



**Contribution à l'exploration de l'estime de soi des étudiants
infirmiers et de son lien avec le développement de la
compétence clinique**

*Contribution to the exploration of nursing student self-esteem
and its relationship with the development of clinical
competence*

Jacinthe DANCOT

Dissertation présentée
en vue de l'obtention du grade de
Docteur en Sciences de la Santé publique

2022



**Contribution à l'exploration de l'estime de soi des
étudiants infirmiers et de son lien avec le développement
de la compétence clinique**

Jacinthe DANCOT

Promoteurs
Professeur Michèle Guillaume
Professeur Benoît Pétré

2022

Remerciements

Remerciements

Un formateur a indiqué voici longtemps que la recherche est toujours une œuvre collective. Tout en en prenant note consciencieusement, je n'avais jamais vraiment saisi la justesse de ce propos avant de me lancer dans cette thèse. J'ai eu l'occasion d'en mesurer la pertinence depuis, et aussi de rencontrer des personnes merveilleuses envers lesquelles beaucoup de pages ne suffiraient pas à exprimer la gratitude que je ressens... Je vais malheureusement devoir restreindre les mots, à l'image des articles...

Mes remerciements très émus vont au Professeur Michèle Guillaume, ainsi que mon admiration pour ses compétences et son humanité. C'est grâce à ses encouragements, sa confiance et son amitié que j'ai osé me lancer dans un tel projet ; grâce à son accompagnement enthousiaste et rigoureux que j'ai pu le mener à bien ; grâce à sa présence bienveillante et à sa capacité à prendre le temps de trouver le petit mot juste que j'ai pu surmonter les moments de découragement.

Ma reconnaissance va également et avec autant de force au Professeur Benoît Pétré, pour sa présence constante et douce, sa patience infinie et ses nombreux conseils pertinents. Malgré sa charge de travail importante, j'ai toujours pu compter sur lui, sans jamais me sentir un poids... Merci d'avoir toujours été là, et merci pour toutes les reformulations tellement adéquates et sages de mes idées, parfois confuses.

Cette thèse a été l'occasion de rencontrer le Professeur Pascal Detroz et de bénéficier de sa vision positive et constructive, de son enthousiasme joyeux, de sa générosité dans le soutien intellectuel et organisationnel, de sa finesse dans le feedback. Je lui exprime ma très profonde gratitude pour l'aide apportée.

Ma gratitude et mon admiration vont au Professeur Anne-Françoise Donneau et à Madame Nadia Dardenne pour leur bienveillance face à mon incompetence initiale en biostatistiques, leur accueil dans les cours visant à y remédier, leur soutien, leurs suggestions, leurs réponses à mes nombreuses questions et leur réalisation d'analyses trop complexes pour moi... ainsi que pour m'avoir permis de me découvrir amusée par les statistiques et leurs incroyables possibilités.

Je remercie également les autres membres de mon comité de thèse, le professeur Pierre Gillet, le Professeur Rémi Gagnayre et le Professeur Jean-Marc Triffaux, pour leur accompagnement, leur regard pertinent et percutant, les portes ouvertes dans la réflexion, les conseils précieux et la gentillesse de leurs propos.

Membres de mon jury de thèse, je vous remercie anticipativement pour votre lecture et le temps consacré à me permettre de clôturer cette grande aventure, Professeur Monique Rothan-Tondeur, Professeur Marc Romainville et Docteur Samuel Stipulante. J'adresse en outre ma reconnaissance au Professeur Rothan-Tondeur pour l'accès aux séminaires

passionnants de la Chaire de Recherche en Sciences infirmières et pour l'accueil chaleureux et enthousiaste que j'y reçois.

Certaines phases de ce projet ont été rendues possibles par la collaboration avec d'autres chercheurs. Je voudrais en particulier remercier Monsieur Matthieu Hausman pour la collaboration inspirante et sereine lors de la recherche sur le feedback, et pour le partage généreux de ses grandes connaissances en la matière. J'espère que la fin de cette thèse ne représente que le début d'autres aventures scientifiques partagées.

Je remercie Monsieur Bernard Voz pour les conseils dans la rédaction du guide d'entretien, la passation des entretiens durant trois années dans mon école, le partage sur l'analyse des données qualitatives et sa puissante capacité à résumer et structurer celles-ci.

Je remercie le Docteur Jean-Christophe Servotte pour la passation des questionnaires durant trois années dans mon école, et pour la simplicité et la complicité des échanges entre deux portes.

Je remercie Monsieur Olivier Borsu pour la création de nombreuses figures pour les articles, et Monsieur Nicolas Gillain pour l'aide à la mise en page du manuscrit ; merci à eux pour leur créativité et pour la mise à disposition généreuse de leurs compétences dans ces domaines. Merci également à Monsieur Pierre-Louis Verdin pour le soutien organisationnel, tellement efficace et serein.

Cette thèse n'aurait pu voir le jour sans écoles et sans participants... Ma profonde reconnaissance va à tous les étudiants qui y ont participé, année après année, et qui m'ont livré de petites ou grandes parts d'eux-mêmes, en particulier lors des entretiens. Merci de m'avoir consacré tant de temps et d'avoir été si ouverts. Merci de m'avoir éclairée, de m'avoir émue, de m'avoir inspirée. Je vous souhaite tout le bonheur du monde.

Ma toute grande gratitude va également aux enseignants, secrétariats et directions des écoles participantes, la Haute École Léonard de Vinci et Mesdames Sophie Breedstraet et Florence Orlandi, la Haute École Provinciale de Namur et Mesdames Cécile Thioux et Marie-Victoire Delsupexhe, la Haute École Robert Schuman et Monsieur Frédéric Remy. Votre soutien dans ce projet, marqué par vos encouragements enthousiastes mais également par le soin mis à rendre possible ma venue chez vous, le temps dégagé lors des cours, les locaux réservés pour les étudiants et l'aide apportée à ceux-ci pour qu'ils puissent participer, les données transmises par vos secrétariats... ont été précieux pour lever nombre d'obstacles et concrétiser ce projet.

Je veux doublement remercier « ma » Haute École Robert Schuman et sa direction, en particulier Madame Laurence Denis et Monsieur Frédéric Remy, ainsi que l'ensemble de mes collègues et étudiants, pour l'intérêt porté à ma thèse et le soutien structurel, organisationnel et moral apporté, et la compréhension face à des absences répétées. Merci à Vincent Spies pour les explications statistiques complémentaires.

Beaucoup d'autres personnes ont contribué de manière plus ponctuelle, par leurs conseils, leurs partages ou leur amitié. Sans pouvoir les citer toutes, j'espère qu'elles se reconnaîtront et sauront que je n'ai pas oublié et que je suis reconnaissante. Chaque mot, chaque attention, chaque rire ont été appréciés.

Ma gratitude et mon amour vont enfin à mes proches. Parmi ceux-ci, je voudrais en particulier remercier ma Maman et relectrice attitrée, championne de la langue de Molière, Anne Wibo, et mon Papa à la curiosité intellectuelle insatiable, Philippe Dancot. Votre écoute pleine d'intérêt, votre soutien, votre aide dans une vie quotidienne parfois difficile à gérer, votre amour ont été très importants pour me permettre d'avancer.

Mon amour infini va à mon époux, Philippe Schweich, et à mes enfants, Romain et Marine, parce que vous êtes les fondations sur lesquelles ma vie est bâtie et que j'admire tellement vos qualités d'intelligence, de gentillesse et de persévérance. Merci de votre patience lors de mes absences ou lors de mes périodes de stress, merci d'avoir accepté l'inconfort provoqué dans votre vie par mes objectifs professionnels, merci de votre soutien dans ce projet sans autre raison que de savoir qu'il était important pour moi, merci de votre amour inconditionnel, si présent et agissant dans ma vie. Les titres d'épouse et de mère sont les plus beaux que je puisse désirer, ceux dont je serai toujours la plus fière.

Résumé

Résumé

Introduction

Parce que les infirmiers représentent le groupe professionnel le plus important parmi les acteurs des soins de santé, et parce qu'ils vivent de longue date une situation de crise et de pénurie amplifiée par la pandémie de COVID-19, il est important, dans une perspective de santé publique, de s'intéresser aux facteurs qui permettraient de disposer d'infirmiers compétents et épanouis. Cette préoccupation peut se poser dès la formation initiale. Partant du double constat d'une souffrance des étudiants infirmiers et d'une difficulté à développer leurs compétences, la présente thèse s'intéresse à l'estime de soi des étudiants infirmiers et à son lien avec le développement de la compétence clinique. En effet, l'estime de soi des étudiants infirmiers est souvent montrée comme basse ou même comme évoluant négativement durant les études, et des éléments de la littérature permettent d'avancer l'hypothèse que l'estime de soi relie les dimensions cognitives et affectives liées au développement des compétences et à l'épanouissement au travail.

L'approche bifactorielle de Christopher Mruk, décrivant l'estime de soi comme la résultante d'une interaction entre le sentiment de compétence et le sentiment de valeur, a été retenue pour explorer ce phénomène chez les étudiants infirmiers. Cette approche mentionne aussi l'existence de moments d'estime de soi, défis de vie dont la résolution plus ou moins satisfaisante entraîne des modifications de l'estime de soi des personnes concernées.

Les questions de recherche explorées sont : (1) Quelle est l'estime de soi des étudiants infirmiers au début de la formation, et comment celle-ci évolue-t-elle durant les études ? (2) Quels sont les facteurs qui influencent l'estime de soi des étudiants infirmiers ? (3) Y a-t-il une influence de la formation sur l'estime de soi et, si oui, quelle en est la dynamique ? (4) Y a-t-il une interaction entre estime de soi et développement de la compétence clinique et, si oui, quelle en est la dynamique ?

Matériel et Méthodes

Des méthodes mixtes ont été choisies pour répondre à ces questions, avec un devis longitudinal. Les questions de recherche ont été explorées dans une cohorte de 813 étudiants au Bachelier : Infirmier Responsable de Soins Généraux, dans quatre institutions de formation de plein exercice de la Belgique francophone. La cohorte a été suivie pendant trois ans, de septembre 2017 à septembre 2020.

La partie quantitative visait à décrire l'estime de soi de départ et son évolution au cours du temps, et à en identifier les facteurs associés. Ont été explorés : l'âge, le genre, le fait d'avoir des enfants, le diplôme secondaire obtenu, les éventuelles études supérieures antérieures et leur résultat, le soutien social, l'intention de continuer les études, l'état d'anxiété, et le sentiment d'autoefficacité par rapport aux études, aux stages et à la profession ; ainsi que les résultats obtenus par année académique et pour l'enseignement

clinique en particulier, et la réinscription l'année suivante. Des analyses univariées puis multivariées ont été réalisées, dans un premier temps pour les étudiants débutant la formation, et dans un second temps pour l'évolution de l'estime de soi au cours de la formation.

La partie qualitative visait à explorer l'estime de soi des étudiants durant leur formation, au moyen d'une méthode de phénoménologie existentielle, et à comprendre la dynamique entre estime de soi et apprentissage.

Résultats

Les résultats, correspondant à des objectifs spécifiques successifs de recherche, sont présentés sous la forme de cinq articles publiés ou soumis durant le processus de thèse.

L'estime de soi au début de la formation ne s'avère que modérée, et inférieure aux prévisions de Mruk pour la population générale. Elle est associée négativement à l'état d'anxiété et positivement au sentiment d'autoefficacité pour les études et pour les stages, et est négativement corrélée avec la décision d'abandon des études en fin de première année.

Au cours de la formation, il y a une évolution de l'estime de soi positive, faible mais significative, expliquée par l'évolution du sentiment de compétence. Certaines variables mesurées dès le début des études permettent de prédire une certaine partie de cette évolution, à savoir le genre, le niveau du diplôme d'école secondaire, l'intention de continuer et l'autoefficacité et, avec une association négative, l'état d'anxiété. En cours de formation, la variable prédictive de l'évolution positive de l'estime de soi est l'autoefficacité, les variables prédictives de l'évolution négative de l'estime de soi sont l'état d'anxiété et les résultats obtenus la première année. Les facteurs d'influence de l'estime de soi forment un système complexe avec des influences mutuelles.

Ces considérations sont issues de valeurs moyennes de l'estime de soi ou de ses dimensions, obtenues à partir des données agrégées pour tous les participants. Cette apparente stabilité de l'estime de soi moyenne cache des situations très variables d'un individu à l'autre, en fonction des expériences personnelles et académiques vécues. L'exploration de ces expériences en début de formation permet de révéler deux moments d'estime de soi particulièrement importants pour les étudiants, à savoir les relations avec les infirmiers en stage et la réception de résultats. Ces événements font l'objet d'une interprétation de la part de l'étudiant, interprétation qui dépend entre autres de son estime de soi de départ, et qui l'amène à adopter des comportements plus ou moins favorables à son apprentissage.

Le feedback reçu en stage est une expérience centrale qui combine ces deux moments d'estime de soi et ce, durant toute la formation. Le processus d'interprétation et de dynamique circulaire se trouve confirmé. Certes, un feedback a plus de chances d'être à la fois utile à l'apprentissage et protecteur de l'estime de soi s'il possède certaines

caractéristiques. Mais en outre, chaque étudiant y réagit différemment en fonction de ses dispositions de départ, notamment de son estime de soi. Il doit gérer les émotions qui sont générées par l'événement et procéder à une analyse cognitive du feedback avant d'adopter des comportements qui ressortiront plutôt de la régulation de l'apprentissage ou de l'autoprotection. Ce processus est un exemple de la dynamique complexe qui lie estime de soi et développement de la compétence clinique en stage.

Discussion

Le lien entre estime de soi et apprentissage s'avérant être un processus cyclique et complexe, la discussion est menée en deux étapes : l'effet de la formation sur l'estime de soi, puis l'effet de l'estime de soi sur l'apprentissage. Il ressort que la formation a bien un effet sur l'estime de soi, et que cet effet peut être positif ou négatif selon les événements vécus, mais également selon l'interprétation qui est faite de ces événements par les étudiants, qui dépend elle-même des caractéristiques et expériences personnelles des étudiants. D'un autre côté, l'estime de soi a bien un effet sur l'apprentissage et le développement de la compétence clinique via les comportements adoptés par les étudiants.

Les messages principaux issus de ces deux grands thèmes sont mis en perspective au moyen de la littérature théorique et scientifique. La population des étudiants infirmiers semble être une population dont l'estime de soi peut être basse, ou même négativement affectée par la formation, lorsque les conditions de formation ou plus largement les conditions sociétales ne permettent pas suffisamment de valorisation de la profession, d'intégration dans les équipes, de reconnaissance des succès, de traitement constructif des erreurs, de rencontre de modèles de rôle positifs. Parmi les conditions de formation, les stages sont tout spécialement mis en évidence et, au sein de ceux-ci, les relations avec les infirmiers. Le rôle des enseignants et des institutions de formation n'est pas d'améliorer l'estime de soi des étudiants au moyen d'approches psychothérapeutiques sans lien avec la formation, mais de promouvoir la qualité des expériences vécues et de leur accompagnement et la vision positive de chaque étudiant singulier ; ainsi que de développer les capacités des étudiants à faire face aux situations d'apprentissage, même difficiles, et à en tirer profit. L'estime de soi de chaque étudiant est influencée par nombre de facteurs et d'expériences dont certains ne sont pas liés à la formation, et la formation a lieu dans un système scolaire global qui est relativement standardisé et ne s'adapte pas à toutes ces individualités, d'où l'importance d'accompagner les étudiants dans le développement de leur capacité à gérer leurs expériences en les utilisant pour leur apprentissage et pour leur croissance personnelle. C'est un changement de perspective qui est proposé quant à la considération apportée aux étudiants et à la vision systémique et personnalisée du sujet de leur estime de soi, aussi bien que par rapport aux recommandations parfois proposées dans les études pour augmenter l'estime de soi des étudiants infirmiers.

L'approche bifactorielle de Mruk ayant été choisie comme cadre de référence, celle-ci est discutée dans sa capacité à documenter et comprendre le phénomène de l'estime de soi des étudiants infirmiers. Cette approche s'avère pertinente, mais pourrait utilement être complétée d'une attention aux émotions à l'œuvre dans les situations vécues.

Les forces et limites de l'étude sont évoquées. L'étude semble permettre de rendre compte de l'expérience vécue par les étudiants infirmiers au bachelier dans des systèmes de formation similaires. Les perspectives de recherche futures sont d'une part de poursuivre l'analyse des données actuellement récoltées et de réaliser l'intégration systématique des résultats quantitatifs et qualitatifs, et d'autre part de réaliser des études nouvelles portant notamment sur l'évaluation d'interventions ciblant l'estime de soi auprès de ces étudiants.

Perspectives

Les recommandations s'adressent aux formateurs, qu'ils soient enseignants ou infirmiers de terrain, aux institutions de formation et aux décideurs politiques. Elles ciblent aussi bien la qualité des expériences vécues par les étudiants infirmiers que l'accompagnement de ces expériences et le développement, chez ces étudiants, d'une capacité à les gérer. Elles reconnaissent la nécessité d'une vision systémique de l'estime de soi des étudiants infirmiers, car des conditions de bien-être au travail et de valorisation sont nécessaires pour permettre aux formateurs de développer des approches pédagogiques qui favorisent aussi bien l'estime de soi que le développement de la compétence.

Mots-clés

Étudiants infirmiers ; Estime de soi ; Compétence clinique ; Méthodes mixtes

Summary

Summary

Introduction

Because nurses are the most important professional group in health care, and because they have long been in a crisis and shortage situation, amplified by the COVID-19 pandemic, it is important, from a public health perspective, to look at the factors that would make it possible to have competent and fulfilled nurses. This concern can be addressed from the initial education stage. Starting from the double observation of a suffering of the nursing students and a difficulty to develop their competences, the present thesis is interested in nursing student self-esteem and its link with the development of the clinical competence. Indeed, nursing student self-esteem is often shown to be low or even to evolve negatively during their studies, and evidence from the literature suggests that self-esteem links cognitive and affective dimensions related to competence development and professional fulfilment.

Christopher Mruk's two-factor approach, which describes self-esteem as the result of an interaction between the feeling of competence and the feeling of worthiness, was chosen to explore this phenomenon in nursing students. This approach also mentions the existence of self-esteem moments, life challenges whose more or less satisfactory resolution leads to changes in the self-esteem of the persons concerned.

The research questions explored are: (1) What is the nursing student self-esteem level at the beginning of the training, and how does it change during the course of their education? (2) What factors influence nursing student self-esteem? (3) Does nursing education influence self-esteem and, if so, what are the dynamics? (4) Is there an interaction between nursing student self-esteem and the development of clinical competence and, if so, what are the dynamics?

Methods

Mixed methods were chosen to answer these questions, with a longitudinal design. The research questions were explored in a cohort of 813 students of the Bachelor's in nursing, from four high schools in French-speaking Belgium. The cohort was followed for three years, from September 2017 to September 2020.

The quantitative part aimed to describe baseline self-esteem and its evolution over time, and to identify associated factors. The following were explored: age, gender, having children, secondary school diploma level, any previous higher education and its outcome, social support, intention to continue studying, state anxiety, and feeling of self-efficacy with regard to education, internships and profession; as well as the grades obtained per academic year and for clinical teaching in particular, and re-enrolment the following year. Univariate and then multivariate analyses were performed, firstly for students starting their education, and secondly for the change in self-esteem over time.

The qualitative part aimed to explore nursing student self-esteem during their education, using an existential phenomenology method, and to understand the dynamics between self-esteem and learning.

Results

The findings, corresponding to successive specific research objectives, are presented in the form of five articles published or submitted during the thesis process.

Self-esteem at the beginning of training is found to be just moderate, and below Mruk's predictions for the general population. It is negatively associated with state anxiety and positively associated with feelings of self-efficacy for education and for internships, and negatively correlated with the decision to drop out of studies at the end of the first year.

During the course of the education, there is a small but statistically significant positive change in self-esteem, explained by the change in the feeling of competence. Some variables measured at the beginning of the education allow to predict some part of this evolution, namely gender, secondary school diploma level, intention to continue and self-efficacy, and, with a negative association, state anxiety. During education, the predictor of positive changes in self-esteem was self-efficacy, and the predictors of negative changes in self-esteem were state anxiety and first-year performance. The factors influencing self-esteem form a complex system with mutual influences.

These considerations are derived from average levels of self-esteem or its dimensions obtained from aggregated data for all participants. This apparent stability of average self-esteem hides highly variable situations from one individual to another, depending on personal and academic experiences. The exploration of these experiences at the beginning of education reveals two moments of self-esteem that are particularly important for the students, namely relationships with the nurses during internships and reception of evaluations. These events are subject to interpretation by the student, which depends, among other things, on their initial self-esteem, and which leads them to adopt behaviors that are more or less favorable to their learning.

The feedback received during the internships is a central experience that combines these two self-esteem moments. The process of interpretation and circular dynamics is confirmed. Of course, feedback is more likely to be useful for both learning and protective of self-esteem if it presents certain characteristics. But also each student reacts differently to feedback depending on his or her initial dispositions, including self-esteem. The student needs to manage the emotions generated by the event and cognitively analyze the feedback before adopting behaviors that will turn out to be either more learning-regulatory or self-protective. This process is an example of the complex dynamics that links self-esteem and the development of clinical competence in internships.

Discussion

As the link between self-esteem and learning is a cyclical and complex process, the discussion is conducted in two steps: the effect of education on self-esteem and the effect of self-esteem on learning. It appears that nursing education does influence self-esteem, and that this effect can be positive or negative according to the events experienced, but also to the students' interpretation of these events, which itself depends on the students' personal characteristics and experiences. On the other hand, self-esteem does influence learning and the development of clinical competence through the behaviors adopted by students.

The main messages from these two central themes are put into perspective by theoretical and scientific literature. The nursing students appear to be a population whose self-esteem can be low, or even negatively affected by training, when training conditions or more broadly societal conditions do not allow sufficient valorization of the profession, integration into teams, recognition of successes, constructive treatment of errors, and meeting with positive role models. The role of teachers and education institutions is not to improve students' self-esteem by means of psychotherapeutic approaches unrelated to education, but to promote the quality of their experiences and of their coaching, and to encourage a positive vision of every single student; it is also to develop as well students' ability to cope with, and benefit from, more difficult learning situations. The self-esteem of each student is influenced by a number of factors and experiences, some of which are not related to nursing education, while education takes place in a global school system which is relatively standardized and does not adapt to all these individualities; hence the importance of accompanying students in the development of their ability to build on their experiences for their learning and for their personal growth. This is a change in perspective which is proposed regarding the consideration given to students and the systemic and personalized vision on the subject of their self-esteem, as well as regarding the recommendations sometimes proposed in studies to increase the self-esteem of nursing students.

Mruk's bifactorial approach was chosen as the framework of reference and is discussed in terms of its ability to document and understand the phenomenon of nursing student self-esteem. This approach proves to be relevant, but could usefully be complemented with attention to the emotions at work in the experienced situations.

The strengths and limitations of the study are discussed. The study appears able to capture the experience of baccalaureate nursing students in similar educational systems. Future research perspectives include continued analysis of the data currently collected and systematic integration of quantitative and qualitative results, as well as new studies, in particular those covering the evaluation of interventions targeting self-esteem of these students.

Perspectives

The recommendations are addressed to trainers, whether teachers or internship nurses, to education institutions and to policy makers. They focus on the quality of nursing students' experiences as well as on the support of these experiences and the development of students' ability to manage them. They underline the need for a systemic view of nursing student self-esteem, for conditions of well-being at work and valuing are necessary to enable trainers to develop pedagogical approaches that promote both self-esteem and competence development.

Key Words

Students, Nursing; Self-Esteem; Clinical Competence; Mixed Methods

« L'élève n'est pas un vase qu'on remplit, mais un feu qu'on allume »
Montaigne

*Cette thèse est dédiée à tous les étudiants infirmiers.
Merci de vos efforts et de votre enthousiasme
pour cette belle profession.
Qu'elle vous rende heureux et garde votre flamme allumée.*

Table des matières

Table des matières

Remerciements	vi
Résumé.....	x
Summary	xvi
Table des matières.....	xxiv
Liste des abréviations	xxviii
Préambule.....	2
Chapitre 1. L'estime de soi des étudiants infirmiers : un problème de santé publique ?... 4	
Constats et finalité	4
Références.....	14
Chapitre 2. Ce que l'on sait sur l'estime de soi des étudiants infirmiers, ce que l'on en ignore, et comment on pourrait le découvrir.....	22
État de l'art.....	22
Définitions et approches de l'estime de soi.....	27
Choix du cadre théorique : l'approche bifactorielle de l'estime de soi de Christopher Mruk	31
Questions restant sans réponse.....	36
Formation initiale des infirmiers en Belgique francophone	38
Références.....	39
Chapitre 3. Matériels et méthodes.....	48
Paradigme et devis d'étude	48
Population et échantillon	49
Population cible	49
Population accessible et constitution de la cohorte (première phase d'échantillonnage).....	49
Partie quantitative.....	50
Échantillon (deuxième phase d'échantillonnage)	50
Paramètres étudiés et stratégie de collecte des données quantitatives.....	50
Traitement et analyse des données quantitatives	54
Partie qualitative	56
Échantillon	57

Collecte des données qualitatives	58
Analyse des données qualitatives	60
Critères de qualité	61
Considérations éthiques et réglementaires.....	64
Références.....	65
Chapitre 4. Principaux résultats.....	68
« Exploration de la relation entre l'estime de soi des étudiants infirmiers primoarrivants et l'abandon : une étude de cohorte »	72
Résultats issus de la phase qualitative de la recherche.....	76
« Dynamique entre l'estime de soi et l'apprentissage chez les étudiants infirmiers : une étude phénoménologique existentielle »	81
La réception du feedback en stage	83
Chapitre 5. Discussion générale et conclusion	88
Intégration des principaux résultats pour éclairer le phénomène de l'estime de soi des étudiants infirmiers et ses liens avec le développement de la compétence clinique ...	88
Effet de la formation sur l'estime de soi	88
Effet de l'estime de soi sur l'apprentissage et le développement de la compétence clinique	103
Discussion de l'approche de Mruk et de sa capacité à documenter le phénomène de l'estime de soi des étudiants infirmiers	108
Forces et limites de l'étude et perspectives pour la recherche.....	113
Perspectives pour la formation et la pratique	116
Recommandations aux enseignants/infirmiers/formateurs.....	117
Recommandations aux institutions de formation/concepteurs de programme	118
Recommandations politiques (enseignement supérieur, santé) et sociétales.....	120
Conclusion	122
Références.....	125
Annexes.....	137

Liste des abréviations

Liste des abréviations

APA : *American Psychological Association*

ARES : Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur

BIRSG : Bachelier : Infirmier Responsable de Soins Généraux

CAPAES : Certificat d'Aptitude Pédagogique Approprié à l'Enseignement Supérieur

CEC : Cadre Européen de Certification

CESS : Certificat d'Enseignement Secondaire Supérieur

COVID-19 : *Coronavirus Disease 2019*

FNESI : Fédération Nationale des Étudiants en Sciences Infirmières

GDPR : *General Data Protection Regulation*

HAS : Haute Autorité de Santé

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

P25-P75 : *Interquartile range*

QR : Question de Recherche

RSES : *Rosenberg Self-Esteem Scale*

SLCS-r : *revised Self-Liking/Self-Competence Scale*

SD : *Standard Deviation*

STAI-Y[®] : Inventaire d'Anxiété État-Trait, Forme Y

STAI-Y-A[®] : Inventaire d'Anxiété État-Trait, Forme Y, échelle mesurant l'anxiété état

Préambule

Préambule

En tant que coordinatrice de la section soins infirmiers d'une haute école en Fédération Wallonie-Bruxelles, j'ai été interpellée par la souffrance que je percevais chez les étudiants¹, lors de nos rencontres ou de nos échanges écrits. Cette souffrance s'exprime parfois explicitement ; je crois aussi parfois la percevoir à travers des comportements revendicateurs ou agressifs que je place en partie sur le compte d'une tentative de se protéger. Enfin, je constate un taux élevé d'échec et d'abandon dans les études. Chez les étudiants qui réussissent, je constate aussi parfois un enthousiasme pour la profession diminué par rapport au début de leurs études, ou le sentiment d'être mal préparés et une crainte par rapport à l'entrée dans le monde professionnel.

En outre, j'ai été interpellée par un échange tenu avec mes homologues d'autres écoles, où beaucoup exprimaient le fait qu'ils ne souhaitaient pas être soignés par les étudiants qu'ils diplômèrent, les trouvant insuffisamment compétents.

Ce sont ces constats personnels que j'ai eu envie d'explorer et de comprendre via la recherche scientifique, en espérant trouver quelques pistes pour contribuer, modestement, à l'amélioration de la situation.

Ce document relate un voyage réalisé avec les étudiants, pour tenter de mieux les comprendre et de mieux collaborer au développement de leur bien-être et à leur apprentissage. Il en dévoile quelques traces, souvenirs d'un voyage bien plus riche et dont je souhaite qu'il se poursuive au-delà d'une thèse.

En particulier, ce manuscrit se présente sous la forme d'un recueil d'articles, accompagné des assises théoriques, des méthodes globales et des principaux résultats qui en ont découlé. Ces résultats sont ensuite synthétisés et discutés de manière globale.

¹ Respectant les règles grammaticales en vigueur, le masculin est utilisé dans tout ce manuscrit à titre épïcène, à l'exception éventuelle de citations utilisant le genre féminin.

Chapitre 1

**L'estime de soi des étudiants infirmiers :
un problème de santé publique ?**

Chapitre 1. L'estime de soi des étudiants infirmiers : un problème de santé publique ?

Pourquoi s'intéresser à des étudiants en santé, et particulièrement à leur état affectif, dans un département des Sciences de la santé publique ? Si le système de santé repose entre autres sur le groupe professionnel des infirmiers, le plus important en termes de nombre, il est légitime de s'intéresser à sa formation, d'autant plus dans un contexte de crise où les constats de difficultés et de pénurie ont été décuplés par la pandémie de COVID-19. Ce chapitre présente la situation générale des infirmiers dans le monde, en Europe et en Belgique, et montre ensuite la nécessité de s'intéresser à l'estime de soi de ces étudiants dans le but de soutenir le système de soins et d'améliorer la qualité des soins.

Constats et finalité

La santé est un droit humain universel et un facteur essentiel de bien-être, de développement économique, de croissance, de richesse et de prospérité pour tous. Les systèmes de santé jouent un rôle essentiel, car ils protègent, rétablissent et préservent la santé des patients et des populations. Un personnel de santé bien formé, motivé et soutenu est la clé de voûte de tout système de santé et, sans lui, il n'y aurait pas de soins de santé.

(Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2021)

Les infirmiers constituent un des piliers du système des soins de santé. La Direction régionale de l'OMS pour l'Europe a reconnu ce rôle central des infirmiers pour faire face aux défis de santé publique (OMS, 2015), et a indiqué la nécessité de renforcer ce rôle professionnel. Ceci est d'autant plus important que les infirmiers constituent la catégorie professionnelle la plus représentée parmi les professions de soins de santé (*Institute of Medicine of the National Academies*, 2010), soit 59% d'après l'OMS. Au niveau mondial, l'OMS (2020), dans son rapport sur la situation du personnel infirmier dans le monde, souligne le rôle central du personnel infirmier pour atteindre de nombreuses priorités sanitaires, dont la couverture sanitaire universelle, la santé mentale et les maladies non transmissibles, la préparation et la riposte aux urgences, la sécurité des patients et la prestation de soins intégrés centrés sur la personne. Il importe tout particulièrement d'optimiser l'efficacité de cette profession pour bénéficier d'une plus-value en termes de résultats de santé. Les pays européens et américains ont une meilleure densité en personnel infirmier par habitant que les pays asiatiques ou africains, mais la population infirmière y est plus âgée, ce qui permet de prévoir des difficultés à venir pour maintenir les effectifs. De manière générale, au niveau mondial et en vue de couvrir les besoins sanitaires, l'OMS recommande une augmentation du personnel infirmier de 8% par an, accompagnée d'une amélioration de son maintien dans la profession.

La tendance mondiale et européenne est en outre à l'augmentation des missions et des responsabilités des infirmiers (Sermeus et al., 2018), ainsi que de leur nombre pour faire

face aux missions actuelles et nouvelles, et aux défis à venir, notamment le vieillissement de la population, l'accroissement des pathologies chroniques et la pénurie de médecins (Devos et al., 2019). Un changement des contextes de soin est en cours, avec aussi l'implication du patient partenaire nécessitant de nouvelles compétences chez les soignants (Gallois et al., 2009) et de la transdisciplinarité ; l'augmentation des technologies ; la survenue d'urgences sanitaires à l'image de la récente pandémie de COVID-19, etc. Il est prévisible que les infirmiers vont rencontrer une charge et une complexité de travail augmentées, nécessitant le développement de nouvelles compétences (*American Association of Colleges of Nursing*, 2019). Les infirmiers vont devoir à la fois répondre à ces défis et embrasser toutes les nouvelles possibilités de soins. L'OMS (2015), pour renforcer la profession, mise sur quatre voies d'action en Europe : l'élévation et la transformation de la formation de manière à former des professionnels compétents et désireux de continuer à se former tout au long de leur vie ; la planification de la force de travail et l'optimisation du mélange de compétences (*skill mix*) ; la création d'environnements positifs de travail ; et la promotion de la pratique éclairée par les données de la recherche et de l'innovation. En 2020, l'OMS a réitéré la recommandation de cibler la formation et d'augmenter le nombre d'infirmiers diplômés. Il avait déjà été conseillé en 2010 d'élever le niveau de formation, avec un niveau minimal de bachelier et davantage d'infirmiers formés aux niveaux master et doctorat, et d'augmenter les compétences développées durant cette formation, notamment concernant le leadership, les politiques de santé, l'amélioration du système de santé, la recherche et la pratique éclairée par les résultats de la recherche, le travail d'équipe et la collaboration, ainsi que dans des domaines spécifiques tels que les soins communautaires, la santé publique et la gériatrie, ou encore la maîtrise d'outils technologiques et de systèmes de gestion de l'information (*Institute of Medicine of the National Academies*, 2010).

Or, dans les pays occidentaux, 17 à 32% des soignants souffrent d'épuisement professionnel, ce taux montant même à 36% chez les infirmiers belges travaillant en hôpital (Van den Heede et al., 2019)². Au niveau mondial, ces soignants subissent de la violence au travail (63% par autodéclaration), sont exposés au risque de suicide, souffrent de dépression et d'anxiété (23% durant la pandémie de COVID-19) ou d'insomnie (39%) (OMS, 2021). Ces problèmes entraînent de mauvais résultats de santé, des erreurs médicales, de l'absentéisme ou du turnover et des abandons de la profession qui aggravent la pénurie des professionnels de santé.

² Par comparaison, le taux de burnout parmi les salariés français était estimé à 7% avant la crise COVID (<https://vaincreleburnout.fr/chiffres-cles/>, consulté le 2 mars 2022) et à 25% parmi les agriculteurs français (<https://www.pourquoidoctor.fr/Articles/Question-d-actu/10790-Burn-out-certains-metiers-plus-touche-que-d-autres>, consulté le 2 mars 2022). La population des soignants, toutes professions confondues, est historiquement identifiée comme à risque (Haute Autorité de Santé [HAS], 2017). Dans une étude belge réalisée durant la première vague de la pandémie de COVID-19, ce taux est monté à 68% chez les infirmiers des soins intensifs (A. Bruyneel et al., 2021).

La Commission Européenne confirme que 21 des pays qui la composent signalent une pénurie de professionnels infirmiers, pour la période 2019-2020 (*European Commission et al., 2020*), ce qui fait de cette profession la plus citée parmi les professions en pénurie dans l'Union Européenne. C'est aussi la profession dont la pénurie est la plus importante en magnitude (déclaration de pénurie sévère par les pays européens). Cette situation s'est encore aggravée avec la pandémie de COVID-19, amenant les infirmiers au premier rang des professions en pénurie au niveau européen en 2020.

Plus spécifiquement pour la Belgique, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) soulignait en 2019 un nombre important d'offres d'emploi pour des infirmiers, offres difficiles à pourvoir, et un nombre de patients par infirmier supérieur à la moyenne européenne ; il exprimait une crainte pour la soutenabilité du système de santé au niveau de la capacité à former et à maintenir un contingent suffisant de professionnels de la santé, notamment infirmiers (Devos et al., 2019). Lors de la rédaction de ce rapport, le nombre de diplômés en soins infirmiers était en hausse, ce qui n'est plus le cas actuellement. En effet, les inscriptions dans le bachelier en soins infirmiers, en hausse régulière les années précédentes, sont en chute constante depuis l'année académique 2015-2016 et le passage au Bachelier : Infirmier Responsable de Soins Généraux, en 240 crédits, soit quatre ans dans l'enseignement de plein exercice (Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur [ARES], 2021, communication personnelle sur les données incluant jusqu'à l'année académique 2019-2020). Ces inscriptions sont ainsi redescendues à un niveau inférieur à celui de 2009-2010.

La Cellule de Planification de l'offre des professions des soins de santé en Belgique prévoit une diminution à court terme de la densité pondérée d'infirmiers par 10.000 habitants, ne permettant de répondre que partiellement à la demande croissante en soins infirmiers. Elle recommande notamment d'augmenter l'attractivité de la formation et de la profession et de mettre en place des mesures d'aide à la réussite des études en soins infirmiers (Hans, 2021).

La formation initiale est reconnue comme un moment-clé pour attirer les jeunes dans la profession, les préparer à relever les défis actuels et futurs qu'ils rencontreront sur le terrain, et leur donner le goût du développement continué de leurs compétences. Cependant, la crise qui touche la profession infirmière est déjà visible dès cette formation initiale, avec le triple constat, développé ensuite, (1) d'un manque d'attractivité de la formation/profession ; (2) d'un mal-être des étudiants infirmiers pouvant aller jusqu'au choix d'abandonner les études ou la profession, dès la fin des études ou rapidement après celle-ci ; et (3) d'une difficulté des étudiants à développer leurs compétences.

Le premier constat est celui d'un manque d'attractivité de la profession, se marquant par un taux d'inscription aux études en baisse. La Figure 1.1 illustre cette situation en Belgique francophone, que la formation soit assurée dans l'enseignement de niveau supérieur ou secondaire.

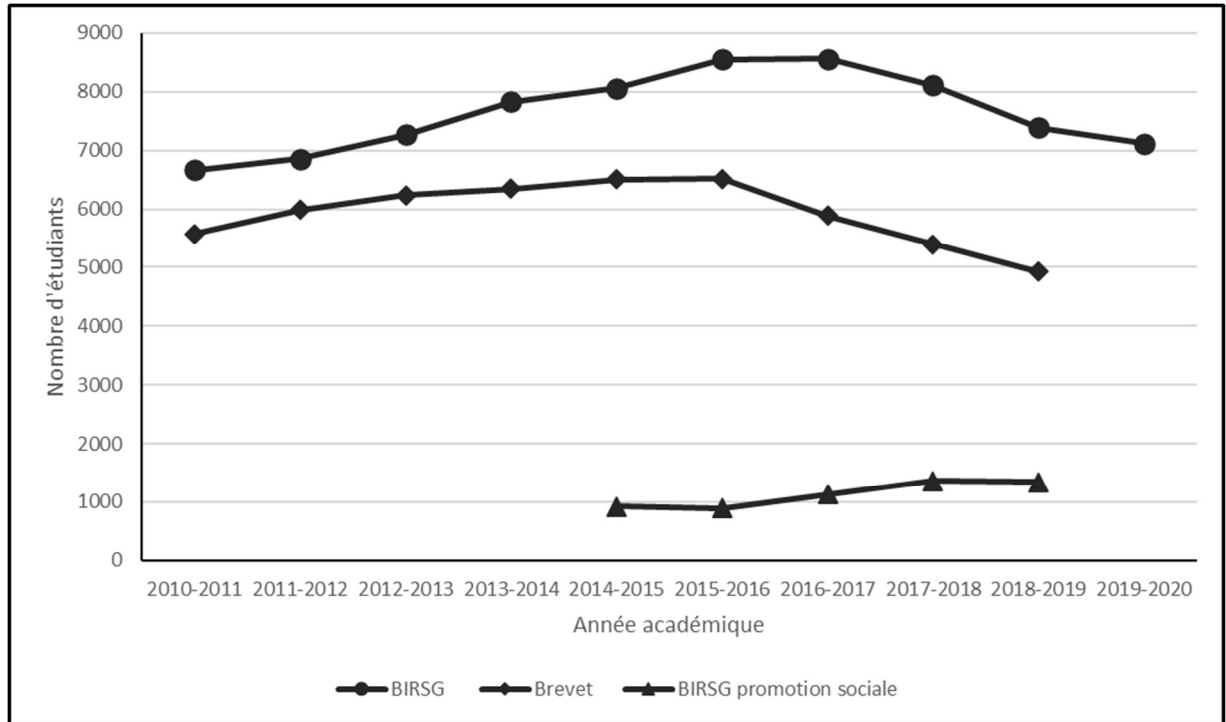


Figure 1.1: Nombre d'étudiants dans les formations en soins infirmiers en Belgique francophone (Graphique aimablement fourni par Véronique Baudewyns sur base des données issues de la Fédération Wallonie-Bruxelles Enseignement secondaire et Enseignement supérieur)
 BIRSG = Bachelier : Infirmier Responsable de Soins Généraux (enseignement supérieur)
 Brevet = enseignement secondaire

Le deuxième constat touche aux étudiants en cours de formation. Une fois les étudiants inscrits en formation initiale, un phénomène de mal-être ou de souffrance est régulièrement décrit. En Belgique, une étude menée sur les étudiants infirmiers et sages-femmes durant la deuxième vague de COVID-19 a montré que 50% des participants présentaient un risque de burnout académique (Baudewyns & Dancot, 2021). Ce phénomène a été renforcé par la pandémie, mais était déjà décrit de longue date.

Face au taux important d'abandon chez les étudiants français, la Fédération Nationale des Étudiants en Sciences Infirmières (FNESI) a lancé une grande enquête en 2009 (Lamourt et al., 2011). Celle-ci a révélé que 35,9% des participants se considéraient en mauvaise santé, cette proportion augmentant avec les années d'études (de 29,8% en première jusqu'à 40,5% en troisième, $p < 0,01$); ce résultat était négativement corrélé à l'appréciation globale de la formation et à l'estimation du caractère adapté du rythme de la formation. Parmi les participants, 40,8% se déclaraient souvent ou tout le temps stressés par la formation, ce nombre étant à nouveau croissant avec les années d'études (de 25,6% en première année à 50,9% en troisième, $p < 0,001$). Les raisons majeures du stress étaient les mises en situation professionnelle, les stages et les évaluations théoriques. Les participants trouvaient le rythme de la formation trop soutenu, étaient critiques quant au contenu théorique de la formation, surtout en dernière année, et

avaient une opinion défavorable de leur formation pratique, notamment en termes d'encadrement et de durée des stages. La proportion d'étudiants insatisfaits augmentait également avec les années d'études. L'étude concluait sur un état de mal-être alarmant chez ces étudiants, et proposait d'améliorer l'écoute et l'accompagnement des étudiants sur le terrain et dans les instituts de formation.

Une enquête similaire a été reconduite en 2017 (<https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/etudiants-en-ifs/esi-il-faut-penser-et-repenser-notre-formation.html>, consulté le 7 janvier 2022). La moitié des participants pointaient une dégradation de leur état de santé depuis leur entrée en formation, et trois quarts d'entre eux évoquaient un épuisement physique. Les étudiants envisageant d'abandonner les études étaient 81,5% en année terminale, et 22,0% l'envisageaient souvent ou tout le temps. Ils étaient 86% à se déclarer souvent ou tout le temps stressés en année terminale, souffraient de crise d'angoisse (34%), de dépression (19%) ou d'idéation suicidaire (7,4%). Les principales raisons invoquées à ce mal-être étaient la pression continue, la précarité, la fatigue, la solitude/l'isolement, le manque de soutien du personnel encadrant, le harcèlement sur les lieux de stage. Outre des actions relatives à l'intégration universitaire de la formation, la reconnaissance des soins infirmiers comme une science à part entière et le soutien socio-économique des étudiants, la FNEI préconisait la mise en place de lieux de parole, l'évaluation obligatoire par les étudiants de leurs lieux de stage, et la présence d'une politique d'accueil, d'encadrement et de suivi des stagiaires dans les centres hospitaliers.

Ce constat n'est pas spécifique à la France. Au niveau international, dans des pays comparables (Europe, Amérique du Nord), jusqu'à deux tiers des étudiants en santé souffrent d'anxiété, 27% de dépression ou de symptômes dépressifs et 11% présentent des idées suicidaires (*15 Mesures pour le bien-être des étudiants en santé - Dossier de presse*, 2018). Aux États-Unis, le programme de bachelier en sciences infirmières souffre d'un taux d'abandon de 30%, ce qui contribue à la situation de pénurie (<https://www.aacnursing.org/News-Information/Press-Releases/View/ArticleId/24802/2020-survey-data-student-enrollment>, consulté le 7 janvier 2022 ; <http://www.nln.org/newsroom/nursing-education-statistics>, consulté le 7 janvier 2022).

Les motifs cités par des étudiants infirmiers néerlandais pour justifier l'idée d'abandonner en dernière année d'études sont la détresse associée au fait d'être régulièrement exposés à de la violence et les exigences psychologiques de la formation (Bakker et al., 2021). Dans l'étude réalisée auprès des étudiants belges durant la COVID-19, à la question « *Dans quelle mesure êtes-vous susceptible d'accepter un emploi dans votre profession à la fin de votre formation* » (de 0 = *pas du tout* à 10 = *tout à fait*), le résultat était de 8,09 (2,69) pour les étudiants du Bachelier : Infirmier Responsable de Soins Généraux, ce nombre tombant à 7,91 (2,87) en quatrième année (Baudewyns & Dancot, 2021).

Parallèlement à ce mal-être, le troisième constat est celui du développement des compétences des étudiants infirmiers qui semble mis à mal. Les étudiants sont vus (Brown & Crookes, 2016a; Killam et al., 2011) et se perçoivent, aussi bien durant les études (Milisen et al., 2010) qu'au début de leur vie professionnelle (Serafin et al., 2022), comme non suffisamment préparés et non autonomes dans la poursuite de leur apprentissage et de leur développement professionnel, ce qui peut parfois même entraîner un risque pour la sécurité des personnes soignées. La plupart des recommandations issues des études menées sur les difficultés des étudiants, présentées dans le paragraphe suivant, vont dans le sens d'une formation théorique et/ou pratique renforcée et/ou d'un accompagnement plus important en stage. Par rapport à la conception de la compétence comme pratique professionnelle autonome, efficace, responsable, avec un développement (autonome) continu, il nous est permis de conclure que les étudiants dont les difficultés sont décrites ci-dessous ne sont pas perçus et ne se perçoivent pas comme compétents.

Illustrant ce phénomène, une recension d'écrits, dans le cadre d'une thèse publiée en 2009, a listé les difficultés des étudiants infirmiers en termes de pratique clinique (Lechasseur, 2009) ; nous l'avons complétée par une recension d'écrits sur la période 2010-2016. Les résultats détaillés de celle-ci figurent en Annexe 4. Les conclusions de ces deux recensions se confirment et montrent des difficultés liées à des soins ou des capacités spécifiques, comme les calculs de dose (Bianchi et al., 2016; de Góes et al., 2015; Harvey et al., 2010; Newton et al., 2013; Røykenes, 2016) et, de manière générale, l'administration des médicaments (Brown & Crookes, 2016a, 2016b; Burns & Poster, 2008; Orbaek et al., 2015), le raisonnement clinique (Aydin & Akansel, 2013; Brown & Crookes, 2016b), l'éducation thérapeutique (Brown & Crookes, 2016b; Parker et al., 2011) et l'utilisation des technologies (Brown & Crookes, 2016a, 2016b) ; des difficultés liées à une patientèle spécifique, comme les patients déments ou, plus largement, les patients bouleversés ou très émus (Brown & Crookes, 2016b), les patients souffrant de cancer (Kav et al., 2013), les patients trop proches d'eux par l'âge (Shepherd, 2013) ou trop éloignés d'eux par la culture (McClimens et al., 2014; Riley et al., 2012) ; des difficultés liées à des lieux de pratique moins habituels que l'hôpital et la pratique médico-centrée (Lechasseur, 2009) comme la pratique à domicile ou dans des structures de santé communautaire (Pohl et al., 2014; Studnicka & O'Brien, 2016) ou le stage humanitaire (Murray, 2015) ; des difficultés à gérer les dilemmes éthiques (Iacobucci et al., 2012; Kävelmark Sporrang et al., 2007; Leuter et al., 2012) ; et des difficultés à développer une identité professionnelle affirmée (Iacobucci et al., 2012; Kuokkanen et al., 2016; Lechasseur, 2009).

Ces difficultés sont parfois rattachées à des modalités d'enseignement et/ou d'évaluation, ou aux caractéristiques des formateurs. L'apprentissage par problème (Al-Kloub et al., 2014), l'*e-learning* ou le *blended learning* (Johnston et al., 2015; Kavitha, 2014) sont développés pour améliorer l'apprentissage mais posent certains défis. Les relations avec les formateurs (Papastavrou et al., 2016) et la rencontre de modèles de rôle (Orbaek et al., 2015) ont aussi une grande influence sur l'apprentissage.

Les difficultés peuvent aussi être rattachées à des caractéristiques des étudiants eux-mêmes : leur préparation et leur volonté d'apprendre (Papastavrou et al., 2016), le sentiment de devoir plaire à l'équipe (Killam et al., 2011; Lechasseur, 2009) ou de devoir protéger son image (Røykenes, 2016). Certains étudiants peuvent se sentir « différents » à cause de leur situation socioéconomique (Koch et al., 2014) ou de leur parcours d'apprentissage antérieur (Johnston et al., 2015). Leur intelligence émotionnelle n'est pas toujours suffisante pour montrer de l'empathie et établir des relations correctes avec patients et collègues (Lyon et al., 2013).

L'ensemble des difficultés relevées dans la littérature interroge la compétence professionnelle des étudiants sur le point d'être diplômés, les méthodes permettant de développer celle-ci aussi bien que le fait qu'elle soit effectivement développée en fin de formation. À plusieurs reprises, un lien est fait entre ces difficultés et une dimension affective, qu'il s'agisse d'intelligence émotionnelle, d'image de soi, d'estime de soi, d'anxiété notamment. Au vu du double constat de mal-être des étudiants et de leur difficulté à développer leurs compétences, la réflexion sur le développement des compétences cliniques semble indissociable de celle sur le développement des compétences affectives.

La pratique professionnelle compétente nécessite la combinaison de multiples modes de savoir (manières d'appréhender la situation et de poser des jugements et des choix). Les auteurs en science infirmière décrivent ainsi les modes de savoir empirique, éthique, personnel, esthétique, a priori, pratique, contextuel, perceptuel et émancipatoire (Lechasseur, 2009). Mobilisés ensemble et mis en œuvre grâce à la pensée critique, ces modes de savoir permettent de produire une action sensible à la personne soignée, éthique, cohérente, habile, innovatrice, contextualisée. La capacité d'utiliser un savoir nommé « savoir combinatoire constructif », soit la capacité de combiner diverses sources de savoirs en fonction d'une situation spécifique (capacité qui peut être mise en lien avec une pratique compétente, tant par son caractère de mobilisation combinatoire que par son caractère situé), est associée, chez les étudiants en soins infirmiers, à la capacité de produire une pensée critique de niveau élevé (Lechasseur, 2009; Lechasseur et al., 2011).

La pensée critique est définie (méthode Delphi par l'*American Psychological Association* [APA] citée par Facione & Facione, 1996, p. 129) comme « un jugement intentionné, autorégulateur, qui résulte en l'interprétation, l'analyse, l'évaluation et l'inférence, mais aussi l'explication des considérations empiriques, conceptuelles, méthodologiques, critériologiques ou contextuelles sur lesquelles ce jugement est basé » (traduction libre)³.

Ces difficultés des étudiants, perçues et/ou rapportées dans la littérature, peuvent être mises en lien avec la pensée critique, qui semble peu développée chez les étudiants,

³ "We understand critical thinking to be purposeful, self-regulatory judgment which results in interpretation, analysis, evaluation, and inference, as well as the explanation of the evidential, conceptual, methodological, criteriological, or contextual considerations upon which that judgment was based."

même en fin de formation (Suliman & Halabi, 2007), bien qu'il existe des variations individuelles (Lechasseur, 2009). Outre pour le soin immédiat, cette pensée critique est nécessaire au développement d'une « expertise valable » (Boisvert, 1999) et à la poursuite indispensable du développement des compétences après la formation.

Outre ses composantes cognitive⁴, perceptuelle, individuelle, comportementale et environnementale, la pensée critique a une composante affective, composée d'une part de sentiments et émotions et d'autre part de dispositions ou attitudes (Lechasseur, 2009). Ces deux éléments sont liés car les situations influencent les attitudes selon les valeurs, émotions, enjeux qui y sont présents. Le penseur critique est ainsi décrit par l'APA (Facione & Facione, 1996, p. 130) comme « curieux, bien informé, honnête dans la considération de ses propres biais, prudent dans la formulation de ses jugements, prêt à se remettre en question, clair sur les solutions, ordonné dans les matières complexes, diligent dans la recherche des informations pertinentes, raisonnable dans la sélection des critères, centré sur le questionnement, et persévérant dans la recherche de résultats aussi précis que le sujet et les circonstances le permettent » (traduction libre)⁵.

Les **sentiments et émotions** filtrent les perceptions et les informations et influencent leur utilisation ; ils affectent le jugement évaluatif et l'habileté à penser de façon critique. Un engagement émotif extrême entraîne une réaction immédiate : la pensée critique est court-circuitée et la personne met en branle un fonctionnement cognitif automatique, peu réfléchi voire peu conscient. Ceci peut se reproduire chaque fois que les situations vécues convoquent des connaissances qui ont été intégrées dans un même contexte émotif (Lechasseur, 2009). Une revue systématique sur la pensée critique en formation en soins infirmiers (Chan, 2013) relève, dans la littérature récente, un lien entre la capacité de pensée critique et le bonheur (*happiness*).

Les **dispositions ou attitudes** influencent la motivation interne à s'engager dans la résolution de problèmes ou la prise de décision, et l'actualisation de la composante cognitive de la pensée critique (perception des informations, élaboration et mobilisation des savoirs, prise en compte des points de vue et des informations pertinentes selon les contextes, analyse et évaluation des raisons, preuves ou principes) (Lechasseur, 2009).

Les attitudes nécessaires à la pensée critique en soins infirmiers sont (Scheffer & Rubinfeld, 2000) la confiance (*confidence* : assurance sur sa propre capacité à raisonner), le fait d'avoir une perspective contextuelle (*contextual perspective* : considérer la situation entière, y compris les relations, le contexte et l'environnement), la créativité (*creativity* : inventivité pour générer, découvrir ou restructurer les idées, imaginer des

⁴ Les habilités cognitives relevées par l'APA (Facione & Facione, 1996) sont l'interprétation, l'analyse, l'évaluation, l'inférence, l'explication, l'auto-régulation.

⁵ "The ideal critical thinker is habitually inquisitive, well-informed, honest in facing personal biases, prudent in making judgments, willing to reconsider, clear about issues, orderly in complex matters, diligent in seeking relevant information, reasonable in the selection of criteria, focused in inquiry, and persistent in seeking results which are as precise as the subject and the circumstances of inquiry permit"

alternatives), la flexibilité (*flexibility* : capacité à adapter, accommoder, modifier ou changer les pensées, idées et comportements), la curiosité (*inquisitiveness* : désir de savoir en recherchant la connaissance et la compréhension à travers l'observation et le questionnement orienté de manière à explorer les possibilités et les alternatives), l'intégrité intellectuelle (*intellectual integrity* : recherche de la vérité à travers des processus sincères et honnêtes, même si le résultat est contraire à ses propres affirmations ou croyances), l'intuition (*intuition* : connaissance judicieuse sans appel conscient à la raison), l'ouverture d'esprit (*open-mindedness* : réceptivité aux opinions divergentes et conscience de ses propres biais), la persévérance (*perseverance* : poursuite d'une voie avec constance et détermination malgré les obstacles) et la réflexion/réflexivité (*reflection* : contemplation d'un sujet, spécialement ses propres affirmations et pensées, dans le but d'une compréhension approfondie et d'une auto-évaluation). Lechasseur (2009) y ajoute l'humilité, l'autonomie, le maintien de l'attention sur le sujet principal.

Les attitudes entravant la pensée critique en menant à l'égoïsme, l'ethnocentricité et/ou le sociocentrisme sont (Scheffer & Rubinfeld, 2000) l'égoïsme, la résistance au changement, la déception par rapport à soi, la peur de l'erreur, l'intolérance à l'ambiguïté, la disposition aux jugements prématurés.

Cette composante affective semble évoluer défavorablement durant la formation en soins infirmiers (Haberey-Knuessi et al., 2015) ou, à tout le moins, être influencée par des éléments liés à la formation et, notamment, par les processus évaluatifs en stage (Chan, 2013; Lechasseur, 2009; Suliman & Halabi, 2007) : confiance en soi, en sa capacité à être infirmier, estime de soi peuvent être affectés, ce qui influence la capacité de penser de manière critique et d'apprendre. Il est démontré que la pensée critique est corrélée positivement avec l'estime de soi et négativement avec l'état d'anxiété, ces deux dernières étant également corrélées négativement ensemble (Suliman & Halabi, 2007). Cette même étude montre un niveau d'anxiété particulièrement élevé chez les étudiants en soins infirmiers par rapport aux étudiants d'autres programmes de même niveau, dans ce cas-ci, un baccalauréat universitaire. Concernant les attitudes liées à la pensée critique, l'étude pointe particulièrement la confiance en la validité de ses propres jugements, avec pour conséquence la nécessité que les dispositifs d'enseignement ciblent celle-ci et, de manière générale, la dimension affective de la pensée critique.

En effet, la dimension affective de la pensée critique dépend de nombreux facteurs dont tous ne sont pas propres à l'étudiant.

Les facteurs d'influence extérieurs sont les caractéristiques personnelles des accompagnants, leurs comportements et attitudes (ouverture, confiance, acceptation, collaboration), la charge de travail et la stabilité des situations de soins, leur variété, le ratio d'encadrement, les enjeux de pouvoir (statut d'étudiant *versus* statut d'expert attribué aux autres intervenants). Ces facteurs, ainsi que des facteurs liés aux étudiants

eux-mêmes, influencent la capacité de ces derniers à faire preuve de pensée critique et à mobiliser les divers savoirs jusqu'à faire émerger le savoir combinatoire constructif, savoir circonstancié contribuant à transformer la situation vers un mieux-être de la personne soignée. L'influence de ces facteurs est souvent en lien avec l'anxiété, l'insécurité, le manque de confiance ressenti par les étudiants (Lechasseur, 2009).

Une revue systématique (Chan, 2013) indique que, pour favoriser la capacité de pensée critique des étudiants, les enseignants doivent se montrer ouverts d'esprit, flexibles, soutenant et accessibles. Ils doivent accorder de la valeur et de la confiance aux opinions des étudiants, accepter les changements et être ouverts aux défis des étudiants. Ils doivent jouer un rôle de modèle, de guide, de facilitateur et montrer les priorités. Ils doivent eux-mêmes avoir de bonnes capacités à penser de manière critique, et connaître ce concept. Le système éducatif doit valoriser la pensée critique et l'enseigner comme un sujet d'apprentissage spécifique. L'environnement ne doit pas être menaçant culturellement, il doit être encourageant, sécurisant et permettre la discussion et l'expression des pensées (notamment l'environnement de stage où l'étudiant doit se sentir accepté).

Par conséquent, l'affectivité influence la capacité de pensée critique : notamment, « une amélioration de la confiance en leur capacité à prendre soin constitue chez les étudiantes un prérequis pour prodiguer des soins individualisés » (Lechasseur, 2009, p. 23). La composante affective de la pensée critique semble importante à travailler et à accompagner, d'autant plus que la Directive européenne 2005/36/EC impose une augmentation et une complexification des compétences à développer par les infirmiers, notamment dans le sens du raisonnement clinique, de la qualité des soins, de la vision holistique (par exemple au travers des processus éducatifs) et de la responsabilité accompagnant l'autonomie professionnelle. Le développement de la pensée critique est indispensable à l'atteinte de ce niveau de compétence par les étudiants.

En conclusion, il existe un mal-être dans la profession infirmière. Ce mal-être commence dès la formation initiale, où il se manifeste par la souffrance des étudiants et leur difficulté à développer des compétences, et parfois par l'abandon, et il contribue potentiellement à la pénurie structurelle d'infirmiers. Or cette formation devrait avoir pour mission de développer à la fois les compétences et le bien-être pour répondre aux objectifs de qualité du système de santé, notamment dans le modèle du *quadruple aim* : « Améliorer les résultats de santé » en formant des professionnels compétents ; et « Améliorer l'expérience du clinicien » en améliorant son bien-être durant la formation et sa capacité à le maintenir (*The Quadruple Aim*, n.d.). Une formation de qualité des infirmiers est bien un enjeu de santé publique ; et bien-être et apprentissage semblent intimement liés.

Une tentative de comprendre ce double constat de mal-être/souffrance des étudiants infirmiers et de difficulté à développer leur compétence clinique, et d'en explorer les influences réciproques éventuelles, amène à s'intéresser à la dimension affective de

l'apprentissage et à un élément de celle-ci, l'estime de soi, qui touche à la fois au bien-être et à la compétence.

Le bien-être psychologique est relié, entre autres, à l'estime de soi (Mruk, 2013b). Se sentir compétent est une dimension de l'estime de soi, selon plusieurs modèles théoriques (Mruk, 2013b; Nader-Grosbois & Fiasse, 2016; Tafarodi & Swann, 2001); certains auteurs évoquent même un « soi académique » ciblant une dimension de l'estime de soi spécifiquement attachée aux performances scolaires (Shavelson et al., 1976). Les relations sociales vécues en milieu scolaire ou académique peuvent également influencer l'estime de soi (Famose & Bertsch, 2009; Mruk, 2013b).

Dans le sens contraire, l'estime de soi est une clé de la réussite en général car elle permet aux personnes de relever des défis et de progresser (Mruk, 2013b), une bonne adaptation sociale (Famose & Bertsch, 2009), de la motivation notamment scolaire (Covington, 2000) et la réussite scolaire (Hansford & Hattie, 1982), même si l'association entre estime de soi et performance scolaire est parfois contestée (Baumeister et al., 2003).

Dans le contexte de l'éducation pour les adultes, l'estime de soi a été pointée comme participant à l'accès à l'apprentissage et à la réussite et, inversement, l'éducation a été identifiée comme un moyen de promouvoir l'estime de soi et la cohésion sociale (James, 2003). Cette description bidirectionnelle s'explique par la boucle de rétroaction entre nos actions et notre estime de soi. Cette estime de soi peut être influencée par les expériences scolaires antérieures, mais aussi par d'autres éléments tels que le statut socioéconomique ou la santé.

Références

- 15 mesures pour le bien-être des étudiants en santé - Dossier de presse (p. 20). (2018). Ministère des Solidarités et de la Santé. <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/dossier-de-presse-15-mesures-pour-le-bien-etre-des-etudiants-en-sante>
- Al-Kloub, M. I., Salameh, T. N., & Froelicher, E. S. (2014). Nursing students evaluation of problem based learning and the impact of culture on the learning process and outcomes: A pilot project. *Nurse Education in Practice*, 14(2), 142–147. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.06.013>
- American Association of Colleges of Nursing. (2019). *AACN 's Vision for Academic Nursing* (Issue January).
- Aydin, N., & Akansel, N. (2013). Determination of Accuracy of Nursing Diagnoses Used by Nursing Students in their Nursing Care Plans. *International Journal of Caring Sciences*, 6(2), 252–257.
- Bakker, E. J. M., Roelofs, P. D. D. M., Kox, J. H. A. M., Miedema, H. S., Francke, A. L., van der Beek, A. J., & Boot, C. R. L. (2021). Psychosocial work characteristics associated with distress and intention to leave nursing education among students; A one-year follow-up study. *Nurse Education Today*, 101, 1–8.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104853>

- Baudewyns, V., & Dancot, J. (2021). Que disent les étudiants infirmiers et sages-femmes de leur bien-être ? *InfoNursing*, 200, 21–29.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1–44. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
- Bianchi, M., Bressan, V., Cadorin, L., Pagnucci, N., Tolotti, A., Valcarengi, D., Watson, R., Bagnasco, A., & Sasso, L. (2016). Patient safety competencies in undergraduate nursing students: a rapid evidence assessment. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2966–2979. <https://doi.org/10.1111/jan.13033>
- Boisvert, J. (1999). *La formation de la pensée critique. Théorie et Pratique*. De Boeck Université.
- Brown, R. A., & Crookes, P. A. (2016a). What are the “necessary” skills for a newly graduating RN? Results of an Australian survey. *BMC Nursing*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0144-8>
- Brown, R. A., & Crookes, P. A. (2016b). What level of competency do experienced nurses expect from a newly graduated registered nurse? Results of an Australian modified Delphi study. *BMC Nursing*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0166-2>
- Bruyneel, A., Smith, P., Tack, J., & Pirson, M. (2021). Prevalence of burnout risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium. *Intensive and Critical Care Nursing*, 65, 103059. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103059>
- Burns, P., & Poster, E. C. (2008). Competency Development in New Registered Nurse Graduates: Closing the Gap Between Education and Practice. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(2), 67–73.
- Chan, Z. C. Y. (2013). A systematic review of critical thinking in nursing education. *Nurse Education Today*, 33(3), 236–240. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.01.007>
- Covington, M. V. (2000). Goal Theory, Motivation, and School Achievement: An Integrative Review. *Annual Review of Psychology*, 51, 171–200.
- de Góes, F. dos S. N., Côrrea, A. K., de Camargo, R. A. A., & Hara, C. Y. N. (2015). Learning needs of Nursing students in technical vocational education. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 15–20. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680103p>
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Sophie, Gerkens, S., Maertens de Noordhout, C., Devleeschauwer, B., Haelterman, M., Léonard, C., & Meeus, P. (2019). Performance du système de santé belge – Rapport 2019. In *KCE Reports 313B*. <https://www.kce.fgov.be/fr/performance-du-systeme-de-santé-belge---rapport-2019>
- European Commission, Inclusion, D.-G. for E. S. A. and, & McGrath, J. (2020). *Analysis of shortage and surplus occupations 2020*.

<https://data.europa.eu/doi/10.2767/933528>

- Facione, N. C., & Facione, P. A. (1996). Externalizing the Critical Thinking in Knowledge Development and Clinical Judgment. *Nursing Outlook*, 44(3), 129–136.
- Famose, J.-P., & Bertsch, J. (2009). *L'estime de soi : une controverse éducative*. PUF.
- Gallois, P., Vallée, J.-P., & Le Noc, Y. (2009). Éducation thérapeutique du patient. Le médecin est-il - aussi - un "éducateur" ? *Médecine, Mai*, 218–224.
- Haberey-Knuessi, V., Graber, M., & Dancot, J. (2015). Rétrospectives sur une recherche en école de soins infirmiers. In V. Haberey-Knuessi & J.-L. Heeb (Eds.), *Pour une critique de la compétence. La question du sujet et de la relation à l'autre* (pp. 205–255). L'Harmattan.
- Hans, S. (2021). Evolution de la force de travail infirmier sur le marché du travail 2004-2009. *InfoNursing*, 201, 23–32.
- Hansford, B. C., & Hattie, J. A. (1982). The Relationship between Self and Achievement / Performance Measures. *Review of Educational Research*, 52(1), 123–142. <https://www.jstor.org/stable/1170275>
- Harvey, S., Murphy, F., Lake, R., Jenkins, L., Cavanna, A., & Tait, M. (2010). Diagnosing the problem: Using a tool to identify pre-registration nursing students' mathematical ability. *Nurse Education in Practice*, 10(3), 119–125. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2009.04.007>
- Haute Autorité de Santé. (2017). *Fiche mémo. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout* (Issue Mars).
- Iacobucci, T. A., Daly, B. J., Lindell, D., & Griffin, M. Q. (2012). Professional values, self-esteem, and ethical confidence of baccalaureate nursing students. *Nursing Ethics*, 20(4), 479–490. <https://doi.org/10.1177/0969733012458608>
- Institute of Medicine of the National Academies. (2010). *The Future of Nursing. Leading Change, Advancing Health. Report brief* (Issue October).
- James, K. (2003). How Low Self-Esteem Affects Adult Learners. *Adults Learning*, 14(5), 39.
- Johnston, A. N. B., Hamill, J., Barton, M. J., Baldwin, S., Percival, J., Williams-Pritchard, G., Salvage-Jones, J., & Todorovic, M. (2015). Student learning styles in anatomy and physiology courses: Meeting the needs of nursing students. *Nurse Education in Practice*, 15(6), 415–420. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.05.001>
- Kav, S., Citak, E. A., Akman, A., & Erdemir, F. (2013). Nursing students' perceptions towards cancer and caring for cancer patients in Turkey. *Nurse Education in Practice*, 13(1), 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2012.05.010>
- Kävelmark Sporrang, S., Bengt, A., Hansson, M. G., Westerholm, P., & Höglund, A. T. (2007). Developing Ethical Competence in Health Care Organizations. *Nursing Ethics*, 14(6), 825–837. <https://doi.org/10.1177/0969733007082142>
- Kavitha, S. (2014). To Find the Efficacy of Integrated Learning System vs Lecturing

- Method on the Burns Topic for Nursing Students at Selected College, Bangalore. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 4(1), 96–100.
- Killam, L. A., Luhanga, F., & Bakker, D. (2011). Characteristics of Unsafe Undergraduate Nursing Students in Clinical Practice: An Integrative Literature Review. *Journal of Nursing Education*, 50(8), 437–446. <https://doi.org/10.3928/01484834-20110517-05>
- Koch, J., Everett, B., Phillips, J., & Davidson, P. M. (2014). Diversity characteristics and the experiences of nursing students during clinical placements: A qualitative study of student, faculty and supervisors' views. *Archivio Italiano Di Urologia e Andrologia*, 49(1), 15–26.
- Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H., Numminen, O., Isoaho, H., Flinkman, M., & Meretoja, R. (2016). Newly graduated nurses' empowerment regarding professional competence and other work-related factors. *BMC Nursing*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0143-9>
- Lamaurt, F., Estryng-Behar, M., Le Moël, R., Chrétien, T., & Mathieu, B. (2011). Enquête sur le vécu et les comportements de santé des étudiants en soins infirmiers. *Recherche En Soins Infirmiers*, 105, 44–59. <https://doi.org/10.3917/rsi.105.0044>
- Lechasseur, K. (2009). *Mobilisation des savoirs par une pensée critique chez des étudiantes infirmières bachelières en situation de soins*. Université Laval.
- Lechasseur, K., Lazure, G., & Guilbert, L. (2011). Knowledge mobilized by a critical thinking process deployed by nursing students in practical care situations: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1930–1940. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05637.x>
- Leuter, C., Petrucci, C., Mattei, A., Gianpietro, T., & Loreto, L. (2012). Ethical difficulties in nursing, educational needs and attitudes about using ethics resources. *Nursing Ethics*, 20(3), 348–358. <http://search.proquest.com/nursing/docview/1347777701/9A2A4B12A4FB41EFPO/17?accountid=15115>
- Lyon, S. R., Trotter, F., Holt, B., Powell, E., & Roe, A. (2013). Emotional intelligence and its role in recruitment of nursing students. *Nursing Standard*, 27(40), 41–46. <https://doi.org/10.7748/ns2013.06.27.40.41.e7529>
- McClimens, A., Brewster, J., & Lewis, R. (2014). Recognising and respecting patients' cultural diversity. *Nursing Standard*, 28(28), 45–52. <https://doi.org/10.7748/ns2014.03.28.28.45.e8148>
- Milisen, K., De Busser, T., Kayaert, A., Abraham, I., & Dierckx De Casterle, B. (2010). The evolving professional nursing self-image of students in baccalaureate programs: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 688–698. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.008>
- Mruk, C. J. (2013). *Self-Esteem and Positive Psychology. Research, Theory and Practice* (4th ed.). Springer Publishing Company.
- Murray, B. A. (2015). Nursing Students' Experiences of Health Care in Swaziland:

- Transformational Processes in Developing Cultural Understanding. *Journal of Nursing Education*, 54(9), S65–S73. <https://doi.org/10.3928/01484834-20150814-13>
- Nader-Grosbois, N., & Fiasse, C. (2016). *De la perception à l'estime de soi. Concept, évaluation et intervention*. De Boeck Supérieur.
- Newton, S. E., Harris, M., & Pittiglio, L. (2013). Constructivist Philosophy and Nursing Student Medication Calculations. *Research and Theory for Nursing Practice*, 27(2), 88–94.
- Orbaek, J., Gaard, M., Fabricius, P., Lefevre, R. S., & Møller, T. (2015). Patient safety and technology-driven medication - A qualitative study on how graduate nursing students navigate through complex medication administration. *Nurse Education in Practice*, 15(3), 203–211. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.11.015>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/274306/European-strategic-directions-strengthening-nursing-midwifery-Health2020_en-REV1.pdf?ua=1
- Organisation Mondiale de la Santé. (2020). *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020. Résumé d'orientation*.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Prendre soin des soignants : programmes nationaux de santé au travail pour les agents de santé. Note d'orientation*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340699/9789240022928-fre.pdf>
- Papastavrou, E., Dimitriadou, M., Tsangari, H., & Andreou, C. (2016). Nursing students' satisfaction of the clinical learning environment: A research study. *BMC Nursing*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0164-4>
- Parker, W. A., Steyn, N. P., Levitt, N. S., & Lombard, C. J. (2011). They think they know but do they? Misalignment of perceptions of lifestyle modification knowledge among health professionals. *Public Health Nutrition*, 14(8), 1429–1438. <https://doi.org/10.1017/S1368980009993272>
- Pohl, C. J., Malin, S., & Kennell, L. (2014). Reinventing the Home Visit for Undergraduate Nursing Students. *Journal of Nursing Education*, 53(12), 696–698. <https://doi.org/10.3928/01484834-20141120-05>
- Riley, D., Smyer, T., & York, N. (2012). Cultural Competence of Practicing Nurses Entering an RN-BSN Program. *Nursing Education Perspectives*, 33(6), 381–385. <https://doi.org/10.5480/1536-5026-33.6.381>
- Røykenes, K. (2016). “My math and me”: Nursing students' previous experiences in learning mathematics. *Nurse Education in Practice*, 16(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.05.009>
- Scheffer, B. K., & Rubenfeld, M. G. (2000). A Consensus Statement on Critical Thinking in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 39(8), 352–359.

- Serafin, L., Strząska-Kliś, Z., Kolbe, G., Brzozowska, P., Szwed, I., Ostrowska, A., & Czarkowska-Pączek, B. (2022). The relationship between perceived competence and self-esteem among novice nurses – a cross-sectional study. *Annals of Medicine*, 54(1), 484–494. <https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2032820>
- Sermeus, W., Eeckloo, K., Van der Auwera, C., & Van Hecke, A. (2018). *Future of Nursing : improving health , driving change*.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-Concept: Validation of Construct Interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407–441. <http://www.jstor.org/stable/1170010>
- Shepherd, J. (2013). Messy boundaries: younger students' experiences of nursing young people in hospital. *Nursing Children and Young People*, 25(8), 23–26. <https://doi.org/10.7748/ncyp2013.10.25.8.23.e391>
- Studnicka, K., & O'Brien, K. (2016). Where Is the Nursing?: Baccalaureate Nursing Students' Perceptions of Nontraditional Child Health Clinical Placements. *Journal of Nursing Education*, 55(6), 349–352. <https://doi.org/10.3928/01484834-20160516-09>
- Suliman, W. A., & Halabi, J. (2007). Critical thinking , self-esteem , and state anxiety of nursing students. *Nurse Education Today*, 27, 162–168. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.04.008>
- Tafarodi, R. W., & Swann, W. B. J. (2001). Two-dimensional self-esteem: theory and measurement. *Personality and Individual Differences*, 31, 653–673.
- The Quadruple Aim*. (n.d.). HealthStream.
- Van den Heede, K., Bruyneel, L., Beeckmans, D., Boon, N., Bouckaert, N., Cornelis, J., Van de Voorde, C., & Sermeus, W. (2019). Safe nurse staffing levels in acute hospitals. In *KCE Report 325*.

Chapitre 2

**Ce que l'on sait sur l'estime de soi des étudiants
infirmiers, ce que l'on en ignore,
et comment on pourrait le découvrir**

Chapitre 2. Ce que l'on sait sur l'estime de soi des étudiants infirmiers, ce que l'on en ignore, et comment on pourrait le découvrir

État de l'art

Des études scientifiques se sont déjà penchées sur l'estime de soi des étudiants infirmiers, avec cependant des résultats dont l'interprétation reste délicate. Une recherche documentaire sur l'estime de soi des étudiants infirmiers a été réalisée en 2017 dans les bases de données Medline, PsycInfo, ERIC et Scopus, en créant des alertes pour repérer les articles postérieurs à 2017 ; ses résultats sont présentés dans l'Encadré 2.1 et soutiennent les conclusions présentées ensuite. Les sources ont été vérifiées afin d'exclure les articles publiés dans une revue prédatrice.

Encadré 2.1 : Résultat de la recherche documentaire sur l'estime de soi des étudiants infirmiers

La recherche documentaire a permis d'identifier, en 2017, 63 études datant de 1976 à 2017 et comprenant six études quantitatives longitudinales sur l'évolution, durant la formation en soins infirmiers, de l'estime de soi (Begley & White, 2003; Edwards et al., 2010; Go, 1988; İlhan et al., 2016; Lo, 2002) ou de l'estime de soi contingente (Hallsten et al., 2012) ; deux études qualitatives, toutes deux réalisées en Iran (Valizadeh et al., 2016; Zamanzadeh et al., 2016) ; trois études mixtes, dans cinq articles dont trois portaient sur la même étude (Lees & Ellis, 1990; Randle, 2001, 2003b, 2003a; Taylor, 2001) ; et quatre revues de littérature (Arthur, 1995; Arthur & Randle, 2007; Dimitriadou-Panketa et al., 2014; Valizadeh et al., 2016). Les autres études consistent en des études corrélationnelles ou en l'analyse de l'efficacité à court terme d'un dispositif pédagogique. Entre 2018 et 2021, 33 études supplémentaires ont été identifiées via les alertes, en général dans une de ces deux dernières catégories, à l'exception d'une étude longitudinale sur 73 étudiants d'une université turque (Batmaz et al., 2022), une lettre résumant une métaanalyse sur le lien entre estime de soi et succès académique (Sayehmiri et al., 2019), et une revue de littérature qualitative sur le concept de soi (Jeong, 2019) montrant l'utilité des entretiens pour le renforcer.

De nombreuses études se sont intéressées à l'estime de soi des étudiants infirmiers, ce qui montre l'importance accordée à ce sujet. Cependant, leurs résultats sont contradictoires, et leur interprétation est parfois rendue délicate par des limitations méthodologiques, des biais ou l'absence d'explication des phénomènes observés ; les études sont aussi parfois réalisées dans des contextes culturels et des systèmes éducatifs très différents. Il est difficile de comparer les études existantes et d'en tirer des conclusions sur l'estime de soi des étudiants infirmiers pour les motifs résumés dans l'Encadré 2.2.

Encadré 2.2 : Motifs des difficultés à tirer des conclusions sur l'estime de soi des étudiants infirmiers sur base des recherches existantes

Choix méthodologiques compliquant l'interprétation et/ou la comparaison entre études :

- Les études utilisent des définitions ou approches différentes de l'estime de soi.
- Certaines études n'ont pas de cadre théorique identifié.
- Les études utilisent des échelles d'évaluation de l'estime de soi différentes. Elles appliquent en outre des seuils différents (et parfois arbitraires) à ces échelles, par exemple pour décrire une estime de soi haute, moyenne ou basse.
- Il y a une inconsistance entre le cadre théorique annoncé et l'échelle utilisée dans certaines études.
- Les études portent parfois sur des populations différentes (par exemple étudiants primoarrivants *versus* en reprise d'études, ou réalisant une passerelle entre deux niveaux de formation en soins infirmiers, ou tout simplement de niveaux d'étude différents).
- Les modalités de mesure diffèrent d'une étude à l'autre.
- Les devis d'étude sont souvent transversaux ou quasi expérimentaux ; l'estime de soi est rarement étudiée de manière longitudinale. Dans les études interventionnelles, il s'agit souvent de la mesure de l'impact d'un dispositif pédagogique limité (par exemple, quelques heures de cours ou un soutien via un réseau social pendant un temps limité) au moyen d'une échelle unidimensionnelle, avec un temps très court séparant l'intervention et la mesure.

Biais éventuels :

- Dans les études longitudinales, il y a une importante perte de vue liée à l'abandon des étudiants.
- La formation étant parfois liée à une forme de « vocation », cela peut influencer les réponses des participants dans le sens d'une désirabilité sociale (Begley & White, 2003) ; il n'est pas toujours expliqué comment l'impact de ce biais est atténué par les choix méthodologiques.

Autres difficultés :

- Il y a peu de tentatives d'explication du phénomène, par exemple le processus d'évolution de l'estime de soi et ce qui l'influence, les influences réciproques entre l'estime de soi et les autres facteurs étudiés, etc.
- Beaucoup d'études ont été réalisées dans des pays orientaux, dont la culture diffère sensiblement de la nôtre pour les aspects affectifs et l'importance accordée à chaque facteur constitutif de l'estime de soi (Tafarodi & Swann, 1996).

Malgré les limites présentées dans l'Encadré 2.2, il peut être constaté que leur estime de soi est en général évaluée comme moyenne ou basse par les étudiants infirmiers, par comparaison avec d'autres étudiants, par exemple des étudiants des sciences humaines (Farid et al., 2017), ou avec la population générale (Begley & White, 2003; Ferreira Furegato et al., 2008). En outre, elle semble décliner durant la formation initiale (Burgess, 1982; Clark, 2008; Edwards et al., 2010; Ellis, 1980; Gurdogan et al., 2016; L. C. Hughes et al., 2003; Klug, 1989; Ni et al., 2012; Sobol, 1978). Une étude longitudinale mixte (Randle, 2001, 2003a, 2003b) menée auprès d'étudiants infirmiers anglais montre que l'estime de soi chute de manière spectaculaire durant la formation, et devient fragmentée. Les étudiants perdent le pouvoir (*powerless*) d'être le genre d'infirmier qu'ils voudraient être, et s'identifient progressivement au modèle médical et au contexte hiérarchique ; ils se perçoivent comme indésirables en fin de formation. L'intégration d'une norme sociale d'identification au modèle médical et de brimades envers les étudiants est expliquée par l'historique de la profession comme profession opprimée, qui doit s'adapter et même prendre part au modèle dominant. Dans cette étude, les entretiens ont été menés avec les participants durant leurs stages, sur leur lieu de stage. Le système de formation présente en outre des différences avec celui qui prévaut en Belgique francophone : les études durent trois ans, se réalisent au sein d'une université (bien qu'il existe d'autres voies) et ciblent une spécialité (adultes, enfants, psychiatrie ou troubles de l'apprentissage), ce qui peut influencer la motivation et la valeur accordée à la profession (www.healthcareers.nhs.uk, consulté le 22 novembre 2021).

Il y a cependant des résultats contradictoires, montrant une estime de soi « normale » par rapport aux résultats habituels obtenus avec l'échelle utilisée (Burnard et al., 2001), « bonne », à savoir dans les valeurs supérieures à la moitié (Cha & Sok, 2014) ou aux deux tiers (Bryer et al., 2015; Iacobucci et al., 2012; Lopes Chaves et al., 2013; Ross et al., 2005) de l'échelle ; ou même en hausse durant la formation (Begley & White, 2003; Go, 1988; İlhan et al., 2016; Lo, 2002). Une élévation de l'estime de soi durant la formation a été attribuée à la qualité du processus éducatif et à son inscription dans une approche humaniste ou de *caring*, ainsi qu'à l'accumulation de connaissances et de capacités et au développement de l'autonomie. Le fait d'avoir surmonté des obstacles avec succès et de s'être habitué à la vie académique a également été relevé. La satisfaction par rapport à la profession et la concordance entre les valeurs personnelles et professionnelles ont été mentionnées comme une source de bonne estime de soi (Begley & White, 2003), là où une incohérence entre ces systèmes de valeur a été pointée comme expliquant une chute de l'estime de soi (Randle, 2003b) à la même époque et dans des systèmes éducatifs similaires. Une étude comparant les étudiants de dernière année de diverses filières, à savoir les soins infirmiers, les sages-femmes et l'enseignement dans diverses disciplines en Turquie (Karagözoglu et al., 2008), a montré que les étudiants en soins infirmiers avaient l'estime de soi la plus élevée, ce qui était expliqué par une formation appliquant des principes valorisant la personne, y compris l'étudiant, l'autonomie et l'assertivité ; il était également relevé que le genre féminin (prédominant en soins infirmiers) y était

associé à une meilleure estime de soi car il était très valorisant de recevoir une culture universitaire pour les femmes turques.

Beaucoup d'études explorent les associations entre estime de soi et de nombreuses autres variables, sans toujours expliquer le sens de la relation ou l'éventuel effet réciproque. Les corrélations décrites sont reprises au Tableau 2.1. Ce tableau ne reprend pas les effets d'interventions spécifiques sur l'estime de soi. Il montre la diversité des variables associées à l'estime de soi, souvent de manière enchevêtrée. Une étude qualitative montre qu'il est important qu'il y ait un équilibre entre les facteurs protecteurs de l'estime de soi et les facteurs de pression sur celle-ci (Valizadeh et al., 2016).

Tableau 2.1 : Facteurs associés à l'estime de soi des étudiants infirmiers dans la littérature scientifique

Association positive avec l'estime de soi des étudiants infirmiers	Association négative avec l'estime de soi des étudiants infirmiers
<p>Caractéristiques personnelles : âge (Kargin et al., 2021), croyances religieuses (Papazisis et al., 2014; Sakellari et al., 2017), cohésion familiale, soutien social et émotionnel (Karaca et al., 2019; Yildirim et al., 2017)</p>	<p>Caractéristiques personnelles : genre, et stress lié au rôle de genre chez les étudiants masculins (Kargin et al., 2021), solitude (Bachi & Kadhim, 2021), sentiment de ne pas être important ou de ne pas faire des choses importantes (<i>triviality</i>) (Valizadeh et al., 2016)</p>
<p>Santé : état de santé (Yildirim et al., 2017), bonne santé mentale (Burnard et al., 2001; Ni et al., 2010), santé mentale (Karaca et al., 2019), satisfaction par rapport à sa propre vie (Kupcewicz et al., 2020)</p>	<p>Indicateurs d'une mauvaise santé mentale : désespoir ou dépression (Aloba et al., 2017; Cha & Sok, 2014; Ferreira Furegato et al., 2008; L. C. Hughes et al., 2003; Lee & Ahn, 2019; Mohamed & Mostafa, 2020; Papazisis et al., 2014; Sakellari et al., 2017; Yoon et al., 2011), maladie mentale (Aloba et al., 2017; Augusto Landa et al., 2009), stress (Edwards et al., 2010; M. Y. Kim & Park, 2018; Lees & Ellis, 1990; Lo, 2002; Yildirim et al., 2017), état d'anxiété (Burnard et al., 2001; L. C. Hughes et al., 2003; Lees & Ellis, 1990; Suliman & Halabi, 2007), détresse psychologique chez les étudiants masculins, surtout n'ayant pas choisi les soins infirmiers en première intention (Feng et al., 2019), addiction à internet (Badr et al., 2022) ; effet médiateur de l'estime de soi sur la dépression induite par le stress (Mijin Kim & Moon, 2021)</p>

Association positive avec l'estime de soi des étudiants infirmiers	Association négative avec l'estime de soi des étudiants infirmiers
Gestion des émotions : intelligence émotionnelle (Lin et al., 2004; Sa et al., 2019), <i>coping</i> efficace (Gammon & Morgan-Samuel, 2005; Karaca et al., 2019; Lo, 2002; Ni et al., 2010, 2012; Yildirim et al., 2017), gestion de la colère (Cha & Sok, 2014), optimisme (Bo Ram & Junglm, 2019), résilience (Mendes et al., 2021)	
Habiletés relationnelles : assertivité (Lin et al., 2004; Unal, 2012), compétences communicationnelles (Gurdogan et al., 2016), empathie (J. Kim, 2018; Sa et al., 2019)	Caractéristiques relationnelles : relations négatives (Augusto Landa et al., 2009), comportements agressifs (Lewis et al., 1980), interactions étudiant-instructeur inefficaces (Valizadeh et al., 2016)
Autoévaluation : perception de soi, capacité à s'autoévaluer, sentiment d'autoefficacité (Bo Ram & Junglm, 2019; Bryer et al., 2015; Ribeiro et al., 2020)	Autoévaluation : faible autoefficacité (Valizadeh et al., 2016), faible confiance en soi, elle-même influencée par l'attitude des mentors (Valizadeh et al., 2016)
Processus et résultats de l'apprentissage : pensée critique (Suliman & Halabi, 2007), réussite (Burnard et al., 2001), compétitivité orientée sur les buts (Whelan, 1996), motivation (Cho & Kim, 2021), réussite académique (Abbas & Rishaq, 2018; Abdulghani et al., 2020; Jirdehi et al., 2018; Sayehmiri et al., 2019), adaptabilité à la vie universitaire (Sung-Yun & Keum-Sook, 2018), interactions entre professeurs et étudiants et convivialité des services de stage (Cho & Kim, 2021)	Processus et résultats de l'apprentissage : abandon, via le sentiment d'autoefficacité (McLaughlin et al., 2008), procrastination (Brando-Garrido et al., 2020), stress académique (Chaves Parillo & Peralta Gomez, 2019), burnout académique (Wang et al., 2019)
Caractéristiques professionnelles : développement de l'identité professionnelle et perspectives professionnelles (Lopes Chaves et al., 2013; Takase et al., 2019), internalisation des valeurs (Iacobucci et al., 2012; Karagözoglu et al., 2008), compétence professionnelle (Go, 1988) ou perception de la compétence (Burnard et al., 2001; O. Hughes et al., 1991), comportement professionnel (Dimitriadou-Panketa et al., 2014; Randle, 2003b).	

Parmi tous ces facteurs repérés dans la littérature, il semble intéressant de se pencher en particulier sur l'anxiété et le stress. De nombreuses études ont mesuré ces variables, qui se sont toujours révélées négativement corrélées à l'estime de soi, et sont décrites comme élevées chez les étudiants infirmiers (Aeamla-Or, 2015; Amr et al., 2011; Burnard et al., 2001; Crary, 2013; Edwards et al., 2010; El-wahab & Eita, 2015; Gammon & Morgan-Samuel, 2005; Gomes Lima et al., 2017; L. C. Hughes et al., 2003; Miyoung Kim & Park, 2011; Lees & Ellis, 1990; Lo, 2002; Papazisis et al., 2014; Sakellari et al., 2017; Shrestha & Ghimire, 2019; Sobol, 1978; Suliman & Halabi, 2007; Yildirim et al., 2017). La formation en soins infirmiers est reconnue comme impliquant un grand nombre d'événements stressants. Les événements les plus stressants liés aux stages sont l'allocation en personnel infirmier insuffisante, la rencontre de la mort et de l'agonie, la charge de travail excessive et les conflits avec les médecins (Lees & Ellis, 1990; Taylor, 2001). L'estime de soi a été mentionnée comme médiatrice entre le stress et la dépression (Mijin Kim & Moon, 2021).

Il existe peu d'études qualitatives, et elles ont été réalisées en Iran, donc dans une culture différente. De celles-ci, il ressort que l'estime de soi est reliée à la valeur accordée au fait d'être un étudiant infirmier, au niveau de professionnalisme perçu, au processus de socialisation en cours et à l'enthousiasme au sujet des études et de la profession (Zamanzadeh et al., 2016) ; et qu'elle est protégée par l'acquisition de connaissances, les modèles de rôle positifs, l'autonomie professionnelle, les croyances religieuses et le fait d'avoir choisi les soins infirmiers avec intérêt, comme une profession importante (Valizadeh et al., 2016).

Définitions et approches de l'estime de soi

La littérature théorique mentionne des définitions de l'estime de soi nombreuses et variées, ce qui complexifie la compréhension de ce concept. Les éléments communs des diverses définitions comprennent une description de sa propre personne et/ou la réaction à cette description, parfois par comparaison avec un idéal. Ces définitions mettent en avant, selon les cas, une orientation plutôt cognitive, affective et/ou évaluative (Smelser, 1989, cité par Mruk, 2013b). Certains auteurs, cités ci-après, ajoutent une orientation comportementale, par leur description des conséquences de l'estime de soi sur les actions entreprises par l'individu.

Les définitions varient également selon qu'elles considèrent l'estime de soi plutôt comme un trait stable ou comme un état situationnel. Ainsi, Brown et Marshall (2006, cités par Nader-Grosbois & Fiasse, 2016) distinguent trois construits interreliés dans les termes utilisés, parfois avec confusion, pour évoquer l'estime de soi :

- *Global self-esteem* ou *Trait self-esteem* (estime de soi globale), référant à une variable relativement stable, correspondant à la façon dont la personne se sent généralement à propos d'elle-même ;
- *Feelings of self-worth* ou *State self-esteem* (sentiments d'estime de soi), référant aux réactions autoévaluatives de la personne aux événements ;
- *Self-evaluations* ou *Domain-specific self-esteem* (autoévaluations), référant à l'évaluation par la personne de ses caractéristiques et capacités dans divers domaines, dans une approche multidimensionnelle du soi.

Les conceptions de l'estime de soi proposées par divers auteurs peuvent également être classées en quatre grandes approches différant par l'origine de l'estime de soi : une approche unidimensionnelle basée sur la compétence, une approche unidimensionnelle basée sur la valeur, une approche bifactorielle (ou bidimensionnelle) et une approche multidimensionnelle, éventuellement hiérarchisée (Mruk, 2013b; Nader-Grosbois & Fiasse, 2016).

➤ *L'estime de soi comme sentiment de compétence*

William James (1890/1983), premier utilisateur du concept de l'estime de soi dans le champ de la psychologie, la définit comme le ratio entre les succès réels (le soi perçu) et les prétentions (le soi idéal). Les prétentions sont les aspirations, désirs, buts, espoirs, rêves de la personne dans les domaines qui ont du sens pour elle, qui sont reliés à son identité. Les succès dans les actions qui permettent d'atteindre ces prétentions déterminent l'estime de soi, vue comme la compétence de la personne, soit sa capacité à atteindre son but. Cela amène à voir l'estime de soi comme un trait assez stable, mais néanmoins dynamique puisqu'il peut évoluer et peut être modifié en augmentant les succès, en diminuant les prétentions ou en portant l'attention sur d'autres domaines d'importance où les compétences sont plus grandes (Mruk, 2013b). L'environnement social et la communication avec les autres interviennent dans la construction du soi (Nader-Grosbois & Fiasse, 2016).

D'autres auteurs proposent également une définition de l'estime de soi explicitement basée sur la compétence, tout en décrivant davantage les conséquences de cette estime de soi en termes de comportement. White (1959, 1963, cité par Mruk, 2013b) montre ainsi que certains individus choisissent de se comporter d'une manière qui augmente leur stress, par exemple en choisissant de relever des défis, afin d'augmenter leur compétence pour satisfaire un besoin de maîtrise et de respect de soi. Ces conséquences comportementales peuvent être délétères. Sur la base de l'idée de James que les sujets cherchent à maintenir, protéger et améliorer leur estime de soi en recherchant les succès et en évitant les échecs dans les domaines importants pour eux, Crocker et Park (2003, 2004, cités par Mruk, 2013b) constatent que certaines personnes peuvent être tellement obnubilées par le souhait du succès qu'elles en deviennent esclaves, menant à une estime de soi contingente (Crocker &

Wolfe, 2001). Ils décrivent le problème d'une poursuite de l'estime de soi telle que la personne recherche le succès et évite l'échec d'une manière qui peut s'avérer nuisible pour elle-même ou pour d'autres, comme dans le perfectionnisme poussé à l'excès.

Le fait de définir l'estime de soi prioritairement en termes de succès amène à considérer que la compétence individuelle dans les domaines d'importance pour le sujet est la clé de l'estime de soi, qui est spécifique à l'individu. L'avantage de cette approche est de connecter l'estime de soi aux besoins fondamentaux, à la motivation et à l'autorégulation, et de permettre la compréhension de certains comportements, y compris des comportements liés au côté sombre (*dark side*) de l'estime de soi : recherche effrénée du succès, vulnérabilité à l'échec, comportement défensif face à une menace (Mruk, 2013b).

➤ *L'estime de soi comme sentiment de valeur*

Rosenberg (1965) décrit l'estime de soi comme une attitude envers soi-même, un sentiment à propos de sa propre valeur en tant que personne. Cela donne à l'estime de soi une nature principalement affective, et accorde moins d'importance au comportement et à ses résultats. Une attitude peut être mesurée par des échelles, ce qui permet de comparer des populations ou d'établir des corrélations. Rosenberg a développé l'outil le plus utilisé pour mesurer le niveau d'estime de soi (Mruk, 2013b; Tafarodi & Swann, 1995), qui comprend des items positifs et des items négatifs (Greenberger et al., 2003). L'échelle de Coopersmith, bien qu'explorant différents aspects de l'estime de soi, est un autre exemple d'échelle fournissant un score global unidimensionnel ainsi qu'une échelle mesurant les réponses défensives (Potard, 2017).

Tout en gardant une approche basée sur la valeur, d'autres conceptions développent davantage les conséquences de l'estime de soi sur le comportement. Epstein (1985, cité par Mruk, 2013b) lui donne un rôle crucial dans la régulation du comportement, vu son importance pour l'identité du sujet. La théorie du « sociomètre » de Leary et Down (Famose & Bertsch, 2009) montre comment elle peut gouverner les comportements sociaux. L'approche de l'estime de soi comme valeur donne à l'estime de soi des implications motivationnelles émotionnelles et sociales.

Le côté sombre de l'estime de soi dans cette approche est visible lorsque celle-ci est poussée à l'extrême, sans rien pour l'équilibrer ; il est discuté par Baumeister et autres (2003). En définissant l'estime de soi purement comme la valeur accordée par la personne à elle-même, l'évaluation de celle-ci ne dépend plus d'aucun critère, et une haute estime de soi peut être associée à des phénomènes négatifs tels que l'égotisme, le narcissisme excessif ou l'agression.

En outre, l'approche de l'estime de soi comme une valeur manque de support empirique (Mruk, 2013b). Des revues de littérature (Smelser, 1989 et Emler, 2001

cités par Mruk, 2013b) ont montré que les associations entre l'estime de soi et ses conséquences attendues sont contradictoires, insignifiantes ou absentes ; et Baumeister et autres (2003) n'ont identifié qu'un seul lien véritablement significatif, celui entre estime de soi et bonheur.

➤ *L'estime de soi bifactorielle*

L'approche bifactorielle implique une relation entre compétence et valeur pour définir l'estime de soi. Branden (1969, cité par Mruk, 2013b) la définit comme la double conviction qu'on est compétent et qu'on mène une vie de valeur. L'être humain a un besoin fondamental de se sentir de la valeur, mais ne peut atteindre ce but qu'en agissant de manière compétente lors des prises de décision, spécialement face aux défis de vie. Puisque la prise de décision est une situation fréquente dans la vie, l'estime de soi est une ressource psychologique précieuse qui peut être gagnée ou perdue, et qui doit être gérée tout au long de la vie. Un comportement compétent doit être relié à des actions de valeur pour influencer l'estime de soi. Le modèle de Branden est toutefois plus philosophique qu'empirique (Mruk, 2013b).

D'autres auteurs s'inscrivent dans cette approche. Tafarodi et Swann (1995) considèrent deux facteurs pour l'évaluation de l'estime de soi, l'expérience d'être globalement acceptable ou rejetable (*self-liking*) et celle d'être globalement fort ou faible (*self-competence*). Ces deux facteurs doivent être considérés ensemble pour décrire l'estime de soi. Mruk (2013a, 2013b) décrit en outre comment ces facteurs, qu'il nomme *competence* et *worthiness*, peuvent interagir. Gecas (1971, 1982, cité par Mruk, 2013b) a montré que deux facteurs influencent, en interaction mutuelle, l'estime de soi des adolescents : l'accomplissement personnel et l'approbation ou l'acceptation parentale.

➤ *L'estime de soi multidimensionnelle*

Dans les approches appartenant à cette catégorie, la personne autoévalue ses compétences dans divers domaines d'activité relativement indépendants ; chaque évaluation dépend de la valeur accordée par la personne à chaque domaine et l'estime de soi représente une somme de ces évaluations (Nader-Grosbois & Fiasse, 2016). Selon la perspective développementale de Harter (1983, 1989, 2003, cité par Nader-Grosbois & Fiasse, 2016), l'importance des domaines change avec l'âge, mais il identifie des domaines récurrents, à savoir les compétences cognitives, scolaires, académiques, intellectuelles (soi cognitif), les compétences physiques, athlétiques, sportives et l'apparence physique (soi physique), l'acceptation sociale par les pairs (soi social) et la moralité des conduites (soi comportemental). Harter a créé des outils d'évaluation multidimensionnels applicables à chaque période développementale (Nader-Grosbois & Fiasse, 2016). O'Brien et Epstein ont proposé une mesure de l'estime de soi nommée *Multidimensional Self-Esteem Inventory* (Mruk, 2013b).

Les différentes dimensions de l'estime de soi sont parfois décrites comme organisées de manière hiérarchisée : Shavelson et autres (1976) décrivent un concept de soi organisé, multidimensionnel (scolaire, reprenant diverses disciplines, et non scolaire, reprenant social, émotionnel, physique), hiérarchique, stable, développemental et différenciable. L'impact de chaque domaine sur l'estime de soi globale dépend de l'importance accordée par la personne à chaque domaine. L'Écuyer (1978, cité par Nader-Grosbois & Fiasse, 2016) distingue le soi matériel (divisé en soi somatique et soi possessif, chacun étant encore subdivisé), le soi personnel (image de soi et identité de soi), le soi adaptatif (valeur de soi et activités du soi), le soi social (préoccupations-attitudes sociales et référence à la sexualité) et le soi-non-soi (références aux autres et opinions des autres). Duclos (1997, 2004, cité par Nader-Grosbois & Fiasse, 2016) décrit les composantes du sentiment de confiance (sécurité physique et psychologique), du sentiment d'appartenance (faire partie d'un groupe), du sentiment de connaissance de soi (conscience de ses habiletés et qualités personnelles menant progressivement à un sentiment d'identité) et du sentiment de compétence (selon les objectifs personnels fixés dans divers domaines).

Choix du cadre théorique : l'approche bifactorielle de l'estime de soi de Christopher Mruk

L'approche proposée par Mruk correspond aux interpellations qui fondent cette thèse, c'est-à-dire reliant les dimensions affectives et cognitives nécessaires à l'apprentissage. Elle touche à la compétence, qui en est un des constats, et évoque des comportements défensifs, également observés parmi les étudiants infirmiers.

Une définition de l'estime de soi basée sur un seul facteur peut entraîner des effets négatifs (Mruk, 2008). Par exemple, une définition basée uniquement sur la compétence peut entraîner une forme de contingence et de dépendance au succès, ou un perfectionnisme excessif. Une définition uniquement basée sur la valeur en tant que personne, surtout si cette valeur n'est pas reliée à une forme de mérite, peut mener à une fierté excessive, une centration sur soi, un narcissisme excessif, etc. ; ou à des approches encourageant par exemple des compliments non fondés. C'est pourquoi il est important d'équilibrer ces deux facteurs et d'en comprendre l'interaction dans la vision d'une estime de soi saine. L'approche bifactorielle de l'estime de soi a aussi l'avantage de réconcilier ou d'intégrer les dimensions cognitive/évaluative et affective de l'estime de soi (Mruk, 2013a). Pensée et sentiments sont souvent présents ensemble, et cette approche permet d'inclure une évaluation de ses compétences, une réaction affective à sa valeur, et un lien avec les comportements qui en découlent, comportements visant l'autoprotection ou l'autoexpansion.

La définition existentielle de l'estime de soi proposée par Mruk (2013b) est « **l'état expérimenté au cours du temps de se sentir compétent en faisant face aux défis de vie d'une manière qui ait de la valeur** » (trad. libre). Chaque composant peut en être précisé :

- L'état (*status*) concerne un état d'être, soit quelque chose qui est présent, raisonnablement stable et néanmoins ouvert au changement lors des *moments d'estime de soi*, situations où des valeurs personnelles importantes (*thèmes d'estime de soi*) sont mises en jeu.
- Le caractère expérimenté (*lived*) précise l'état dans le sens où celui-ci est ancré dans le passé, vivace dans le moment et suit la personne dans le futur sous une forme ou une autre.
- La compétence fait souvent référence à la possession de capacités physiques, cognitives et sociales, mais elle est également un processus qui implique la maîtrise et qui nécessite du temps et de la pratique. Elle comporte un sentiment d'efficacité dans une situation donnée.
- La valeur (*worth, worthy, worthiness*) montre que l'estime de soi ne se produit pas dans le vide mais est liée à la qualité des actions, à leur vertu, à ce qui est considéré comme juste et bon.
- La relation entre valeur et compétence est le cœur de l'estime de soi, selon l'analogie du carré : chacune occupe une place équivalente, mais c'est l'interaction des deux qui permet le tableau complet.
- Le temps est important car il est nécessaire pour développer une estime de soi stable et parce que l'estime de soi se développe et doit être gérée tout au long de la vie, chaque période de la vie réservant des défis auxquels il faut faire face.

On ne peut parler d'estime de soi dans la petite enfance, car celle-ci n'est pas encore constituée, le petit enfant n'ayant pas encore suffisamment de sens de l'identité ni d'habiletés cognitives avancées. Des éléments influencent toutefois, en particulier, la dimension valeur de la future estime de soi : il s'agit des valeurs de l'environnement, des attitudes parentales et, de manière générale, du fait d'être accepté et valorisé par les autres. La dimension compétence est plutôt influencée dans l'enfance moyenne, qui implique une évaluation constante des capacités motrices, sociales, intellectuelles, de la personnalité et du comportement. La classe, les camarades de jeu, le voisinage et les activités avec les pairs offrent de fréquentes occasions de comparaison en lien avec les standards externes (et en général moins « acceptants » que les parents dans la petite enfance) de la fratrie, des pairs, des enseignants et autres. Chaque année apporte de nouveaux défis et de plus hauts standards, ce qui représente autant d'occasions d'expérimenter succès et échecs. Avec le temps, des schémas se dégagent et l'individu se sent plus ou moins compétent en fonction des domaines. Selon l'importance accordée à chaque domaine se développe une estime de soi basique ou globale. À l'exception de l'apparence physique, qui reste importante tout au long de la vie, les domaines influençant l'estime de soi changent au cours du temps (Mruk, 2013b). C'est la qualité des actions du sujet qui détermine comment l'estime de soi évolue au cours du temps (Mruk, 2008).

Même si son estime de soi globale est constituée et stabilisée, l'adulte doit continuer à la développer et à la gérer, notamment lors de « **moments d'estime de soi** » où elle est spécialement influencée par des expériences de succès/échec ou d'acceptation/rejet. Ces moments commencent souvent avec une difficulté ordinaire de la vie de tous les jours ; difficulté qui mobilise chez l'individu des thèmes problématiques pour l'estime de soi qui ont commencé dans la petite enfance et qui sont restés non résolus (qui ont une résonance biographique). Un simple problème devient alors un défi existentiel, parce qu'y faire face exige de la personne qu'elle se confronte à une limitation personnelle qui a une longue histoire et/ou est très difficile. Ces situations ont à la fois une dimension immédiate et une dimension historique, et sont vécues douloureusement : une situation qui nécessite un certain degré de compétence et de valeur dans le présent (le conflit de surface) rouvre un conflit non résolu impliquant un défi plus profond du passé (le conflit source). Ces deux conflits ont une solution unique qui paraît clairement meilleure, plus mature et authentique, mais aussi plus difficile à mettre en œuvre à cause d'un manque historique douloureux de compétence et/ou de valeur (Mruk, 2013b). Ces situations impliquent en général des périodes où l'individu rencontre divers défis de vie, doit surmonter une peur, aller au-delà d'une limite personnelle, choisir l'action juste alors qu'elle est l'alternative la plus difficile (Mruk, 2010) ; elles sollicitent la compétence, la valeur ou, plus souvent, l'interaction des deux (Mruk, 2008), dans des domaines de vie qui sont importants pour l'individu, en particulier en termes d'identité, comme la réussite/l'échec dans un domaine important ou l'acceptation/le rejet par un groupe significatif (Mruk, 2013a). Cela reflète les quatre sources basiques d'estime de soi, à savoir les succès personnels, le fait d'avoir de l'influence, d'être accepté, et d'agir de manière vertueuse (Mruk, 2008). Pour Epstein (1979, cité par Mruk, 2013a), cela inclut des expériences de succès/échec dans des domaines importants pour la personne, et/ou des expériences d'acceptation/rejet par des personnes importantes pour celle-ci, des « autres significatifs ». D'autres auteurs ajoutent une notion de confrontation à une autre personne dans une relation de pouvoir (Mruk, 2013b). Ces circonstances sont proches de ce qui est vécu par les étudiants infirmiers, qui vivent fréquemment des évaluations et la nécessité d'intégrer une nouvelle équipe de soins et de s'y sentir acceptés, utiles et performants.

Outre l'avantage de réconcilier les deux facteurs qui constituent l'estime de soi, l'approche de Mruk a l'avantage d'en montrer les interrelations, considérant que l'expérience humaine est en général plus complexe et plus grande que la somme de ses parties (Mruk, 2013a). Il propose ainsi de représenter ces facteurs comme les axes internes d'un carré, l'interaction (ou l'équilibre dynamique) des deux indiquant si l'estime de soi est plutôt stable, qu'elle soit haute ou basse, ou défensive, s'il y a déséquilibre entre ces deux dimensions (Mruk, 2010, 2013b). Cette conception est représentée à la Figure 2.1 et décrit des profils d'estime de soi dépendant des relations entre les deux facteurs de l'estime de soi. Les caractéristiques associées à chacun de ces profils sont détaillées ci-dessous.

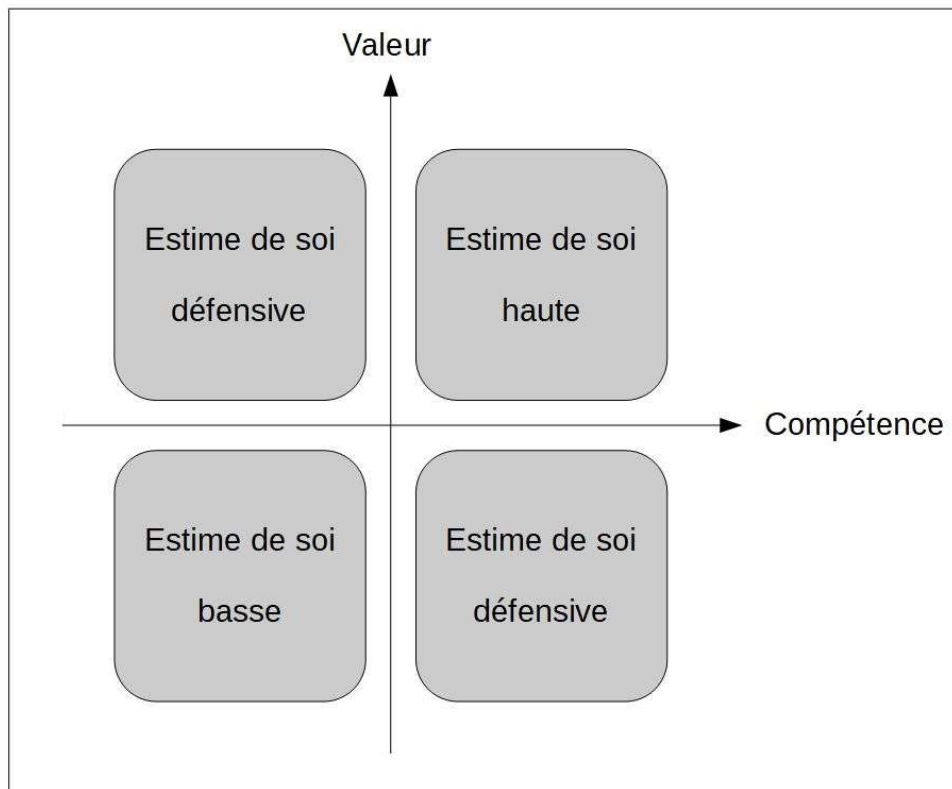


Figure 2.1 : Matrice de signification de l'estime de soi
(Adapté de Mruk, 2013b avec son autorisation)

Dans le cas de figure d'**estime de soi haute**, l'individu a des degrés positifs de compétence et de valeur. Il se sent bien avec lui-même en général, a le sentiment d'être acceptable et accepté dans ses relations avec les autres, se sent relativement en sécurité, est raisonnablement satisfait de sa vie. Puisqu'il se sent compétent pour gérer ce genre de défis, il est ouvert aux nouvelles expériences, peut s'engager dans une prise de risque nécessaire pour l'expansion du soi, gère les problèmes relationnels plutôt que de les éviter, et a souvent du succès en général. Il s'agit d'une situation assez stable grâce à la synergie entre les deux facteurs qui, non seulement, joue un rôle de tampon contre le stress mais, également, facilite le développement personnel, la croissance des relations, l'expansion du soi et un bien-être global. Aucune des caractéristiques négatives du « côté obscur » de l'estime de soi ne peut être présente dans ce quadrant, ce qui montre l'homogénéité de cette description de l'estime de soi. L'estime de soi n'y est jamais un problème, les problèmes étant issus d'un déséquilibre entre se sentir bien vis-à-vis de soi et mériter ce sentiment à travers la confrontation aux défis de vie de manière compétente et vertueuse. Il s'agit d'un état raisonnablement stable, associé aux résultats positifs et désirables d'une bonne estime de soi. La majorité de la population se situe dans ce quadrant, dans ses deux tiers inférieurs (Mruk, 2013b).

Les caractéristiques positives habituellement associées à l'estime de soi haute sont la fonction de maintenance de l'estime de soi, l'action comme un tampon contre le stress, l'engagement dans des réponses adaptatives, la fonction d'amélioration de l'estime de soi, le bonheur, les qualités hédoniques, la performance, la capacité à résoudre des problèmes, en particulier dans des conditions qui requièrent l'initiative et la persévérance, l'extraversion, l'autonomie, l'authenticité, des phénomènes relationnels positifs, un meilleur comportement éducationnel, un plus grand intérêt à son propre bien-être et à sa santé, ainsi que des bénéfices à long terme tels qu'une croissance du fonctionnement socioémotionnel et une moindre mortalité (Mruk, 2013b).

L'**estime de soi basse** implique à la fois un manque de compétence (perçu ou réel) et un manque de valeur (perçu ou réel). Dans ce cas, la capacité de l'estime de soi à agir comme tampon face au stress est diminuée, et l'autoprotection devient prioritaire par rapport à l'expansion du soi. Ceci peut résulter en un niveau plus élevé de prudence, des pensées négatives, de la timidité, de la dépendance, de l'anxiété et de la dépression. S'agissant d'une situation d'équilibre entre les deux axes, c'est un sentiment assez stable. Ceci s'explique par le fait qu'un faible sentiment de confiance ou d'efficacité résulte en une capacité réduite à faire face à des défis, et en un entretien de la situation par des comportements autohandicapants, l'évitement de la perte, la sensibilité au rejet et l'acceptation de moindres niveaux de satisfaction dans les relations (Mruk, 2013b).

L'estime de soi basse a été la plus étudiée, et est associée à des affects et comportements négatifs tels que l'hypersensibilité, l'instabilité, la faible conscience de soi, le manque de confiance en soi, l'hypervigilance, l'absence de prise de risque, la dépression, le pessimisme, la solitude et l'aliénation ; ainsi qu'à des stratégies d'autoprotection inefficaces telles que l'évitement de la prise de risque, l'importance excessive accordée à ses propres défauts, la minimisation de l'attention à soi-même. Les individus à basse estime de soi montrent une identité personnelle peu claire, entraînant une plus grande sensibilité aux indices sociaux concernant le soi. Leurs styles de présentation de soi sont protectifs, prudents et conservateurs. Ils ont plus vite tendance à s'engager dans des pensées négatives sur eux-mêmes en généralisant à l'excès les erreurs et événements négatifs et en résistant aux informations positives sur eux-mêmes. Enfin, l'estime de soi basse est liée à plus de 20 maladies mentales dont les désordres de l'humeur, la dépression, l'anxiété, les désordres alimentaires, les dysfonctionnements sexuels, la honte pathologique, les tentatives de suicide et plusieurs désordres de la personnalité (Mruk, 2013b).

La recherche décrit par ailleurs des personnes qui ont l'air d'avoir une estime de soi élevée à première vue mais se révèlent avoir plutôt une estime de soi faible, contingente, voire contingente aux relations, instable, fragile, avec un côté sombre, que Mruk appelle une **estime de soi défensive**. Cette situation provient d'un déséquilibre entre les deux facteurs à l'origine de l'estime de soi.

Avec une estime de soi défensive basée sur la valeur (valeur positive et compétence négative), la personne est vulnérable à tout ce qui l'oblige à faire face à ses déficiences personnelles, et très dépendantes de l'acceptation, qu'elle ne peut absolument pas perdre puisque son estime de soi dépend entièrement d'elle.

Dans l'estime de soi défensive basée sur la compétence (compétence positive et valeur négative), le profil est inverse et la personne est vulnérable à toutes les marques de rejet, et très dépendante de ses succès.

Ces deux types d'estime de soi défensive peuvent rendre la personne vulnérable, hypervigilante et prête à se défendre. En outre, les deux types sont instables, cela signifie qu'ils sont extrêmement variables selon les situations, ce qui peut amener à un passage de l'un à l'autre très rapide sous certaines conditions (Mruk, 2013b). Ces comportements défensifs peuvent affecter la performance, les relations ou la personnalité (Mruk, 2013a).

Dans la réalité, l'estime de soi étant à la fois un trait et un état, elle n'est pas représentée par un point sur la matrice mais plutôt par une aire, montrant les fluctuations possibles et pouvant déborder les limites vers plusieurs types ou niveaux (Mruk, 2013b).

L'approche bifactorielle de Mruk permet : (1) d'expliquer certains résultats incohérents dans la recherche sur l'estime de soi, grâce à la description de profils défensifs moins stables et menant à des comportements inadaptés ; (2) d'explorer des facteurs (sentiment de valeur et sentiment de compétence) potentiellement impactés par la formation en soins infirmiers, tout en évitant d'explorer d'autres facteurs (soi physique, familial, etc.) ; (3) de relier ces facteurs et les comportements qui en découlent ; et (4) d'expliquer qu'un construit relativement stable puisse évoluer durant les études.

Questions restant sans réponse

La profession infirmière est un pilier du système des soins de santé et, à ce titre, avoir des infirmiers compétents et épanouis dans leur profession est un élément permettant de contribuer à la qualité des soins, à la santé de la population et à la pérennité du système de soins de santé. Cependant, la profession infirmière est actuellement en crise, crise qui se marque par un abandon de la profession, un turnover important impactant la capacité des professionnels à développer une expertise, des burnouts et leurs conséquences délétères sur la qualité des soins, etc.

Cette crise se marque dès la formation initiale, qui souffre d'un manque d'attractivité et d'un haut taux d'échec et d'abandon. La littérature montre que les étudiants infirmiers sont en souffrance, avec également un taux élevé de risque de burnout académique, et se perçoivent et sont perçus comme insuffisamment compétents au niveau clinique. Or la formation initiale est un des facteurs supposés permettre de disposer d'infirmiers compétents et épanouis.

Si le développement des compétences passe par un travail cognitif, il est également influencé par la dimension affective. Il faut en effet être suffisamment serein que pour

être cognitivement disponible à l'apprentissage. L'estime de soi, en particulier, interviendrait potentiellement dans cette dimension, dans l'engagement et la motivation des étudiants, dans leur capacité à développer et mettre en œuvre une pensée critique, et *in fine* dans leur apprentissage et le développement de leurs compétences ; elle serait centrale dans la formation des infirmiers.

L'estime de soi des étudiants infirmiers est un sujet souvent exploré dans la littérature scientifique, ce qui marque son importance pour les acteurs du domaine. Cependant, les résultats très variables, voire contradictoires, des études ne permettent pas d'avoir une idée claire de son état actuel. En outre, beaucoup d'études ont été réalisées en Asie ou dans des pays aux systèmes d'éducation et de santé très différents, ce qui limite notre compréhension de la situation belge. Enfin, s'il y a de nombreuses études utilisant des méthodes quantitatives pour associer l'estime de soi à d'autres facteurs ou pour mesurer l'effet, souvent à court terme, d'une intervention ou d'un dispositif pédagogique sur l'estime de soi des étudiants infirmiers, les processus amenant à l'évolution de celle-ci durant les études sont peu décrits, et le lien potentiel avec l'apprentissage et le développement de la compétence clinique est peu exploré.

Un cadre théorique clair est important pour explorer un concept de manière cohérente et pertinente, surtout dans le cas de l'estime de soi qui est un champ qui souffre d'une multiplicité de définitions et conceptions. L'approche bifactorielle de Christopher Mruk, qui décrit l'estime de soi comme la relation entre le sentiment de compétence et le sentiment de valeur, est propice à étudier l'estime de soi des étudiants infirmiers, car elle est scientifiquement solide et à même de permettre l'exploration des situations rencontrées par ces étudiants. Cette approche promeut une description intégrative, reprenant l'exploration phénoménologique et la vérification que les résultats obtenus par cette approche sont compatibles avec les résultats obtenus dans des études aux méthodes quantitatives. C'est l'approche qui a été retenue pour tenter de répondre aux **questions de recherche** (QR) suivantes, dans le contexte de la formation du bachelier en Fédération Wallonie-Bruxelles :

- QR1 : Quelle est l'estime de soi des étudiants infirmiers au début de la formation, et comment celle-ci évolue-t-elle durant les études ?
- QR2 : Quels sont les facteurs qui influencent l'estime de soi des étudiants infirmiers ?
- QR3 : Y a-t-il une influence de la formation sur l'estime de soi et si, oui, quelle en est la dynamique ?
- QR4 : Y a-t-il une interaction entre estime de soi et développement de la compétence clinique et, si oui, quelle en est la dynamique ?

Ces questions ont été traitées dans le contexte de l'enseignement supérieur en Belgique francophone, contexte qui mérite d'être resitué ci-après.

Formation initiale des infirmiers en Belgique francophone

La profession infirmière est réglementée au niveau européen, dans le contexte de la libre circulation des travailleurs. La Directive européenne 2005/36/EC, adaptée par la Directive 2013/55/UE⁶, prévoit au minimum 4600 heures de formation, dont un minimum de 2300 heures de stages en contact direct avec la personne soignée, et un minimum de 1534 heures de formation théorique. Cette directive décrit également huit compétences. Toutes ces exigences ont été transposées dans le droit belge, dans la Loi coordonnée du 10 mai 2015 sur l'exercice des professions des soins de santé (L. Bruyneel et al., 2019).

La formation initiale est organisée dans deux filières : une filière de niveau bachelier (Cadre Européen de Certification⁷ [CEC] 6, 240 crédits), organisée dans les Hautes Écoles et par l'Enseignement de Promotion Sociale, et une filière de l'enseignement secondaire du quatrième degré (CEC 5), organisée dans des écoles spécifiques et par l'Enseignement de Promotion Sociale. Toutes les formations organisées au niveau supérieur sont « Euromobiles », c'est-à-dire qu'elles répondent aux exigences de la Directive européenne. En Fédération Wallonie-Bruxelles et en Communauté germanophone, la filière de l'enseignement secondaire est Euromobile, ce qui n'est pas le cas de la formation flamande (L. Bruyneel et al., 2019).

Dans l'enseignement de plein exercice, la durée de la formation est de quatre ans pour le bachelier, de trois ans et demi pour le brevet francophone ou germanophone, et de trois ans pour la formation de niveau secondaire néerlandophone (L. Bruyneel et al., 2019). En promotion sociale, ces durées sont allongées vu l'organisation de l'enseignement avec un horaire adapté.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'enseignement supérieur est organisé par le Décret dit « Paysage » (2013). Ce décret organise les études supérieures sous forme de blocs de 60 crédits, correspondant à une année académique. Chaque année, l'étudiant constitue son programme annuel d'études en sélectionnant les unités d'enseignement (cours) non validées les années antérieures, et en y ajoutant de nouvelles unités d'enseignement pour un total de minimum 60 crédits (avec une situation différente pour les étudiants de la cohorte débutante). Cette organisation implique que chaque étudiant ait un programme annuel différent, et que les étudiants ne soient plus reliés à une année d'études, puisque leur programme d'une année académique peut comprendre des unités d'enseignement issues de divers blocs. Une proportion minimale de crédits validés est nécessaire pour que l'étudiant puisse se réinscrire l'année suivante, à savoir 75% des crédits inscrits au

⁶ Directive 2013/55/UE du Parlement Européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive - 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

⁷ La description des niveaux du CEC est disponible sur <https://europa.eu/europass/fr/description-eight-ecf-levels>

programme de l'étudiant, ou 50% des crédits sur les trois années précédentes, avec des adaptations liées à la première année d'études et à la crise COVID-19⁸.

L'ARES, instituée par le Décret Paysage (2013), gouverne les formations proposées dans l'enseignement supérieur francophone. Pour le Bachelier : Infirmier Responsable de Soins Généraux, elle a édicté un référentiel de six compétences correspondant aux compétences belges et européennes, et un programme minimal sous forme de mots-clés devant être présents dans le descriptif des unités d'enseignement.

Références

- Abbas, R. H., & Rishaq, S. K. (2018). Self-Esteem and its relation with academic achievement of 3rd and 4th class students of nursing colleges in the South of Iraq. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 9(8), 1080–1085. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2018.00874.4>
- Abdulghani, A. H., Almelhem, M., Basmaih, G., Alhumud, A., Alotaibi, R., Wali, A., & Abdulghani, H. M. (2020). Does self-esteem lead to high achievement of the science college's students? A study from the six health science colleges. *Saudi Journal of Biological Sciences*, 27(2), 636–642. <https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2019.11.026>
- Aeamla-Or, N. (2015). *The Effect of Mindfulness-based Stress Reduction on Stress, Depression, Self-esteem and Mindfulness in Thai Nursing Students: A Randomised Controlled Trial*. University of Newcastle.
- Aloba, O., Olabisi, O., Ajao, O., & Aloba, T. (2017). The Beck Hopelessness Scale: Factor structure, validity, and reliability in a non-clinical sample of student nurses in South-western Nigeria. *Journal of Behavioral Health*, 6(1), 58–65. <https://doi.org/10.5455/jbh.20161022032400>
- Amr, M., El-Gilany, A. H., El-Moafee, H., Salama, L., & Jimenez, C. (2011). Stress among Mansoura (Egypt) baccalaureate nursing students. *Pan African Medical Journal*, 8(26).
- Arthur, D. (1995). *Measurement of the professional self- concept of nurses : developing a measurement*. *March*, 328–335.
- Arthur, D., & Randle, J. (2007). The Professional Self-Concept of Nurses: a Review of the Literature from 1992-2006. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 60–64.
- Augusto Landa, J. M., López-zafra, E., Aguilar-Luzón, M. del C., & Fe Salguero De Ugarte, M. (2009). Predictive validity of Perceived Emotional Intelligence on nursing students' self-concept. *Nurse Education Today*, 29(7), 801–808. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.04.004>
- Bachi, D. M., & Kadhim, N. S. (2021). Loneliness and Self-esteem among Nursing College Students at Basra University. *Bahrain Medical Bulletin*, 43(4), 705–708.
- Badr, O. E.-S., Abdelaal, H. M., & Rushdan, E. E. (2022). Internet addiction, self-directed

⁸ Ces règles étaient en vigueur au moment de la thèse, mais seront modifiées dès l'année académique 2022-2023.

learning, and Self-esteem among nursing students during COVID 19 Pandemic. *Egyptian Journal of Health Care*, 13(1), 349–364.

- Batmaz, M., Kendirkiran, G., & Kavurucu, Ö. (2022). The effects of the education received by nursing students on their self-esteem and emotional intelligence: A 4-year longitudinal study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2022, 1–11. <https://doi.org/10.1111/ppc.13035>
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1–44. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
- Begley, C. M., & White, P. (2003). Irish nursing students' changing self-esteem and fear of negative evaluation during their preregistration programme. *Journal of Advanced Nursing*, 42(4), 390–401.
- Bo Ram, C., & Junglm, K. (2019). Relationship between Critical Thinking Disposition, Self-efficacy, Self-esteem and Optimism of Nursing Students. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 10(11), 4615–4621. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2019.04335.3>
- Brando-Garrido, C., Montes-Hidalgo, J., Limonero, J. T., Gomez-Romero, M. J., & Tomas-Sabado, J. (2020). Relationship of academic procrastination with perceived competence, coping, self-esteem and self-efficacy in nursing students. *Enferm Clin*, 30(6), 398–403. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.07.012>
- Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, W. (2019). Belgium. In A. M. Rafferty, R. Busse, B. Zander-Jentsch, W. Sermeus, & L. Bruyneel (Eds.), *Strengthening Health Systems Through Nursing: Evidence from 14 European Countries* (Halth Poli, pp. 3–16). Worl Health Organization.
- Bryer, J., Peterson-graziouse, V., & Nikolaidou, M. (2015). Self-esteem and self-efficacy as predictors of attrition in RN-BS completion students : A descriptive correlational study. *Teaching and Learning in Nursing*, 10(1), 30–34. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2014.08.004>
- Burgess, G. R. (1982). The Self-Concept of Undergraduate Nursing Students in Relation to Clinical Performance and selected Biographical Variables (Part II). In S. J. Redfern, A. R. Sisson, J. F. Walker, & P. A. Walsh (Eds.), *Issues in Nursing Research: Papers from the 22nd annual conference of the Royal College of Nursing Research Society* (pp. 219–230). Macmillan Education UK. https://doi.org/10.1007/978-1-349-06200-3_13
- Burnard, P., Hebden, U., & Edwards, D. (2001). Self-esteem and student nurses: An account of a descriptive study. *Nursing and Health Sciences*, 3, 9–13.
- Cha, N. H., & Sok, S. R. (2014). Depression , self-esteem and anger expression patterns of Korean nursing students. *International Nursing Review*, 61, 109–115.
- Chaves Parillo, J. R., & Peralta Gomez, R. Y. (2019). Estrés académico y autoestima en estudiantes de enfermería, Arequipa-Perú (Academic stress and self-esteem in

- nursing students, Arequipa-Peru). *Revista de Ciencias Sociales*, XXV(1), 384–399.
<https://doi.org/10.31876/rcs.v25i1.29629>
- Cho, M. K., & Kim, M. Y. (2021). Factors Influencing SDL Readiness and Self-Esteem in a Clinical Adult Nursing Practicum after Flipped Learning Education: Comparison of the Contact and Untact Models. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041521>
- Clark, C. C. (2008). *Classroom Skills for Nurse Educators*. Jones and Bartlett.
<https://doi.org/10.2307/3462355>
- Crary, P. (2013). Beliefs, behaviors, and health of undergraduate nursing students. *Holistic Nursing Practice*, 27(2), 74–88.
<https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e318280f75e>
- Crocker, J., & Wolfe, C. T. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review*, 108(3), 593–623. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.3.593>
- Décret du 7 novembre 2013 définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études. (2013). Moniteur Belge.
https://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/39681_056.pdf
- Dimitriadou-Panketa, A., Koukourikos, K., & Pizirtzidou, E. (2014). The Concept of Self-Esteem in Nursing Education and its Impact on Professional Behaviour. *International Journal of Caring Sciences*, 7(1), 6–11.
- Edwards, D., Burnard, P., Bennett, K., & Hebden, U. (2010). A longitudinal study of stress and self-esteem in student nurses. *Nurse Education Today*, 30(1), 78–84.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.06.008>
- El-wahab, S. D. A., & Eita, L. H. (2015). Impact of counseling on self-esteem and anxiety levels among nursing students. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(6), 106–113. <https://doi.org/10.5430/jnep.v5n6p106>
- Ellis, L. S. (1980). An Investigation of Nursing Student Self-Concept Levels: A Pilot Survey. *Nursing Research*, 29(6), 389–390.
- Famose, J.-P., & Bertsch, J. (2009). *L'estime de soi : une controverse éducative*. PUF.
- Farid, A., Kaleybar, R. H., Ghobadi, L., & Mousavi, S. R. (2017). Prediction of Students' Attitudes toward Euthanasia Using Their Religious Orientation, Self-Esteem and Death Anxiety. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 4(3), 2–7.
- Feng, D., Kong, W., Zhao, W., Li, Z., & Wang, L. (2019). The mediating role of perceived prejudice in the relationship between self-esteem and psychological distress among Chinese male nursing students. *Journal of Professional Nursing*, May, 0–1.
<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.05.003>
- Ferreira Furegato, A. R., Ferreira Santos, J. L., & da Silva, E. C. (2008). Depression among nursing students associated to their self-esteem, health perception and interest in mental health. *Rev Latino-Am Emfermagem*, 16(2), 198–204.
- Gammon, J., & Morgan-Samuel, H. (2005). A study to ascertain the effect of structured

- student tutorial support on student stress, self-esteem and coping. *Nurse Education in Practice*, 5, 161–171. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2004.09.003>
- Go, M. (1988). *Changes in self-esteem and professional competence in registered nurse graduates of a baccalaureate nursing program: a longitudinal study*. University of Maryland College Park.
- Gomes Lima, B. V. de B., Pedrosa Trajano, F. M., Chaves Neto, G., Santos Alves, R., Alves Farias, J., & Fernandes Braga, J. E. (2017). Evaluation of Anxiety and Self-Esteem in Students Concluding the Nursing Graduation Course. *Journal of Nursing-Revista de Enfermagem - UFPE On Line*, 11(11), 4326–4333. <https://doi.org/10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201708>
- Greenberger, E., Chen, C., Dmitrieva, J., & Farruggia, S. P. (2003). Item-wording and the dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale: do they matter? *Personality and Individual Differences*, 35, 1241–1254.
- Gurdogan, E. P., Uslusoy, E. C., Kurt, S., & Yasak, K. (2016). Comparison of the Self Esteem and Communication Skills at the 1st and Senior Year Nursing Students. *International Journal of Caring Sciences*, 9(2), 496–502.
- Hallsten, L., Rudman, A., & Gustavsson, P. (2012). Does Contingent Self-Esteem Increase During Higher Education? *Self and Identity*, 11(2), 223–236. <https://doi.org/10.1080/15298868.2010.544872>
- Hughes, L. C., Romick, P., Sandor, M. K., Phillips, C. A., Glaidster, J., Levy, K., & Rock, J. (2003). Evaluation of an Informal Peer Group Experience on Baccalaureate Nursing Students' Emotional Well-Being and Professional Socialization. *Journal of Professional Nursing*, 19(1), 38–48. <https://doi.org/10.1053/jpnu.2003.9>
- Hughes, O., Wade, B., & Peters, M. (1991). The Effects of a Synthesis of Nursing Practice Course on Senior Nursing Students' Self-Concept and Role Perception. *Journal of Nursing Education*, 30(2), 69–72.
- Iacobucci, T. A., Daly, B. J., Lindell, D., & Griffin, M. Q. (2012). Professional values, self-esteem, and ethical confidence of baccalaureate nursing students. *Nursing Ethics*, 20(4), 479–490. <https://doi.org/10.1177/0969733012458608>
- İlhan, N., Sukut, Ö., Utaş Akhan, L., & Batmaz, M. (2016). Nurse Education Today The effect of nurse education on the self-esteem and assertiveness of nursing students: A four-year longitudinal study. *Nurse Education Today*, 39, 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.12.026>
- Jeong, Y. (2019). Enhancing the professional self-concept of nursing students: A qualitative content analysis. *International Journal of Learning, Teaching and Educational Research*, 18(9), 170–182. <https://doi.org/10.26803/ijlter.18.9.9>
- Jirdehi, M. M., Asgari, F., Tabari, R., & Leyli, E. K. (2018). Study the relationship between medical sciences students' self-esteem and academic achievement of Guilan university of medical sciences. *Journal of Education and Health Promotion*, 7(52), 1–12. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_136_17
- Karaca, A., Yildirim, N., Cangur, S., Acikgoz, F., & Akkus, D. (2019). Relationship between

- mental health of nursing students and coping, self-esteem and social support. *Nurse Education Today*, 76, 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.01.029>
- Karagözoglu, S., Kahve, E., Koç, O., & Adamisoglu, D. (2008). Self-esteem and assertiveness of final year Turkish university students. *Nurse Education Today*, 28, 641–649. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.09.010>
- Kargin, M., Aytıp, S., Hazar, S., & Yüksekol, Ö. D. (2021). The relationship between gender role stress and self-esteem in students of faculty of health sciences. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 363–370. <https://doi.org/10.1111/ppc.12605>
- Kim, J. (2018). Factors influencing nursing students' empathy. *Korean Journal of Medical Education*, 30(3), 229–236. <https://doi.org/10.3946/kjme.2018.97>
- Kim, M. Y., & Park, S. (2018). Associations of stress, self-esteem, and collective efficacy with flow in simulation among nursing students: A descriptive cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 71, 193–197. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.033>
- Kim, Mijin, & Moon, W. (2021). Mediating Effect of Self-Esteem on Stress-Induced Depression of Korean Nursing Students. *Annals of R.S.C.B.*, 25(1), 1193–1202. <http://annalsofrscb.ro>
- Kim, Miyoung, & Park, S.-Y. (2011). Factors Affecting the Self-directed Learning of Students at Clinical Practice Course for Advanced Practice Nurse. *Asian Nursing Research*, 5(1), 48–59. [https://doi.org/10.1016/S1976-1317\(11\)60013-3](https://doi.org/10.1016/S1976-1317(11)60013-3)
- Klug, C. (1989). Changes in Self-Concept During Baccalaureate Nursing Education. *Nurse Educator*, 14(2), 7, 11.
- Kupcewicz, E., Grochans, E., Mikla, M., Kadučáková, H., & Jóźwik, M. (2020). Role of global self-esteem in predicting life satisfaction of nursing students in Poland, Spain and Slovakia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155392>
- Lee, Y. J., & Ahn, S. Y. (2019). The influence of nursing students' self-esteem on depression: Mediation effect of rejection sensitivity. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 10(11), 4287–4293. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2019.04282.7>
- Lees, S., & Ellis, N. (1990). The design of a stress-management programme for nursing personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 946–961.
- Lewis, J., Bentley, C., & Sawyer, A. (1980). The Relationship Between Selected Personality Traits and Self-Esteem Among Female Nursing Students. *Educational and Psychological Measurement*, 40, 259–260.
- Lin, Y.-R., Shiah, I., Chang, Y.-C., Lai, T.-J., Wang, K.-Y., & Chou, K.-R. (2004). Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Education Today*, 24, 656–665. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2004.09.004>
- Lo, R. (2002). A longitudinal study of perceived level of stress, coping and self-esteem of undergraduate nursing students: an Australian case study. *Journal of Advanced*

Nursing, 39(2), 119–126.

- Lopes Chaves, E. C., Prado Simao, T., Siqueira de Oliveira, I., Prado de Souza, I., Hollanda lunes, D., & Alves Nogueira, D. (2013). Assessment of nursing students' self-esteem at a university in the South of Minas Gerais (Brazil). *Invest Educ Enferm*, 31(2), 261–269.
- McLaughlin, K., Moutray, M., & Muldoon, O. T. (2008). The role of personality and self-efficacy in the selection and retention of successful nursing students: A longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 211–221.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04492.x>
- Mendes, P. R., de Araújo, A. T., Bastos, P. B. V., Neuhauss, E., Monteiro, L. Z., & Rauber, S. B. (2021). Perceived self-esteem, resilience and stress of students entering a nursing degree. *Acta Scientiarum - Health Sciences*, 43(2010), 1–6.
<https://doi.org/10.4025/ACTASCIHEALTHSCI.V43I1.55004>
- Mohamed, S. M., & Mostafa, M. H. (2020). Impact of smartphone addiction on depression and self-esteem among nursing students. *Nursing Open*, 7(5), 1346–1353. <https://doi.org/10.1002/nop2.506>
- Mruk, C. J. (2008). *The Psychology of Self-Esteem : A Potential Common Ground for Humanistic Positive Psychology and Positivistic Positive Psychology*. 143–158.
<https://doi.org/10.1080/08873260802111176>
- Mruk, C. J. (2010). Integrated Description: A Qualitative Method for an Evidence-Based World. *The Humanistic Psychologist*, 38, 305–316.
<https://doi.org/10.1080/08873267.2010.519976>
- Mruk, C. J. (2013a). Defining Self-Esteem as a Relationship between Competence and Worthiness: How a Two-Factor Approach Integrates the Cognitive and Affective Dimensions of Self-Esteem. *Polish Psychological Bulletin*, 44(2), 157–164.
<https://doi.org/10.2478/ppb-2013-0018>
- Mruk, C. J. (2013b). *Self-Esteem and Positive Psychology. Research, Theory and Practice* (4th ed.). Springer Publishing Company.
- Nader-Grosbois, N., & Fiasse, C. (2016). *De la perception à l'estime de soi. Concept, évaluation et intervention*. De Boeck Supérieur.
- Ni, C., Liu, X., Hua, Q., Lv, A., Wang, B., & Yan, Y. (2010). Relationship between coping, self-esteem, individual factors and mental health among Chinese nursing students: A matched case – control study. *Nurse Education Today*, 30(4), 338–343.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.09.003>
- Ni, C., Lo, D., Liu, X., Yang, Q., Ma, J., Xu, S., & Li, L. (2012). Chinese female nursing students' coping strategies, self-esteem and related factors in different years of school. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(4), 33–41.
<https://doi.org/10.5430/jnep.v2n4p33>
- Papazisis, G., Nicolaou, P., Tsiga, E., Christoforou, T., & Sapountzi-Krepia, D. (2014). Religious and spiritual beliefs, self-esteem, anxiety, and depression among nursing students. *Nursing and Health Sciences*, 16, 232–238.

<https://doi.org/10.1111/nhs.12093>

- Potard, C. (2017). Self-Esteem Inventory (Coopersmith). In V. Zeigler-Hill & T. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8>
- Randle, J. (2001). The effect of a 3-year pre-registration training course on students' self-esteem. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 293–300.
- Randle, J. (2003a). Bullying in the nursing profession. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 395–401.
- Randle, J. (2003b). Changes in self-esteem during a 3 year pre-registration diploma in higher education (nursing) programme. *Learning in Health and Social Care*, 2(1), 51–60.
- Ribeiro, R. M., Bragiola, J. V. B., Eid, L. P., & Pompeo, D. A. (2020). Impact of self-esteem and of the sociodemographic factors on the self-efficacy of undergraduate nursing students. *Texto e Contexto Enfermagem*, 29, 1–14. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0429>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press.
- Ross, R., Zeller, R., Srisaeng, P., Yimnee, S., Somchid, S., & Sawatphanit, W. (2005). Self-Esteem among Baccalaureate Nursing Students in Thailand. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2(1), 25.
- Sa, B., Ojeh, N., Majumder, M. A. A., Nunes, P., Williams, S., Rao, S. R., & Youssef, F. F. (2019). The Relationship Between Self-Esteem, Emotional Intelligence, and Empathy Among Students From Six Health Professional Programs. *Teaching and Learning in Medicine*, 31(5), 536–543. <https://doi.org/10.1080/10401334.2019.1607741>
- Sakellari, E., Psychogiou, M., Georgiou, A., Papanidi, M., Vlachou, V., & Sapountzi-Krepia, D. (2017). Exploring Religiosity, Self-Esteem, Stress, and Depression Among Students of a Cypriot University. *Journal of Religion and Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0410-4>
- Sayehmiri, K., Valizadeh, R., & Tavan, H. (2019). The Relationship between Self-Esteem and Academic Achievement of Iranian Nursing and Medical Sciences Students: A Meta-Analysis Letter. *Nursing and Midwifery Studies*, 8(4), 217–218. https://doi.org/10.4103/nms.nms_38_19
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-Concept: Validation of Construct Interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407–441. <http://www.jstor.org/stable/1170010>
- Shrestha, S., & Ghimire, S. (2019). Stress and Self-Esteem Among Nursing Students at Private Medical College, Chitwan. *Journal of Chitwan Medical College*, 9(27), 41–46.
- Sobol, E. G. (1978). Self-Actualization and the Baccalaureate Nursing Students' Response to Stress. *Nursing Research*, 27(4), 238–244.
- Suliman, W. A., & Halabi, J. (2007). Critical thinking, self-esteem, and state anxiety of nursing students. *Nurse Education Today*, 27, 162–168.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.04.008>

- Sung-Yun, A., & Keum-Sook, K. (2018). Differences in adaptability to college life and Self-Esteem depending on emotional style among nursing students. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 9(9), 1186–1192. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2018.01157.9>
- Tafarodi, R. W., & Swann, W. B. J. (1995). Self-Liking and Self-Competence as Dimensions of Global Self-Esteem: Initial Validation of a Measure. *Journal of Personality Assessment*, 65(2), 322–342.
- Tafarodi, R. W., & Swann, W. B. J. (1996). Individualism-Collectivism and Global Self-Esteem. Evidence for a Cultural Trade-Off. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 27(6), 651–672.
- Takase, S., Tsuchiya, R., & Nishizawa, Y. (2019). The Influence of Personal Characteristics and Learning Motivation on the Professional Identity of Nursing Students. *Hirosaki Med*, 69, 66–77.
- Taylor, B. (2001). The effects of Healing Touch on the coping ability, self esteem and general health of undergraduate nursing students. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 7, 34–42.
- Unal, S. (2012). Evaluating the effect of self-awareness and communication techniques on nurses' assertiveness and self-esteem. *Contemporary Nurse*, 43(1), 90–98. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.43.1.90>
- Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Badri Gargari, R., Ghahramanian, A., Jabbarzadeh Tabrizi, F., & Keogh, B. (2016). Pressure and protective factors influencing nursing students' self-esteem: A content analysis study. *Nurse Education Today*, 36, 468–472. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.10.019>
- Wang, M., Guan, H., Li, Y., Xing, C., & Rui, B. (2019). Academic burnout and professional self-concept of nursing students: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 77, 27–31. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.03.004>
- Whelan, M. (1996). *Self-esteem and competitiveness among nurse practitioner students*. Columbia University Teachers College.
- Yildirim, N., Karaca, A., Cangur, S., Acikgoz, F., & Akkus, D. (2017). The relationship between educational stress, stress coping, self-esteem, social support, and health status among nursing students in Turkey: A structural equation modeling approach. *Nurse Education Today*, 48, 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.09.014>
- Yoon, H. S., Kim, G.-H., & Kim, J. (2011). Effectiveness of an Interpersonal Relationship Program on Interpersonal Relationships, Self-esteem, and Depression in Nursing Students. *J Korean Acad Nurs*, 41(6), 805–813. <https://doi.org/10.4040/jkan.2011.41.6.805>
- Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Gargari, R. B., & Ghahramanian, A. (2016). Nursing Students' Understanding of the Concept of Self-Esteem: a Qualitative Study. *Journal of Caring Sciences*, 5(1), 33–41. <https://doi.org/10.15171/jcs.2016.004>

Chapitre 3

Matériels et méthodes

Chapitre 3. Matériels et méthodes

Cette partie expose les méthodes mises en œuvre pour répondre à ces quatre questions de recherche, avec une vision d'ensemble de la thèse. Elle en explique les choix et en expose le fil conducteur.

Paradigme et devis d'étude

Le paradigme pragmatique convient bien aux objectifs posés pour la recherche, car collecter des données de nature variée, quantitatives et qualitatives, offre une meilleure compréhension du phénomène étudié (Fortin & Gagnon, 2016). Les objectifs de l'étude nécessitent d'ailleurs des méthodes variées. Le paradigme pragmatique met l'emphase sur la signification et les conséquences des événements dans une situation sociale, en se centrant sur l'expérience humaine (Morgan, 2014). Ce paradigme permet une interprétation des notions explorées sur base de leurs conséquences pratiques (Johnson & Onwuegbuzie, 2004), ce qui est le but de l'étude. L'utilisation de différents types de données est également en cohérence avec les recommandations de Mruk (2013b) d'explorer l'estime de soi en utilisant une description intégrative, comprenant une approche qualitative phénoménologique (à savoir tenter de comprendre les expériences vécues des personnes qui partagent une réalité commune, d'après D. R. Thomas, 2006) et la comparaison à des résultats quantitatifs pour voir si la description qui émerge de l'approche qualitative permet de les expliquer.

Un devis longitudinal rend possible l'observation des changements dans le phénomène étudié et l'identification des relations avec d'autres facteurs (Fortin & Gagnon, 2016). Un tel devis est nécessaire pour décrire l'impact du processus de formation, qui dure quatre ans au minimum, sur l'estime de soi.

Notre approche s'inscrit dans un devis convergent multiphase (Pluye & Hong, 2014). Dans un tel devis, les données quantitatives et qualitatives sont collectées simultanément (mais séquentiellement dans chaque phase, d'abord les données quantitatives, puis les données qualitatives dans notre cas) et interprétées d'abord séparément puis dans une matrice de comparaison (Creswell, 2009; Meissner et al., n.d.; Moran-Ellis et al., 2006; O'Cathain et al., 2010; Wendler, 2001). Les données quantitatives et qualitatives y reçoivent un poids égal. Un tel devis est approprié pour vérifier l'évolution des variables mais également pour comprendre les mécanismes par lesquels celles-ci s'influencent mutuellement, ou les autres facteurs qui entrent en jeu.

Dans ce devis mixte, la partie quantitative a été mobilisée pour mesurer l'estime de soi des étudiants infirmiers et son évolution, pour identifier les variables associées à cette estime de soi et à son évolution, et pour observer l'effet de l'estime de soi sur certaines variables reflétant le développement de la compétence clinique (résultats) ou le processus d'apprentissage (abandon). La partie qualitative a été mobilisée pour explorer le vécu des étudiants infirmiers en termes d'estime de soi, les événements critiques qui

l'influencent et la dynamique entre estime de soi et comportements d'apprentissage influençant le développement de la compétence clinique. Au moment de la rédaction de la thèse, l'intégration systématique des résultats quantitatifs et qualitatifs n'a pas encore été réalisée, et est laissée pour une étape ultérieure. Toutefois, un premier travail d'intégration a été réalisé dans la discussion générale en regardant comment les résultats qualitatifs éclairent l'évolution de l'estime de soi et son lien avec le développement de la compétence clinique ; il demande à être poursuivi.

Population et échantillon

Population cible

En Belgique francophone, il y a deux filières de formation (bachelier et brevet) et deux modalités organisationnelles (enseignement de plein exercice et enseignement de promotion sociale), menant à des réalités différentes de formation. Afin d'étudier une population suffisamment homogène, seul l'enseignement de plein exercice de niveau supérieur, soit le Bachelier : Infirmier Responsable de Soins Généraux dispensé au sein de hautes écoles, a été considéré. Cette population a été choisie, car elle est la plus nombreuse en Fédération Wallonie-Bruxelles, et aussi celle qui concerne la chercheuse principale dans son activité professionnelle.

Pour la cohorte ayant intégré pour la première fois cette formation en septembre 2017, cohorte considérée par la présente étude, la population de 2469 étudiants est à 82,7 % féminine et a un âge médian de 19 (18-21) ans. Elle comprend 70,6% d'étudiants résidant en Belgique, 20,3% d'étudiants résidant en Union Européenne (en grande majorité Français ou Luxembourgeois) et 9,1% d'étudiants résidant hors Union Européenne (en grande majorité du continent africain) (communication personnelle de l'ARES, avril 2020).

Population accessible et constitution de la cohorte (première phase d'échantillonnage)

Deux éléments devaient être pris en compte pour définir la population accessible et constituer une cohorte :

- (1) Le nombre de hautes écoles à considérer, soit 11 institutions et 16 sites d'enseignement ;
- (2) L'organisation des études supérieures en Belgique francophone, où un étudiant n'est pas lié à une année d'études mais s'inscrit chaque année à un programme reprenant des cours issus des divers « blocs » (ou années) de son cursus.

Pour limiter le nombre d'écoles à considérer tout en assurant une représentativité des étudiants inclus dans la cohorte, quatre sites (trois hautes écoles) offrant la formation ont été invités à participer, en utilisant un échantillonnage raisonné permettant d'obtenir une variabilité maximale sur base de la taille, du réseau, de la localisation géographique et de l'inclusion ou non dans une cité universitaire ou dans un environnement spécifiquement dédié aux formations en santé. Tous les sites ont accepté de participer.

Pour suivre au mieux les étudiants malgré leurs programmes individualisés, la cohorte pour l'étude a été constituée en incluant les étudiants présents aux cours de deux blocs, les blocs 1 et 2. Les deux années suivantes, les blocs 2 et 3, puis 3 et 4, ont respectivement été considérés. En septembre 2017, en considérant les étudiants suivant des cours dans les blocs 1 et 2 des quatre sites considérés, la population accessible estimée était d'environ 1100 étudiants.

Partie quantitative

Pour rappel, l'objectif principal de cette partie était de mesurer l'estime de soi des étudiants infirmiers et son évolution, et d'identifier les variables associées. En objectif secondaire, l'effet de l'estime de soi sur des variables telles que les résultats ou l'abandon a été exploré au début de la formation.

Échantillon (deuxième phase d'échantillonnage)

La cohorte d'étudiants a été constituée par échantillonnage accidentel, selon la participation aux cours. Des cours des blocs 1 et 2 ont été sélectionnés en septembre-octobre 2017 (T0) ; des blocs 2 et 3 en septembre-octobre 2018 (T1) ; des blocs 3 et 4 en septembre-octobre 2019 (T2). À chaque fois, l'ensemble des étudiants présents a été invité à participer. Le contact avec les étudiants lors des cours a été privilégié pour maximiser la participation. En mai 2020 (T3), seuls les étudiants de la cohorte diplômante (fin de cursus) ont été contactés ; vu le grand nombre de stages et le confinement lié à la première vague de la pandémie de COVID-19, ils ont été contactés par mail.

Pour déterminer la taille d'échantillon, soit le nombre de participants nécessaire à la partie quantitative, un calcul basé sur la comparaison de deux moyennes pairées (évolution au cours du temps) a été réalisé. Plus précisément, ce calcul s'est basé sur la comparaison d'une variable quantitative (estime de soi mesurée via l'échelle de Rosenberg, la plus utilisée dans les études) mesurée à deux moments dans un même groupe. En variant la taille de l'effet (*effect size*) de 0.05 à 1.5, un test paramétrique bilatéral (test t de Student pour échantillons pairés) pour la comparaison de deux moyennes pairées a été appliqué en considérant un niveau d'incertitude de 5% et une puissance de 80%. Au vu de la stabilité du score de l'estime de soi au cours du temps et des résultats d'études précédentes, une taille de l'effet assez faible a été envisagée, et un échantillon d'environ 351 sujets a été déterminé. Les calculs ont été réalisés avec le logiciel G*Power version 3.1.9.2.

Paramètres étudiés et stratégie de collecte des données quantitatives

Les **questionnaires** ont été distribués au début de chaque année académique (T0 à T2) ainsi qu'à la fin de la dernière année d'études (T3), de septembre 2017 à mai 2020. Il a été demandé de compléter les questionnaires en classe, durant des temps de cours, afin de maximiser la participation. Les questionnaires ont été distribués par l'investigatrice principale, sauf dans sa propre institution où ils ont été distribués par un chercheur associé puis anonymisés. La durée de remplissage était d'environ 15 minutes.

Les questionnaires étaient identiques à chaque temps de l'étude, sauf quelques questions supplémentaires au T0 qui sont identifiées par un astérisque dans la description ci-dessous. Le questionnaire distribué au T0 se trouve en Annexe 2.

Questions sociodémographiques et de contextualisation

Sur base des résultats des études sur l'estime de soi présentées ci-dessus, le questionnaire a collecté les informations relatives à l'âge*, au genre*, au niveau d'éducation secondaire (Certificat d'Enseignement Secondaire Supérieur CESS)*, à d'éventuelles études supérieures précédentes et leur résultat*, à la présence d'un travail antérieur* ou actuel, à la présence d'un job étudiant antérieur* ou actuel, à la vie en couple et à la présence d'enfant(s). Ces questions visaient à établir le profil de la population participant à l'étude, et à identifier d'éventuels facteurs associés à l'estime de soi.

Le soutien social perçu, souvent associé à l'estime de soi, a été mesuré sur une échelle de 1 (« *absence totale de soutien* ») à 5 (« *soutien très présent* »).

L'intention de poursuivre les études a également été mesurée sur une échelle de 1 (« *intention ferme d'abandonner* ») à 5 (« *intention ferme de poursuivre* »). Le but de cette question était d'évaluer le degré d'importance accordé par l'étudiant à ses études, car l'estime de soi est surtout influencée par des événements se produisant dans des domaines considérés comme importants par le sujet (Mruk, 2013b).

Estime de soi implicite : Name-liking test

Le *Name-Liking test* (Gebauer et al., 2008) est une méthode rapide pour mesurer l'estime de soi globale implicite. Il s'agit de répondre à la question « *À quel point aimez-vous votre nom ?* » sur une échelle de neuf points, de 1 « *Pas du tout* » à 9 « *Beaucoup* ». Ce test a montré une corrélation avec les résultats de tests de l'estime de soi explicite et avec des indicateurs de bien-être. Une discordance entre une mesure de l'estime de soi explicite et une mesure de l'estime de soi implicite chez un même sujet pourrait être le signe d'un état défensif, état non mesuré par les échelles d'estime de soi explicites globales auto-rapportées.

Mesurer l'estime de soi explicite avant l'estime de soi implicite tend à augmenter le score de l'estime de soi implicite (Bosson et al., 2000), raison pour laquelle cette question a été insérée au début du questionnaire, à la suite des questions sociodémographiques.

Sentiment d'autoefficacité

D'après Bandura (1977), le sentiment d'autoefficacité est la confiance qu'un sujet a dans sa capacité à réaliser une tâche associée à une situation spécifique. Comme cela avait été fait dans une étude précédente (Lane et al., 2004), la présente étude

a souhaité investiguer des situations spécifiques et non une échelle générale validée d'autoefficacité.

Les situations explorées étaient (1) réussir les études, (2) être efficace en stage, et (3) être un bon infirmier ; sur une échelle de 1 (« *Pas du tout capable* ») à 5 (« *Tout à fait capable* »).

Estime de soi bifactorielle, niveau et profil : Self-liking/Self-competence scale, version révisée de Tafarodi et Swann

La *Self-liking/self-competence scale* (SLCS, Tafarodi & Swann, 1995, 2001) a été citée par (Mruk, 2013b) comme un moyen de mesurer le **niveau d'estime de soi** dans une conception bifactorielle. Son avantage sur les échelles unidimensionnelles est qu'elle évalue aussi bien le sentiment de compétence que le sentiment de valeur. Son avantage sur les échelles multidimensionnelles est qu'elle est brève et évalue uniquement des dimensions potentiellement impactées par la formation en soins infirmiers (les échelles multidimensionnelles évaluant aussi l'estime de soi physique, familiale, etc.). Son inconvénient, d'après Mruk (2013b), est qu'elle ne comporte pas de mesure des comportements défensifs, d'où l'adjonction d'une échelle de mesure de l'estime de soi implicite (voir ci-dessus) et l'identification de profils selon les deux facteurs (voir ci-dessous).

La version révisée (SLCS-r, Tafarodi & Swann, 2001) consiste en deux sous-échelles, avec huit items évaluant le sentiment de compétence et huit items évaluant le sentiment de valeur. Les participants indiquent leur degré d'accord (de 1 « *Fortement en désaccord* » à 5 « *Fortement en accord* ») avec des assertions globales reflétant des hauts ou bas sentiments de valeur ou de compétence. Cette échelle a déjà été utilisée auprès d'étudiants infirmiers coréens (Cha & Sok, 2014).

Les propriétés psychométriques de la SLCS-r ont été étudiées antérieurement et ont été démontrées valides du point de vue de la consistance interne des sous-échelles, de la fidélité test-retest, des analyses factorielles confirmatoires, de la validité discriminante des sous-échelles, de la validité par convergence et divergence (Tafarodi & Swann, 2001).

La limite de cette échelle est qu'il s'agit d'un questionnaire autoadministré, sans mesure d'une attitude défensive éventuelle (Mruk, 2013b). Elle a l'avantage de pouvoir étudier séparément les deux facteurs à la base de l'estime de soi, pour pouvoir rechercher d'éventuelles associations spécifiques et montrer des variances différentes, même si les interactions entre ces deux facteurs constituent un système complexe au sein duquel il n'est pas toujours possible d'identifier une variable ou une tendance spécifiques à un facteur (Tafarodi & Swann, 2001).

Comme il n'en existait pas de version française, la SLCS-r a été traduite en utilisant des recommandations pour la traduction d'échelles de mesure en français (Hébert

et al., 1994). D'abord, deux traducteurs indépendants ont traduit la version anglaise en français. Un comité d'experts a comparé et revu leurs traductions pour produire une version française préliminaire. Cette version a ensuite été retraduite en anglais par une personne dont l'anglais est la langue maternelle, après quoi les traducteurs et experts ont comparé la retraduction à la version originale. Pour évaluer la lisibilité, la version française finale a été testée auprès de 51 étudiants infirmiers, en leur demandant leur avis sur la clarté des questions. Aucun changement n'a été fait à l'issue du test. Dans la mesure où de nombreuses autres échelles d'estime de soi, comprenant des questions similaires, ont été traduites et testées avec succès pour la correspondance culturelle, le présent questionnaire traduit n'a pas été testé pour cette correspondance.

La SLCS-r donne un score d'estime de soi globale, par l'addition des deux sous-échelles. Selon le modèle de Mruk (2013b), le **profil d'estime de soi** a été obtenu par comparaison des résultats des deux sous-échelles.

Estime de soi unidimensionnelle : Échelle d'Estime de soi de Rosenberg

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg RSES (Rosenberg, 1965) est une mesure de l'estime de soi explicite globale. C'est une échelle unidimensionnelle basée sur le sentiment de valeur (Corwyn, 2000; Gana et al., 2005; Marsh, 1996; Mruk, 2013b; Tomas & Amparo, 1999) qui, en tant que telle, ne correspond pas au modèle théorique de l'étude. Cependant, c'est l'échelle la plus utilisée pour évaluer l'estime de soi, que ce soit en général ou dans les études sur les étudiants infirmiers. Elle a été utilisée ici pour permettre, le cas échéant, des comparaisons ultérieures avec d'autres études.

Une version française canadienne a été traduite et validée auprès d'une population d'étudiants de première année dans l'enseignement supérieur, et ses propriétés psychométriques ont été démontrées valides du point de vue de la consistance interne, des analyses factorielles confirmatoires, de la validité de construit et de la stabilité temporelle (Vallières & Vallerand, 1990).

État d'anxiété : Inventaire d'anxiété état-trait forme Y[®], partie A de Spielberger

La version française de l'Inventaire d'Anxiété État-Trait Forme Y (STAI-Y[®], Langevin et al., 2012; Spielberger, 1993) a été utilisée. Cet inventaire comprend deux échelles, une pour mesurer l'anxiété-état (forme A) et l'autre pour mesurer l'anxiété-trait (forme B). L'anxiété-trait est un trait de personnalité, stable au cours du temps, tandis que l'anxiété-état est un état temporaire, lié à des événements stressants spécifiques. Dans le questionnaire d'anxiété-état, le seul utilisé, les participants indiquent comment ils se sentent au moment présent par rapport à 20 assertions scorées sur une échelle de Likert à 4 points (de 1 = « non » à 4 = « oui »). La moitié des items ont un score inversé. Les scores les plus hauts correspondent aux plus hauts taux d'anxiété. L'échelle originale (américaine) a été

testée pour la stabilité, la consistance interne, la validité et la structure factorielle. Les propriétés psychométriques de la traduction française ont été testées sur les mêmes items (Spielberger, 1993). La version française de l'échelle est soumise à un *copyright*, et l'autorisation de l'utiliser a été obtenue auprès de l'éditeur, Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée chez Pearson.

Outre les questionnaires, des **données administratives** ont été collectées à la fin de chaque année académique afin d'enregistrer les résultats académiques et cliniques des participants et leur poursuite d'études. Les résultats académiques ont été calculés par le rapport entre le nombre de crédits validés et le nombre de crédits au programme de l'année écoulée. Les résultats cliniques ont été rapportés via une note sur 20. La poursuite ou l'abandon ont été déduits d'une réinscription ou non dans le même cursus l'année académique suivante. La diplomation a été demandée au dernier temps de l'étude, pour les étudiants en cohorte diplômante.

Traitement et analyse des données quantitatives

Les données ont été anonymisées, avec attribution d'un code à chaque participant. Elles ont ensuite été encodées dans une base de données Excel[®], et un contrôle de qualité a été mené pour assurer un encodage optimal : recherche des résultats aberrants, vérification aléatoire de 10% des questionnaires, vérification systématique de toutes les données manquantes.

Les analyses statistiques ont été réalisées au moyen du logiciel R (version 3.4.2 au début de la thèse, version 4.1.1. à la fin de celle-ci) ainsi qu'au moyen du logiciel SAS[®] version 9.4 et de RStudio version 4.0.2.

Tous les tests étaient bilatéraux, avec un seuil de significativité de 5% (p -valeur < 0,05). Tous les tests ont été réalisés sur l'ensemble des données disponibles ; autrement dit, notamment dans le cas des échelles, les données manquantes n'ont pas fait l'objet d'une estimation. En effet, même si c'est rendu possible pour la STAI-Y[®] (Spielberger, 1993), aucune manœuvre identique n'a été validée pour la SLCS-r ; les deux échelles ont été traitées de la même manière.

Statistiques descriptives

Les statistiques descriptives ont été exprimées sous forme de fréquences et proportions (%) pour les variables qualitatives. Pour les variables quantitatives, la normalité de la distribution a été investiguée graphiquement sur base d'un histogramme et d'un graphe quantile-quantile (*Quantile-Quantile plot*), et au moyen du test de Shapiro-Wilk. Les variables ont été exprimées sous forme de moyenne (\pm écart-type) en cas de distribution normale, et sous forme de médiane (P25-P75) en cas de distribution non symétrique.

Après les statistiques descriptives, l'exploration des associations a été réalisée en étapes successives, par des tests univariés puis multivariés. Les variables d'intérêt (variables dépendantes) étaient, selon les questions de recherche, le niveau d'estime de soi ou d'une

de ses dimensions ou leur évolution, le profil d'estime de soi tel que décrit dans le modèle théorique (Mruk, 2013b), les résultats académiques ou cliniques, et l'abandon.

Analyses statistiques à T0

Au début de l'étude, pour explorer la situation à T0 chez les étudiants primoarrivants, les associations entre deux variables quantitatives ont été testées au moyen de la corrélation de Pearson ou non paramétrique Spearman. Les comparaisons de variables quantitatives entre deux groupes indépendants ont été réalisées au moyen du test t de Student ou du test non paramétrique de Mann-Whitney. Les comparaisons entre plus de deux groupes indépendants ont été réalisées au moyen d'une analyse de la variance à un critère (ANOVA-I) ou du test non paramétrique de Kruskal-Wallis, et suivies de comparaisons multiples (comparaisons multiples de Tukey, ou test de Mann-Whitney en comparant les groupes deux à deux, respectivement) en cas de signifiante statistique. Les comparaisons de variables qualitatives entre groupes indépendants ont été réalisées par le test du Chi-carré ou par le test exact de Fisher.

Les variables statistiquement associées à chaque variable résultat ($p < 0.05$) ont été incluses dans les modèles multivariés, d'abord par domaines (sociodémographique, expérience scolaire et académique, vécu académique) puis globalement. Une régression multiple a été réalisée pour les variables quantitatives continues (estime de soi, résultats), une régression logistique multinomiale a été réalisée pour les variables qualitatives (profil d'estime de soi) et une régression logistique binaire a été réalisée pour les variables binaires (abandon).

Suivi longitudinal

À l'issue de l'étude, pour explorer les données longitudinales, les tests ont été réalisés sur tous les participants ayant participé au moins au T0.

Pour analyser l'évolution de l'estime de soi au cours du temps (de T0 à T3), un modèle linéaire mixte généralisé a été utilisé. La normalité et l'hétéroscédasticité des résidus ont été vérifiées. En cas d'effet significatif du temps, les temps ont été comparés deux à deux.

Pour analyser l'évolution des autres variables au cours du temps, un modèle linéaire mixte généralisé a également été utilisé pour les variables quantitatives continues. La normalité et l'hétéroscédasticité des résidus ont été vérifiées.

Les variables du T0 associées à l'évolution globale de l'estime de soi (du T0 au T3) ont été recherchées. Deux modèles ont été investigués pour chaque covariable : l'effet de la covariable et du temps, et l'addition d'un effet d'interaction entre la covariable et le temps ; le meilleur modèle a été gardé. Un test de ratio de probabilité (*Likelihood Ratio test*) a été réalisé pour comparer les modèles. Après les analyses univariées, un modèle multivarié a été réalisé avec toutes les variables significativement associées à l'évolution globale de l'estime de soi.

Pour tous les temps qui montraient une évolution statistiquement significative de l'estime de soi, les variables associées à cette évolution au temps concerné ont été recherchées. Chaque variable du temps correspondant a été testée dans une régression linéaire univariée, puis les variables statistiquement significatives ont été rassemblées dans une régression linéaire multivariée.

Partie qualitative

Pour rappel, cette partie visait à explorer le vécu des étudiants infirmiers en termes d'estime de soi, des événements critiques qui l'influencent et de la dynamique entre estime de soi et comportements d'apprentissage influençant le développement de la compétence clinique.

Un devis phénoménologique est approprié pour décrire le vécu des étudiants. Dans le cas de l'estime de soi, même si la variable est mesurable par des échelles, ce qui a été réalisé dans la partie quantitative de l'étude, on retrouve plusieurs éléments identifiés par Van Manen (1982, cité par S. P. Thomas & Pollio, 2002) comme rendant nécessaire une approche phénoménologique : les variables utilisées dans les études corrélationnelles n'expliquent jamais qu'une petite partie de la variabilité du phénomène, le phénomène lui-même est relativement abstrait, les études ne sont pas toujours comparables et amènent rarement à pouvoir établir des prédictions solides. En d'autres mots, concernant l'estime de soi, les études quantitatives ne permettent pas d'établir la signification de ce qui arrive à la personne. La phénoménologie permet au contraire de rendre compte de l'expérience individuelle dans toute sa complexité et son ambiguïté. Elle est également recommandée pour explorer l'estime de soi par Mruk (2013b).

En particulier, la méthode retenue a été dérivée de la phénoménologie existentielle de Merleau-Ponty. Cette dernière est spécialement appropriée dans les soins infirmiers parce qu'elle s'intéresse à la manière dont les personnes expérimentent leur vie, à partir de leur propre perspective, comme le font les infirmiers (S. P. Thomas & Pollio, 2002) et, par extension, comme peut y être poussée une enseignante avec un parcours infirmier. Elle offre une description riche de la vie humaine et des phénomènes humains, tout en considérant la personne à la fois comme ayant de la valeur et du potentiel, et comme un être libre et responsable (Langer, cité par S. P. Thomas & Pollio, 2002). Elle tente de décrire l'essence de ces phénomènes, c'est-à-dire les *patterns* (ou schémas) de signification qui sont stables et partagés, en considérant la personne dans son entièreté (holisme) et dans ses relations à autrui (intersubjectivité).

Se centrer sur les perceptions du participant, sur ce sur quoi il porte son attention (intentionnalité), permet de révéler la structure fondamentale de son expérience et les connexions entre celle-ci et le contexte. Ces connexions et les relations vécues décrivent la manière « d'être avec les autres » ou « d'être dans le monde » du participant (S. P. Thomas & Pollio, 2002), et permettent de mettre en relation le phénomène vécu par le participant et le comportement adopté par celui-ci, ce qui correspond aux objectifs de

l'étude. Le comportement et l'expérience ne sont pas vus comme des éléments indépendants ; ils sont interdépendants et localisés dans un contexte. La phénoménologie existentielle permet également d'explorer les comportements, qui sont la manière dont le participant s'engage dans la situation et y utilise sa liberté pour évoluer au mieux. Ce faisant, le participant évolue, et fait aussi évoluer la situation vécue. Il n'y a pas entre les deux une cause et une conséquence, mais plutôt la perception d'un événement coconstitué. À nouveau, cela semble particulièrement important pour explorer le phénomène de l'estime de soi, évoluant au cours du temps lors d'expériences récurrentes sur lesquelles les actions de l'étudiant ont une influence, dans une dynamique qui est pressentie comme interreliée.

Une équipe de l'Université du Tennessee a développé une méthode basée sur la pensée de Merleau-Ponty, appelée « phénoménologie appliquée pour les soins infirmiers » (S. P. Thomas & Pollio, 2002), méthode qui se veut utile aussi bien pour la recherche que pour l'écoute de la personne dans une relation de soins. Elle demande de laisser de côté (*bracket*) les préconceptions du chercheur pour entrer humblement dans la réalité du participant, et contempler celle-ci avec un regard aussi neuf que possible, depuis la perspective du participant. Il s'agit d'explorer des expériences affectives complexes en contexte. S'engager dans un tel dialogue transforme irrévocablement aussi bien le chercheur que le participant. La phénoménologie existentielle permet de se connecter en profondeur avec l'être humain dans son entièreté et dans sa spécificité, et de tenter de le comprendre. Elle explore le vécu de la personne en interaction avec son environnement et son comportement dans des situations critiques. Par rapport aux approches phénoménologiques européennes classiques qui recherchent une essence universelle d'un phénomène, l'approche de la phénoménologie existentielle s'efforce de décrire l'expérience vécue dans un contexte et dans une culture (S. P. Thomas & Pollio, 2002). Dans ce sens, elle est indiquée pour explorer l'estime de soi des étudiants infirmiers, qui vivent une situation tout à fait spécifique et culturellement déterminée (Randle, 2003a), et pour explorer celle-ci lors d'épisodes sensibles de leurs études. Comme d'autres approches méthodologiques qualitatives, l'approche issue de cette école de pensée accorde une importance particulière au respect envers les participants, à l'utilisation d'entretiens en profondeur pour découvrir les perceptions et les sentiments, et à l'interprétation rigoureuse des données issues de ces entretiens. Cette méthode semblait optimale pour répondre aux questions de recherche.

Échantillon

Les participants à la partie qualitative de l'étude ont été sélectionnés intentionnellement, afin d'assurer une diversité maximale d'écoles et de profils d'estime de soi, et d'obtenir des personnes reflétant la variabilité de la population en termes d'âge, de genre, d'études préalables, etc. À cette fin, dans chaque école, 15 étudiants volontaires (l'ayant signalé dans le questionnaire) ont été invités à participer aux entretiens du T0. Il y avait à chaque fois une diversité des profils d'estime de soi et des autres caractéristiques.

Pour les entretiens des T1 et T2, les participants ayant réalisé un entretien au T0 et continuant leurs études ont été recontactés via leur adresse électronique de l'école.

La phénoménologie interprétative, à laquelle appartient la phénoménologie existentielle, n'implique pas de rechercher la saturation des données pour clôturer l'échantillonnage, mais elle implique d'avoir une vision large du phénomène et, le cas échéant, des divers vécus de celui-ci (S. P. Thomas & Pollio, 2002), ce qui a été recherché par l'échantillonnage intentionnel et le grand nombre de participants. Ce nombre a aussi été volontairement grand au T0 dans l'espoir de garder suffisamment de participants pour les temps suivants, malgré le haut taux d'abandon et d'échec dans les études et le risque que les participants refusent de continuer à participer aux entretiens, très chronophages. Par conséquent, 60 étudiants volontaires ont été contactés, à savoir 15 étudiants sur chaque site, en sélectionnant pour chaque site des étudiants de chaque profil d'estime de soi et avec des variations pour d'autres critères tels que l'âge, le genre, le niveau de CESS. De ces étudiants invités à participer aux entretiens, 39 ont finalement participé à l'entretien du T0 et ont constitué la cohorte qualitative de départ. La richesse des données obtenues à l'issue de ces entretiens a permis de mettre fin au processus de constitution de la cohorte qualitative.

Collecte des données qualitatives

Les entretiens ont été menés sur base de rendez-vous individuels, dans un local isolé de l'institution de formation du participant, sans autre personne et sans dérangement possible durant l'entretien. Ils ont été menés par l'investigatrice principale, sauf dans sa propre école où ils ont été menés par un chercheur associé, et retranscrits de manière anonyme.

Au T0 et au T1, le rendez-vous a été pris en dehors des périodes de stage, pour éviter la focalisation du participant sur un événement sensible récent. Au T2, les participants étant principalement en stage, il n'a pas toujours été possible de les interroger durant une période de cours, mais les entretiens ont toujours été menés à l'école du participant ou, après le début du confinement lié à la pandémie de COVID-19, par visioconférence depuis le domicile du participant.

Les entretiens ont été conçus pour fournir une compréhension phénoménologique, en profondeur, à la première personne, de l'expérience vécue par le participant. Pour le T0, le guide d'entretien a été construit pour explorer les thématiques suivantes :

- Motivation du participant pour ses études : explorée de manière non directive afin de la comprendre en profondeur et d'évaluer l'importance des études pour la personne, car l'estime de soi dépend d'événements qui touchent à des domaines importants pour le sujet.
- Estime de soi du participant : d'abord représentée graphiquement selon la distance à une ligne représentant la personne idéale, puis décrite de manière non directive (« *Qu'est-ce qui fait que vous avez placé la ligne à cet endroit-là ?* »). Pour

chaque fait rapporté spontanément par le participant, il lui était demandé d'explicitier en quoi cela avait changé sa manière de se voir lui-même (effet sur son estime de soi) et sa manière de se comporter en tant qu'étudiant (effet sur ses comportements d'apprentissage). Chaque expérience a donc été discutée dans le détail et en profondeur (S. P. Thomas & Pollio, 2002). Les événements rapportés spontanément ont été considérés comme ceux ayant le plus d'impact sur l'estime de soi des étudiants infirmiers.

- Exploration systématique des événements influençant potentiellement l'estime de soi et non rapportés d'initiative par le participant, de manière semi-directive, d'après la théorie et les recherches quantitatives et qualitatives, par exemple : soutien social, rapports avec les infirmiers en stage, rapports avec les enseignants, évaluations, etc. Comme dans la partie précédente, pour chaque fait rapporté, il était demandé au participant d'explicitier en quoi cela avait changé sa manière de se voir lui-même et sa manière de se comporter en tant qu'étudiant.
- Effet général de la formation sur l'estime de soi des étudiants : pour vérifier la concordance avec les faits rapportés d'initiative et le sentiment du participant quant à l'effet général de la formation.
- Motivation à participer et déroulement de l'entretien : pour évaluer l'état du participant à l'issue d'un entretien touchant potentiellement à des sujets sensibles.

Ce guide a été retravaillé, dans son contenu et dans la formulation des questions, avec des experts des champs de la santé publique, de la pédagogie, de la sociologie et de la psychologie. Il a été testé auprès de deux étudiants infirmiers non inclus dans la cohorte sans amener de modification. Sa version finale se trouve en Annexe 3. Les entretiens du T0 ont duré 65 minutes en moyenne.

Pour le T1, la même structure a été suivie, avec les changements suivants :

- Vu le caractère labile de l'estime de soi durant les études, passation d'un questionnaire SLCS-r juste avant l'entretien, pour pouvoir établir des liens lors d'une intégration des données quantitatives et qualitatives ;
- Reprise de la « ligne de l'estime de soi » du T0 pour demander au participant de se positionner ;
- Suppression de l'exploration systématique des événements non rapportés d'initiative par le participant ;
- Demande de suggestions à faire aux institutions de formation concernant l'estime de soi des étudiants infirmiers.

Les entretiens du T1 ont duré 35 minutes en moyenne.

Pour le T2, la même structure que celle du T1 a été suivie, avec l'ajout d'une question non directive liée aux feedbacks reçus, vu l'importance de ceux-ci dans les événements

rapportés d'initiative lors des entretiens du T0. La question était de raconter un feedback marquant reçu durant les études et, comme pour les autres événements, les conséquences sur l'estime de soi et les comportements d'apprentissage ont été explorées. Les entretiens du T2 ont duré 50 minutes en moyenne.

De manière générale, les questions ont été conçues pour permettre d'expliquer en profondeur l'expérience tout en évitant que le chercheur prenne une position de supériorité liée à l'âge ou l'expérience ; les questions descriptives ont été privilégiées (S. P. Thomas & Pollio, 2002). En particulier, la question initiale sur l'estime de soi (« *Qu'est-ce qui fait que vous avez placé la ligne à cet endroit-là ?* ») était suffisamment ouverte pour permettre au participant un large éventail de réponses descriptives. Les relances ont visé à discuter des détails ou à approfondir (par exemple demander des exemples ou des précisions), ainsi qu'à clarifier ou valider la compréhension du chercheur (par exemple en demandant si les propos pouvaient être reformulés de telle ou de telle manière). Lors de moments d'émotions, du temps a été laissé au participant pour s'apaiser, des mouchoirs et un verre d'eau ont été proposés systématiquement.

Tous les entretiens ont été entièrement enregistrés et retranscrits. Après retranscriptions, ils ont été relus et réécoutés simultanément pour assurer la qualité de la retranscription.

Analyse des données qualitatives

Les données ont été analysées en plusieurs phases, d'abord descriptives, puis interprétatives.

Au T0, chaque retranscription a été lue plusieurs fois pour identifier les thèmes abordés et les nommer de plus en plus précisément par comparaison entre les entretiens, qu'il s'agisse de thèmes issus du guide d'entretien (par exemple « Relations avec les infirmiers en stage » ou « Motivation ») ou de thèmes émergents (par exemple « Feedback » ou « Le statut d'étudiant »). Cette analyse de contenu a d'abord porté sur les métaphores, comparaisons, analogies, l'ironie, les tournures de phrase spécifiques (« N'être qu'un étudiant », « Être boosté » ou « Être un boulet ») ; dans un deuxième temps, les récurrences ou points communs entre les entretiens ont été utilisés pour identifier les thèmes et sous-thèmes (S. P. Thomas & Pollio, 2002). Ceux-ci ont été codés dans NVivo12®, et présentés pour validation au chercheur associé ayant mené les entretiens dans l'institution de l'investigatrice principale.

Au début du processus, tous les segments de texte ont été codés, car le processus longitudinal ne permettait pas de savoir ce qui prendrait sens ou non au cours de l'étude ; en outre, certains segments ont été codés dans plusieurs thèmes (par exemple, un segment décrivant comment une interaction avec des infirmiers a influencé l'estime de soi a été codé à la fois dans « Relations avec les infirmiers en stage » et « Estime de soi »). En outre, l'investigatrice principale ayant listé ses préconceptions, les entretiens ont été relus pour identifier des propos allant à l'encontre de celles-ci, le cas échéant, et n'ayant pas été identifiés à la première lecture.

Les données de chaque sous-thème ont été condensées dans une description nomothétique reprenant des données structurées, des verbatims, des liens vers la théorie pertinente, de manière à décrire les *patterns* expérientiels dans diverses situations (S. P. Thomas & Pollio, 2002). Cette analyse descriptive a notamment permis d'identifier les incidents critiques pour l'estime de soi.

Étant donné le nombre de thèmes explorés durant les entretiens, il a fallu avoir un codage plus sélectif dans une deuxième partie d'analyse et identifier des thèmes prioritaires. Ces thèmes ont été choisis sur base de (1) l'importance de l'impact sur l'estime de soi des étudiants en intensité et en durée ; (2) la fréquence de l'occurrence de « *patterns* » dans les données ; et (3) leur capacité à éclairer les questions de recherche. Ils ont été validés par le chercheur associé après lecture indépendante de cinq retranscriptions choisies aléatoirement. Ils ont également été présentés à un comité d'experts. Enfin, ils ont été reconnus comme éclairants par des enseignants infirmiers auxquels ils ont été présentés.

Ensuite, chaque thème choisi pour un approfondissement a fait l'objet d'une analyse plus poussée, parfois descriptive à nouveau pour entrer dans plus de détail, puis interprétative. L'analyse interprétative a permis d'identifier les processus liant les événements aux comportements d'apprentissage et de développer la structure thématique (S. P. Thomas & Pollio, 2002). Les processus ont progressivement été décrits et affinés par relecture des transcriptions, consultation de la littérature théorique et discussions avec des experts ou des parties prenantes (enseignants, étudiants, infirmiers).

Il importe de souligner que le travail d'interprétation n'est pas uniquement celui du chercheur. C'est tout d'abord le participant qui, en explorant son expérience et en tentant d'en rendre compte, donne du sens aux événements et, par conséquent, interprète ceux-ci. Cette interprétation entre en résonance avec la compréhension que le chercheur se fait progressivement de la situation, en fonction des propos du participant, des autres participants, de ses propres expériences... jusqu'à arriver à une forme de « fusion » des points de vue entre les participants et le chercheur (S. P. Thomas & Pollio, 2002).

Critères de qualité

De manière générale, les critères de qualité proposés par la méthode utilisée pour assurer la rigueur de l'analyse sont la fiabilité (*reliability*), la validité, la généralisabilité et « l'inconscient » (S. P. Thomas & Pollio, 2002). Ces critères n'ont bien sûr pas la même définition que lorsque les mêmes termes sont utilisés en recherche quantitative. Leur objectif est que les résultats de la recherche soient fidèles au phénomène tel qu'il est donné par le participant.

La **fiabilité** ne consiste pas à obtenir exactement le même résultat en reproduisant la même recherche avec un autre chercheur. En effet, ni le déroulement des entretiens, ni les interprétations ne seront exactement identiques, même avec un même participant, qui peut lui-même évoluer au cours du temps. En recherche phénoménologique, la fiabilité consiste plutôt à se demander si le point de vue du chercheur est compréhensible

par les lecteurs ; si la structure thématique générale pourrait être répliquée en reproduisant une étude sur le même sujet, le cas échéant avec des variations ou des extensions mais qui n'en modifient pas le schéma général ; et si les diverses interprétations n'entrent pas en contradiction entre elles ou avec les données, même si des perspectives alternatives peuvent être communiquées. Finalement, le point central est la pertinence de l'étude et sa valeur dans l'apport de nouvelles perspectives sur le phénomène étudié (S. P. Thomas & Pollio, 2002).

La **validité** signifie que ce qui a effectivement été exploré est bien ce que le chercheur souhaitait explorer. Cela passe par le fait que les entretiens explorent bien le phénomène à l'étude ; que les méthodes soient rigoureuses et appropriées au sujet étudié ; que les résultats soient plausibles et éclairants. Il faut aboutir à la conclusion que le chercheur a confiance dans les significations qu'il propose, et que la présentation de celles-ci inspire confiance et est convaincante (S. P. Thomas & Pollio, 2002).

Dans la présente étude, la fiabilité et la validité ont été recherchées par les contacts fréquents avec diverses catégories de personnes (experts, chercheurs associés, parties prenantes sur le terrain), par le travail d'identification des préconceptions, par le retour régulier aux retranscriptions d'entretien et, de manière générale, par l'effort visant une rigueur dans les méthodes.

La **généralisabilité** vise à ce que la recherche décrive la structure d'une expérience telle qu'elle peut être vécue par une population. Le schéma de cette expérience doit être retrouvé, avec des variations éventuelles, dans tous les entretiens, ce qui signifie que l'exploration doit être suffisamment poussée pour mettre en évidence les variations de phénomènes complexes. Ce sont les personnes de la population concernée (pas les participants, mais les membres de cette population) qui seront le plus à même de décider si les résultats de la recherche correspondent à leur expérience (S. P. Thomas & Pollio, 2002). Elle est souvent nommée transférabilité par d'autres auteurs (Fortin & Gagnon, 2016; Malterud, 2001).

Dans la présente étude, la généralisabilité a été recherchée en tentant d'avoir une vision aussi large que possible du phénomène, grâce à : l'échantillonnage théorique donnant des critères pour une variabilité maximale ; le nombre de participants et le détail des entretiens permettant d'avoir une vue globale du phénomène étudié ; le caractère global de la structure thématique abordant tous les aspects de ce phénomène ; une réplication suffisante entre les données issues d'un échantillon large et varié ; une importance accordée à chaque donnée, même si elle était en contradiction avec le schéma explicatif en construction ; l'exploration des « cas négatifs ». Un retour vers la population concernée (étudiants, infirmiers, enseignants) a également été réalisé à plusieurs reprises, lors de séminaires.

« **L'inconscient** » vise à ce que les entretiens permettent d'explorer complètement un phénomène, y compris ce qui n'arrive pas d'emblée à la conscience ou ce qui est réprimé

par la conscience. C'est favorisé en posant des questions descriptives (quoi ?) plutôt qu'explicatives (pourquoi ?) et en explorant en profondeur l'expérience par des relances, même si des aspects contradictoires arrivent dès lors dans les propos, pour obtenir une description plus profonde et plus riche de l'expérience du participant « à la première personne ». Le processus de questionnement en profondeur semble plus riche que l'interprétation d'éventuels signes non verbaux pour arriver à une compréhension aussi partagée que possible entre le chercheur et le participant (S. P. Thomas & Pollio, 2002).

Dans la présente étude, « l'inconscient » a été recherché en utilisant des questions descriptives, menant à rapporter l'expérience vécue sans en analyser les facteurs causaux et sans recours à des mécanismes théoriques, et en tentant de faire « déplier » chaque expérience ou propos pour en comprendre le sens profond.

La méthode proposée par l'Université du Tennessee (S. P. Thomas & Pollio, 2002) prévoit un exercice de *bracketing* de la part du chercheur, accompagné par des chercheurs associés. Il vise à prendre conscience des théories, connaissances, présupposés relatifs au phénomène de recherche et, autant que possible, à les suspendre temporairement. Dans la présente recherche, le processus a été réalisé via des entretiens successifs avec les directeurs de thèse et membres du comité de thèse, ainsi que par la rédaction des préconceptions et le retour régulier à celles-ci afin de vérifier qu'elles n'orientaient pas le processus, que les entretiens et analyses restaient ouverts à des explications alternatives. Elles ont été confrontées aux avis des experts sur le guide d'entretien et les interprétations, aux discussions avec les chercheurs associés, aux retranscriptions qui ont été relues de manière à identifier les propos en contradiction éventuelle avec celles-ci. À noter par ailleurs que la méthode prévoit bien que le chercheur explore ce qui est connu ou non du sujet avant de concevoir son projet de recherche, et soit familier avec les modèles théoriques existants, mais qu'il limite l'effet de ces connaissances sur ses interactions avec les participants et sur son processus d'analyse.

La méthode prévoit également une triangulation lors de l'analyse des données, afin de porter collectivement le choix des thèmes et des interprétations (S. P. Thomas & Pollio, 2002). Dans la présente recherche, la triangulation a été recherchée par les discussions avec des chercheurs associés et avec le groupe d'experts. La discussion avec un chercheur associé est recommandée dans la méthode, non pour valider les résultats, mais pour s'engager dans un dialogue permettant de faire émerger d'éventuels points de désaccord et de coconstruire l'interprétation.

Enfin, cette méthode prévoit d'obtenir une rétroaction des participants sur la structure thématique, afin de voir si celle-ci reflète bien leur expérience et, en cas de désaccord, de suggérer des formulations ou interprétations alternatives. Sandelowski (cité par S. P. Thomas & Pollio, 2002) souligne cependant les limites de cette pratique, les participants pouvant avoir oublié certains détails de leur propre entretien, ou éprouver des difficultés à comprendre le niveau d'abstraction impliqué par le processus de thématisation et

d'interprétation. Pour la présente recherche, au vu du caractère longitudinal des entretiens, il n'a pas été souhaité retourner vers les participants avec les interprétations intermédiaires, afin de ne pas influencer les entretiens suivants. En revanche, les thèmes et interprétations ont été présentés à de multiples reprises à des publics d'acteurs concernés (enseignants, infirmiers, étudiants) qui ont validé les thèmes et processus décrits, comme reflétant leur expérience et étant éclairants pour mieux comprendre et mieux gérer les situations vécues.

Considérations éthiques et réglementaires

L'étude a été approuvée par le Comité d'Éthique hospitalo-facultaire universitaire de Liège (707) sous le numéro de référence 2017/233 (Annexe 1).

À chaque étape, les participants ont reçu une information orale et écrite sur l'étude (objectif et processus) et sur leurs droits de participant, à savoir la confidentialité et le droit de refuser ou de retirer leur consentement sans conséquence pour eux. Il y a eu trois formulaires de consentement écrits : (1) pour les institutions de formation participantes ; (2) pour la participation à la partie quantitative, à chaque participation ; et (3) pour la participation à la partie qualitative, à chaque participation. Les données n'ont pas été utilisées pour établir des comparaisons entre institutions d'enseignement.

Les données ont été anonymisées, à savoir que les participants ont été identifiés par des codes qui les ont suivis durant l'étude. Les données nominatives sont conservées dans une armoire fermée à clé, dans un bureau également fermé à clé, et le tableau permettant de relier le participant à son code est conservé dans un ordinateur protégé par un mot de passe. Les données nominatives seront détruites à l'issue de l'étude et du processus de publication.

Les principes de protection des données et de l'intimité respectent le Règlement Général de Protection des Données (UE2016/679) en ce qui concerne la transparence des données recueillies et de leur utilisation, les objectifs de l'étude, le fait de ne prélever que les données nécessaires à l'atteinte de ces objectifs, la limitation de la durée du stockage des données, la sécurité des données et de leur utilisation. Les informations sur la collecte, l'utilisation et le stockage des données ont été rendues accessibles aux participants.

Concernant plus spécifiquement les entretiens, touchant potentiellement à des sujets sensibles, une attention a été donnée à une neutralité bienveillante. La posture de l'*interviewer* était celle de chercheur et non de thérapeute, raison pour laquelle il a été vérifié lors de l'entretien les motivations des participants, afin de vérifier qu'il n'y avait pas de leur part d'attentes d'ordre thérapeutique. Il a été rappelé aux participants avant chaque entretien, et à nouveau avant chaque question potentiellement sensible, qu'ils pouvaient choisir de ne pas répondre. Il a également été demandé, en fin d'entretien, comment la personne avait vécu celui-ci et comment elle se sentait, afin qu'un soutien puisse être offert si nécessaire.

Références

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, *84*(2), 191–215. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(78\)90002-4](https://doi.org/10.1016/0146-6402(78)90002-4)
- Bosson, J. K., Swann, W. B. J., & Pennebaker, J. W. (2000). Stalking the Perfect Measure of Implicit Self-Esteem: The Blind Men and the Elephant Revisited? *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*(4), 631–643. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.79.4.631>
- Cha, N. H., & Sok, S. R. (2014). Depression , self-esteem and anger expression patterns of Korean nursing students. *International Nursing Review*, *61*, 109–115.
- Corwyn, R. F. (2000). The Factor Structure of Global Self-Esteem among Adolescents and Adults. *Journal of Research in Personality*, *34*, 357–379. <https://doi.org/10.1006/jrpe.2000.2291>
- Creswell, J. W. (2009). Mixed Methods Procedures. In *Research Design* (3rd ed., pp. 203–226). SAGE.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3rd ed.). Chenelière Education.
- Gana, K., Alaphilippe, D., & Bailly, N. (2005). Factorial Structure of the French Version of the Rosenberg Self-Esteem Scale Among the Elderly. *International Journal of Testing*, *5*(2), 169–176.
- Gebauer, J. E., Riketta, M., Broemer, P., & Maio, G. R. (2008). “How much do you like your name ?” An implicit measure of global self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, *44*, 1346–1354. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2008.03.016>
- Hébert, R., Bravo, G., & Voyer, L. (1994). La traduction d’instruments de mesure pour la recherche gérontologique en langue française : critères métrologiques et inventaire. *La Revue Canadienne Du Vieillessement*, *13*(3), 392–406.
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *American Educational Research Association*, *33*(7), 14–26. <https://doi.org/10.3102/0013189X033007014>
- Lane, J., Lane, A. M., & Kyprianou, A. (2004). Self-efficacy, self-esteem and their impact on academic performance. *Social Behavior and Personality*, *32*(3), 247–256. <https://doi.org/10.2224/sbp.2004.32.3.247>
- Langevin, V., Boini, S., François, M., & Riou, A. (2012). Inventaire d’anxiété État-Trait Forme Y [State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)]. *Références En Santé Au Travail*, *131*, 161–164.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, *358*, 483–488.
- Marsh, H. W. (1996). Positive and Negative Global Self-Esteem: A Substantively Meaningful Distinction or Artifactors? *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*(4), 810–819.

- Meissner, H. I., Creswell, J. W., Klassen, A. C., Clark, V. L. P., & Smith, K. C. (n.d.). *Best Practices for Mixed Methods Research in the Health Sciences*.
- Moran-Ellis, J., Alexander, V. D., Cronin, A., Dickinson, M., Fielding, J., Sloney, J., & Thomas, H. (2006). Triangulation and integration: processes, claims and implication. *Qualitative Research, 6*(1), 45–59. <https://doi.org/10.1177/1468794106058870>
- Morgan, D. L. (2014). Pragmatism as a Paradigm for Social Research. *Qualitative Inquiry, 20*(8), 1045–1053. <https://doi.org/10.1177/1077800413513733>
- Mruk, C. J. (2013). *Self-Esteem and Positive Psychology. Research, Theory and Practice* (4th ed.). Springer Publishing Company.
- O’Cathain, A., Murphy, E., & Nicholl, J. (2010). Three Techniques for Integrating Data in Mixed Methods Studies. *BMJ, 341*, c4587. <https://doi.org/10.1136/bmj.c4587>
- Pluye, P., & Hong, Q. N. (2014). Combining the Power of Stories and the Power of Numbers: Mixed Methods Research and Mixed Studies Reviews. *Annual Review of Public Health, 35*, 29–45. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182440>
- Randle, J. (2003). Bullying in the nursing profession. *Journal of Advanced Nursing, 43*(4), 395–401.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press.
- Spielberger, C. D. (1993). *Manuel. Inventaire d’anxiété état-trait forme Y (STAI-Y)*. Pearson. Les éditions du centre de psychologie appliquée.
- Tafarodi, R. W., & Swann, W. B. J. (1995). Self-Liking and Self-Competence as Dimensions of Global Self-Esteem: Initial Validation of a Measure. *Journal of Personality Assessment, 65*(2), 322–342.
- Tafarodi, R. W., & Swann, W. B. J. (2001). Two-dimensional self-esteem: theory and measurement. *Personality and Individual Differences, 31*, 653–673.
- Thomas, D. R. (2006). A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation, 27*(2), 237–246. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
- Thomas, S. P., & Pollio, H. R. (2002). *Listening to patients. A Phenomenological Approach to Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1136/bmj.306.6883.1001-a>
- Tomas, J. M., & Amparo, O. (1999). Rosenberg’s self-esteem scale: Two factors or method effects. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6*(1), 84–98. <https://doi.org/10.1080/10705519909540120>
- Vallières, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l’échelle de l’estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology, 25*, 305–316. <https://doi.org/10.1017/S0714980800006206>
- Wendler, M. C. (2001). Triangulation using a meta-matrix. *Journal of Advanced Nursing, 35*(4), 521–525.

Chapitre 4

Principaux résultats

Chapitre 4. Principaux résultats

Cinq articles reprennent les principaux résultats de cette thèse, deux articles décrivant les résultats issus des méthodes quantitatives, et trois articles décrivant les résultats issus des méthodes qualitatives. Ensemble, ils permettent de répondre aux questions de recherche de l'étude globale.

PHASE

QUANTITATIVE

Exploration de la relation entre l'estime de soi des étudiants infirmiers primoarrivants et l'abandon : une étude de cohorte

Dancot, J., Pétré, B., Dardenne, N., Donneau, A. F., Detroz, P. et Guillaume, M. (2021). Exploring the relationship between first-year nursing student self-esteem and dropout: A cohort study. *Journal of Advanced Nursing*, 77, 2748–2760. <https://doi.org/10.1111/jan.14806>

Remerciements à Jean-Christophe Servotte pour avoir fait passer les questionnaires dans la haute école de l'investigatrice principale ; à Nina Friedman pour la révision de l'anglais ; à Pearson pour la permission d'utiliser l'échelle STAI-Y[©].

Décrire l'estime de soi des étudiants infirmiers et son évolution nécessite d'en connaître le point de départ. Cet objectif est en lien avec deux questions de recherche de la thèse :

- Quelle est l'estime de soi des étudiants infirmiers au début de la formation, et comment celle-ci évolue-t-elle durant les études ? (QR1)
- Quels sont les facteurs qui influencent l'estime de soi des étudiants infirmiers ? (QR2)

Le présent article cible les étudiants infirmiers primoarrivants, autrement dit, les étudiants inscrits pour la première fois en première année du cursus. Leur estime de soi a été mesurée en début d'année académique, ainsi que différentes variables s'inspirant de la littérature antérieure sur l'estime de soi.

Ces étudiants montrent une estime de soi modérée (en milieu d'échelle), avec une répartition de 49% de profils « estime de soi haute », 20% de profils « estime de soi basse » et 31% de profils « estime de soi défensive ». Sans être mauvais, ces résultats montrent une estime de soi plus basse et défensive que dans l'estimation selon laquelle la majorité de la population aurait un profil de haute estime de soi (Mruk, 2013b).

En début de cursus, l'estime de soi des étudiants infirmiers est associée négativement à l'état d'anxiété, et positivement au sentiment d'autoefficacité pour les études et pour les stages.

En outre, les résultats académiques et cliniques de ces étudiants, et leur réinscription dans le cursus l'année suivante ont été collectés en fin d'année académique. L'effet de l'estime de soi en début de formation sur ces variables a pu être mesuré, en lien avec la question de recherche de la thèse :

- Y a-t-il une interaction entre estime de soi et développement de la compétence clinique et, si oui, quelle en est la dynamique ? (QR4)

L'estime de soi en début de formation ne s'avère pas corrélée à la performance en fin de première année, ni académique, ni clinique, mais montre une corrélation négative statistiquement significative avec la décision d'abandon des études, notamment chez les étudiants en échec. Plutôt qu'une influence directe sur les performances, ce résultat montre une influence de l'estime de soi sur des phénomènes liés à la persévérance dans l'effort, notamment face à l'échec.

Exploration de l'évolution de l'estime de soi des étudiants infirmiers au cours du temps et de ses prédicteurs : une étude de cohorte sur trois années

Dancot, J., Dardenne, N., Donneau, A.-F., Detroz, P., Guillaume, M. et Pétré, B. Exploring nursing student self-esteem change and its predictors: A three-year cohort study.

En reviewing.

Remerciements à Jean-Christophe Servotte pour avoir fait passer les questionnaires dans la haute école de l'investigatrice principale ; à Nina Friedman pour la révision de l'anglais ; à Pearson pour la permission d'utiliser l'échelle STAI-Y[©].

Connaissant le point de départ, il est ensuite intéressant de considérer l'évolution de l'estime de soi au cours du temps, et de vérifier si ses facteurs d'influence restent les mêmes ou se modifient durant le cursus.

Avoir suivi une cohorte d'étudiants durant trois ans (du bloc 1 au bloc 3 ou du bloc 2 au bloc 4) a permis de décrire l'évolution de leur estime de soi au long du cursus. Les mêmes variables ont été mesurées tout au long du suivi afin de connaître les facteurs qui affectaient cette évolution (non le niveau d'estime de soi mais ses changements au cours du temps). Ces objectifs sont en lien avec trois questions de recherche de la thèse :

- Quelle est l'estime de soi des étudiants infirmiers au début de la formation, et comment celle-ci évolue-t-elle durant les études ? (QR1)
- Quels sont les facteurs qui influencent l'estime de soi des étudiants infirmiers ? (QR2)
- Y a-t-il une influence de la formation sur l'estime de soi et, si oui, quelle en est la dynamique ? (QR3)

Les résultats montrent que l'estime de soi évolue positivement mais faiblement durant le cursus, avec une petite chute non significative en fin de formation. S'agissant des facteurs à la base de l'estime de soi, le sentiment de compétence évolue positivement de manière régulière tout au long de la formation, alors que le sentiment de valeur évolue positivement, sauf en fin de formation où une chute non significative est observée. Les écarts-types augmentent au cours du temps, et le nombre d'étudiants dans la cohorte diminue ; ces deux constats participent à expliquer la non-significativité statistique de certains résultats en fin de cursus.

Parmi les autres variables mesurées, peu montrent une évolution significative au cours du temps. Par conséquent, c'est l'effet des variables mesurées à T0 sur l'évolution de l'estime de soi au long du cursus qui a été exploré. Le genre, le niveau du diplôme d'école secondaire, l'intention de continuer et l'autoefficacité sont associés positivement à l'évolution de l'estime de soi globale et de ses facteurs (sauf le genre qui n'est pas associé à l'évolution du sentiment de compétence) ; l'état d'anxiété y est associé négativement.

Puisque la comparaison temps par temps des niveaux moyens de l'estime de soi et de ses dimensions n'est significative qu'à certains moments, l'effet des variables mesurées à ces temps précis sur l'évolution de l'estime de soi ou de ses dimensions a été mesuré. L'état d'anxiété influence négativement l'évolution de l'estime de soi et du sentiment de compétence au début et au milieu du cursus. L'autoefficacité les influence positivement tout au long du cursus, plutôt l'autoefficacité pour les études et les stages au début et au milieu du cursus, et l'autoefficacité pour la profession en fin de cursus. Les résultats des années antérieures n'influencent pas l'évolution de l'estime de soi, sauf les résultats de la première année, qui influencent négativement l'évolution du sentiment de compétence en fin de formation.

PHASE

QUALITATIVE

Résultats issus de la phase qualitative de la recherche

De manière générale, la moyenne d'estime de soi pour l'ensemble de la cohorte évolue peu durant le cursus, mais cette moyenne presque stable cache des situations très diverses, avec des changements parfois de grande ampleur, vers le haut ou vers le bas, ou en yo-yo, comme illustré à la Figure 4.1. Dans celle-ci, la ligne en gras représente la moyenne du niveau de l'estime de soi aux différents temps de l'étude. Chaque ligne fine représente le niveau d'estime de soi d'un étudiant. La variabilité des évolutions individuelles est notable dans la figure.

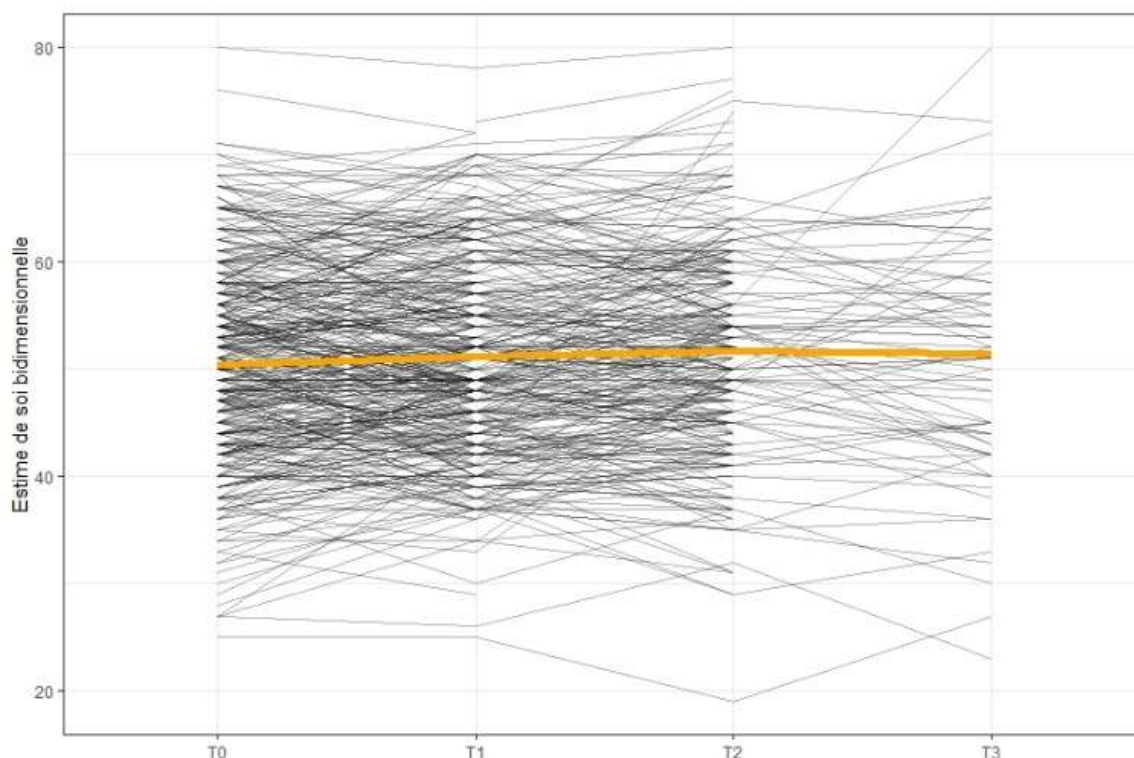


Figure 4.1 : Évolution du niveau de l'estime de soi au cours du temps

La variabilité importante de ces évolutions et le faible pourcentage de l'évolution expliqué par les nombreuses variables mesurées dans notre étude, ainsi que la variabilité dans les résultats d'une étude à l'autre dans la littérature, peuvent donner à penser qu'une partie de l'estime de soi s'explique par des facteurs plus aléatoires, des expériences vécues durant la formation sans qu'elles soient nécessairement en lien avec une année d'études spécifique ni systématiques d'un étudiant à un autre, et également des expériences actuelles et antérieures sans lien avec la formation. Il est important d'explorer de manière plus approfondie et individuelle ce phénomène dans notre cohorte, par des études qualitatives.

Les trois articles qui suivent reflètent les phases de la recherche utilisant une méthode qualitative. Dans la première phase, une exploration plus générale a été réalisée pour identifier comment les étudiants infirmiers voient leur estime de soi et les événements

qui l'influencent, et comment tout ceci impacte leur manière d'être en tant qu'étudiant. Dans la deuxième phase, ayant identifié la réception d'un feedback en stage comme un moment particulièrement signifiant du point de vue de l'estime de soi, cette expérience est explorée avec les intentions d'en déployer le vécu, le lien avec l'estime de soi et l'impact sur les comportements favorisant ou non l'apprentissage. Ces objectifs sont en lien avec deux questions de recherche de la thèse :

- Y a-t-il une influence de la formation sur l'estime de soi et, si oui, quelle en est la dynamique ? (QR3)
- Y a-t-il une interaction entre estime de soi et développement de la compétence clinique et, si oui, quelle en est la dynamique ? (QR4)

Dynamique entre l'estime de soi et l'apprentissage chez les étudiants infirmiers : une étude phénoménologique existentielle

Dancot, J., Pétré, B., Voz, B., Detroz, P., Gagnayre, R., Triffaux, J.-M. et Guillaume, M. Self-esteem and learning dynamics in nursing students: An existential phenomenological study. *Nursing Open*, 2022, 00: 1-14. DOI : 10.1002/nop2.1361

Remerciements à Nina Friedman pour la révision de l'anglais ; à Olivier Borsu pour la réalisation des figures.

Le but de cette étude était de faire décrire leur estime de soi par les étudiants infirmiers, d'identifier les « moments d'estime de soi » vécus au début de la formation (blocs 1 et 2) et de comprendre les influences respectives entre formation, estime de soi et comportements d'apprentissage des étudiants.

Elle montre que les étudiants décrivent leur estime de soi comme extrêmement variable en fonction des circonstances vécues durant les études ; ils utilisent les images du yo-yo ou des montagnes russes pour décrire leur estime de soi et les émotions en lien avec celle-ci.

En début de formation, deux moments d'estime de soi sont décrits : les relations avec les infirmiers lors des stages, et la réception de résultats ou d'évaluations, que ce soit en stage ou à l'école. Ces moments mènent à un processus d'interprétation, influencé par l'estime de soi préalable des étudiants, et finalement à une évolution de leur estime de soi mais aussi de leur manière d'être étudiants. Les étudiants peuvent en effet adopter, suite à ces événements, des comportements plutôt proactifs favorisant leur apprentissage, ou au contraire des comportements défensifs d'autoprotection, en général peu porteurs, voire néfastes, du point de vue de leur apprentissage. Ces comportements correspondent à ceux décrits par Mruk chez des personnes présentant un profil d'estime de soi respectivement plutôt haut ou plutôt défensif ou bas.

Les liens entre estime de soi et comportements d'apprentissage s'avèrent réciproques : une estime de soi plus solide favorise une interprétation menant à davantage de motivation et à des comportements plus proactifs, ceux-ci menant eux-mêmes à vivre davantage de moments favorables à l'estime de soi. Inversement, une estime de soi plus faible ou défensive favorise une interprétation menant à des comportements défensifs, ceux-ci limitant la possibilité d'apprentissage et favorisant le vécu de moments défavorables à l'estime de soi.

A RÉCEPTION DU FEEDBACK EN STAGE

La réception du feedback en stage

Il semblait intéressant d'approfondir la compréhension de la dynamique décrite ci-dessus pour une situation spécifique. Le feedback en stage ressortant de manière spontanée dans les entretiens, c'est-à-dire sans être ciblé par le guide d'entretien de départ, et se situant par ailleurs à la croisée entre les relations en stage et la réception des évaluations, deux importants moments d'estime de soi, il s'est imposé comme événement d'intérêt pour une exploration plus poussée.

Attendu que les relations avec les infirmiers et les enseignants dans le cadre des stages constituent un élément central de l'expérience des étudiants en lien avec leur estime de soi, explorer ce que représente ce feedback pour les étudiants, les facteurs (dont l'estime de soi) qui influencent la manière dont divers types de feedback sont perçus et interprétés, et l'influence de cette interprétation sur l'estime de soi et les comportements d'apprentissage semblait important.

Dans une première partie de l'étude, l'expérience du feedback est décrite et les influences mutuelles entre estime de soi et interprétation du feedback sont explorées.

Le feedback en stage s'avère très porteur de sens pour les étudiants infirmiers, à tous les moments de leur cursus, et cela que l'expérience soit positive ou négative. Cette expérience est suivie d'un processus de gestion des émotions et d'interprétation menant, comme décrit précédemment, à des comportements plutôt favorables ou défavorables à l'apprentissage, avec une visée respective d'expansion ou de protection de l'estime de soi.

À nouveau, un processus cyclique est décrit, puisque l'estime de soi préalable à l'expérience fait partie des éléments qui influencent le processus interprétatif.

Cette première partie, rapportée dans l'article qui suit (article 4), a été poursuivie par l'exploration plus poussée des mécanismes affectifs impliqués dans la mise en œuvre des comportements de régulation des apprentissages ou d'autoprotection (article 5). Dans une publication future, l'exploration de l'expérience émotionnelle vécue sera développée, amenant à un modèle global décrivant le processus de la réception du feedback en stage par l'étudiant infirmier.

Réception du feedback en stage et estime de soi des étudiants infirmiers : une étude phénoménologique existentielle

Dancot, J., Hausman, M., Pétré, B., Detroz, P. et Guillaume, M. Feedback Reception during internship and self-esteem in nursing students: An existential phenomenological study.

En reviewing chez *Nursing Open*.

Remerciements à Bernard Voz pour avoir réalisé les entretiens dans la haute école de l'investigatrice principale ; à Olivier Borsu pour la réalisation des figures ; à Nina Friedman pour la révision de l'anglais.

‘Je ne sais pas si les gens réalisent l’impact de leurs paroles.’ Comment le traitement du feedback en stage influence l’apprentissage des étudiants infirmiers

Hausman, M., Dancot, J., Pétré, B., Guillaume, M. et Detroz, P. “I don’t know if people realize the impact of their words.” How does feedback received during internship influence nursing students’ learning?

En reviewing chez *Assessment and Evaluation in Higher Education*

Chapitre 5

Discussion générale et conclusion

Chapitre 5. Discussion générale et conclusion

L'introduction de ce manuscrit a montré l'importance de travailler sur l'estime de soi des étudiants infirmiers, dans la visée de former des infirmiers compétents et épanouis, contribuant positivement à la santé publique. Elle a également montré la complexité du concept d'estime de soi, dont les multiples définitions et approches rendent l'abord délicat et la comparaison des études et points de vue difficile. Cette multitude d'approches et la présence d'un côté sombre difficile à expliquer (développé aux pages 28-29 et 31) ont amené à une forme de méfiance vis-à-vis de l'estime de soi chez une partie des auteurs en psychologie (Mruk, 2008). Malgré cette controverse, dans le champ des sciences infirmières, le phénomène a été régulièrement abordé par des études scientifiques, sans bénéficier toujours de résultats cohérents ou comparables entre eux, et avec des devis de qualité variable.

La présente discussion reprend les principaux résultats de la thèse, en réalisant une première intégration des données quantitatives et qualitatives. Le lien entre estime de soi et apprentissage s'avérant être un processus cyclique et complexe, les résultats sont discutés en deux étapes : l'effet de la formation sur l'estime de soi et son évolution, puis l'effet de l'estime de soi sur l'apprentissage. Les messages principaux issus de ces deux grands thèmes sont mis en perspective au moyen de la littérature théorique et scientifique.

L'approche bifactorielle de Mruk (2013b) ayant été choisie comme cadre de référence, celle-ci est ensuite discutée dans sa capacité à documenter et comprendre le phénomène de l'estime de soi des étudiants infirmiers.

Les forces et limites de l'étude sont évoquées, ainsi que les perspectives de recherche futures, à partir des données actuellement récoltées et au moyen de nouvelles approches. Enfin, les implications pratiques des résultats sont discutées pour les formateurs et les institutions de formation, ainsi qu'à destination des acteurs politiques en charge de la santé et de l'enseignement supérieur, et enfin de la société en général.

Intégration des principaux résultats pour éclairer le phénomène de l'estime de soi des étudiants infirmiers et ses liens avec le développement de la compétence clinique

Bien que les interactions entre formation et estime de soi soient réciproques et simultanées, elles sont traitées successivement par souci de clarté.

Effet de la formation sur l'estime de soi

Cette première partie vise à décrire l'estime de soi des étudiants infirmiers et son évolution, ainsi que les facteurs qui l'influencent. Elle vise également à tenter de comprendre si les étudiants infirmiers constituent ou non une population spécifique, plus à risque que d'autres concernant son estime de soi, et s'il appartient aux formateurs et

institutions de formation de s'en préoccuper, bien qu'il ne s'agisse pas à première vue d'un élément habituellement associé à leurs missions.

Estime de soi en début de parcours de formation

À l'entrée en formation, notre étude rapporte un niveau moyen modéré de l'estime de soi des étudiants infirmiers, à peine supérieur à la moitié de l'échelle SLCS-r (Tafarodi & Swann, 2001), et 49% d'étudiants à profil « estime de soi haute » selon le modèle de Mruk (2013b). Or, ce dernier indique que la majorité de la population se situerait dans un profil d'estime de soi haute. L'estime de soi n'a à notre connaissance été mesurée qu'à deux reprises au début des études de soins infirmiers. Une étude brésilienne a obtenu des résultats similaires aux nôtres, avec une estime de soi juste à la moitié de l'échelle utilisée (Mendes et al., 2021). Ses auteurs, qui indiquent que ce niveau d'estime de soi est inférieur à celui acceptable pour des non-étudiants et s'apparente à un déficit psychique, identifient l'image corporelle, les attentes parentales, les relations amoureuses et la vulnérabilité économique comme facteurs explicatifs. Le résultat obtenu dans cette étude est d'autant plus interpellant qu'elle utilise l'échelle de Rosenberg, unidimensionnelle et basée sur la valeur, dont les résultats sont habituellement plus stables (van Schie et al., 2018) et supérieurs (Mruk, 2013b) à ceux obtenus via des échelles ciblant plusieurs dimensions. Une étude turque a au contraire décrit l'estime de soi au début des études de soins infirmiers comme haute (İlhan et al., 2016), avec des résultats supérieurs à ceux obtenus précédemment en Turquie, ce que ses auteurs expliquent par une jeunesse plus assertive et plus préparée à défendre ses droits que dans les décennies antérieures (İlhan et al., 2016). Cette étude utilise le *Coopersmith Self-Esteem Inventory*, qui ne permet qu'une réponse binaire (« *comme moi/pas comme moi* ») aux assertions, ce qui limite les nuances et la possibilité de donner une réponse neutre (Potard, 2017) et peut ainsi affecter les résultats en les élevant fort ou en les baissant fort. En conclusion, la comparaison entre études reste délicate car les contextes sociaux, éducatifs et culturels diffèrent, ainsi que les méthodes.

Aucune de ces études ne pose l'hypothèse que ces résultats seraient liés à la population spécifique des étudiants infirmiers, et nous n'avons pas trouvé d'étude comparant l'estime de soi au début de la formation pour les étudiants infirmiers par rapport à d'autres formations. Dans les études comparant l'estime de soi des étudiants de divers cursus en cours de formation, l'estime de soi a été mesurée comme plus basse chez des étudiants infirmiers, comparés à des étudiants en sciences économiques (Sakellari et al., 2020) ou en psychologie (Farid et al., 2017). Il se pourrait que l'estime de soi, et en particulier une estime de soi plutôt basse ou défensive, influence le choix d'intégrer la formation en soins infirmiers, mais cela reste à vérifier.

Parmi les facteurs explicatifs du résultat modéré que nous obtenons, nous pouvons envisager la prédominance féminine de la formation, attendu que les femmes ont souvent une estime de soi plus basse que les hommes (Heatherton & Wyland, 2003). Par ailleurs, un tiers de nos participants ont une histoire antérieure d'échec dans d'autres études

supérieures, ce qui a été montré comme associé à une moindre estime de soi (Dozot et al., 2009; Hoeschler & Backes-Gellner, 2017). Il ressort de plusieurs de nos entretiens que certains étudiants ont choisi les soins infirmiers comme un second choix, soit parce qu'ils auraient raté d'autres études, soit parce qu'ils ne se seraient pas sentis capables de les entreprendre. Avoir une réelle envie d'intégrer ces études et cette profession est un facteur protecteur de l'estime de soi (Valizadeh et al., 2016; Zamanzadeh et al., 2016), et le fait de les intégrer à contre-cœur est associé à une moindre estime de soi (El-wahab & Eita, 2015). Dans nos entretiens, l'inscription par défaut en soins infirmiers est liée par les étudiants à une forme de déception sur soi, à la comparaison avec d'autres personnes ou à la crainte de décevoir ses parents ; alors que l'inscription en premier choix est associée à de l'enthousiasme et de la fierté. Cette différence s'estompe chez les participants au cours du temps : en particulier, ceux qui se sont d'abord inscrits par défaut, mais qui réussissent les études, insistent tout spécialement sur le fait que la profession infirmière est finalement très valorisante, voire davantage que la formation initialement choisie. Ces affirmations pourraient relever d'un enthousiasme réel ou d'une tentative d'autoprotection par la reconstruction d'une image positive de la profession intégrée ; elles doivent également être considérées en se souvenant que nous n'avons réalisé les entretiens des années suivantes qu'avec les étudiants en situation de réussite (ou avec au maximum une année d'échec). L'estime de soi dépend aussi de l'image du groupe entier et, s'agissant des infirmiers, cette image n'est pas toujours bonne : la profession est parfois décrite comme manquant d'autonomie et de qualifications (Hoeve et al., 2013), alors que l'enthousiasme pour celle-ci et l'importance qui lui est accordée sont un facteur protecteur de l'estime de soi (Valizadeh et al., 2016). Outre ces éléments spécifiques aux soins infirmiers, de manière générale, l'arrivée dans l'enseignement supérieur est un moment sensible et particulièrement stressant qui peut avoir un impact sur l'estime de soi (El-wahab & Eita, 2015), d'autant plus pour notre population que les étudiants infirmiers connaissent parfois mal ce qu'est réellement la profession et ce qui sera attendu d'eux (Lees & Ellis, 1990; ten Hoeve et al., 2017).

Notre description d'une estime de soi modérée des étudiants primoarrivants montre qu'il importe de se pencher sur l'estime de soi des étudiants infirmiers dès leur entrée dans la formation, de les accompagner d'emblée dans le développement d'un projet professionnel motivant, et de leur faire rencontrer rapidement des modèles de rôle positifs renforçant une image valorisante de la profession. En termes de recherche, il serait intéressant de comparer systématiquement l'estime de soi d'étudiants à l'entrée dans différents cursus, mais aussi d'explorer quantitativement et qualitativement les facteurs qui influencent celle-ci à l'arrivée en formation.

Évolution de l'estime de soi durant le parcours de formation

Durant le cursus en soins infirmiers, notre étude met en évidence une augmentation de l'estime de soi légère (un point sur une échelle de 16 à 80) mais statistiquement significative, expliquée par une augmentation régulière du sentiment de compétence ;

l'évolution du sentiment de valeur, qui augmente chaque année puis baisse à la fin du cursus, n'est pas significative. D'autres études longitudinales ont eu des résultats très variables concernant l'évolution de l'estime de soi, allant d'une chute drastique (Randle, 2003b) ou d'une fragilisation (Hallsten et al., 2012) à une légère augmentation (Begley & White, 2003) ou à une augmentation régulière chaque année (Go, 1988). Des évolutions plus irrégulières ont été montrées, avec en général une diminution de l'estime de soi après la première année, suivie d'une augmentation de celle-ci les années suivantes (Batmaz et al., 2022; İlhan et al., 2016; Lo, 2002). Inversement, une étude a montré une légère augmentation au début de la deuxième année, suivie d'une chute régulière chaque année, la moyenne à la fin des études étant légèrement plus basse que celle du début des études (Edwards et al., 2010). À deux exceptions près (İlhan et al., 2016; Randle, 2003b), les variations de l'estime de soi, bien que dans des directions variables et statistiquement significatives, étaient, comme dans notre étude, assez faibles en amplitude. Cela semble donc être la situation la plus fréquente, même si à nouveau la comparaison entre études est rendue délicate au vu des parcours d'apprentissage sensiblement différents et du nombre d'années séparant les diverses études.

Au plus proche de nos résultats et dans une culture raisonnablement similaire, une étude réalisée en Irlande auprès d'étudiants infirmiers formés en trois ans dans un cursus de type *apprenticeship* organisé par des hôpitaux et non par des universités (Begley & White, 2003) a montré une estime de soi modérée avec une élévation légère à la fin des études, associée à une diminution de la peur de recevoir des évaluations négatives. Ses auteurs expliquent ce résultat plutôt positif par les qualités du processus éducationnel fondé sur le *caring* et par la nature des relations avec les éducateurs – ce type d'explication ayant également été proposé dans d'autres études (İlhan et al., 2016; Karagözoglu et al., 2008). Par comparaison avec une formation universitaire, les institutions de formation étudiées avaient une petite taille qui permettait une approche holistique et humaniste des étudiants et la dispensation d'un feedback adapté à chaque apprenant. Les auteurs soulignent également l'accumulation de compétences et le sentiment d'avoir surmonté des obstacles avec succès comme expliquant l'élévation de l'estime de soi, ainsi que la satisfaction par rapport à la profession – des éléments d'explication également repris dans d'autres études qui ont souligné le développement professionnel et l'ajustement progressif social, culturel et émotionnel à la profession (Lopes Chaves et al., 2013) ou la congruence entre les valeurs personnelles et professionnelles (Iacobucci et al., 2012). En Belgique aussi, une étude réalisée en 2021 auprès d'étudiants infirmiers et sages-femmes a montré un bon degré de satisfaction par rapport à la profession, même s'il était légèrement en baisse à la fin des études (Baudewyns & Dancot, 2021). Quant à la formation, même si elle est de niveau bachelier (CEC 6) dans la population que nous avons étudiée, elle est prise en charge par des hautes écoles dont la taille et les habitudes prévoient davantage de proximité avec les étudiants que dans les universités, ce qui est d'ailleurs souligné dans les entretiens par ceux de nos participants qui ont d'abord réalisé une année d'études universitaires avant de se réorienter. Les facteurs explicatifs proposés

par ces auteurs peuvent être également appliqués à nos résultats, tout en gardant en tête qu'une estime de soi modérée avec une évolution très faible n'est pas une situation complètement souhaitable, même si elle est rassurante.

Se pose dès lors toujours la question de savoir si la population des étudiants infirmiers est dans une situation spécifique. Par comparaison avec d'autres populations, les étudiants en sciences économiques ont montré une moyenne d'estime de soi en hausse lors de chaque année d'études, au contraire des étudiants en soins infirmiers (Sakellari et al., 2020). Par ailleurs, les étudiants en soins infirmiers ont montré une fragilisation significative de leur estime de soi durant la période des études, alors que l'estime de soi d'un échantillon d'employés de la population générale n'avait pas subi de modification durant la même période (Hallsten et al., 2012). Dans ces études, la population des étudiants infirmiers semble connaître une évolution de l'estime de soi inférieure aux autres populations observées.

Par contre, une étude comparant l'estime de soi d'étudiants universitaires seniors de divers cursus, soins infirmiers, sages-femmes et futurs enseignants de diverses disciplines, a montré que l'estime de soi était élevée chez tous ces étudiants, et qu'elle était la plus élevée chez les étudiants infirmiers (Karagözoglu et al., 2008). Les auteurs expliquaient ces résultats par la prédominance de femmes dans les études de soins infirmiers. Même si l'estime de soi des femmes est habituellement plus basse que celle des hommes, dans ce cas-ci, les auteurs estimaient que recevoir une éducation universitaire était plus valorisant pour les femmes dans un contexte de changements culturels relatifs au genre en Turquie. Ils identifiaient également la formation en soins infirmiers comme basée sur des principes valorisant la personne, y compris celle des étudiants, l'autonomie et l'assertivité, ce qui est favorable à l'estime de soi. À nouveau, la diversité culturelle rend la comparaison des résultats délicate, et il est probable que les effets liés au genre en Turquie ne s'observent pas dans une population belge.

Par conséquent, que penser de la faible évolution positive – que nous pourrions nommer la relative stabilité – que nous décrivons dans la population belge francophone ? Au regard de notre méthode perdant de vue les étudiants qui ratent ou abandonnent leurs études, notre cohorte ne comprenait, au fur et à mesure des années, que les étudiants avec un parcours de réussite, ratant au maximum une année. Cette expérience de succès dans un domaine que nous supposons important pour eux devrait avoir une influence sur leur sentiment de compétence, et donc sur leur estime de soi (Mruk, 2013b) ; or cette influence, si elle est présente, est faible au vu de l'élévation très peu marquée de cette variable. Dans nos entretiens, les étudiants confrontés à l'échec lors d'une année antérieure identifient celui-ci comme un événement critique pour leur estime de soi ; mais les années suivantes, étant en situation de réussite, ils ressentent à nouveau une estime de soi meilleure. Dans une future recherche, il serait intéressant de recontacter les étudiants en situation d'échec ou d'abandon pour les maintenir dans la cohorte et décrire l'évolution de leur estime de soi.

Lors des entretiens, les étudiants restés dans la cohorte d'année en année ont bien une perception d'estime de soi en hausse, lors de l'utilisation du trait représentatif de celle-ci, sans qu'il soit possible de « quantifier » cette perception ; avec parfois une baisse transitoire expliquée par une année ratée. Ils expliquent cette hausse par leurs résultats qui leur montrent qu'ils sont capables de devenir infirmiers, ainsi que par un sentiment progressif de meilleure maîtrise et de plus grande utilité (sentiment de compétence) et intégration (sentiment de valeur) en stage.

Ce ressenti positif, certes rassurant, est à tempérer par la faible évolution quantitative, mais aussi par la grande variabilité des profils d'évolution entre étudiants illustrée à la Figure 4.1 (page 122). Cette variabilité augmente au cours de la formation, comme le montrent les écarts-types en hausse. En outre, à la fin des études, il y a un décrochage entre les courbes du sentiment de compétence, qui continue à augmenter, et du sentiment de valeur, qui subit une chute non statistiquement significative. L'augmentation continue du sentiment de compétence peut être mise en lien avec le parcours de réussite, mais elle reste assez faible, indiquant que les étudiants, malgré leurs succès, peuvent continuer à entretenir des doutes sur leur compétence. La diminution du sentiment de valeur en fin de cursus, même statistiquement non significative, appelle à la vigilance. Elle pourrait être liée à des événements vécus durant le cursus et/ou à la perspective de l'arrivée dans la vie professionnelle. Le faible nombre de participants au dernier temps peut expliquer en partie sa non-significativité. La suite s'attache à tenter de comprendre ce qui peut influencer l'évolution de l'estime de soi et de ses dimensions, en vue de proposer des recommandations.

Facteurs associés à l'estime de soi des étudiants infirmiers et à son évolution

La recherche des facteurs explicatifs de l'estime de soi des étudiants infirmiers et de son évolution met particulièrement en évidence l'état d'anxiété et l'autoefficacité. Ces deux variables sont reliées à l'estime de soi en début de formation, et restent associées à son évolution au long du cursus.

L'état d'anxiété, réaction à une situation stressante (Langevin et al., 2012), est associé à l'estime de soi ou son évolution tout au long du cursus, à l'exception de la fin de celui-ci, quelques semaines avant la diplomation. Ce résultat se retrouve de manière assez constante dans les études antérieures (Burnard et al., 2001; L. C. Hughes et al., 2003; Lees & Ellis, 1990; Suliman & Halabi, 2007), et n'est pas surprenant. L'anxiété et le stress sont élevés chez les étudiants infirmiers (Aeamla-Or, 2015; Amr et al., 2011; Crary, 2013; Edwards et al., 2010; El-wahab & Eita, 2015; Gammon & Morgan-Samuel, 2005; Gomes Lima et al., 2017; L. C. Hughes et al., 2003; Miyoung Kim & Park, 2011; Lees & Ellis, 1990; Lo, 2002; Papazisis et al., 2014; Sakellari et al., 2017; Shrestha & Ghimire, 2019; Sobol, 1978; Suliman & Halabi, 2007; Yildirim et al., 2017). Si la plupart de ces études basent cette affirmation sur des scores élevés sur les échelles de stress ou d'anxiété et/ou sur la présence d'un grand nombre d'agents stressants, liés à la vie étudiante, à la vie d'infirmier ou à la vie d'étudiant infirmier, une étude comparant le niveau de stress des étudiants

infirmiers par rapport à la population étudiante en général a trouvé des niveaux de stress et d'anxiété plus élevés, davantage de perturbations du sommeil et plus de maladies reliées au stress chez les étudiants infirmiers (Bartlett et al., 2016). Des niveaux de stress ou d'anxiété élevés chez les étudiants infirmiers peuvent expliquer une tendance de ces mêmes étudiants à une estime de soi peu élevée. En effet, l'estime de soi est décrite de longue date comme un tampon contre le stress (Mruk, 2013b) et, dans le sens inverse, le stress peut générer des perceptions de soi plus négatives (Karaca et al., 2019).

Les différences entre ces résultats de recherche se situent surtout sur le moment où le stress ou l'anxiété sont le plus fortement ressentis, certaines études pointant plutôt la première année, au vu des difficultés d'adaptation (Shrestha & Ghimire, 2019) et de la difficulté à réussir les cours (Lavoie-Tremblay et al., 2021) ; d'autres, l'année du milieu à cause de la difficulté à développer toutes les habiletés techniques et à gérer l'enseignement clinique (Lo, 2002) ou au manque de temps pour la vie personnelle (Lavoie-Tremblay et al., 2021) ; d'autres, enfin, la fin du cursus, à cause du travail de fin d'études (Gomes Lima et al., 2017), de plus grandes attentes en stage (Edwards et al., 2010), des craintes concernant le passage à la vie professionnelle (Lavoie-Tremblay et al., 2021), ou tout simplement à cause de l'accumulation de la pression et de la charge académique (Chaves Parillo & Peralta Gomez, 2019). Bien que tous ces événements ressortent dans nos entretiens, les sources de stress récurrentes citées par les participants touchent à la réussite, ce qui peut expliquer que l'état d'anxiété soit plus élevé en première année, lorsqu'il n'y a pas encore d'accumulation de résultats positifs, ainsi qu'à l'intégration dans les équipes et aux évaluations en stage, éléments qui ne sont pas spécifiquement reliés à une année d'études mais pour lesquels il y a également accumulation d'expérience au cours du temps.

L'**autoefficacité** est une variable souvent associée à l'estime de soi dans les études antérieures (Bo Ram & Junglm, 2019; Bryer et al., 2015; Ribeiro et al., 2020), en cohérence avec nos propres résultats. L'autoefficacité (Bandura, 1997, cité par Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 245) est la « croyance des individus en leur capacité à mobiliser les ressources nécessaires pour maîtriser certaines situations et y réussir ». Elle comprend deux dimensions, l'attente d'efficacité (croire que l'on possède les ressources nécessaires, notion proche de l'estime de soi) et l'attente de résultat (croire que l'on va maîtriser une situation, notion proche du contrôle perçu). Elle influence le niveau de stress perçu (Bodys-Cupak et al., 2016), montrant les interrelations entre tous ces concepts et la complexité du système qui en découle. La relation entre estime de soi et autoefficacité est décrite comme mutuelle et influençant le processus de professionnalisation (Ribeiro et al., 2020). Ensemble, elles ont été décrites comme un prédicteur de l'abandon chez des étudiants infirmiers réalisant une passerelle entre une formation de niveau inférieur et le bachelier (Bryer et al., 2015). Cela s'explique entre autres par le lien entre sentiment de compétence, une dimension de l'estime de soi, et autoefficacité. Le fait de « se sentir capable d'y arriver », de manière générale, est aussi un vocable récurrent utilisé

spontanément par les participants lors de nos entretiens. Dans une précédente étude (Ribeiro et al., 2020), le choix en première intention de l'orientation vers les soins infirmiers, la satisfaction concernant la formation et l'absence de surcharge ont été reliées à une meilleure autoefficacité chez les étudiants infirmiers.

Bien que ces concepts soient souvent considérés ensemble, et avec raison au vu de leurs influences mutuelles, l'autoefficacité diffère de l'estime de soi. L'autoefficacité est tournée vers des expériences futures et spécifiques, alors que l'estime de soi est une idée que la personne entretient sur elle-même, liée à des expériences antérieures (Ribeiro et al., 2020), et est plus globale (Hoban & Hoban, 2004). Les deux ont le potentiel d'influencer les comportements, et notamment les comportements liés à l'apprentissage (Hoban & Hoban, 2004).

En outre, notre étude considère l'autoefficacité face à des situations particulières, à savoir la réussite des études, l'efficacité en stage et la capacité à être un bon infirmier. Les deux premières s'avèrent prédire l'évolution de l'estime de soi au début et au milieu des études, tandis que la troisième prédit l'évolution de l'estime de soi à la fin des études. Ces mêmes situations ressortent spontanément lors des entretiens : les participants évoquent surtout un doute quant à leur réussite ou quant aux stages dans les entretiens des premières années, alors que certains évoquent un doute, ou au contraire une confiance dans leur capacité à entrer dans la vie professionnelle, lors des entretiens de dernière année ; lors de ces derniers entretiens, la capacité à réussir les cours ou les stages n'est plus évoquée, à l'exception parfois du travail de fin d'études. Ces situations spécifiques n'avaient à notre connaissance jamais été explorées ; elles permettent d'envisager sur quels éléments porter l'attention en fonction du moment du cursus, si l'on souhaite augmenter l'autoefficacité et/ou détecter un risque pour l'estime de soi.

Certaines caractéristiques, présentes dès le début de la formation, prédisent l'évolution de l'estime de soi : outre les deux variables citées ci-dessus, il s'agit du genre, du type de CESS (Certificat d'Enseignement Secondaire Supérieur, donnant accès aux études supérieures) et de l'intention de continuer. Avoir conscience de ces variables dès le début de la formation permettrait de mieux calibrer les actions ciblant l'estime de soi des étudiants infirmiers.

Le **genre** est fréquemment associé à l'estime de soi, les femmes présentant une estime de soi inférieure à celle des hommes (Heatheron & Wyland, 2003) dans les cultures où cela a été étudié ; nos résultats vont dans le même sens. La prédominance féminine de la profession rend bien sûr cette variable peu discriminante dans notre cas.

Le lien entre **CESS** et évolution de l'estime de soi est surprenant, car ce sont les étudiants ayant un CESS « professionnel » (considéré comme étant d'un niveau moindre) qui présentent une estime de soi plus haute et une évolution plus favorable, alors que l'estime de soi est habituellement positivement associée au niveau de formation (Kargin et al., 2021). Nous tentons deux hypothèses explicatives. La première est que les études de soins

infirmiers, tout en étant incluses dans l'enseignement supérieur, seraient moins valorisées ou valorisantes que d'autres études. C'est parfois souligné par nos participants lors des entretiens, surtout parmi les participants issus d'une institution intégrée dans une cité universitaire. Dans ce contexte, intégrer ce cursus avec un CESS « général » pourrait être peu valorisant par rapport aux études entreprises par d'autres camarades de promotion du secondaire, alors que les intégrer avec un CESS « professionnel », ne préparant en théorie pas à l'enseignement supérieur, resterait valorisant. La deuxième hypothèse concerne l'évolution de l'estime de soi au cours du temps. Considérant que seuls restent, dans la cohorte, les étudiants qui réussissent, il pourrait être encore plus valorisant de réussir pour un étudiant ayant au départ un CESS « professionnel ». Ces hypothèses demanderaient bien sûr à être testées par de futures recherches.

L'intention de continuer les études au début de la première année prédit l'évolution de l'estime de soi durant les études. Cette variable n'avait, à notre connaissance, jamais été testée. Dans nos analyses univariées, elle est positivement associée à l'estime de soi. Cependant, dans nos analyses multivariées, la relation a changé de sens, montrant que l'ensemble des variables forme un système complexe qu'il faudrait explorer davantage.

Pour ce qui concerne les facteurs postérieurs au début des études, il est surprenant, au regard de la théorie sur l'estime de soi, de constater que les **résultats**, qu'ils soient académiques (pourcentage de crédits validés) ou cliniques (points obtenus à l'unité d'enseignement « enseignement clinique »), influencent assez peu l'estime de soi quantitativement et à long terme, même si leur réception est évoquée comme un moment d'estime de soi par les étudiants lors des entretiens réalisés au début du cursus. Dans d'autres études, l'amélioration de l'estime de soi durant la formation en soins infirmiers a été attribuée en tout (Go, 1988) ou en partie (Begley & White, 2003) à l'élévation des compétences professionnelles et aux résultats (points) obtenus. Bien que les expériences de succès dans un domaine d'importance renforcent en théorie l'estime de soi (Mruk, 2013b) et malgré les propos des étudiants durant les entretiens, nous constatons grâce aux analyses multivariées que seuls les résultats de la première année ont une influence sur l'évolution de l'estime de soi et du sentiment de compétence en fin de cursus, avec une association négative. Il est difficile d'expliquer ce résultat précis, nous posons l'hypothèse que réussir en première intention donne une confiance en soi qui serait ensuite mise à mal par l'accumulation des difficultés durant le cursus, ou par l'orientation de plus en plus marquées sur les stages (la première année comportant davantage de cours théoriques). De manière générale, le fait que les résultats interviennent très peu dans l'estime de soi et son évolution donne à penser que d'autres facteurs sont plus importants. Lors de nos entretiens, certains étudiants soulignent que les relations en stage sont plus importantes que les points obtenus. Dans les autres études portant sur l'estime de soi des étudiants infirmiers, l'association entre ces deux variables n'a à notre connaissance pas été testée dans ce sens (effet des résultats sur l'estime de soi) mais uniquement dans le sens inverse. Lorsque l'estime de soi a été décrite comme

en hausse durant les études de soins infirmiers, l'amélioration a aussi été attribuée à un environnement de *caring* (Begley & White, 2003) ou aux qualités du programme de formation en général (İlhan et al., 2016).

De manière générale, même en testant un grand nombre de facteurs, nous ne pouvons expliquer qu'une petite partie de l'estime de soi ou de son évolution (r^2 faibles dans nos divers modèles, allant de 0,07 à 0,42). Par ailleurs, nous constatons la variabilité des résultats des diverses études sur l'estime de soi des étudiants infirmiers, notamment en termes d'associations statistiquement significatives. D'une part, ceci implique qu'il faut continuer à affiner les modèles en comprenant mieux les facteurs d'influence et leurs interactions. D'autre part, ceci nous donne à penser que l'estime de soi des infirmiers en formation est complexe et qu'une partie de son évolution s'explique peut-être par des vécus individuels, plus aléatoires d'une personne à l'autre ou d'un cursus à l'autre ; nous pensons notamment aux expériences vécues en stage, qui sont largement abordées lors des entretiens et qui ont un caractère en partie imprévisible.

Le phénomène de « yo-yo » de l'estime de soi des étudiants infirmiers et les moments d'estime de soi

Lors de nos entretiens, les étudiants évoquent un phénomène de yo-yo de leur estime de soi en fonction des circonstances plus ou moins fluctuantes ; ce yo-yo est également visible, d'une année à l'autre, dans la Figure 4.1 (page 122) reprenant l'évolution de l'estime de soi par participant. Les étudiants identifient des moments cruciaux, que Mruk (2013b) a nommés moments d'estime de soi, et dont il serait important de mesurer l'impact. Les deux moments d'estime de soi les plus importants que nous relevons sont le fait de recevoir les résultats d'examen ou de stage, et les relations avec les infirmiers en stage. La réception d'un feedback en stage, parce qu'elle a une nature à la fois relationnelle et évaluative, est à la croisée de ces deux moments et se produit en outre régulièrement durant le cursus.

Il est à noter que nos participants lient ces événements à des impacts émotionnels très forts et à une variation de leur estime de soi. Baumeister et autres (2003) indiquent que l'estime de soi globale est liée à des émotions fortes, tandis que l'estime de soi spécifique à un domaine est moins connotée affectivement. Notre modèle théorique ne prévoit pas une telle distinction ; chez Mruk (2013b), l'estime de soi est toujours décrite comme globale, liée aux expériences réalisées dans des domaines d'importance pour le sujet. L'impact émotionnel fort chez nos participants tend à confirmer plutôt cette seconde vision.

Le fait que la **réception des résultats** soit un événement critique pour l'estime de soi n'est pas surprenant, au vu du lien potentiel avec le sentiment de compétence, qui se construit sur les expériences de succès dans des domaines d'importance pour le sujet (Mruk, 2013b). Dans notre étude, c'est surtout visible dans les données qualitatives, alors que l'effet des résultats sur l'estime de soi est faible ou absent en quantitatif. Dans une étude

portant sur des étudiants du supérieur, l'évolution de l'estime de soi était meilleure chez les étudiants recevant de bonnes notes (Chung et al., 2014) ; et une étude sur le feedback et l'estime de soi d'étudiants adultes a montré l'importance accordée au premier feedback reçu aux études supérieures, qui leur permettait de se situer au sein de celles-ci et de comprendre s'ils avaient fait ce qu'il fallait d'une part, et s'ils atteignaient le niveau requis d'autre part (Young, 2000). Dans notre étude, ce thème de réception des résultats est particulièrement prégnant en regard de la première session d'examens, même s'il revient ensuite avec moins de force ; et ce sont les résultats de la première année qui restent significativement liés à l'évolution de l'estime de soi au cours du temps, quoique négativement. Chez les étudiants infirmiers, la réception du feedback a été décrite comme menaçant l'estime de soi (Sultan & Victor, 2021) ; l'accumulation de connaissances et les indices de professionnalisation sont repris comme des facteurs protecteurs de l'estime de soi (Valizadeh et al., 2016), et la réception de bons résultats est un critère permettant d'estimer ces deux facteurs. Ceci nous amène à recommander que la réception des résultats ou des évaluations, et en particulier celle de la toute première session des examens et celle des stages, soit accompagnée. Pour ce qui concerne les résultats des examens, avec le développement des moyens informatiques, les bulletins sont le plus souvent transmis à distance, laissant l'étudiant seul face à ce message. Privilégier des moments où l'étudiant peut obtenir du soutien et assurer un contact possible immédiatement ou rapidement après la réception des évaluations sont souhaitables pour que l'étudiant puisse analyser la situation dans un cadre bienveillant et la voir sous un jour aussi constructif que possible. De tels contacts peuvent être l'occasion de renforcer le sentiment d'auto-efficacité de l'étudiant et son intention de continuer, s'ils offrent des pistes de progression.

Les **relations avec les infirmiers en stage** ont déjà été largement décrites comme influençant l'estime de soi dans une étude britannique (Randle, 2003a), mais cette dernière s'était surtout focalisée sur l'effet négatif de ces relations et avait montré une chute drastique de l'estime de soi. Par rapport à cette étude, notre système éducatif et notre système de santé diffèrent, ainsi que le moment où les entretiens ont été réalisés, puisqu'ils l'étaient dans le courant des stages pour l'étude britannique, et en dehors des périodes de stage pour notre étude. C'était un choix délibéré afin que les situations vécues en stage, parfois très intenses, aient déjà été en partie « métabolisées », pour ne pas induire une focalisation sur les événements de stage au détriment d'autres événements vécus en cours ou dans d'autres circonstances. Enfin, une vingtaine d'années et des réformes de l'enseignement supérieur séparent les deux études, et il est à espérer que des progrès ont été faits entretemps dans l'accueil et l'accompagnement des étudiants infirmiers en stage. Nos résultats sont en tout cas beaucoup plus nuancés, avec des relations positives affectant favorablement l'estime de soi des étudiants, et des relations négatives l'affectant défavorablement. L'importance de ces relations est liée au sentiment de valeur qui se base sur des expériences d'acceptation ou de rejet (Mruk, 2013b), et le caractère protecteur pour l'estime de soi de l'intégration dans le nouveau groupe

professionnel, surtout si ces personnes sont enthousiastes vis-à-vis de la profession et de l'étudiant, a déjà été démontré (Valizadeh et al., 2016; Zamanzadeh et al., 2016). Dans nos entretiens, la récurrence d'événements positifs est plus importante que celle des événements négatifs. En revanche, les expériences négatives ont un impact plus important et plus durable sur les étudiants, et même sur d'autres étudiants, puisqu'ils évoquent parfois les expériences vécues par des pairs comme source d'anxiété pour eux ou comme exemple d'événements négatifs en lien avec les études en soins infirmiers. La récurrence de ces événements négatifs et leur caractère parfois aléatoire, ou la perception d'un tel caractère par les étudiants, amène une forme d'insécurité permanente pour beaucoup de participants : chaque nouveau stage, chaque nouvel infirmier, chaque nouvel enseignant en stage sont considérés avec appréhension.

Dans les relations avec les infirmiers en stage telles que décrites par nos participants, les phénomènes de harcèlement, bien que répandus, semblent moins fréquents que ceux qui ont été décrits en Grande-Bretagne à l'époque (Randle, 2003a). L'évolution de l'estime de soi montrée par nos résultats quantitatifs est plutôt positive, bien que faible, et les étudiants maintiennent leur sentiment de valeur (ce que nous avons pu observer au travers des entretiens, nos résultats quantitatifs n'étant pas significatifs) et leur sentiment de compétence, là où Randle (2003a) décrivait une estime de soi fragmentée, la perte de la capacité à être l'infirmier que les étudiants souhaitaient être et l'intégration des valeurs dominantes d'un système très hiérarchisé et médico-centré. Si, dans notre étude, plusieurs participants au dernier entretien ont annoncé leur souhait de modifier leur orientation professionnelle dès la fin de leurs études, sentant que la profession infirmière ne répondait plus à leurs attentes, la majorité de nos participants restait motivée et avec un système de valeurs professionnelles confirmé et renforcé positivement. Lors d'expériences négatives, en particulier, les participants à notre étude pointent de nombreuses ressources : autres infirmiers ou enseignants, pairs, patients, proches principalement. Des dispositifs mis en place par les institutions de formation, tels que des lieux de parole ou des moyens d'exprimer son ressenti par rapport à un stage, sont également appréciés pour surmonter ces événements et en tirer des enseignements à long terme, malgré un vécu extrêmement désagréable et déstabilisant à court terme. Notre étude montre l'importance des stages et des relations avec les infirmiers durant ceux-ci pour l'estime de soi, ces événements pouvant avoir un effet positif s'ils se passent bien ou si l'expérience plus difficile est accompagnée selon les besoins de l'étudiant. Les stages, seuls, sans ces dispositifs d'accompagnement, seraient plus problématiques, puisque les expériences négatives auraient un impact plus délétère dans une dynamique de cercle vicieux.

L'accompagnement des étudiants n'est pas suffisant. L'effet important des stages, et des relations avec les infirmiers, sur l'estime de soi peut être expliqué par l'importance de ceux-ci en termes de professionnalisation. Là où les cours sont un monde un peu à part, les stages représentent « la vraie vie » pour nos participants, et l'intégration aussi bien

que les résultats en stage sont des indices bien plus crédibles que les résultats des cours quant à leur niveau de professionnalisation, critère décrit comme important pour l'estime de soi des étudiants infirmiers (Zamanzadeh et al., 2016). Or, lors des stages, beaucoup d'événements différents sont vécus, certains positifs, d'autres négatifs ; et ces événements ne dépendent pas uniquement des étudiants, mais aussi de critères extérieurs à la formation tels que, par exemple, l'état du moment de l'équipe infirmière. C'est ce qui nous amène à décrire ces expériences comme ayant un caractère en partie aléatoire. Comme il s'agit souvent d'événements liés à l'acceptation ou au rejet, selon que l'équipe infirmière est dans des circonstances qui lui permettent ou non d'être disponible aux étudiants, cela pourrait expliquer le caractère plus variable du sentiment de valeur dans notre étude. Au vu de l'importance de ces événements, il importe d'améliorer les expériences vécues par les étudiants. Même si ces expériences ne dépendent que peu des institutions de formation, celles-ci peuvent les influencer en sensibilisant les terrains de stage, en proposant des formations pédagogiques, en créant avec ces lieux un véritable partenariat centré sur l'étudiant et son apprentissage, respectueux des besoins et possibilités de chacun.

Le phénomène de yo-yo de l'estime de soi décrit par nos participants a rarement été documenté tel quel dans la littérature, sachant que les études longitudinales ne mesurent l'estime de soi qu'une ou deux fois par an et que, dans l'étude mixte britannique, peu d'événements positifs ont été rapportés. L'estime de soi est parfois conceptualisée sous la double forme d'un trait de personnalité stable et d'un état plus sensible aux circonstances du moment (Crocker & Wolfe, 2001) ; cette vision d'estime de soi « état » pourrait expliquer ces changements fréquents et brutaux, mais elle n'est pas reprise dans notre modèle théorique. Celui-ci (Mruk, 2013b) indique plutôt qu'une conception bifactorielle réconcilie ces deux visions de trait et d'état, dans la mesure où elle permet de décrire des profils d'estime de soi plutôt stables, dans le cas où les deux facteurs composant l'estime de soi sont tous les deux élevés ou tous les deux bas, et des profils plutôt instables, dans le cas où ces deux facteurs sont en déséquilibre. Voyons si l'exploration des moments d'estime de soi et de ce que les étudiants ont ressenti suite à ceux-ci est compatible avec cette vision.

Certains de nos participants montrent, plus que d'autres, une capacité à surmonter rapidement, après un bref déclin de l'humeur, un événement négatif tout en protégeant leur estime d'eux-mêmes ; et d'autres décrivent un retour rapide, après un événement positif, à leurs pensées habituelles plus négatives sur eux-mêmes. Ces deux fonctionnements peuvent être la marque d'une estime de soi respectivement haute ou basse mais, dans tous les cas, stable dans un délai de quelques jours après l'événement. Une situation d'équilibre entre les dimensions de l'estime de soi a tendance à s'entretenir, par des comportements d'expansion du soi en cas d'estime de soi haute, et de protection du soi en cas d'estime de soi basse (Mruk, 2013b). Cet équilibre peut expliquer une faible évolution sur le long terme malgré des variations transitoires.

A contrario, certains participants ont montré une évolution de l'estime de soi importante et variable d'une année à l'autre. Une situation en déséquilibre de ses deux dimensions entraîne des problèmes pour l'estime de soi (Mruk, 2013b) qui a alors été qualifiée de contingente (Crocker & Knight, 2005), de paradoxale (Tafarodi et al., 2001) ou d'instable (Kernis et al., 2000). Une étude (Crocker et al., 2003) a montré qu'une estime de soi contingente à l'entrée à l'université prédisait des comportements différents durant la première année, notamment en termes d'affiliation à une association d'étudiants et d'allocation du temps à différentes activités festives ou de loisir. Une telle estime de soi peut mener à un désengagement par rapport aux résultats scolaires (Crocker & Wolfe, 2001). Chez certains de nos participants aux entretiens aussi, l'intégration dans l'équipe ou la perspective des points est valorisée au-delà de l'action « juste », les étudiants montrant alors des comportements tels qu'un refus de dénoncer une situation inacceptable ou qu'une acceptation de critiques injustifiées altérant leur estime de soi ; ces comportements peuvent être expliqués par une estime de soi défensive. Ce déséquilibre peut augmenter la tendance au yo-yo décrit.

Outre cette notion de stabilité ou de déséquilibre, Mruk (2013b), dans sa représentation graphique des quatre profils de l'estime de soi, suggère que l'estime de soi de chaque personne est plutôt représentée par une aire, avec des potentialités de fluctuation en fonction des situations, que par un point. Cette vision flexible et la notion de moments d'estime de soi réconcilient les deux options de trait ou d'état, décrivant une estime de soi qui peut à la fois être habituellement stable ou instable, et sujette à changement dans certaines circonstances bien spécifiques (Mruk, 2013b). C'est bien le cas pour nos participants avec un profil défensif qui, recevant un feedback contraire à leurs impressions sur eux-mêmes, se sentaient momentanément très différents dans ce domaine, avant de revenir à leur fonctionnement antérieur : dans ces profils défensifs, l'aire peut recouvrir les deux profils et l'étudiant peut passer de l'un à l'autre en fonction des circonstances.

Les moments d'estime de soi identifiés et le rythme de yo-yo décrit permettent déjà de rejoindre les suggestions d'études antérieures, à savoir de favoriser et de valoriser l'acquisition de connaissances, les modèles de rôle positifs, l'autonomie professionnelle lors des stages (Valizadeh et al., 2016) ainsi qu'un environnement de formation bienveillant (Begley & White, 2003) favorisant le sentiment de valeur, notamment via des expériences d'acceptation et d'intégration (Zamanzadeh et al., 2016). Nous prôtons en outre une vigilance permanente vis-à-vis des étudiants, et une attention bienveillante envers ceux qui montrent des comportements défensifs, alors que ces comportements entraînent souvent des réactions négatives dans le chef des formateurs. Il faudrait au contraire que ces étudiants soient soutenus afin que leur énergie puisse être focalisée sur un processus d'apprentissage et de progrès.

Faut-il s'intéresser à l'estime de soi des étudiants infirmiers ? Réflexions sur les missions dévolues à l'enseignement supérieur

La formation en soins infirmiers peut avoir un impact sur l'estime de soi des étudiants. Dans notre étude, quantitativement, cet impact se révèle présent, positif en moyenne et très faible. Qualitativement, les étudiants ont exprimé l'influence importante et fréquente que la formation a sur leur estime d'eux-mêmes. D'autres études ont montré des influences positives ou négatives, parfois spectaculaires. Toutes les études consultées dans le contexte des formations infirmières s'accordent à recommander d'être attentifs, en tant que formateurs, à l'estime de soi des étudiants infirmiers, et de tenter de la promouvoir.

Mais est-ce bien le rôle des enseignants et des institutions de formation que de s'intéresser à un tel concept, ou cela sort-il de la mission qui leur est confiée par la société ? Nous entendons parfois dire, de manière très réductrice, que celle-ci consisterait uniquement à permettre l'acquisition par les étudiants de connaissances et de compétences (Décret paysage, 2013). Cependant, le mandat social des institutions d'enseignement supérieur va au-delà des compétences, vers la contribution au développement de citoyens impliqués dans la société et d'étudiants autonomes et épanouis (Décret paysage, 2013). Dans ce sens, un premier élément de réponse consiste en l'association de l'estime de soi avec le bien-être et la santé mentale, qui répondent à cet objectif.

En outre, l'estime de soi influence le comportement professionnel des étudiants (Randle, 2003a) et le développement de leurs valeurs professionnelles (Iacobucci et al., 2012). Une formation qui ne serait pas suffisamment attentive à l'estime de soi des étudiants infirmiers pourrait comprendre un curriculum caché limitant leur capacité à se montrer professionnels et à développer un système de valeurs humaniste, là où les enseignants devraient promouvoir la réussite et envisager les dilemmes éthiques posés par leur profession (Décret CAPAES, 2002, compétences 1 et 2) dans un contexte de crise et d'abandon de la profession. Il y a là un fonctionnement systémique, l'organisation de la formation et les conditions de stage actuelles entraînant des difficultés qui s'auto-entretiennent.

L'estime de soi a aussi des liens complexes avec le stress et l'autoefficacité, qui sont eux-mêmes en lien avec la capacité d'apprendre (Ribeiro et al., 2020) et de développer une pensée critique (Suliman & Halabi, 2007). Or les enseignants ont bien pour mission de mettre les étudiants dans des conditions qui optimisent leur apprentissage en construisant un contexte relationnel propice à celui-ci (Décret CAPAES, 2002, compétence 4). Il se pourrait même que l'estime de soi exerce une influence importante sur cet apprentissage et le développement de compétences, justifiant d'autant plus de s'y intéresser. C'est ce qui est traité dans la partie suivante.

Nous voudrions souligner que, lors des entretiens, les étudiants n'évoquent pas exclusivement des événements liés à la formation pour décrire leur estime de soi. Des éléments liés aux antécédents scolaires et familiaux, à la vie amoureuse et sexuelle, aux liens amicaux..., bien que minoritaires, sont évoqués et explorés. L'estime de soi de nos participants ne dépend pas que de facteurs qui seraient entièrement sous le contrôle de la formation en soins infirmiers, et les mesures qui peuvent être prises au niveau de celle-ci pour améliorer l'estime de soi des étudiants ne pourront jamais cibler l'ensemble de ces événements de vie, ni même permettre de créer un cursus idyllique au sein duquel toutes les expériences vécues seraient positives... et ce n'est pas indispensable. La vie est composée de hauts et de bas, de relations qui nous construisent et de relations que nous devons apprendre à gérer sans qu'elles ne nous abîment. Cela étant dit, si les étudiants infirmiers constituent vraiment une population spécifique en termes d'estime de soi, et si cibler celle-ci permet réellement d'améliorer leur épanouissement et leur développement professionnel, alors toutes les actions prises dans le sens d'un renforcement de l'estime de soi sont bienvenues.

Effet de l'estime de soi sur l'apprentissage et le développement de la compétence clinique

Cette deuxième partie s'intéresse à l'impact que l'estime de soi des étudiants infirmiers pourrait avoir sur le développement de leurs compétences, en s'intéressant aux performances, mais également en essayant d'éclairer le processus qui lie estime de soi et comportements plus ou moins favorables à l'apprentissage. La question des missions de l'enseignement supérieur en termes d'estime de soi est à nouveau abordée.

Association de l'estime de soi et des performances

L'estime de soi a, de longue date, été identifiée comme corrélée à la performance scolaire ou académique, notamment dans une très large méta-analyse où l'estime de soi expliquait entre 4 et 7% de la performance (Hansford & Hattie, 1982). Chez les étudiants infirmiers, même si l'estime de soi a souvent été corrélée à des comportements utiles au niveau professionnel ou académique, tels que l'assertivité (Lin et al., 2004; Unal, 2012), la pensée critique (Suliman & Halabi, 2007) ou encore l'intelligence émotionnelle (Sa et al., 2019), entre autres exemples, ou négativement corrélée au burnout académique (Wang et al., 2019), sa relation directe avec les résultats a moins souvent été étudiée. Lorsqu'elle l'a été, la tendance était à une corrélation positive mais faible entre estime de soi et résultats (Jirdehi et al., 2018; Sayehmiri et al., 2019). A contrario, une large revue de littérature sur les bénéfices de l'estime de soi dans la population générale n'identifiait pas l'estime de soi comme explicative des performances scolaires, pour plusieurs raisons : les corrélations sont toujours modestes, un haut niveau d'estime de soi peut cacher plusieurs réalités entraînant divers types de comportements, l'estime de soi peut être liée à d'autres facteurs explicatifs de la réussite comme le contexte social ou les aptitudes, une corrélation n'est pas un lien de cause à effet et il est plus probable que la réussite entraîne l'estime de soi que l'inverse, voire qu'il n'y ait de relation dans aucun sens mais qu'une

troisième variable non identifiée influence les deux (Baumeister et al., 2003). Par contre, une haute estime de soi favorise la persistance après l'échec et a une forte corrélation avec le bonheur (Baumeister et al., 2003).

L'absence de relation entre estime de soi et résultats académiques, ou la relation très faible, se trouve confirmée dans notre étude. Chez les étudiants primoarrivants, l'estime de soi au début des études ne permet pas de prédire les résultats en fin de première année. Nous n'avons pas encore testé cette relation à la fin des études. En revanche, comme proposé dans la revue de littérature (Baumeister et al., 2003), l'estime de soi en début d'études prédit, avec une relation négative, l'abandon en cas d'échec en fin de première année. Ceci confirme ce qui ressort de nos entretiens, à savoir que ce n'est pas seulement l'échec en tant que tel qui est problématique, mais l'interprétation qui en est faite par l'étudiant, comme discuté ci-dessous. Nous n'avons pas encore testé cette relation entre estime de soi et abandon tout au long des études. Il sera intéressant de poursuivre l'analyse de nos données par une vérification plus fine des associations entre l'estime de soi et ses dimensions, et les résultats ou l'abandon à divers moments, pour confirmer ou infirmer ces premières conclusions.

Lien entre l'estime de soi et les comportements d'apprentissage

Conformément aux tendances rappelées ci-dessus, nos résultats qualitatifs montrent un effet de l'estime de soi sur des comportements favorables à l'apprentissage et, en particulier, au développement de la compétence clinique, s'agissant surtout d'événements liés aux stages. Nous avons pu explorer les processus à la base de cet effet.

Nous montrons que ce qui influence les comportements d'apprentissage des participants est non seulement l'événement vécu en tant que tel, mais également l'interprétation qui en est faite, et que cette interprétation dépend entre autres de l'estime de soi des étudiants. Une haute estime de soi a déjà été décrite comme favorable à la prise d'initiatives et à la prise de risques modérés permettant un apprentissage et, par effet retour, une expansion du soi ; une basse estime de soi menant au contraire à des comportements autoprotecteurs peu favorables, voire délétères, à l'apprentissage (Baumeister et al., 2003; Mruk, 2013b). Nos données qualitatives confirment ce processus et son caractère cyclique, et permettent de l'expliquer. L'interprétation qui se joue est entre autres un processus d'attribution causale et de comparaison entre pairs ou avec d'autres personnes significatives. Elle mène l'étudiant à l'idée qu'il est capable ou non « d'y arriver » ou « fait ou non pour être infirmier », ce qui influence sa motivation et, par conséquent, les actions entreprises pour réguler ses propres apprentissages. Une analyse de concept sur la motivation académique des étudiants infirmiers avait déjà montré que le concept de soi est bien un antécédent de la motivation (Rafii et al., 2019), elle-même liée à un apprentissage de qualité et à une réduction de l'anxiété. Les comportements favorables à l'apprentissage décrits par nos participants sont de l'ordre de l'étude, la préparation, la prise d'initiatives, le fait de poser des questions, ou même l'expression d'un avis divergent sur des questions cliniques, techniques ou morales. Les

comportements défavorables à l'apprentissage sont une mise en retrait, une absence d'initiatives, un refus de pratiquer tout acte non parfaitement maîtrisé, une appréhension ne menant pas à des efforts de préparation ou de maîtrise vis-à-vis d'événements, le fait de ne pas poser de question, de ne pas exprimer de doute ou de désaccord, un comportement visant à se faire remarquer aussi peu que possible ou à suivre les directives sans aucune remise en question. Ces comportements concordent avec la théorie de l'autodétermination (Adams et al., 2017; Deci & Ryan, 2000) dans laquelle, si les besoins psychologiques de base d'autonomie, compétence et relation ne sont pas satisfaits, la personne peut s'engager dans des comportements visant à compenser ces besoins plutôt qu'à augmenter sa maîtrise de la profession qu'elle est en train d'apprendre. Ces auteurs soulignent la nécessité d'un environnement d'apprentissage qui permette de rencontrer les besoins psychologiques de base afin que la motivation de l'étudiant l'oriente vers des comportements favorables à l'apprentissage. Parmi ces besoins, la compétence est clairement liée au sentiment de compétence, et la relation au sentiment de valeur, tels que décrits dans l'approche bifactorielle de l'estime de soi (Mruk, 2013b). En d'autres termes : un environnement favorable pour l'estime de soi des étudiants infirmiers permettrait que ces derniers adoptent des comportements augmentant le développement de leur compétence clinique.

Au vu de la pénurie d'infirmiers, favoriser le développement de la compétence et limiter l'abandon en ciblant la motivation et l'estime de soi des étudiants semble une piste prometteuse. La théorie de l'autodétermination offre un cadre intéressant pour travailler sur la motivation des étudiants infirmiers (Messineo et al., 2019) ; il faut y ajouter une attention à l'environnement d'apprentissage et au fait que celui-ci puisse répondre aux besoins psychologiques des étudiants (Vallerand et al., 2008), mais également une attention aux processus internes à l'œuvre chez l'étudiant, quelle que soit la qualité des expériences vécues. Or ces processus semblent bien dépendre de l'estime de soi chez nos participants, ce que nous avons pu constater en investiguant ceux-ci durant la réception d'un feedback en stage.

En effet, si nous identifions certaines caractéristiques du feedback importantes pour favoriser l'apprentissage, l'analyse de nos entretiens montre également qu'une expérience similaire peut être interprétée de manière différente par l'étudiant en fonction de son profil d'estime de soi. Ainsi, les étudiants avec une estime de soi haute peuvent utiliser les feedbacks positifs et négatifs pour leur apprentissage, moyennant de gérer leurs émotions et de rechercher du soutien ou du dialogue ; dans le pire des cas, ils sont capables de prendre distance avec des feedbacks très négatifs ne leur donnant pas d'occasion d'apprentissage, afin de protéger leur estime de soi. Les étudiants avec une estime de soi basse ont du mal à utiliser les feedbacks pour leur apprentissage, surtout si ceux-ci ne proposent pas d'emblée du soutien, des critères de progression et la possibilité d'un dialogue ; même les feedbacks positifs ont peu d'effet à long terme. Il nous a été difficile de décrire finement ce qu'il se passe pour les étudiants ayant une estime de soi

défensive, car ils n'ont rapporté que des feedbacks positifs ; de manière générale, les comportements rapportés sont plutôt similaires à ceux des étudiants à l'estime de soi basse, quand bien même leur niveau d'estime de soi est supérieur à celui de ces derniers.

Un processus similaire avait déjà été décrit chez des étudiants matures en reprise d'études supérieures (Young, 2000), où les étudiants avec une estime de soi haute montraient une attitude d'emblée ouverte à être évalués et recevoir des critiques, et percevaient des feedbacks à valence négative comme une expérience positive, et inversement en cas d'estime de soi basse. Les étudiants à l'estime de soi haute avaient davantage tendance à interpréter les commentaires comme portant sur leur travail, alors que les étudiants à l'estime de soi basse avaient davantage tendance à les interpréter comme portant sur leur personne, ce qui a été décrit comme moins porteur pour l'apprentissage (Kluger & DeNisi, 1996). Toujours chez ces étudiants matures (Young, 2000), pour les étudiants ayant une estime de soi modérée (au milieu de l'échelle), l'expérience pouvait être utilisée pour l'apprentissage pour autant qu'il y ait un équilibre entre les commentaires positifs et négatifs, ce qui n'était pas indispensable pour les étudiants à l'estime de soi haute. Nos participants au profil défensif (dont le niveau d'estime de soi est en général aussi dans le milieu de l'échelle) accordent également de l'importance aux commentaires positifs. Enfin, en concordance avec nos entretiens et en lien avec nos résultats montrant un lien entre estime de soi et abandon, chez ces étudiants matures (Young, 2000), les participants avec une estime de soi haute avaient davantage tendance à considérer le feedback, même négatif, comme un outil pour leur apprentissage en se centrant sur les capacités à améliorer, alors que les étudiants à estime de soi basse recevant un feedback négatif vivaient un sentiment de défaite et pouvaient envisager de cesser les cours. En cas de feedback qui leur semblait trop injuste ou non constructif, les étudiants à haute estime de soi dirigeaient leur colère contre l'évaluateur plutôt que contre eux-mêmes, alors que les étudiants à basse estime de soi étaient plutôt bouleversés et se tenaient pour responsables, mais incapables de modifier la situation. Dans le même ordre d'idée, des examens par imagerie par résonance magnétique réalisés chez des personnes recevant un feedback social négatif ont montré que l'estime de soi basse rend plus difficile la réception d'un tel feedback, entraînant une altération de l'humeur plus importante et plus de difficulté à filtrer les feedbacks négatifs (van Schie et al., 2018). Sans détailler de profils ou de niveaux d'estime de soi, une étude sur les perceptions du feedback sur des travaux écrits par des étudiants infirmiers a montré que ceux-ci estimaient que le feedback n'était pas aidant pour comprendre ou réussir les évaluations, et qu'au contraire il les décourageait de réfléchir et de réguler leur apprentissage ; un lien a été posé avec une menace pour l'estime de soi (Sultan & Victor, 2021). À noter que cette étude insistait surtout sur le timing du feedback et sur l'utilisation de l'approche « sandwich » (où les commentaires négatifs sont précédés et suivis de commentaires positifs), cette approche étant décrite comme particulièrement indiquée pour promouvoir l'estime de soi des étudiants (Jug et al., 2019), bien qu'elle n'ait pas montré son efficacité en termes d'apprentissage dans d'autres études (Hattie & Timperley, 2007). Nos participants

insistent surtout sur la bienveillance, l'intention d'amélioration et la possibilité d'un dialogue ; et les besoins des étudiants varient selon leur estime de soi, notamment concernant la réception de commentaires positifs ou négatifs. En outre, l'étude en question indiquait que les commentaires oraux étaient moins efficaces pour l'apprentissage à cause de leur caractère volatile et privilégiait les commentaires écrits (Sultan & Victor, 2021), alors que nos participants apprécient souvent le feedback oral pour la facilitation du dialogue qu'il permet.

Ces résultats montrent qu'il ne suffit pas, en tant que formateurs ou que chercheurs, de s'intéresser à la qualité de l'expérience vécue par l'étudiant. Même si celle-ci peut être améliorée, une part de son effet sur l'apprentissage dépendra de l'étudiant et, entre autres, de son estime de soi. Mieux comprendre ces processus permettra d'adapter l'accompagnement de l'étudiant en fonction de ses besoins psychologiques, pour favoriser un apprentissage optimal chez tous.

En conclusion, même sans association statistiquement significative entre estime de soi et résultats, nous pouvons envisager un effet possible de l'estime de soi de l'étudiant sur la qualité de son apprentissage et notamment sur le développement et la mise en œuvre de sa compétence clinique, au vu des comportements d'apprentissage décrits notamment lors des stages. Ces résultats peuvent expliquer les liens précédemment observés entre estime de soi et pensée critique (Suliman & Halabi, 2007) ou comportement professionnel (Randle, 2003a), entre autres. Étudier, se préparer, poser des questions, indiquer une incompréhension ou un désaccord, prendre des initiatives, se lancer dans des activités moins maîtrisées avec une bonne conscience de ses limites, etc. sont des comportements favorables au développement de la compétence clinique, qui sont décrits par nos participants comme influencés par leur estime de soi. Rappelons également l'effet de l'estime de soi sur la décision d'abandon en cas d'échec en fin de première année : l'estime de soi influence la conduite de l'étudiant en cas d'échec, l'amenant à persévérer ou au contraire à baisser les bras, avec la conséquence que certains étudiants sortiront prématurément du cursus, dans un contexte de pénurie d'infirmiers.

Comment s'intéresser à l'estime de soi des étudiants infirmiers ? Réflexions sur les potentialités de celle-ci dans la qualité de l'apprentissage

Il est utile de revenir avec ce regard sur notre question, est-ce le rôle des formateurs et des institutions de formation de s'intéresser à l'estime de soi des étudiants, voire de tenter de l'améliorer et, si oui, comment le faire ? Promouvoir la réussite et la professionnalisation passe de toute évidence par la double attention à faire vivre à l'étudiant des expériences favorables à son estime de soi, et à accompagner le vécu des expériences plus ou moins difficiles, surtout chez les étudiants plus fragiles en termes d'estime de soi. Ne pas avoir cette attention pourrait mener à abandonner sur le bord de la route les étudiants moins armés pour gérer ces expériences seuls, voire à nuire à l'estime de soi de tous et à déconstruire les citoyens que nous sommes supposés contribuer à former et à étayer.

Notre étude confirme l'idée que l'estime de soi ne doit sans doute pas être recherchée pour elle-même et avec des mesures visant à l'améliorer en dehors de tout contexte (Baumeister et al., 2003) ; de tels « traitements » sont d'ailleurs davantage la compétence de psychologues cliniques (Mruk, 2013b), ce que les enseignants ne sont pas. Si une étude thaïlandaise a recommandé de prévoir des activités collectives récréatives pour augmenter l'estime de soi des étudiants infirmiers via le sentiment d'inclusion et d'appartenance, ce type de suggestion ne ressort pas de nos entretiens, contrairement à d'autres dispositifs d'ordre pédagogique pointés par les étudiants. C'est bien une attention aux effets des comportements pédagogiques que nous recommandons, afin de favoriser la capacité de la personne à mettre en œuvre les comportements souhaités et à s'améliorer (Baumeister et al., 2003) et afin d'éviter tout effet délétère lié à un curriculum caché. Le rôle des formateurs peut aussi être d'impliquer les étudiants, de leur permettre de se sentir acteurs de leur formation, de les préparer à réagir aux expériences qui vont être vécues, dans une intention d'*empowerment*. Des activités permettant un soutien mutuel peuvent cibler à la fois le sentiment d'appartenance, puisqu'elles soudent le groupe, et le fait de se sentir utile, puisque les participants peuvent apporter leur aide à d'autres.

Pour de nombreux étudiants, en particulier ceux à profil bas ou défensif (soit 51% de nos participants primoarrivants), cette attention est nécessaire pour leur permettre un apprentissage efficace. Or ce sont parfois justement ces étudiants que nous avons tendance à délaissier, puisqu'ils ne semblent pas mettre à profit les messages que nous leur délivrons pour progresser (estime de soi basse), voire semblent les rejeter (estime de soi défensive). Les étudiants dont les comportements nous découragent de les accompagner sont justement ceux qui en ont le plus besoin... Une telle attention serait peut-être une piste parmi d'autres pour limiter la souffrance des étudiants infirmiers, mais également pour favoriser leur rétention et, *in fine*, la formation d'infirmiers compétents et dans un processus d'apprentissage tout au long de la vie.

[Discussion de l'approche de Mruk et de sa capacité à documenter le phénomène de l'estime de soi des étudiants infirmiers](#)

Dans un contexte de résultats de recherche contradictoires et de controverses théoriques sur le concept, il importait de choisir un cadre théorique solide et opérationnel, ce qui est le cas de l'approche bifactorielle de Mruk. En effet, d'un point de vue théorique, celle-ci permet de réconcilier les « paradoxes » et désaccords théoriques sur l'estime de soi. Elle permet, grâce à la description de profils défensifs, d'expliquer les phénomènes liés au « côté sombre » de l'estime de soi où celle-ci, bien que mesurée comme haute, n'est pas associée aux bons résultats et comportements attendus. Elle permet, grâce au caractère dynamique créé par l'interaction des deux facteurs et grâce à la notion de moment d'estime de soi, d'expliquer des évolutions éventuelles et de réconcilier les notions de trait et d'état (Mruk, 2013b).

Une critique est adressée aux approches d'amélioration de l'estime de soi qui visent exclusivement à complimenter les personnes sans que ces compliments soient étayés sur des qualités, des comportements ou des valeurs. Il est plutôt recommandé que le travail de l'estime de soi s'ancre dans l'expérience de la personne, ses valeurs et les comportements adoptés (Baumeister et al., 2003). L'approche de Mruk permet de travailler l'estime de soi à partir du vécu des personnes, et en contexte.

Pour la présente recherche, elle propose des facteurs qui permettent d'explorer l'entièreté de l'expérience de l'individu sans entrer dans trop de détails moins liés à la formation en soins infirmiers, au contraire des modèles multidimensionnels. Elle reconnaît et même favorise une approche phénoménologique pour explorer le phénomène de l'estime de soi, et indique l'importance de confronter les résultats obtenus à ceux issus d'approches quantitatives plus classiques, afin d'arriver à une description intégrée (Mruk, 2013b), ce qui a été réalisé durant cette étude. En outre, il existe une échelle de mesure bifactorielle applicable au modèle et facile d'utilisation (Tafarodi & Swann, 2001). Bien que reconnaissant la nature bifactorielle de cette échelle, Mruk (2013b) promeut plutôt des échelles multidimensionnelles reprenant une mesure de la vulnérabilité, comme l'inventaire multidimensionnel de l'estime de soi d'O'Brien et Epstein ; cependant, cette échelle ne permet pas d'établir des profils d'estime de soi et de vérifier l'évolution de chacun de ses facteurs. Mruk ne propose pas de méthode pour mesurer objectivement les profils d'estime de soi. Il en propose une vue basée sur des recherches qualitatives, non appuyée sur un instrument de mesure. Sa vision a été utilisée dans la présente thèse pour interpréter les résultats de la mesure de l'estime de soi obtenus au moyen de l'échelle bifactorielle, en créant une variable « profil ». Ces choix méthodologiques ont permis de compléter la vision « qualitative » des profils de Mruk par une exploration quantitative de l'évolution séparée des deux facteurs et des profils.

Discussion de l'approche bifactorielle

Les deux facteurs proposés par Mruk s'avèrent-ils pertinents pour explorer l'estime de soi des étudiants infirmiers ? Dans les résultats quantitatifs, les deux courbes divergent. Le sentiment de compétence augmente régulièrement et de manière statistiquement significative tout au long des études. En revanche, le sentiment de valeur commence par augmenter, puis chute, en restant cependant supérieur au niveau du début des études ; pour ce facteur, cependant, la variabilité entre individus est plus importante et les résultats ne sont pas significatifs. Cette différence de comportement entre les deux facteurs montre qu'ils sont utiles pour explorer l'estime de soi et qu'il y a des composantes de celle-ci qui se comportent différemment durant la formation. Ces deux facteurs permettent aussi de mieux cibler ce qui doit être proposé aux étudiants ou ce qui doit être amélioré dans le processus, puisqu'il faut à la fois veiller à l'amélioration du sentiment de compétence, qui se produit déjà mais de manière faible, et à celle du sentiment de valeur, qui nécessite de réfléchir à d'autres éléments que la réussite ou l'échec.

Sans être spécifiquement interrogés sur ces deux facteurs, les participants relatent spontanément des ressentis de l'ordre de la compétence (*Je me sens capable de réussir, de réaliser un acte, etc.*) et de l'ordre de la valeur (*Je me sens nul.le, je me sens bien lorsque l'équipe me considère comme une personne à part entière, je me sens mal parce que je ne me suis pas exprimé.e contre ce qui était fait à un patient et qui allait contre mes valeurs, etc.*). Ces deux ressentis sont liés à des événements différents : des expériences de succès/échec pour le sentiment de compétence ; des expériences relationnelles pouvant être expliquées comme une intégration-acceptation ou un jugement-rejet, ainsi que des expériences touchant aux valeurs personnelles ou professionnelles pour le sentiment de valeur.

Concernant les profils d'estime de soi décrits par Mruk, il n'apparaît pas de différence entre les analyses statistiques réalisées sur base de l'estime de soi globale ou sur base de ces profils, dans l'étude portant sur les étudiants primoarrivants (article 1). Dans les analyses longitudinales, la priorité a été donnée à l'analyse de l'estime de soi globale et de ses deux dimensions, et les profils n'ont pas encore été explorés, ce qu'il serait intéressant de faire dans une étape ultérieure de la recherche.

Les entretiens ont d'abord été analysés sans connaissance des résultats quantitatifs des participants. Des comportements défensifs ont régulièrement été évoqués, explicables par les profils tels que décrits par Mruk. En outre, en relisant les entretiens avec la connaissance du profil d'estime de soi des participants, dans une seconde étape de l'analyse, les profils d'estime de soi ont permis de mettre en évidence des réactions affectives, des interprétations et des comportements différents en lien avec la réception du feedback. Les profils défensifs, en particulier, s'avèrent puissants pour expliquer aux formateurs les comportements de certains étudiants et les réactions les plus efficaces à leur opposer.

Discussion de la notion de moment d'estime de soi

Que penser de la notion de moment d'estime de soi, et les expériences décrites durant les entretiens correspondent-elles bien aux critères proposés par Mruk pour qualifier un tel moment ? Plutôt qu'un débat sur l'estime de soi en tant que trait ou état, les deux notions étant mutuellement exclusives, Epstein (1979, cité par Mruk, 2013b) préfère la notion de moment d'estime de soi. Un moment d'estime de soi est une situation menant potentiellement au succès ou à l'échec dans un domaine important pour la personne. Ce moment impacte fortement l'estime de soi. Il peut s'agir d'expériences impliquant une acceptation ou un rejet par les autres et d'expériences nécessitant de se montrer compétent (être face à un nouvel environnement ou à un problème qui nécessite de donner des réponses inhabituelles, et gagner ou perdre des relations significatives), ce qui correspond au vécu des étudiants infirmiers tel qu'ils nous l'ont relaté.

Mruk (2013b) décrit des situations qui mettent la personne au défi de faire face dans un contexte où la tentation de l'évitement est importante et où les implications

biographiques (sur la manière dont la personne se décrit dans son identité) sont présentes. Il s'agit de situations où la personne veut profondément accomplir la chose juste mais où sa capacité à le faire est considérée comme faible à la suite d'expériences antérieures, ou parasitée par des prises de décisions ou des comportements inauthentiques (par exemple l'évitement). Se confronter au défi de manière authentique, en faisant ce qui est juste et bon, entraîne une augmentation de l'estime de soi significative et durable, ce qui démontre que la compétence doit être vécue d'une manière correcte, qui soit le fait d'un être humain décent, sain et authentique. Faire face à ce genre de dilemme existentiel ne se conclut pas toujours bien. Les personnes ayant agi d'une manière contraire à leurs valeurs éprouvent au contraire une diminution significative et durable de leur estime de soi.

Les expériences rapportées par les étudiants, à savoir la réception de résultats/d'évaluations et les relations avec les infirmiers en stage, ont bien le caractère identitaire décrit par Mruk, dans le sens où elles correspondent à un domaine d'importance pour la personne, que ce soient les études, ou l'importance particulière des stages au sein de celles-ci, et dans le sens où les participants décrivent ces moments comme leur indiquant qui ils sont, en tant que professionnels voire même en tant que personnes. Ils décrivent peu une notion de construction progressive de la compétence ou d'apprentissage progressif des codes du groupe professionnel. De même, ils mettent peu en évidence le fait que certains infirmiers soient en souffrance et que leurs relations soient altérées de ce fait. Au contraire, ils insistent sur le caractère relativement définitif des conclusions, bonnes ou mauvaises, tirées à la suite de ces expériences, et ces conclusions sont personnelles, touchent à leurs propres qualités.

En outre, le critère de défi auquel il faut faire face de manière plus ou moins satisfaisante revient de manière spontanée dans les entretiens. Pensant aux stages, les étudiants évoquent par exemple moins les notes obtenues dans l'évaluation, que le fait qu'ils sont fiers, par exemple, d'avoir osé dire qu'ils n'étaient pas d'accord ou ne comprenaient pas, s'ils l'avaient effectivement osé. À l'école, le fait de recevoir des résultats pourrait davantage ressembler à la conclusion, l'étape finale d'un tel moment d'estime de soi, où l'étudiant peut évaluer comment il a réussi à relever un défi. Le caractère récurrent de la réception des évaluations donne cependant à ces dernières un double caractère, de conclusion, mais également de défi à relever en soi, car les étudiants sentent qu'ils doivent se préparer à revivre de tels moments et peut-être à les gérer différemment ; à nouveau, ceux qui sont arrivés à changer leur vision de l'évaluation en expriment de la fierté. Ces moments sont à la fois la conclusion de moments d'estime de soi, et l'ouverture à de nouveaux défis potentiels.

Cependant, Mruk évoque un changement durable, tandis que nos résultats quantitatifs montrent un niveau moyen d'estime de soi plutôt stable, ce qui peut sembler incohérent. Ces moments ont-ils entraîné de réels changements dans l'estime de soi des étudiants, ou y a-t-il eu retour plus ou moins rapide à l'état antérieur ? Si les résultats quantitatifs

moyens montrent une forme de stabilité, l'observation des situations individuelles montre des variations parfois importantes et durables de l'estime de soi, variations également nommées dans les entretiens. Une moyenne stable n'est pas en opposition avec l'idée que des changements individuels se produisent ; elle montre par contre que ces changements, dès lors, se produisent dans les deux directions, selon les individus et selon les événements vécus ; ceci amène à conclure qu'il est pertinent de s'intéresser à l'estime de soi des étudiants infirmiers, puisqu'elle est menacée chez certains d'entre eux.

La question des émotions

Un élément a été très présent dans les entretiens, et ne revient que peu dans la description de Mruk, c'est celui de l'état affectif et des émotions. Si Mruk reconnaît le caractère à la fois cognitif et affectif de l'estime de soi, les implications en sont, à notre sens, peu développées. Les émotions sont très présentes et très intenses dans les récits des participants, et constituent souvent une étape entre l'événement et la conclusion tirée sur l'estime de soi et l'apprentissage. Elles contribuent même à expliquer le yo-yo, le temps où l'estime de soi est affectée étant parfois le temps nécessaire à la gestion des émotions, en tout cas chez les étudiants avec une estime de soi habituellement haute. Chez ces derniers, la variation de l'estime de soi à la baisse peut être très temporaire, avant une prise de distance avec les événements négatifs et un refus de les considérer de manière identitaire.

Les émotions consistent en des changements physiologiques et psychologiques qui suivent un événement et poussent à agir (Livet, 2004). En situation académique, des émotions spécifiques nommées *achievement emotions* ont été décrites, et l'importance de leur régulation a été pointée (Harley et al., 2019; Pekrun et al., 2007). La régulation émotionnelle en contexte d'apprentissage se décline en de multiples stratégies, qui peuvent être cognitives ou comportementales, et peuvent viser aussi bien l'apprentissage que le bien-être (Fischer et al., 2021; Harley et al., 2019). Dans un contexte un peu différent de préparation aux examens, il est souligné l'importance d'un accompagnement méthodologique aidant l'étudiant à prendre conscience de ses stratégies de régulation émotionnelle, et des stratégies adaptées à des objectifs d'apprentissage (Fischer et al., 2021). Dans notre situation également, en cas d'émotion négative, la régulation émotionnelle peut être choisie en vue d'un but hédonique de bien-être par la protection du soi, ou contra-hédonique de confirmation d'une pensée négative sur soi-même, et nuire alors aux comportements nécessaires aux apprentissages. Un accompagnement serait par conséquent utile.

Introduire dans le modèle de Mruk la dimension de l'état affectif, de la gestion des émotions et de la gestion de fluctuations transitoires dans l'aire de la personne liées à ces émotions intenses mais fugaces, nous semblerait fécond pour expliquer les phénomènes de yo-yo et mieux rendre compte du vécu des étudiants infirmiers.

Forces et limites de l'étude et perspectives pour la recherche

Au vu des difficultés à conclure sur l'estime de soi des étudiants infirmiers sur base des recherches précédentes, la présente recherche a tenté de répondre, par ses méthodes, à une partie des problèmes identifiés. C'est la raison pour laquelle une étude longitudinale sur un grand nombre d'étudiants et avec des méthodes mixtes a été conçue. De la rigueur a été apportée à chaque étape de la recherche, en fonction des critères spécifiques à chaque méthode, et un cadre théorique solide (Mruk, 2013b) a guidé l'ensemble du projet, qui a utilisé des méthodes cohérentes avec celui-ci.

En particulier, nous pouvons mettre en évidence l'utilisation d'échelles validées pour la partie quantitative, le processus de traduction rigoureux de l'échelle bifactorielle, l'exploration large de facteurs d'influence en fonction des études antérieures, l'implication d'une équipe compétente en biostatistiques et comprenant des experts de champs variés concernés par la recherche. Pour la partie qualitative, outre un suivi longitudinal peu fréquent dans les études, nous pouvons notamment citer des entretiens non directifs et en profondeur, l'utilisation d'une méthode rigoureuse et systématique (S. P. Thomas & Pollio, 2002), la triangulation par la concertation avec d'autres chercheurs, réalisée de différentes manières selon les étapes de la recherche, les efforts pour viser une réflexivité de la chercheuse principale. Les résultats aussi bien quantitatifs que qualitatifs ont été présentés aux acteurs-clés (enseignants, infirmiers, étudiants) à diverses étapes de la recherche, en Belgique, en France et en Suisse, et ont suscité de l'enthousiasme par leur capacité à éclairer les difficultés et questionnements. De manière générale, le *design* de recherche était novateur en Belgique ainsi que pour un système de formation similaire au nôtre.

L'étude présente cependant des limitations. La première de celle-ci résulte de la difficulté à suivre une cohorte d'étudiants de manière longitudinale dans le contexte de programmes annuels d'étude individualisés. Les choix méthodologiques réalisés – contacter les étudiants présents lors des cours et suivre en parallèle deux blocs – ont permis une très large participation. La différence a d'ailleurs été sensible lors du confinement lié à l'épidémie de COVID-19, où la participation par mail s'est avérée moindre. Cependant, ce choix a eu deux conséquences moins heureuses. La première a été de perdre de vue les étudiants en situation d'échec, d'abandon, ou ne fréquentant pas les cours. La deuxième a été de pouvoir difficilement identifier le parcours des participants, à part les étudiants primoarrivants au premier temps et les étudiants diplômables au dernier temps de l'étude. Les résultats de ce dernier temps pourraient en outre avoir été influencés par les événements liés à la pandémie de COVID-19 : confinement, arrêt des stages pour certains étudiants et poursuite de ceux-ci ou de jobs étudiants dans des circonstances difficiles pour d'autres, applaudissements de 20 heures aux infirmiers, etc. Enfin, les résultats quantitatifs sont délicats à comparer aux autres études pour plusieurs raisons. Tout d'abord, ils montrent une grande variabilité interindividuelle que nous liions à des différences interpersonnelles d'une part, et à des

événements en partie aléatoires, notamment en stage, d'autre part. Ensuite, la plupart des études utilisent l'échelle de Rosenberg ou des échelles multidimensionnelles, ce qui rend les comparaisons difficiles en raison d'un cadre théorique très différent. Nous avons également utilisé, en parallèle de l'échelle bifactorielle, l'échelle de Rosenberg à des fins de comparaison éventuelle, mais comme il s'agit d'une échelle unidimensionnelle ciblant le sentiment de valeur, les résultats obtenus via celle-ci seront forcément moins cohérents avec notre cadre théorique. Troisièmement, la comparaison avec les autres études est rendue difficile en raison des contextes culturels et des dispositifs de formation très différents des divers lieux où se déroulent les études.

Bien que les résultats qualitatifs ne soient pas généralisables au sens habituellement donné à ce terme dans les méthodes quantitatives, le grand nombre d'étudiants interrogés, la rigueur de la méthode, la profondeur de l'exploration permettent de transférer ces résultats à d'autres populations similaires (Malterud, 2001), avec toute la rigueur requise dans la vérification de leur pertinence dans un contexte forcément un peu différent. L'entretien de *bracketing* et le groupe de recherche interprétatif n'ont pas été mis en œuvre de la manière formelle proposée par les auteurs qui ont développé la méthode de phénoménologie existentielle utilisée ; ces dispositifs ont été adaptés aux réalités de la présente thèse de doctorat via plusieurs entretiens formels (comités de thèse) ou informels avec divers chercheurs, tout en gardant à l'esprit la nécessaire rigueur et la cohérence d'ensemble du projet. S. P. Thomas & Pollio (2002) soulignent d'ailleurs qu'une certaine variabilité est autorisée dans la méthode, pour autant qu'une cohérence soit maintenue avec les objectifs de recherche.

Dans notre projet, c'est surtout la compétence clinique qui a été explorée, au travers du focus de nos données quantitatives sur les résultats obtenus aux stages, et au travers du focus des participants sur l'exploration des expériences de stage ; cette compétence clinique doit être vue au sens large comme la mobilisation de nombreuses capacités, cognitives, relationnelles, émotionnelles, éthiques, sur le terrain clinique. Mais d'autres compétences doivent être développées par les futurs professionnels, notamment le leadership ; ce type de compétence n'a pas été investigué durant la thèse. L'étude a aussi été l'occasion de pointer l'importance du développement des compétences affectives et académiques des étudiants, qui n'a pas été abordé non plus, sinon dans nos perspectives.

En conséquence de ce qui précède et des limitations détaillées dans chaque article, nous pensons que nos résultats peuvent être utilisés pour contribuer à la compréhension de la situation d'étudiants infirmiers bacheliers en Fédération Wallonie-Bruxelles ou dans des systèmes de formation similaires, et pour y appliquer les pistes d'amélioration développées ci-dessous. Les méthodes mises en œuvre peuvent également être une source d'inspiration pour explorer l'estime de soi d'étudiants d'autres disciplines ou d'autres systèmes éducatifs.

Perspectives pour la recherche

S'agissant de futures recherches, nous envisageons celles-ci selon deux voies, à savoir la poursuite de l'exploitation des résultats obtenus, et la conception de projets de recherche nouveaux.

Dans le premier cas, la richesse des données obtenues, tant quantitatives que qualitatives, permettra encore de nombreux développements. Notamment, il faudrait continuer les analyses statistiques en évaluant comment l'estime de soi, entre autres facteurs, a influencé ou non les résultats et l'abandon tout au long de la formation, comme nous l'avons fait à la fin de la première année pour les étudiants primoarrivants. Il faudra également explorer les profils d'estime de soi et leur variation éventuelle de manière longitudinale, de la même manière que nous l'avons fait pour le niveau d'estime de soi et les dimensions de celle-ci ; ceci permettrait de comprendre plus finement l'influence de la formation selon le type de profil, et l'influence de ces profils sur le développement de la compétence clinique. Sur base de l'évolution de leur estime de soi, des catégories d'étudiants pourraient également être identifiées, et leurs caractéristiques définies. En termes qualitatifs, les thèmes prioritaires ont été analysés en profondeur, mais d'autres thèmes ont émergé qui mériteraient une telle analyse, par exemple les relations avec les patients ou avec les pairs. En outre, comme nous l'avons fait pour la partie sur le feedback, les entretiens pourraient être relus de manière longitudinale, en comparant les données des étudiants ayant participé aux trois temps, afin d'explorer les processus évolutifs éventuellement identifiés. Enfin, bien que des éléments d'intégration soient présents dans la discussion de nos résultats, où nous avons tenté de montrer comment nos données quantitatives et qualitatives s'éclairent mutuellement, les méthodes mixtes impliquent une phase plus approfondie d'intégration des résultats après l'analyse séparée de ceux-ci (Creswell et al., 2004; Pluye & Hong, 2014). Au vu de la grande quantité de données recueillies, celle-ci pourrait être envisagée en créant une métamatrice (Wendler, 2001) pour les 39 étudiants ayant participé aux deux phases de la recherche et/ou pour les 20 étudiants parmi ceux-ci ayant participé aux trois entretiens. Cette métamatrice pourrait être conçue sur la base d'une description de cas synthétique (*Synthetic case description*, communication orale avec Benoît Rihoux, UCL, 2019) qui permet de comparer de grandes quantités de données pour découvrir les *patterns* sous-jacents. Ces diverses pistes permettraient de continuer la modélisation de la description de l'estime de soi des étudiants infirmiers et de son lien avec le développement de leur compétence clinique.

Dans le cadre de nouveaux projets de recherche, l'évaluation de pistes de solution mises en œuvre nous semble prioritaire. En parallèle et pour continuer à augmenter la compréhension de ce qui se joue, la situation des étudiants infirmiers pourrait être comparée à celle d'étudiants d'autres formations. La situation spécifique des étudiants en échec et/ou en abandon devrait également être explorée. Les projets de recherche pourraient comprendre une phase de mesure de l'estime de soi et des compétences après le début de la vie professionnelle. L'estime de soi pourrait être explorée chez les

professionnels et chez les enseignants, deux groupes qui ont montré une influence sur l'estime de soi des étudiants infirmiers, afin de dégager des pistes de solution plus systémiques.

Chez les étudiants infirmiers, vu sa variabilité, l'estime de soi pourrait être mesurée plus régulièrement durant les années de formation, en lien avec d'autres événements tels que les stages et les examens, entre autres, mais également d'autres facteurs qui échappent à la formation ; ces résultats pourraient être éclairés par des entretiens. Au vu des r^2 limités que nous avons obtenus, les recherches sur l'estime de soi pourraient continuer à explorer d'autres facteurs, notamment des variables liées au développement de l'étudiant mais pas uniquement en lien avec sa formation ; par exemple, l'acceptabilité sociale dans la vie estudiantine, les relations amoureuses, amicales et familiales, les difficultés organisationnelles et financières, etc. pourraient être envisagées quantitativement et qualitativement. Il s'agirait de mieux comprendre l'ensemble des influences sur l'estime de soi des étudiants, et de continuer à explorer comment celles-ci impactent le bien-être et l'apprentissage, afin de dégager ce qui peut être réalisé au niveau de l'enseignement supérieur, et éventuellement ce qui peut aussi être réalisé en d'autres lieux.

Perspectives pour la formation et la pratique

Le processus bidirectionnel constaté, à savoir l'influence de la formation sur l'estime de soi, mais également l'influence de l'estime de soi sur les attitudes des étudiants durant la formation, nous amène à proposer deux types de pistes : des perspectives pour améliorer les expériences vécues par les étudiants, ainsi que des pistes pour améliorer l'accompagnement du processus d'interprétation de ces expériences et outiller les étudiants à cette fin. Considérant l'influence de nombreux facteurs et de nombreux acteurs et le caractère systémique du phénomène étudié, ces pistes sont adressées aussi bien aux formateurs qu'aux institutions de formation et, plus largement, aux acteurs politiques dont certaines décisions influencent directement ces expériences. Enfin, dans une idée d'*empowerment* des principaux concernés, ces pistes s'adressent également aux étudiants, présents en filigrane au sein de chaque autre catégorie d'acteurs comme les personnes qui auront autant de perches à saisir au sein d'un environnement que nous souhaitons aussi bienveillant et capacitant que possible, mais qui ne pourra être « parfait ». En effet, la singularité des profils d'estime de soi et de leur évolution, de même que leur effet sur l'apprentissage, démontrent que les étudiants sont tout aussi impliqués dans ce qui se joue que les enseignants, et qu'ils sont les sujets centraux des processus en jeu. Ceci est d'autant plus vrai qu'un grand nombre d'expériences vécues par ces derniers échappent à l'influence de la formation, qu'il s'agisse de leur passé, de leur vie personnelle ou d'expériences vécues en stage ; d'où l'importance de les accompagner dans leur construction intérieure et leur capacité à gérer eux-mêmes tout type d'expérience. C'est en outre dans le contexte du rôle social de l'enseignement supérieur dans l'accompagnement du développement de citoyens actifs et épanouis, avec une bonne

estime de soi, que cette vision de tout le système, des étudiants au contexte politique et social, doit être considérée.

Recommandations aux enseignants/infirmiers/formateurs

Les articles attachés à cette thèse proposent déjà diverses pistes pour améliorer aussi bien la qualité des expériences vécues que l'accompagnement de ces expériences. Quelle que soit la bonne volonté des intervenants dans ces expériences, force est de constater que les étudiants infirmiers, s'ils vivent beaucoup d'expériences positives, vivent aussi un certain nombre d'expériences négatives durant leur cursus, et que ces expériences entraînent malheureusement des conséquences plus importantes, plus durables, et parfois même vicariantes, que les expériences positives. Il faut limiter le nombre de ces expériences et leur impact, et favoriser la survenue d'expériences positives de succès et d'intégration, à l'école et en stage.

Ceci ne revient pas à dire que le vécu de l'enseignement supérieur en soins infirmiers doit être un long fleuve tranquille. Un parcours d'apprentissage est semé de rencontres de personnalités diverses, et d'expériences de succès et d'échecs. Toutes ces rencontres, toutes ces expériences sont métabolisées par le sujet, dans un processus influencé par ses dispositions personnelles et ses expériences antérieures. Sans dire que tout dépend de la formation en soins infirmiers, surtout au vu de l'estime de soi plus ou moins stable observée en moyenne dans la présente recherche, il se pourrait que cette formation se joue dans un contexte et avec des méthodes qui rendent la gestion de l'estime de soi complexe et amplifient les impacts de cette dernière sur l'apprentissage. C'est là que nous voyons une possibilité d'amélioration de la situation actuelle.

L'état d'esprit général nous semble être de valoriser les étudiants, leurs compétences variées, leur engagement et leur utilité dans leurs divers lieux de présence. Valoriser ceux-ci, ainsi que les réussites et les progressions, permettrait aussi d'augmenter la durée de l'effet du vécu des expériences positives. Tout en minimisant les risques pour les personnes soignées, l'erreur devrait avoir, dans l'esprit de chaque intervenant, un statut d'événement « normal » dans un parcours d'apprentissage, et d'occasion de développement professionnel (Astolfi, 1997). Transmettre une vision constructive et bienveillante des erreurs serait en effet un moyen d'en limiter l'impact négatif sur l'estime de soi de l'étudiant, et d'en maximiser les effets sur la progression. Les compétences ne sont pas innées, elles se développent avec le temps, les expériences, et la réflexion accompagnée sur ces expériences (Jonnaert, 2009) ; une telle vision devrait être partagée par tous de manière explicite.

Il est à noter qu'il faut considérer la diversité des profils des étudiants, et la diversité des contextes et expériences vécues. Il importe de tenter dans un premier temps de comprendre l'étudiant, comment il vit et interprète ce qui se passe, pour adapter au mieux les messages qui lui sont délivrés et l'accompagnement qui lui est proposé ; ceci est important notamment lors de la réalisation d'un feedback, qui doit inclure une phase

d'écoute et d'empathie. Les étudiants perçus comme en difficulté, parce qu'ils l'exprimeraient ou parce qu'ils montreraient les comportements d'autoprotection décrits dans cette thèse, pourraient ainsi être accompagnés plus efficacement, et se voir invités à mobiliser les ressources d'aide proposées de manière facultative.

Nous voudrions également insister sur l'accompagnement du développement d'un projet professionnel permettant aux étudiants de se projeter dans la profession et de se motiver, ainsi que sur la rencontre régulière de modèles de rôle positifs, de personnes enthousiastes au sujet de leur profession, malgré les défis rencontrés dans l'exercice de celle-ci. Le sentiment d'auto-efficacité de l'étudiant quant aux études, aux stages et à ce projet professionnel devrait également être soutenu, surtout chez les étudiants présentant déjà à l'entrée de la formation des caractéristiques défavorables identifiées dans l'étude et rappelées au début de notre discussion.

Nous sommes conscients du fait que les formateurs, enseignants ou infirmiers, ne sont pas toujours mis dans les meilleures conditions pour accompagner les étudiants ; nous traitons ces implications collectives dans les deux points suivants. À titre individuel, nous ne pouvons que souligner la nécessité de prendre soin de soi et de se considérer avec bienveillance pour pouvoir ensuite offrir la même qualité de présence aux étudiants, au vu du lien entre estime de soi et habiletés relationnelles (J. Kim, 2018; Sa et al., 2019). Nous souhaitons également attirer l'attention sur le fait que le statut de formateur nécessite des compétences pédagogiques qu'il peut être utile de développer. Ces compétences, alliées à l'attention à l'autre, permettront d'optimiser la réflexion et l'apprentissage autour des expériences vécues, et d'en maximiser l'effet positif sur la construction de soi.

Recommandations aux institutions de formation/concepteurs de programme

Si la bonne volonté de chaque intervenant est nécessaire, elle ne sera pas suffisante pour mettre en œuvre cette vision de la formation infirmière. Il convient également d'outiller chaque intervenant et, en priorité, les étudiants. Dans la mesure où toute expérience négative ne pourra être évitée, où l'interprétation d'une expérience dépend aussi de l'étudiant lui-même, et où même les expériences négatives peuvent être source d'apprentissage, il convient de préparer les étudiants au vécu de ces expériences et à leur interprétation, via le développement de *soft skills* comme la gestion des émotions, la collaboration, etc. aussi bien que via la préparation aux expériences spécifiques que sont l'arrivée dans un nouveau service, la réception de commentaires acerbes, la constatation de faits de négligence ou de violence qui contreviennent à l'éthique professionnelle, etc. Cette préparation devrait être prévue dans le cursus des étudiants, et doit être réalisée dans un environnement psychologique sécurisant et permettant un dialogue réflexif, par exemple via des jeux de rôle ou de la simulation. En particulier, le développement de la *feedback literacy* des étudiants (Molloy et al., 2020), soit leur capacité à utiliser le feedback reçu comme levier pour leur apprentissage, est important et peut se réaliser via diverses cibles, allant de la gestion des émotions à la recherche et à l'utilisation concrète

d'informations dans le feedback, par exemple au moyen de dispositifs de feedback entre pairs, de feedback sur d'anciens travaux (ou, pour les stages, sur des vidéos par exemple), de travail sur les critères d'évaluation, etc. (Carless & Boud, 2018). Dans tous les cas, il s'agit d'orienter les expériences vécues sur la régulation des apprentissages et la professionnalisation.

Préparer les étudiants ne suffit pas, il faut également que ceux-ci bénéficient de lieux de dépôt et de réflexion sur leurs expériences. Ces lieux peuvent être anonymes, tels qu'un formulaire d'évaluation d'un lieu de stage par l'étudiant ; individuels, tels qu'un entretien ; ou collectifs, tels qu'un lieu de parole. Des entretiens tels ceux qui ont été menés durant la thèse se révèlent, d'après les dires des participants, utiles pour métaboliser les expériences dans un environnement bienveillant et prendre conscience des possibilités de progression et des progrès déjà réalisés ; la recherche phénoménologique existentielle est aussi décrite comme un acte de soin (*caring act*, Munhall, cité par S. P. Thomas & Pollio, 2002) susceptible de conférer un bénéfice aux participants (Hector, cité par S. P. Thomas & Pollio, 2002). Mruk (2013b) a également identifié le caractère transformateur, pour les participants, de la recherche phénoménologique sur l'estime de soi. Plusieurs institutions proposent un soutien sous la forme de dispositifs d'écoute par un psychologue ; ces dispositifs ne sont pas toujours exploités par les étudiants infirmiers. Certains identifient l'écoute par un psychologue au caractère pathologique d'une situation, ce qui a été évoqué lors d'entretiens mais aussi lors de la pandémie de COVID-19, face à la faible utilisation des ressources d'écoute psychologique mises à disposition ; ils privilégient la discussion avec des pairs ou des professionnels du même champ, capables de comprendre leurs difficultés et les aléas de la vie professionnelle. Autrement dit, même s'il est utile de proposer ces dispositifs de manière facultative et sur base volontaire, il importe, pour la grande majorité des étudiants, de ne pas envisager l'accompagnement des expériences vécues comme une thérapie, mais davantage comme un dispositif pédagogique visant à aider à gérer les émotions puis à réaliser un apprentissage sur base des expériences vécues.

S'agissant d'outiller les intervenants, il convient également de prévoir la formation de tous les formateurs, y compris les infirmiers de terrain, aux compétences pédagogiques précitées et à la vision décrite. Cette formation s'organise déjà dans beaucoup d'institutions de formation, sur base volontaire et le plus souvent payante. Intensifier cette formation, en faciliter l'accès et prévoir une formation continue aussi bien des enseignants que des professionnels de terrain, semble important. En outre, les étudiants étant eux-mêmes les futurs professionnels, il conviendrait de les outiller en capacités pédagogiques dès leur formation initiale, par des cours à caractère théorique, des jeux de rôle, des mises en pratique accompagnées notamment sur les lieux de stage. Cette vision de la formation de tous les acteurs passe également par un partenariat avec chacun d'eux, pour mieux identifier leurs besoins, les obstacles, les attentes en termes de collaboration ultérieure, etc.

Une question importante est celle de la pertinence de prévoir des dispositifs spécifiques aux étudiants plus vulnérables, et d'accompagner davantage certains étudiants sur base de la présence de variables liées à une faible estime de soi, de résultats d'échelles d'estime de soi ou de comportements ciblés, dans l'idée de répondre de manière adéquate et proportionnelle aux besoins différents de chacun. Ceci correspondrait à une visée d'universalisme proportionné, levier de lutte contre les inégalités. Cette question soulève différents dilemmes, dont celui du risque de stigmatisation des individus qui seraient considérés comme « à risque », au sein du groupe ou même simplement dans leur image d'eux-mêmes. Un autre dilemme est celui de la précision de l'évaluation. Mesurer l'estime de soi implique l'exactitude des échelles utilisées, malgré la variabilité du résultat observée dans la présente recherche et le fait que le sujet puisse volontairement influencer ses réponses (Mruk, 2013b) ; observer les comportements a d'autre part un caractère éminemment subjectif. Un troisième dilemme est celui de la confidentialité : que provoque-t-on si l'on fait passer un test à un étudiant et qu'on l'informe qu'il a une estime de soi basse ou défensive ? ou si des enseignants connaissent ce résultat ? Éviter ces risques implique de proposer un accompagnement à tous, malgré l'aspect chronophage d'une telle démarche, et avec le risque, sur une base volontaire, que les étudiants qui en auraient le plus besoin n'y participent pas. Le caractère volontaire semble cependant important dans la mesure où un travail sur soi doit être réalisé en conscience et intentionnellement, dans un environnement vécu comme sécurisé et bienveillant. La mise à disposition pour tous de dispositifs variés, sur base volontaire pour les dispositifs plus personnels tels que les entretiens individuels ou le soutien psychologique, nous paraît la seule manière de répondre aux besoins de certains étudiants en évitant les écueils mentionnés.

Recommandations politiques (enseignement supérieur, santé) et sociétales

Les expériences vécues par les étudiants infirmiers sont partiellement influencées par des choix qui relèvent du niveau politique, qu'ils concernent les étudiants, les enseignants ou les professionnels infirmiers.

La charge de travail des étudiants influence leur estime de soi, et les étudiants soulignent que les infirmiers leur signalent parfois ne pas avoir le temps de les accompagner, ce qui limite les opportunités d'apprentissage en stage. Les événements qui se produisent en stage ne peuvent pas toujours être discutés pour favoriser la réflexion et l'apprentissage. La charge de travail des étudiants infirmiers est unanimement reconnue comme lourde. En effet, la Directive européenne 2013/55/UE transposée dans les lois belges prévoit que la formation comprenne 4600 heures, dont 2300 heures de formation pratique en contact direct avec la personne soignée. Les formations pratiques de type simulation, entre autres, sont exclues de ces 2300 heures. Obliger à un nombre d'heures, indépendant du rythme de la progression et de l'efficacité plus ou moins grande des dispositifs, semble une vision héritée de l'époque pas si ancienne où la formation infirmière était organisée dans et par les hôpitaux, et où les étudiants infirmiers représentaient avant tout une force

de travail supplémentaire. Une vision par compétences impliquerait au contraire d'exiger l'atteinte d'un certain niveau de compétences, en favorisant des dispositifs d'apprentissage variés, y compris la simulation (Kaakinen & Arwood, 2009; Li et al., 2022), le débriefing (Stafford et al., 2021), ou tout dispositif pratique permettant non seulement d'accumuler l'expérience, mais également de la réfléchir pour développer la compétence (Gonczi, 1996; Jonnaert, 2009).

Cette vision de main-d'œuvre reste parfois présente dans certains lieux de stage où, d'après nos entretiens, les étudiants se voient reprocher d'être une charge de travail supplémentaire, de n'être pas suffisamment utiles dans les soins, de prendre trop de temps pour réaliser les tâches, d'être trop nombreux, etc. Sans nier l'importance des stages, en alléger la charge sur les étudiants et sur les professionnels permettrait d'en augmenter la qualité tout en bénéficiant en parallèle d'autres dispositifs ayant démontré leur efficacité et en améliorant l'accompagnement des étudiants. Un tel changement permettrait aussi de réduire la pression qui existe sur les institutions de formation du fait du nécessaire accompagnement des étudiants en stage. Celui-ci s'avère chronophage et, par conséquent, coûteux, dans un contexte de sous-financement de l'enseignement supérieur.

En outre, le temps passé en stage devrait être valorisé, c'est-à-dire reconnu comme un temps d'utilité publique. La crise du COVID-19 a largement démontré l'importance des étudiants infirmiers dans le système de santé (Barrett, 2022), puisque ceux-ci ont été réclamés pour soutenir les équipes débordées. Reconnaître cette utilité, outre par la parole toujours bienvenue, pourrait passer par un soutien organisationnel concret, par exemple pour les trajets, repas, tenues, crèches, logements, etc. En effet, ces aspects sont source d'anxiété pour les étudiants infirmiers, et outre le lien entre anxiété et estime de soi, des preuves concrètes de reconnaissance sont le signe de l'importance de la personne, de son utilité, de son intégration, ces indices influençant favorablement l'estime de soi. De manière générale, il serait important d'associer les étudiants infirmiers aux décisions qui les concernent et ce, même au niveau plus large de la société, en se concertant avec eux de manière concrète et en écoutant leur point de vue sur ces questions avant tout choix politique.

Toutes les recommandations formulées ci-dessus, vis-à-vis des formateurs et des institutions, ont un caractère systémique : elles sont possibles uniquement si les personnes concernées sont mises dans les conditions nécessaires pour pouvoir les réaliser. Les formateurs ont une importance majeure dans le vécu des étudiants et doivent être considérés par les décisions politiques, qu'il s'agisse des enseignants ou des professionnels de terrain. Ceux-ci sont des modèles de rôle pour les étudiants et leur attitude, bien plus que leurs conseils, façonne la vision des étudiants sur leur profession et sur eux-mêmes. Revaloriser ces professions est indispensable et urgent, même si réfléchir sur les manières concrètes de le faire sort du cadre de cette thèse. Il importe également que ces deux catégories de personnel disposent d'un temps suffisant

réellement dédié à l'accompagnement des étudiants, et puissent – voire soient contraints de – bénéficier d'une formation tout au long de la vie pour continuer à développer leurs compétences pédagogiques. En un mot, si nous voulons de futurs professionnels compétents et épanouis, nous devons leur faire rencontrer des professionnels compétents et épanouis ; si nous voulons que les étudiants développent une vision bienveillante d'eux-mêmes, des personnes soignées et des futurs stagiaires, nous devons leur faire expérimenter cette bienveillance au quotidien, ce qui passe par des formateurs eux-mêmes compétents et satisfaits de leurs choix professionnels.

Enfin, nous avons émis l'hypothèse que les étudiants infirmiers pourraient constituer, dès l'entrée en formation, une population spécifique. L'estime de soi des étudiants arrivant dans l'enseignement supérieur est déjà largement constituée, et influencée par nombre d'expériences, dont celles vécues dans un système scolaire relativement standardisé et inégalitaire (Dupriez & Vandenberghe, 2004; Hindriks, 2017) qu'ils n'ont pas toujours vécu comme adapté pour eux. Une vision réellement systémique dépasse largement le cadre de la formation en soins infirmiers, et nécessite de considérer la vie en société, le système scolaire, la valeur associée à la profession infirmière et l'image de celle-ci, la place accordée à l'expression des valeurs de chacun, les rapports de force entre apprenants et professionnels, entre jeunes et adultes, entre ceux qui ont une estime de soi déjà solide et ceux qui se sentent perdre pied.

Conclusion

L'estime de soi des étudiants infirmiers est un phénomène qu'il est utile de considérer, au vu des constats de souffrance de ces étudiants et de leur difficulté à développer leurs compétences. En effet, s'intéresser aux étudiants infirmiers de manière holistique est un moyen de viser la formation d'infirmiers compétents et épanouis, pour optimiser leur rétention dans la profession et leur capacité à dispenser des soins de qualité. Les principaux concernés montrent d'ailleurs de l'intérêt et de l'enthousiasme pour ce thème.

Il est cependant délicat d'explorer l'estime de soi, tant le concept a été développé de diverses manières dans la littérature, avec en résultat une grande complexité, des débats théoriques et des résultats de recherche contradictoires. La présente thèse aborde le concept dans un devis longitudinal et en utilisant des méthodes mixtes, afin d'en obtenir une compréhension aussi globale que possible.

Une approche bifactorielle de l'estime de soi avec une vision dynamique de l'interaction des sentiments de compétence et de valeur (Mruk, 2013b) permet de rendre compte de l'expérience des étudiants infirmiers et d'identifier des leviers d'action. La notion de moment d'estime de soi éclaire le phénomène de yo-yo décrit par les participants et révèle de précieuses informations sur les événements critiques qui peuvent être ciblés. Intégrer à cette approche la prise en considération des affects et de la gestion des émotions permet de comprendre ces expériences d'une manière encore plus fine.

Les enseignements principaux qui ressortent de cette étude sont les suivants. Le niveau d'estime de soi des étudiants en début de formation est modéré, et reste plus ou moins stable durant la formation malgré un parcours de réussite. Si ce constat est rassurant par rapport à d'autres études plus alarmistes, il n'est pas enthousiasmant au vu des avantages que présente pour l'individu, aussi bien personnellement qu'académiquement et professionnellement, une estime de soi haute.

De nombreux facteurs sont associés à l'estime de soi ou à son évolution dans notre étude ou dans d'autres. Cependant, les résultats des études scientifiques portant sur l'estime de soi des étudiants infirmiers sont fluctuants, et nos propres résultats n'expliquent qu'une partie du phénomène. En outre, en observant les situations individuelles et pas la moyenne des données agrégées de la cohorte, nous constatons une variabilité importante de l'estime de soi et de son évolution d'un participant à l'autre. Ceci signifie que, outre les facteurs identifiés et dont il reste à mieux comprendre le fonctionnement, d'autres éléments influencent l'estime de soi. Ceux-ci peuvent être liés à la formation, comme des variables que nous n'aurions pas mesurées ou des événements vécus de manière plus aléatoire, par exemple lors des stages. Ils peuvent aussi être liés à l'étudiant, à son passé, à ses dispositions personnelles, à ses expériences actuelles d'ordre privé, etc. Le cursus infirmier n'explique pas tout et ne peut pas répondre à toutes les difficultés.

Pour ce qui concerne la formation, les expériences qui y sont vécues influencent l'estime de soi à travers le prisme de l'interprétation que l'étudiant en fait, cette interprétation dépendant elle-même de dispositions antérieures, dont l'estime de soi de départ, qui ne sont pas sous le contrôle des formateurs. De cette interprétation découlent des comportements plutôt régulateurs de l'apprentissage ou plutôt autoprotecteurs, ceux-ci pouvant entraîner respectivement un cercle vertueux ou vicieux. Autrement dit, l'estime de soi se révèle participer à des comportements d'apprentissage plus ou moins favorables au développement des compétences, et aux décisions d'abandon. Le constat est inquiétant, car certains étudiants risquent d'être laissés de côté dans le système éducatif avec la conséquence qu'ils ne soient pas diplômés, ou le soient avec un niveau de compétence moindre que celui qui aurait pu être espéré. Le contexte de pénurie d'infirmiers et de nécessité d'élever leur niveau de compétences nous place face à l'obligation de prendre cette situation en considération.

Par conséquent, il peut être recommandé aux formateurs et aux institutions de formation d'apporter une attention à la qualité des expériences vécues, mais également à l'accompagnement pédagogique de celles-ci, dans un esprit de construction progressive des compétences professionnelles au sein d'un environnement bienveillant, soutenant et porteur d'espoir. Il est en outre souhaitable d'outiller les étudiants pour qu'ils soient en mesure de faire face, d'une manière qui favorise leur motivation, leur apprentissage aussi bien que leur construction intérieure, aux expériences négatives, qui ne peuvent être entièrement éliminées du cursus, d'une part parce que tout ne peut être contrôlé, d'autre part parce que la valence d'un événement est en partie subjective et que chaque étudiant

peut avoir un vécu différent d'une expérience similaire. Autrement dit, la vision de l'estime de soi des étudiants doit être globale, en travaillant à tous les niveaux, et elle doit être singulière, les besoins en accompagnement variant d'un étudiant à l'autre. Une telle vision permettrait de ne pas laisser sur le bord du chemin des étudiants dont le fonctionnement est moins favorable à l'apprentissage, et d'éviter que leurs difficultés en termes d'estime de soi ne les mènent à une décision d'abandon ou à un moindre développement de leurs compétences. Les actions qui sont proposées ici sont d'ordre pédagogique, qu'il s'agisse de la qualité pédagogique des dispositifs d'enseignement et de feedback, notamment, ou de la qualité pédagogique de l'accompagnement proposé ; elles visent le développement des compétences, et l'estime de soi pour son rôle dans ce développement.

Toujours dans une vision systémique, les étudiants, formateurs enseignants et professionnels de terrain doivent eux-mêmes être mis dans des conditions permettant l'apprentissage, le travail sur soi, l'accompagnement, l'attention bienveillante à l'autre. Des actions politiques et sociétales de soutien et de valorisation contribueraient à permettre ce changement de regard sur les étudiants infirmiers. C'est bien un changement de perspective du système dans son ensemble qui est proposé, et non l'adjonction d'un dispositif pédagogique ou psychologique ponctuel, en vue de répondre aux différents rôles dévolus à l'enseignement supérieur et notamment à la contribution de ce dernier à l'évolution de la société vers plus d'équité, d'épanouissement et de participation citoyenne.

En conclusion, sans constituer une panacée, s'intéresser à l'estime de soi des étudiants infirmiers est important pour répondre en partie aux défis posés par la pénurie, mais aussi par la nécessité d'élever les compétences des infirmiers de demain afin de faire face aux évolutions du système de santé. L'enseignement supérieur peut y contribuer par des adaptations d'ordre pédagogique et par le soutien aux professionnels de terrain amenés à jouer un rôle dans la formation. Mais il ne peut en porter toute la responsabilité, les étudiants arrivant dans l'enseignement supérieur avec une longue histoire personnelle, scolaire et sociale, et intégrant une profession largement mise à mal par les conditions de travail actuelles.

Voici plusieurs dizaines d'années que la situation des étudiants infirmiers est considérée comme inquiétante. Une vision globale et personnalisée de celle-ci permettra, nous l'espérons, de réelles avancées afin que nos futurs soignants soient épanouis, et soient eux-mêmes des acteurs positifs de changement dans notre système de santé et dans la considération apportée aux étudiants de demain.

Références

- Adams, N., Little, T. D., & Ryan, R. M. (2017). Self-Determination Theory. In M. L. Wehmeyer, K. A. Shogren, T. D. Little, & S. J. Lopez (Eds.), *Development of Self-Determination Through the Life-Course* (pp. 47–54). Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/978-94-024-1042-6>
- Aeamla-Or, N. (2015). *The Effect of Mindfulness-based Stress Reduction on Stress, Depression, Self-esteem and Mindfulness in Thai Nursing Students: A Randomised Controlled Trial*. University of Newcastle.
- Amr, M., El-Gilany, A. H., El-Moafee, H., Salama, L., & Jimenez, C. (2011). Stress among Mansoura (Egypt) baccalaureate nursing students. *Pan African Medical Journal*, 8(26).
- Astolfi, J.-P. (1997). *L'erreur, un outil pour enseigner*. ESF.
- Barrett, D. (2022). Impact of COVID-19 on nursing students: what does the evidence tell us? *Evidence Based Nursing*, 25(2), 37–38.
- Bartlett, M. L., Taylor, H., & Nelson, J. D. (2016). Comparison of Mental Health Characteristics and Stress Between Baccalaureate Nursing Students and Non-Nursing Students. *Journal of Nursing Education*, 55(2), 87–90. <https://doi.org/10.3928/01484834-20160114-05>
- Batmaz, M., Kendirkiran, G., & Kavurucu, Ö. (2022). The effects of the education received by nursing students on their self-esteem and emotional intelligence: A 4-year longitudinal study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2022, 1–11. <https://doi.org/10.1111/ppc.13035>
- Baudewyns, V., & Dancot, J. (2021). Que disent les étudiants infirmiers et sages-femmes de leur bien-être ? *InfoNursing*, 200, 21–29.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1–44. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
- Begley, C. M., & White, P. (2003). Irish nursing students' changing self-esteem and fear of negative evaluation during their preregistration programme. *Journal of Advanced Nursing*, 42(4), 390–401.
- Bo Ram, C., & JungIm, K. (2019). Relationship between Critical Thinking Disposition, Self-efficacy, Self-esteem and Optimism of Nursing Students. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 10(11), 4615–4621. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2019.04335.3>
- Bodys-Cupak, I., Majda, A., Zalewska-Puchała, J., & Kamińska, A. (2016). The impact of a sense of self-efficacy on the level of stress and the ways of coping with difficult situations in Polish nursing students. *Nurse Education Today*, 45, 102–107. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.07.004>
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*.

Dunod.

Bryer, J., Peterson-graziiose, V., & Nikolaidou, M. (2015). Self-esteem and self-efficacy as predictors of attrition in RN-BS completion students : A descriptive correlational study. *Teaching and Learning in Nursing, 10*(1), 30–34. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2014.08.004>

Burnard, P., Hebden, U., & Edwards, D. (2001). Self-esteem and student nurses: An account of a descriptive study. *Nursing and Health Sciences, 3*, 9–13.

Carless, D., & Boud, D. (2018). The development of student feedback literacy: enabling uptake of feedback. *Assessment and Evaluation in Higher Education, 43*(8), 1315–1325. <https://doi.org/10.1080/02602938.2018.1463354>

Chaves Parillo, J. R., & Peralta Gomez, R. Y. (2019). Estrés académico y autoestima en estudiantes de enfermería, Arequipa-Perú (Academic stress and self-esteem in nursing students, Arequipa-Peru). *Revista de Ciencias Sociales, XXV*(1), 384–399. <https://doi.org/10.31876/rcs.v25i1.29629>

Chung, J. M., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Nofle, E. E., Roberts, B. W., & Widaman, K. F. (2014). Continuity and Change in Self-Esteem During Emerging Adulthood. *J Pers Soc Psychol., 106*(3), 469–483. <https://doi.org/10.1037/a0035135>

Crary, P. (2013). Beliefs, behaviors, and health of undergraduate nursing students. *Holistic Nursing Practice, 27*(2), 74–88. <https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e318280f75e>

Creswell, J. W., Fetters, M. D., & Ivankova, N. V. (2004). Designing A Mixed Methods Study In Primary Care. *Annals of Family Medicine, 2*(1), 7–12. <https://doi.org/10.1370/afm.104>.INTRODUCTION

Crocker, J., Cooper, M. L., Crocker, J., Luhtanen, R. K., Cooper, M. L., & Bouvrette, A. (2003). Contingencies of Self-Worth in College Students: Theory and Measurement. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(5), 894–908. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.5.894>

Crocker, J., & Knight, K. M. (2005). Contingencies of Self-Worth. *American Psychological Society, 14*(4), 200–203.

Crocker, J., & Wolfe, C. T. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review, 108*(3), 593–623. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.3.593>

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The " What " and " Why " of Goal Pursuits : Human Needs and the Self-Determination of Behavior Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry, 11*(4), 227–268. <https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104>

Décret définissant le Certificat d'aptitude pédagogique approprié à l'Enseignement supérieur (CAPAES) en hautes écoles et dans l'enseignement supérieur de promotion sociale et ses conditions d'obtention. (2002). Fédération Wallonie-Bruxelles. https://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/26934_004.pdf

Décret du 7 novembre 2013 définissant le paysage de l'enseignement supérieur et

- l'organisation académique des études*. (2013). Moniteur Belge. https://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/39681_056.pdf
- Dozot, C., Piret, A., & Romainville, M. (2009). L'estime de soi des étudiants de première année du supérieur en abandon d'études. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 38/2, 205–230. <https://doi.org/10.4000/osp.1910>
- Dupriez, V., & Vandenberghe, V. (2004). L'école en Communauté française de Belgique : de quelle inégalité parlons-nous ? In *Les Cahiers de Recherche en Education et Formation* (Issue 27). <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00603505>
- Edwards, D., Burnard, P., Bennett, K., & Hebden, U. (2010). A longitudinal study of stress and self-esteem in student nurses. *Nurse Education Today*, 30(1), 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.06.008>
- El-wahab, S. D. A., & Eita, L. H. (2015). Impact of counseling on self-esteem and anxiety levels among nursing students. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(6), 106–113. <https://doi.org/10.5430/jnep.v5n6p106>
- Farid, A., Kaleybar, R. H., Ghobadi, L., & Mousavi, S. R. (2017). Prediction of Students' Attitudes toward Euthanasia Using Their Religious Orientation, Self-Esteem and Death Anxiety. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 4(3), 2–7.
- Fischer, L., Philippot, P., & Romainville, M. (2021). Réguler ses émotions quand on apprend, oui mais pourquoi ? Motivations à réguler ses émotions, buts émotionnels et stratégies de régulation mises en œuvre par des étudiants universitaires primo-arrivants en situation de préparation d'examen. *Psychologie française*, 66, 223-239.
- Gammon, J., & Morgan-Samuel, H. (2005). A study to ascertain the effect of structured student tutorial support on student stress, self-esteem and coping. *Nurse Education in Practice*, 5, 161–171. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2004.09.003>
- Go, M. (1988). *Changes in self-esteem and professional competence in registered nurse graduates of a baccalaureate nursing program: a longitudinal study*. University of Maryland College Park.
- Gomes Lima, B. V. de B., Pedrosa Trajano, F. M., Chaves Neto, G., Santos Alves, R., Alves Farias, J., & Fernandes Braga, J. E. (2017). Evaluation of Anxiety and Self-Esteem in Students Concluding the Nursing Graduation Course. *Journal of Nursing-Revista de Enfermagem - UFPE On Line*, 11(11), 4326–4333. <https://doi.org/10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201708>
- Gonczi, A. (1996). *Reconceptualising Competency-based Education and Training: with particular reference to education for occupations in Australia*. University of Technology, Sidney.
- Hallsten, L., Rudman, A., & Gustavsson, P. (2012). Does Contingent Self-Esteem Increase During Higher Education? *Self and Identity*, 11(2), 223–236. <https://doi.org/10.1080/15298868.2010.544872>
- Hansford, B. C., & Hattie, J. A. (1982). The Relationship between Self and Achievement / Performance Measures. *Review of Educational Research*, 52(1), 123–142. <https://www.jstor.org/stable/1170275>

- Harley, J. M., Pekrun, R., Taxer, J. L., & Gross, J. J. (2019). Emotion Regulation in Achievement Situations: An Integrated Model. *Educational Psychologist, 54*(2), 106–126. <https://doi.org/10.1080/00461520.2019.1587297>
- Hattie, J., & Timperley, H. (2007). The power of feedback. *Review of Educational Research, 77*(1), 81–112. <https://doi.org/10.3102/003465430298487>
- Heatherston, T. F., & Wyland, C. L. (2003). Assessing self-esteem. In *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. (pp. 219–233). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10612-014>
- Hindriks, J. (2017). La ségrégation et les inégalités sociales à l'école. In Kristof De Witte & Jean Hindriks (Ed.), *L'école de la réussite* (pp. 57–86). Itinera Institute - SKRIBIS. https://www.researchgate.net/profile/Hindriks-Jean/publication/319464633_L'ECOLE_DE_LA_REUSSITE/links/59ad09bd458515d09cdd0eae/LECOLE-DE-LA-REUSSITE.pdf#page=57
- Hoban, S., & Hoban, G. (2004). Self-esteem, self-efficacy and self-directed learning: Attempting to undo the confusion. *International Journal of Self-Directed Learning, 1*(2), 7–25.
- Hoeschler, P., & Backes-Gellner, U. (2017). *Shooting for the Stars and Failing: College Dropout and Self-Esteem* (Issue 100). https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/173560/1/0100_lhwpaper.pdf
- Hoeve, Y., Jansen, G., & Roodbol, P. (2013). The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing, 70*(2), 295–309. <https://doi.org/10.1111/jan.12177>
- Hughes, L. C., Romick, P., Sandor, M. K., Phillips, C. A., Gloadster, J., Levy, K., & Rock, J. (2003). Evaluation of an Informal Peer Group Experience on Baccalaureate Nursing Students' Emotional Well-Being and Professional Socialization. *Journal of Professional Nursing, 19*(1), 38–48. <https://doi.org/10.1053/jpnu.2003.9>
- Iacobucci, T. A., Daly, B. J., Lindell, D., & Griffin, M. Q. (2012). Professional values, self-esteem, and ethical confidence of baccalaureate nursing students. *Nursing Ethics, 20*(4), 479–490. <https://doi.org/10.1177/0969733012458608>
- İlhan, N., Sukut, Ö., Utaş Akhan, L., & Batmaz, M. (2016). Nurse Education Today The effect of nurse education on the self-esteem and assertiveness of nursing students: A four-year longitudinal study. *Nurse Education Today, 39*, 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.12.026>
- Jirdehi, M. M., Asgari, F., Tabari, R., & Leyli, E. K. (2018). Study the relationship between medical sciences students' self-esteem and academic achievement of Guilan university of medical sciences. *Journal of Education and Health Promotion, 7*(52), 1–12. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_136_17
- Jonnaert, P. (2009). *Compétences et socioconstructivisme. Un cadre théorique*. De Boeck Supérieur.
- Jug, R., Jiang, X. S., & Bean, S. M. (2019). Giving and receiving effective feedback a review article and how-to guide. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine,*

- 143(2), 244–250. <https://doi.org/10.5858/arpa.2018-0058-RA>
- Kaakinen, J., & Arwood, E. (2009). Systematic review of nursing simulation literature for use of learning theory. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1). <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1688>
- Karaca, A., Yildirim, N., Cangur, S., Acikgoz, F., & Akkus, D. (2019). Relationship between mental health of nursing students and coping, self-esteem and social support. *Nurse Education Today*, 76, 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.01.029>
- Karagözoglu, S., Kahve, E., Koç, O., & Adamisoglu, D. (2008). Self-esteem and assertiveness of final year Turkish university students. *Nurse Education Today*, 28, 641–649. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.09.010>
- Kargin, M., Aytıp, S., Hazar, S., & Yüksesol, Ö. D. (2021). The relationship between gender role stress and self-esteem in students of faculty of health sciences. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 363–370. <https://doi.org/10.1111/ppc.12605>
- Kernis, M. H., Paradise, A. W., Whitaker, D. J., Wheatman, S. R., & Goldman, B. N. (2000). Master of one's psychological domain? Not likely if one's self-esteem is unstable. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(10), 1297–1305. <https://doi.org/10.1177/0146167200262010>
- Kim, J. (2018). Factors influencing nursing students' empathy. *Korean Journal of Medical Education*, 30(3), 229–236. <https://doi.org/10.3946/kjme.2018.97>
- Kim, M., & Park, S.-Y. (2011). Factors Affecting the Self-directed Learning of Students at Clinical Practice Course for Advanced Practice Nurse. *Asian Nursing Research*, 5(1), 48–59. [https://doi.org/10.1016/S1976-1317\(11\)60013-3](https://doi.org/10.1016/S1976-1317(11)60013-3)
- Kluger, A. N., & DeNisi, A. (1996). Effects of feedback intervention on performance: A historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychological Bulletin*, 119(2), 254–284. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.119.2.254>
- Langevin, V., Boini, S., François, M., & Riou, A. (2012). Inventaire d'anxiété État-Trait Forme Y [State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)]. *Références En Santé Au Travail*, 131, 161–164.
- Lavoie-Tremblay, M., Sanzone, L., Aubé, T., & Paquet, M. (2021). Sources of Stress and Coping Strategies Among Undergraduate Nursing Students Across All Years. *Canadian Journal of Nursing Research*, 084456212110280. <https://doi.org/10.1177/08445621211028076>
- Lees, S., & Ellis, N. (1990). The design of a stress-management programme for nursing personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 946–961.
- Li, Y. Y., Au, M. L., Tong, L. K., Ng, W. I., & Wang, S. C. (2022). High-fidelity simulation in undergraduate nursing education: A meta-analysis. *Nurse Education Today*, 111, 105291. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105291>
- Lin, Y.-R., Shiah, I., Chang, Y.-C., Lai, T.-J., Wang, K.-Y., & Chou, K.-R. (2004). Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness,

- self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Education Today*, 24, 656–665. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2004.09.004>
- Livet, P. (2004). Actualité philosophique des émotions. In A. Channouf & G. Rouan (Eds.), *Emotions et cognitions* (pp. 41–71). De Boeck Supérieur.
- Lo, R. (2002). A longitudinal study of perceived level of stress, coping and self-esteem of undergraduate nursing students: an Australian case study. *Journal of Advanced Nursing*, 39(2), 119–126.
- Lopes Chaves, E. C., Prado Simao, T., Siqueira de Oliveira, I., Prado de Souza, I., Hollanda lunes, D., & Alves Nogueira, D. (2013). Assessment of nursing students' self-esteem at a university in the South of Minas Gerais (Brazil). *Invest Educ Enferm*, 31(2), 261–269.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358, 483–488.
- Mendes, P. R., de Araújo, A. T., Bastos, P. B. V., Neuhauss, E., Monteiro, L. Z., & Rauber, S. B. (2021). Perceived self-esteem, resilience and stress of students entering a nursing degree. *Acta Scientiarum - Health Sciences*, 43(2010), 1–6. <https://doi.org/10.4025/ACTASCIHEALTHSCI.V43I1.55004>
- Messineo, L., Allegra, M., & Seta, L. (2019). Self-reported motivation for choosing nursing studies: a self-determination theory perspective. *BMC Nursing*, 19(192), 1–14.
- Molloy, E., Boud, D., & Henderson, M. (2020). Developing a learning-centred framework for feedback literacy. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 45(4), 527–540. <https://doi.org/10.1080/02602938.2019.1667955>
- Mruk, C. J. (2008). *The Psychology of Self-Esteem : A Potential Common Ground for Humanistic Positive Psychology and Positivistic Positive Psychology*. 143–158. <https://doi.org/10.1080/08873260802111176>
- Mruk, C. J. (2013). *Self-Esteem and Positive Psychology. Research, Theory and Practice* (4th ed.). Springer Publishing Company.
- Papazisis, G., Nicolaou, P., Tsiga, E., Christoforou, T., & Sapountzi-Krepia, D. (2014). Religious and spiritual beliefs, self-esteem, anxiety, and depression among nursing students. *Nursing and Health Sciences*, 16, 232–238. <https://doi.org/10.1111/nhs.12093>
- Pekrun, R., Frenzel, A. C., Goetz, T., & Perry, R. P. (2007). The Control-Value Theory of Achievement Emotions. In P. A. Schultz & R. Pekrun (Eds.), *Emotion in Education* (pp. 13–36). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-012372545-5/50003-4>
- Pluye, P., & Hong, Q. N. (2014). Combining the Power of Stories and the Power of Numbers: Mixed Methods Research and Mixed Studies Reviews. *Annual Review of Public Health*, 35, 29–45. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182440>
- Potard, C. (2017). Self-Esteem Inventory (Coopersmith). In V. Zeigler-Hill & T. Shackelford

- (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8>
- Rafii, F., Saeedi, M., & Parvizy, S. (2019). Academic motivation in nursing students: A hybrid concept analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *24*(5), 315–322. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_177_18
- Randle, J. (2003a). Bullying in the nursing profession. *Journal of Advanced Nursing*, *43*(4), 395–401.
- Randle, J. (2003b). Changes in self-esteem during a 3 year pre-registration diploma in higher education (nursing) programme. *Learning in Health and Social Care*, *2*(1), 51–60.
- Ribeiro, R. M., Bragiola, J. V. B., Eid, L. P., & Pompeo, D. A. (2020). Impact of self-esteem and of the sociodemographic factors on the self-efficacy of undergraduate nursing students. *Texto e Contexto Enfermagem*, *29*, 1–14. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0429>
- Sa, B., Ojeh, N., Majumder, M. A. A., Nunes, P., Williams, S., Rao, S. R., & Youssef, F. F. (2019). The Relationship Between Self-Esteem, Emotional Intelligence, and Empathy Among Students From Six Health Professional Programs. *Teaching and Learning in Medicine*, *31*(5), 536–543.
<https://doi.org/10.1080/10401334.2019.1607741>
- Sakellari, E., Psychogiou, M., Georgiou, A., Papanidi, M., Vlachou, V., & Sapountzi-Krepia, D. (2017). Exploring Religiosity, Self-Esteem, Stress, and Depression Among Students of a Cypriot University. *Journal of Religion and Health*.
<https://doi.org/10.1007/s10943-017-0410-4>
- Sakellari, E., Vasiliou, E., Konstantinou, C., Chrisanthou, A., Georgiou, A., Papadini, M., Vlachou, V., & Sapountzi-Krepia, D. (2020). Anxiety, Self-Esteem, and Depression: a Correlational Study Between Economic Sciences and Nursing Science University Students. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *18*(5), 1458–1465.
<https://doi.org/10.1007/s11469-019-00188-w>
- Sayehmiri, K., Valizadeh, R., & Tavan, H. (2019). The Relationship between Self-Esteem and Academic Achievement of Iranian Nursing and Medical Sciences Students: A Meta-Analysis Letter. *Nursing and Midwifery Studies*, *8*(4), 217–218.
https://doi.org/10.4103/nms.nms_38_19
- Shrestha, S., & Ghimire, S. (2019). Stress and Self-Esteem Among Nursing Students at Private Medical College, Chitwan. *Journal of Chitwan Medical College*, *9*(27), 41–46.
- Sobol, E. G. (1978). Self-Actualization and the Baccalaureate Nursing Students' Response to Stress. *Nursing Research*, *27*(4), 238–244.
- Stafford, J. L., Leon-Castelao, E., Klein Ikkink, A. J., Qvindelands, S. A., Garcia-Font, M., Szyld, D., & Diaz-Navarro, C. (2021). Clinical debriefing during the COVID-19 pandemic: hurdles and opportunities for healthcare teams. *Advances in Simulation*, *6*(1), 6–11. <https://doi.org/10.1186/s41077-021-00182-0>
- Suliman, W. A., & Halabi, J. (2007). Critical thinking , self-esteem , and state anxiety of

- nursing students. *Nurse Education Today*, 27, 162–168.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.04.008>
- Sultan, B., & Victor, G. (2021). Bachelor of science in nursing students' perceptions regarding educator feedback. *Journal of Nursing Education*, 60(10), 577–581.
<https://doi.org/10.3928/01484834-20210729-07>
- Tafarodi, R. W., & Swann, W. B. J. (2001). Two-dimensional self-esteem: theory and measurement. *Personality and Individual Differences*, 31, 653–673.
- Tafarodi, R. W., Tam, J., & Milne, A. B. (2001). Selective memory and the persistence of paradoxical self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(9), 1179–1189. <https://doi.org/10.1177/0146167201279010>
- 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(April), 28–36.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.013>
- Thomas, S. P., & Pollio, H. R. (2002). *Listening to patients. A Phenomenological Approach to Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
<https://doi.org/10.1136/bmj.306.6883.1001-a>
- Unal, S. (2012). Evaluating the effect of self-awareness and communication techniques on nurses' assertiveness and self-esteem. *Contemporary Nurse*, 43(1), 90–98.
<https://doi.org/10.5172/conu.2012.43.1.90>
- Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Badri Gargari, R., Ghahramanian, A., Jabbarzadeh Tabrizi, F., & Keogh, B. (2016). Pressure and protective factors influencing nursing students' self-esteem: A content analysis study. *Nurse Education Today*, 36, 468–472.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.10.019>
- Vallerand, R. J., Koestner, R., & Pelletier, L. G. (2008). Reflections on self-determination theory. *Canadian Psychology*, 49(3), 257–262. <https://doi.org/10.1037/a0012804>
- van Schie, C. C., Chiu, C. De, Rombouts, S. A. R. B., Heiser, W. J., & Elzinga, B. M. (2018). When compliments do not hit but critiques do: An fMRI study into self-esteem and self-knowledge in processing social feedback. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 13(4), 404–417. <https://doi.org/10.1093/scan/nsy014>
- Wang, M., Guan, H., Li, Y., Xing, C., & Rui, B. (2019). Academic burnout and professional self-concept of nursing students: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 77, 27–31. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.03.004>
- Wendler, M. C. (2001). Triangulation using a meta-matrix. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 521–525.
- Yildirim, N., Karaca, A., Cangur, S., Acikgoz, F., & Akkus, D. (2017). The relationship between educational stress, stress coping, self-esteem, social support, and health status among nursing students in Turkey: A structural equation modeling approach. *Nurse Education Today*, 48, 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.09.014>
- Young, P. (2000). "I might as well give up": Self-esteem and mature students' feelings

about feedback on assignments. *Journal of Further and Higher Education*, 24(3), 409–418. <https://doi.org/10.1080/030987700750022325>

Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Gargari, R. B., & Ghahramanian, A. (2016). Nursing Students' Understanding of the Concept of Self -Esteem : a Qualitative Study. *Journal of Caring Sciences*, 5(1), 33–41. <https://doi.org/10.15171/jcs.2016.004>

ANNEXES

Annexes

Annexe 1. Avis du Comité d'éthique

Annexe 2. Questionnaire du T0

Annexe 3. Guide d'entretien du T0

Annexe 4. Revue de littérature relative aux difficultés rencontrées par les étudiants infirmiers dans le développement de leurs compétences