérience des étudiants. Au bout de six années, ils constatent en effet une meilleure assimilation des étudiants dans cette unité de stage. L'impact est jugé positif sur plusieurs points : plus de futurs engagements, meilleur apprentissage et plus grande qualité des soins.
- Pour en revenir aux écoles, D'Souza, Karkada, Parahoo & Venkatesaperumal (2015) suggèrent aux enseignants de travailler en amont sur l'ambiance en classe. Ils entendent par-là l'intérêt de veiller à garder une communication et une coopération ouvertes entre tous. En aval, ils préconisent aux MFP de veiller cette fois à garantir une bonne expérience clinique aux étudiants durant leurs stages.

Nous ne pouvons que suggérer aux parties concernées de mettre en place des actions adaptées mais aussi d'en tester l'efficacité.

⁵⁶ La thématique abordée étant le renforcement du capital social sur le lieu de travail.

5. Conclusions

5.1. Finalité du travail

Notre travail avait pour finalité l'exploration de la violence rencontrée par les étudiants infirmiers du bloc 3 durant leurs stages d'une part et l'intention d'abandonner ses études d'autre part. Pour ce faire, nous avons questionné ce ressenti de violence selon quatre formes possibles (violence verbale, physique et sexuelle ainsi que la discrimination) et selon quatre auteurs possibles (infirmières de terrain, MFP, patients et autres étudiants). Aussi, nous nous étions fixés comme objectif d'étendre cette étude à deux autres éléments jugés pertinents : « *L'âge et/ou le genre sont-ils des variables liées au ressenti de violence et au fait d'imaginer abandonner ses études ?* » et « *Le phénomène est-il tabou ? Si non, à qui les étudiants en parlent-ils ?* ».

Enfin, nous avons encore comme objectif de tester le lien éventuel entre la violence perçue et le fait d'imaginer abandonner ses études.

5.2. Ce qui a pu être démontré

Nous avons pu observer que le parcours d'un étudiant est quasi systématiquement marqué par des événements perçus comme violents à son égard. La violence verbale est de loin la plus fréquente. Plus précisément, c'est le fait d'être ignoré et de se sentir exclu par l'équipe infirmière qui est le plus souvent mentionné par les étudiants. Pourtant, il semble que ce soit ce type de violence qui soit justement la moins considérée comme une forme de violence par les étudiants eux-mêmes. Du côté des auteurs, les infirmières de terrain prennent la tête, suivies des patients puis des MFP.

L'âge et le genre sont des variables pouvant avoir un lien avec certaines formes de violence. L'âge avançant, les étudiants ressentent moins de violence venant des patients. À l'inverse, ils sont plus impactés par celle venant des MFP. Quant au genre, nous observons que les femmes déclarent plus souvent avoir été affectées par de la violence, du harcèlement et/ou de l'intimidation. Par contre, aucun lien n'a pu être démontré pour l'âge comme pour le genre avec le fait de plus ou moins imaginer abandonner ses études.

Les étudiants ne gardent pas pour eux les difficultés qu'ils rencontrent en stage. La quasi-totalité des étudiants partagent d'ailleurs, au moins de temps à autre, ce qu'ils ont pu ressentir comme violence. Les interlocuteurs principaux sont les amis, la famille et les autres étudiants.

Le corps enseignant reste un interlocuteur conséquent mais ne représente qu'un cinquième des personnes vers qui se tournent les étudiants. L'équipe infirmière clôt le classement en constituant moins d'un dixième des personnes sollicitées.

Il existe un lien de corrélation entre la violence perçue en stage et le fait d'imaginer abandonner ses études. Les différents tests statistiques réalisés (test T pour échantillons indépendants, χ^2 de Pearson et régression linéaire) laissent suffisamment entendre que les étudiants ayant déjà imaginé abandonner leurs études ont des scores de violence perçue plus importants.

5.3. Nos résultats comparés à la littérature

Nos résultats n'étonnent pas et restent dans la lignée de ce qui a déjà pu ressortir de recherches antérieures. En ce qui concerne la prévalence de la violence en stage ressentie par les étudiants infirmiers, celle-ci varie entre 50 et 100%, là où la nôtre approche les 100%. Par contre, la classification des différents auteurs comme des formes de violence varie d'une étude à l'autre. Néanmoins, deux éléments se dégagent quand même : les infirmières sont souvent citées comme étant à la source de violence et la violence verbale est la forme de violence la plus souvent rencontrée par les stagiaires infirmiers. Ces deux éléments sont réaffirmés dans notre recherche.

Lorsqu'il s'agit de mettre en lien la violence ressentie et le fait d'imaginer abandonner ses études, nous constatons régulièrement dans la littérature que les stages sont désignés, en effet, comme l'une des sources d'attrition existantes.

5.4. Nos résultats nuancés

Si la prévalence semble très élevée, la violence en stage n'est pas pour autant omniprésente. Il serait plus juste de dire que tout étudiant, durant ses trois années d'études, rencontre au moins une fois un moment difficile venant d'une infirmière de l'unité de stage, d'une MFP, d'un patient ou encore d'un autre étudiant. Par contre, nos échelles de Likert nous ont permis d'affiner nos résultats. À savoir, ces dernières se déclinaient comme suit : jamais – rarement – parfois – souvent – très souvent. Ce qui nous semble alors inquiétant, c'est que les étudiants déclarent subir « parfois » des taquineries et des sarcasmes excessifs ainsi que des paroles jugées comme menaçantes, humiliantes ou insultantes venant des infirmières de terrain. Cela ne s'arrête pas là puisque ce qui revient le plus « souvent » pour les étudiants, c'est de se sentir ignoré ou exclu des équipes infirmières. Il faut toutefois faire attention à ne pas tout mettre sur

le dos des infirmières. Si la violence verbale et la discrimination sont plus ressenties par les étudiants comme venant d'elles, ce sont les patients qui sont le plus à l'origine des violences physiques et sexuelles.

Le lien entre violence et attrition a pu être statistiquement démontré mais pour autant, ce lien reste faible. Les régressions linéaires nous montrent que, venant des équipes soignantes, l'augmentation de la violence n'explique qu'entre 10,4 et 11,2% de l'augmentation d'intention d'abandon. Une première chose est à retenir : si lien il y a bien, ce dernier ne peut expliquer qu'une petite partie de l'intention d'arrêter. Cela s'explique notamment par le fait que les causes de l'attrition sont multiples et vont bien au-delà du phénomène de violence. La partie qualitative de notre recherche a pu dégager treize raisons qui ont pu amener les étudiants à imaginer abandonner leurs études : difficulté avec l'équipe soignante ; difficulté avec les patients ; difficulté avec les MFP ; doute de son choix d'étude ; fatigue ; peur des responsabilités inhérentes à la profession ; horaires ; perte de confiance en soi ; charge de travail ; manque de soutien des MFP ; raisons personnelles ; échec scolaire ; déception face à la réalité du métier. Nous rejoignons alors les conclusions de Hamshire, Willgoss & Wibberley (2013) et de Merkley (2015). Hamshire et al. (2013) expliquent bien que ce qui pousse un étudiant à envisager d'arrêter ses études est le fruit d'une combinaison de facteurs divers qui s'accumulent. Merkley (2015), lui, avance une pluralité de facteurs interdépendants multidimensionnels. Si ce dernier auteur identifie lui aussi l'étudiant, les lieux de stage et les MFP dans les raisons d'attrition, il évoque en plus une dimension peu abordée dans notre recherche, celle de la politique. Autrement, la seconde chose à retenir, c'est que nous parlons bien d'un lien de corrélation. En effet, aucune causalité n'a ici été démontrée.

5.5. Ouverture

Pour terminer, ce mémoire n'est qu'une approche de la problématique de la violence verticale jumelée à celle de l'attrition. Différemment dit, si certaines conclusions peuvent être tirées des résultats collectés, ces dernières ne sont issues que d'un angle d'approche. Nous ne pouvons en aucun cas fermer le débat ici mais au contraire, l'ouvrir. À titre d'exemple, comme nous l'évoquions déjà, l'approche qualitative nous semble une alliée évidente dans l'investigation des questions qui nous sont venues. Aussi, il nous paraît pertinent d'aller explorer les autres protagonistes (MFP, infirmières de terrain, patients, ...) tout comme il nous apparaît intéressant de travailler la question des incivilités et des compétences relationnelles des étudiants.

Nos conclusions constituent un point d'attention, nullement d'accusation. Nous aimerions donc dire à toutes les parties prenantes que la violence verticale est un phénomène sur lequel chacun peut tenter d'agir. Quoi de mieux que le prolongement des études à quatre ans pour profiter de ce potentiel en intégrant cette dimension dans le cursus des étudiants ? Quoi de mieux que l'avancée technologique pour innover en la matière ? Stott & Mozer (2016) ne se privent d'ailleurs pas d'avancer comment l'utilisation judicieuse d'outils en ligne peut venir enrichir le panel d'activités pédagogiques déjà en place. Ou encore, tel qu'évoqué par Brien, Goudreau, Abbad & Deslauriers (2014), les simulations cliniques hautes-fidélités qui permettent de simuler des situations cliniques avec comme avantage « *un apprentissage expérientiel dans un contexte sécuritaire autant pour le patient que pour l'étudiant* » (p.53) ...

6. Références bibliographiques

- Actiris.brussels. (2017). *Liste francophone des études qui préparent à une profession pour laquelle il existe une pénurie significative de main-d'œuvre*. Retrieved September 18, 2017 from <http://www.actiris.be/Portals/33/17.105%20M%C3%A9tiers%20en%20p%C3%A9nurie%20-%20liste%20FR%20-%20AD%20-%20Annexe%20%20-%20FR.pdf>
- ACN. (2016). *Edito Info-Nursing 181 - Infirmier : une fonction critique*. Retrieved November 22, 2017 from <http://www.infirmieres.be/sites/default/files/content-site/actualites/editoin181.pdf>
- Aujoulat, I. (2015). *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique*. Document non publié, Université Catholique de Louvain, Bruxelles.
- Auslender, V. (2017). *Omerta à l'hôpital : Le livre noir des violences faites aux étudiants en santé*. Editions Michalon.
- Baldwin, R. G. (1998). Academic civility begins in the classroom. *Teaching Excell*, 1(6), 1-7.
- Bartholomew, K. (2006). *Ending nurse-to-nurse hostility: Why nurses eat their young and each other*. HC Pro, Inc.
- Becher, J., & Visovsky, C. (2012). Horizontal violence in nursing. *Medsurg nursing*, 21(4), 210.
- Belgian Federal Government. 2016. *Les professions en Belgique ; métiers principalement féminins ou masculins*. Retrieved from Economie, statistics Belgium Web site : <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/travailvie/emploi/professions/>
- Bennett, K., & Sawatzky, J. A. V. (2013). Building emotional intelligence: A strategy for emerging nurse leaders to reduce workplace bullying. *Nursing administration quarterly*, 37(2), 144-151. doi: 10.1097/NAQ.0b013e318286de5f
- Bhana, V. M. (2014). Interpersonal skills development in Generation Y student nurses: A literature review. *Nurse education today*, 34(12), 1430-1434. doi: 10.1016/j.nedt.2014.05.002

- Birks, M., Cant, R. P., Budden, L. M., Russell-Westhead, M., Özçetin, Y. S. Ü., & Tee, S. (2017). Uncovering degrees of workplace bullying: A comparison of baccalaureate nursing students' experiences during clinical placement in Australia and the UK. *Nurse education in practice*, 25, 14-21. doi: 10.1016/j.nepr.2017.04.011
- Blevins, S. (2015). Impact of incivility in nursing. *MedSurg Nursing*, 24(6), 379-381.
- Bowllan, N. M. (2015). Nursing students' experience of bullying: Prevalence, impact, and interventions. *Nurse educator*, 40(4), 194-198. doi: 10.1097/NNE.0000000000000146
- Brien, L.-A., Goudreau, J., Abbad, H.M. & Deslauriers, M. (2014). La simulation haute-fidélité, un complément aux stages cliniques en sciences infirmières. *Innovations Pédagogiques, nous partageons et vous ? L'innovation Pédagogique pour améliorer l'apprentissage, Analyse, vol 1*, 52- 58.
- Budden, L. M., Birks, M., Cant, R., Bagley, T., & Park, T. (2017). Australian nursing students' experience of bullying and/or harassment during clinical placement. *Collegian*, 24(2), 125-133. doi: 10.1016/j.colegn.2015.11.004
- Budin W.C., Brewer C.S., Chao Y. & Kovner C. (2013) Verbal abuse from nurse colleagues and work environment of early career registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 45 (3), 308–316. doi: 10.1111/jnu.12033
- Cameron, J., Roxburgh, M., Taylor, J., & Lauder, W. (2011). An integrative literature review of student retention in programmes of nursing and midwifery education: why do students stay?. *Journal of clinical nursing*, 20(9-10), 1372-1382. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03336.x
- Çelebioğlu, A., Akpınar, R. B., Küçükoğlu, S., & Engin, R. (2010). Violence experienced by Turkish nursing students in clinical settings: Their emotions and behaviors. *Nurse Education Today*, 30(7), 687-691. doi: 10.1016/j.nedt.2010.01.006
- Çelik, S. S., & Bayraktar, N. (2004). A study of nursing student abuse in Turkey. *Journal of Nursing Education*, 43(7), 330-336. doi: 10.3928/01484834-20040701-02

- Christie, W., & Jones, S. (2013). Lateral Violence in Nursing and the Theory of the Nurse as Wounded Healer. *Online journal of issues in nursing, 19*(1), 5-5. doi: 10.3912/OJIN.Vol19No01PPT01
- Clark, C. (2008). Student perspectives on faculty incivility in nursing education: An application of the concept of rankism. *Nursing Outlook, 56*(1), 4-8. doi: 10.1016/j.outlook.2007.08.003
- Clark, C. M., Ahten, S. M., & Macy, R. (2013). Using problem-based learning scenarios to prepare nursing students to address incivility. *Clinical Simulation in Nursing, 9*(3), e75-e83. doi: 10.1016/j.ecns.2011.10.003
- Clark C. M., Ahten S.M. & Macy R. (2014) Nursing graduates' ability to address incivility: Kirkpatrick's level-3 evaluation. *Clinical Simulation in Nursing 10* (8), 425–431. doi: 10.1016/j.ecns.2014.04.005
- Clark, C. M., Nguyen, D. T., & Barbosa-Leiker, C. (2014). Student perceptions of stress, coping, relationships, and academic civility: A longitudinal study. *Nurse educator, 39*(4), 170-174. doi: 10.1097/NNE.0000000000000049
- Clark, C. M., & Springer, P. J. (2010). Academic nurse leaders' role in fostering a culture of civility in nursing education. *Journal of Nursing Education, 49*(6), 319-325. doi: 10.3928/01484834-20100224-01
- Clarke, C. M., Kane, D. J., Rajacich, D. L., & Lafreniere, K. D. (2012). Bullying in undergraduate clinical nursing education. *Journal of Nursing Education, 51*(5), 269-276. doi: 10.3928/01484834-20120409-01
- Cooper, J. R. (2007). A survey of students' perceptions of bullying behaviors in nursing education in Mississippi. *Dissertations*. 1242.
- Cooper, J. R., Walker, J. T., Winters, K., Williams, P. R., Askew, R., & Robinson, J. C. (2009). Nursing students' perceptions of bullying behaviours by classmates. *Issues in Educational Research, 19*(3), 212-226.
- Courtney-Pratt, H., Pich, J., Levett-Jones, T., & Moxey, A. (2017). "I was yelled at, intimidated and treated unfairly": nursing students' experiences of being bullied in clinical and academic settings. *Journal of clinical nursing*. doi: 10.1111/jocn.13983

- Curtis, J., Bowen, I., & Reid, A. (2007). You have no credibility: Nursing students' experiences of horizontal violence. *Nurse Education in Practice*, 7(3), 156-163. doi: 10.1016/j.nepr.2006.06.002
- Deary, I. J., Watson, R., & Hogston, R. (2003). A longitudinal cohort study of burnout and attrition in nursing students. *Journal of advanced nursing*, 43(1), 71-81. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02674.x
- Dellasega, C. (2011). *When nurses hurt nurses: Recognizing and overcoming the cycle of nurse bullying*. Sigma Theta Tau.
- Del Prato, D. (2013). Students' voices: The lived experience of faculty incivility as a barrier to professional formation in associate degree nursing education. *Nurse Education Today*, 33(3), 286-290. doi: 10.1016/j.nedt.2012.05.030
- Dikmen, Y., Yilmaz, D., & Usta, Y. Y. (2016). Violence faced by nursing students in clinical practicals and its effects: A questionnaire survey. *Journal of human sciences*, 13(3), 4380-4388. doi: 10.14687/jhs.v13i3.4111
- Dodeler, N. L., & Tremblay, D. G. (2016). La conciliation emploi-famille/vie personnelle chez les infirmières en France et au Québec: une entrée par le groupe professionnel. *Revue Interventions économiques. Papers in Political Economy*, (54).
- Doyle, K., Sainsbury, K., Cleary, S., Parkinson, L., Vindigni, D., McGrath, I., & Cruickshank, M. (2017). Happy to help/happy to be here: Identifying components of successful clinical placements for undergraduate nursing students. *Nurse education today*, 49, 27-32. doi: 10.1016/j.nedt.2016.11.001
- Dreye., P. (2010). *Pénurie d'infirmiers ?* Retrieved April 22, 2017 from http://www.cpcp.be/medias/pdfs/publications/penurie_infirmiers_v2.pdf
- D'Souza, M. S., Karkada, S. N., Parahoo, K., & Venkatesaperumal, R. (2015). Perception of and satisfaction with the clinical learning environment among nursing students. *Nurse education today*, 35(6), 833-840. doi: 10.1016/j.nedt.2015.02.005

- Egues, A. L., & Leinung, E. Z. (2013, July). The bully within and without: Strategies to address horizontal violence in nursing. In *Nursing forum* (Vol. 48, No. 3, pp. 185-190). doi: 10.1111/nuf.12028
- Eick, S. A., Williamson, G. R., & Heath, V. (2012). A systematic review of placement-related attrition in nurse education. *International Journal of Nursing Studies*, 49(10), 1299-1309. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.12.004
- Equeter, E., Michez, O. D., Pohl, S., & Hellemans, C. (2013). Mobilités internes et externes en soins infirmiers. *Activités humaines, Technologies et Bien être*, 261.
- Farahani, M. A., Ghaffari, F., Oskouie, F., & Tafreshi, M. Z. (2017). Attrition among Iranian nursing students: A qualitative study. *Nurse education in practice*, 22, 98-104. doi: 10.1016/j.nepr.2017.01.002
- Ferns, T., & Meerabeau, E. (2009). Reporting behaviours of nursing students who have experienced verbal abuse. *Journal of advanced nursing*, 65(12), 2678-2688. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05114.x
- Fisher, R. J. (1993). Social desirability bias and the validity of indirect questioning. *Journal of consumer research*, 20(2), 303-315.
- Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers. (2017). *ESI en souffrance : la loi du silence doit être rompue – Communiqué de presse du 27 février 2017*. Retrieved from [http://fnesi.org/wp-content/uploads/2017/03/20170228_CDP_ESI_en_souffrance - la loi du silence doit %C3%AAtre rompue.pdf](http://fnesi.org/wp-content/uploads/2017/03/20170228_CDP_ESI_en_souffrance_-_la_loi_du_silence_doit_%C3%AAtre_rompue.pdf)
- Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers. (2017). *Mal-être des étudiant(e)s en soins infirmiers : il est temps d'agir – Dossier de presse du 18 septembre 2017*. Retrieved from http://fnesi.org/wp-content/uploads/2017/09/FNESI_DP_Bien-%C3%AAtre_ESI.pdf
- Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers. (2018). *Bien-être des étudiant(e)s en santé : enfin ça bouge ! – Communiqué de presse du 04 avril 2018*. Retrieved from <http://fnesi.org/wp-content/uploads/2018/04/CDP-1.pdf>

- Freeling, M., & Parker, S. (2015). Exploring experienced nurses' attitudes, views and expectations of new graduate nurses: A critical review. *Nurse education today*, 35(2), e42-e49. doi: 10.1016/j.nedt.2014.11.011
- Gallo, V. J. (2012). Incivility in nursing education: A review of the literature. *Teaching and Learning in Nursing*, 7(2), 62-66. doi: 10.1016/j.teln.2011.11.006
- Gautier, C. (2017). ANNONAY : *Quid du mal-être des étudiant(e)s en soins infirmiers – Communiqué de presse de la FNESI du 09 octobre 2017*. Retrieved from http://fnesi.org/wp-content/uploads/2017/10/09102017_CCDP-Annonay.pdf
- Glossop, C. (2002). Student nurse attrition: use of an exit-interview procedure to determine students' leaving reasons. *Nurse Education Today*, 22(5), 375-386. doi: 10.1054/nedt.2001.0724
- Grimm, P. (2010). Social desirability bias. *Wiley international encyclopedia of marketing*. doi: 10.1002/9781444316568.wiem02057
- Hamshire, C., Willgoss, T. G., & Wibberley, C. (2013). Should I stay or should I go? A study exploring why healthcare students consider leaving their programme. *Nurse education today*, 33(8), 889-895. doi: 10.1016/j.nedt.2012.08.013
- Hinchberger, P. A. (2009). Violence against female student nurses in the workplace. In *Nursing forum* (Vol. 44, No. 1, pp. 37-46). Blackwell Publishing Inc. doi: 10.1111/j.1744-6198.2009.00125.x
- Hutchinson, M., Vickers, M., Jackson, D., & Wilkes, L. (2006). Workplace bullying in nursing: towards a more critical organisational perspective. *Nursing inquiry*, 13(2), 118-126. doi: 10.1111/j.1440-1800.2006.00314.x
- Ibrahim, S. A. E. A., & Qalawa, S. A. (2016). Factors affecting nursing students' incivility: As perceived by students and faculty staff. *Nurse education today*, 36, 118-123. doi: 10.1016/j.nedt.2015.08.014
- Iheduru-Anderson, K. (2014). Educating senior nursing students to stop lateral violence in nursing. *Australian nursing and midwifery journal*, 22(1), 15.

- INAMI, KCE & ISP. (2016). Communiqué de presse sur le rapport 2015. Unpublished document, KCE, Bruxelles.
- Jackson, D., Clare, J., & Mannix, J. (2002). Who would want to be a nurse? Violence in the workplace—a factor in recruitment and retention. *Journal of nursing management*, 10(1), 13-20. doi: 10.1046/j.0966-0429.2001.00262.x
- Johnson, S. L. (2009). International perspectives on workplace bullying among nurses: a review. *International nursing review*, 56(1), 34-40. doi: 10.1111/j.1466-7657.2008.00679.x
- Khalil, D. (200p). Levels of violence among nurses in Cape Town public hospitals. In *Nursing forum* (Vol. 44, No. 3, pp. 207-217). Blackwell Publishing Inc. doi: 10.1111/j.1744-6198.2009.00144.x
- King-Jones, M. (2011). Horizontal violence and the socialization of new nurses. *Creative Nursing*, 17(2), 80. doi: 10.1891/1078-4535.17.2.80
- Kivimäki, M., Elovainio, M., & Vahtera, J. (2000). Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occupational and Environmental Medicine*, 57(10), 656-660. doi: 10.1136/oem.57.10.656
- Kolanko, K. M. (2003). A collective case study of nursing students with learning disabilities. *Nursing Education Perspectives*, 24(5), 251-256.
- Kolanko, K. M., Clark, C., Heinrich, K. T., Olive, D., Serembus, J. F., & Sifford, K. S. (2006). Academic dishonesty, bullying, incivility, and violence: Difficult challenges facing nurse educators. *Nursing Education Perspectives*, 27(1), 34-43.
- Kumaran, S., & Carney, M. (2014). Role transition from student nurse to staff nurse: Facilitating the transition period. *Nurse education in practice*, 14(6), 605-611. doi: 10.1016/j.nepr.2014.06.002
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, 360(9339), 1083-1088.
- Leape, L. L., Shore, M. F., Dienstag, J. L., Mayer, R. J., Edgman-Levitan, S., Meyer, G. S., & Healy, G. B. (2012). Perspective: a culture of respect, part 1: the nature and causes of

- disrespectful behavior by physicians. *Academic medicine*, 87(7), 845-852. doi: 10.1097/ACM.0b013e318258338d
- Lee, Y. J., Bernstein, K., Lee, M., & Nokes, K. M. (2014). Bullying in the nursing workplace: Applying evidence using a conceptual framework. *Nursing economics*, 32(5), 255.
- Longo, J. (2007). Horizontal violence among nursing students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(3), 177-178.
- Le Forem. (2017). *Liste wallonne des études qui préparent à une profession pour laquelle il existe une pénurie significative de main-d'œuvre*. Retrieved September 18, 2017 from https://www.leforem.be/MungoBlobs/221/484/Metiers_penurie_2017_2018_V_04_07.pdf
- Materne, M., Henderson, A., & Eaton, E. (2017). Building workplace social capital: A longitudinal study of student nurses' clinical placement experiences. *Nurse Education in Practice*, 26, 109-114. doi: 10.1016/j.nepr.2017.07.007
- McKenna, L., & Boyle, M. (2016). Midwifery student exposure to workplace violence in clinical settings: An exploratory study. *Nurse education in practice*, 17, 123-127. doi: 10.1016/j.nepr.2015.11.004
- Merkley, B. R. (2015). Student nurse attrition: a half century of research. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(3), 71. doi: 10.5430/jnep.v6n3p71
- Mikaelian, B., & Stanley, D. (2016). Incivility in nursing: from roots to repair. *Journal of nursing management*, 24(7), 962-969. doi: 10.1111/jonm.12403
- Moore, L. W., Leahy, C., Sublett, C., & Lanig, H. (2013). Understanding nurse-to-nurse relationships and their impact on work environments. *Medsurg Nursing*, 22(3), 172.
- Mulholland, J., Anionwu, E. N., Atkins, R., Tappern, M., & Franks, P. J. (2008). Diversity, attrition and transition into nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 64(1), 49-59. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04758.x
- Mutualités Libres. (2012). *Clés pour l'Avenir des Soins de Santé. Vision des Mutualités Libres sur l'évolution des soins de santé en Belgique*. Unpublished document, Union Nationale des Mutualités Libres, Bruxelles.

- Myers, G., Côté-Arsenault, D., Worrall, P., Rolland, R., Deppoliti, D., Duxbury, E., ... & Sellers, K. (2016). A cross-hospital exploration of nurses' experiences with horizontal violence. *Journal of nursing management*, 24(5), 624-633. doi: 10.1111/jonm.12365
- Office des publications de l'Union européenne. (2017). *Le personnel de santé dans l'Union européenne*. Retrieved September 17, 2017 from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex:52008DC0725>
- Özcan, N. K., Bilgin, H., Tülek, Z., & Boyacioglu, N. E. (2014). Nursing Students' Experiences of Violence: A Questionnaire Survey. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 5(1). doi: 10.5505/phd.2014.91886
- Pacolet, J., Deliège, D., Artoisenet, C., Cattaert, G., Coudron, V., Leroy, X., ... & Swine, C. (2005). Vieillesse, aide et soins de santé en Belgique. *Direction générale Politique Sociale-SPF Sécurité Sociale*.
- Palaz, S. (2012). Turkish nursing students' perceptions and experiences of bullying behavior in nursing education. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(1), 23. doi: 10.5430/jnep.v3n1p23
- Pichault, F., & Pleyers, M. (2012). Pour en finir avec la génération Y... Enquête sur une représentation managériale. In *Annales des Mines-Gérer et comprendre* (No. 2, pp. 39-54). ESKA. doi: 10.3917/geco.108.0039
- Pralong, J. (2009). La « Génération Y » au travail : un péril jeune ? *XXe congrès de l'AGRH, Toulouse*.
- Quine, L. (2002). Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. *Bmj*, 324(7342), 878-879.
- Randle, J. (2003). Bullying in the nursing profession. *Journal of advanced nursing*, 43(4), 395-401. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02728.x
- Roberts, S. J. (2015). Lateral violence in nursing: a review of the past three decades. *Nursing science quarterly*, 28(1), 36-41. doi: 10.1177/0894318414558614

- Roso-Bas, F., Jiménez, A. P., & García-Buades, E. (2016). Emotional variables, dropout and academic performance in Spanish nursing students. *Nurse education today*, 37, 53-58. doi: 10.1016/j.nedt.2015.11.021
- Saines, J. C. (1999). Violence and aggression in A&E: recommendations for action. *Accident and Emergency Nursing*, 7(1), 8-12. doi: 10.1016/S0965-2302(99)80094-0
- Sauer, P. A., Hannon, A. E., & Beyer, K. B. (2017). Peer Incivility Among Prelicensure Nursing Students: A Call to Action for Nursing Faculty. *Nurse Educator*. doi: 10.1097/NNE.0000000000000375
- Simons, S. (2008). Workplace bullying experienced by Massachusetts registered nurses and the relationship to intention to leave the organization. *Advances in Nursing Science*, 31(2), E48-E59. doi: 10.1097/01.ANS.0000319571.37373.d7
- Schneider, M. A. (2016). Lateral violence: How educators can help break the cycle. *Nursing2017*, 46(6), 17-19. doi: 10.1097/01.NURSE.0000482881.38607.87
- Scottish Government Health Directorates. (2007). *Recruitment and Retention: Report of the 'Facing the Future' Subgroup & Working Groups*. Unpublished document, The Stationery Office, Edinburgh.
- Smith, M., Droppleman, P., & Thomas, S. P. (1996). Under Assault: The Experience of Work-Related Anger in Female Registered Nurses. In *Nursing Forum* (Vol. 31, No. 1, pp. 22-33). Blackwell Publishing Ltd. doi: 10.1111/j.1744-6198.1996.tb00966.x
- Speybroeck, N., & D'Hoore, W. (2015). *Statistiques en sciences de la santé (Introduction)*. Syllabus, Université catholique de Louvain.
- Speybroeck, N., & Masquellier, B. (2014). *Introduction à l'épidémiologie et à la démographie*. Syllabus, Université catholique de Louvain.
- SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (2015). *Profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux, approuvé par le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier en sa séance du 1^{er} avril 2015*. Retrieved April 20, 2018 from Organes d'avis et de concertation relatifs à la santé :

http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_raad_voor_verpleegkunde-fr/19103245_fr.pdf

- Starr, K., & Conley, V. M. (2006). Becoming a registered nurse: The nurse extern experience. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(2), 86-92. doi: 10.3928/00220124-20060201-08
- StepStone. (s.d.). *Infirmiers/infirmières : pénurie et évolution de carrière*. Retrieved March 28, 2017 from <http://www.stepstone.be/Conseils-de-Carriere/Trucs-astuces/infirmiers-infirmieres-penurie-et-evolution-de-carriere.cfm>
- Stanley, K. M., Martin, M. M., Michel, Y., Welton, J. M., & Nemeth, L. S. (2007). Examining lateral violence in the nursing workforce. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(11), 1247-1265. doi: 10.1080/01612840701651470
- Stevenson, K., Randle, J., & Grayling, I. (2006). Inter-group conflict in health care: UK students' experiences of bullying and the need for organisational solutions. *Online journal of issues in nursing*, 11(2). doi: 10.3912/OJIN.Vol11No02Man05
- Stott, A., & Mozer, M. (2016). Connecting learners online: Challenges and issues for nurse education—Is there a way forward?. *Nurse education today*, 39, 152-154. doi: 10.1016/j.nedt.2016.02.002
- Tee, S., Özçetin, Y. S. Ü., & Russell-Westhead, M. (2016). Workplace violence experienced by nursing students: A UK survey. *Nurse education today*, 41, 30-35. doi: 10.1016/j.nedt.2016.03.014
- Ten Hoeve, Y., Castelein, S., Jansen, G., & Roodbol, P. (2017). Dreams and disappointments regarding nursing: Student nurses' reasons for attrition and retention. A qualitative study design. *Nurse Education Today*, 54, 28-36. doi: 10.1016/j.nedt.2017.04.013
- Thomas, S. P., & Burk, R. (2009). Junior nursing students' experiences of vertical violence during clinical rotations. *Nursing outlook*, 57(4), 226-231. doi: 10.1016/j.outlook.2008.08.004

Ünal, S., Hisar, F., & Ülkü Görgülü, Ü. (2012). Assertiveness levels of nursing students who experience verbal violence during practical training. *Contemporary nurse*, 42(1), 11-19. doi: 10.5172/conu.2012.42.1.11

University of Illinois at Chicago's Library of the Health Sciences. (2017). *Evidence Based Medicine: PICO*. Retrieved October 26, 2017 from <http://researchguides.uic.edu/c.php?g=252338&p=3954402>

Van den Bosch, K., & Willemé, P. (2014). *La signification sociale des soins de santé*. Retrieved September 20, 2017 from Bureau fédéral du Plan pour le compte de l'INAMI : http://www.plan.be/admin/uploaded/201402050951450.INAMI_rapport_final.pdf

Van den Heede, K., Florquin, M., Bruyneel, L., Aiken, L., Diya, L., Lesaffre, E., & Sermeus, W. (2013). Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: a mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 185-194. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.12.001

Walker, S., Rossi, D., Anastasi, J., Gray-Ganter, G., & Tennent, R. (2016). Indicators of undergraduate nursing students' satisfaction with their learning journey: an integrative review. *Nurse education today*, 43, 40-48. doi: 10.1016/j.nedt.2016.04.011

Webster, A., Bowron, C., Matthew-Maich, N., & Patterson, P. (2016). The effect of nursing staff on student learning in the clinical setting. *Nursing Standard*, 30(40), 40-47. doi: 10.7748/ns.30.40.40.s44

Wray, J., Barrett, D., Aspland, J., & Gardiner, E. (2012). Staying the course: Factors influencing pre-registration nursing student progression into Year 2—A retrospective cohort study. *International journal of nursing studies*, 49(11), 1432-1442. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.06.006

