كلية الآداب و العلوم الإنسانية - ظهر المهراز
ⵜⴰⵖⵡⴰⵏⵜ ⵏ ⵜⵓⵔⵉⵙⵏ ⴰ ⵜⵎⴰⵡⴰⵙⵉⵏ ⵜⵉⵣⵔⴼⵉⵏ - ⴰⵎⴰ ⵡⵉⵎⴰⵣ
Faculté des Lettres et des Sciences Humaines - Dhar El Mahraz
جامعة سيدي محمد بن عبد الله بفاس
ⵜⴰⵙⴷⴰⵡⵉⵜ ⵙⵉⴷⵉ ⵎⵓⵃⴰⵎⵎⴷ ⴱⵏ ⵄⴰⴱⴷⵍⵍⴰⵀ ⴱⴼⴰⵙ
UNIVERSITÉ SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH DE FES

Centre des Etudes Doctorales : Sciences humaines, Arts et Sciences de l'éducation
Formation Doctorale : Mécanismes de la pensée et les dynamiques psychologiques et sociales
Laboratoire : Laboratoire de Sociologie et de Psychologie
Spécialité : Psychologie

THESE POUR L'OBTENTION DE DOCTORAT NATIONAL

La relation entre le stress perçu et l'intelligence émotionnelle et l'effet médiateur de la pleine conscience chez les étudiants en soins infirmiers

Préparé par :

Mr ksiksou jamal

Encadré par :

Pr. Smail Alaoui

Année universitaire : 2023-2024

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier et à exprimer ma gratitude à Allah Tout-Puissant pour m'avoir fait progresser et m'avoir donné le courage et la force de mener à bien ce travail de recherche. Ensuite, je voudrais profiter de cette occasion pour remercier toutes les personnes qui m'ont aidé et supporté tout au long de la rédaction de cette thèse. En particulier, je tiens à exprimer ma sincère reconnaissance et mes remerciements à mon directeur de thèse, le Professeur Smail Alaoui, pour son soutien et son aide illimités durant le déroulement du processus de rédaction de cette thèse. Je vous remercie vivement pour votre partage de vos connaissances et de votre expérience avec moi ainsi que pour votre guidance à travers ce processus difficile.

Ce travail n'aurait pu être achevé sans le soutien affectif et moral de ma très chère épouse Yazza, qui a toujours fait preuve d'un courage extraordinaire pour me donner confiance et qui a veillé fidèlement sur moi tout au long de ce parcours. Je tiens également à remercier ma belle-famille, en particulier ma mère, mon père, mes adorables enfants Mouad et Rania et mes beaux-parents Fahli Boutaleb et Lakmihi Zahra. Leurs encouragements et leurs soutiens m'ont toujours été d'un grand secours.

Ma gratitude est également adressée à mes collègues qui m'ont soutenu tout au long de ce processus. En particulier, je voudrais remercier monsieur Mahmoud El Seffah, monsieur El Amouri Ahmed et le docteur Lhoussaine Maskour qui ont été des amis cruciaux lors de la conception de mon travail et de mes projets de recherche.

J'adresse mes remerciements au directeur du Laboratoire de Sociologie et de Psychologie – (LSP) Pr. Mohammed ABABOU et au directeur du centre d'études doctorales - sciences humaines, arts et sciences de l'éducation de la faculté des lettres et sciences humaines Dhar Lmehraz - Fès Pr Mobtassim. Je tiens également à remercier la direction de l'ISPITS de Tétouan et particulièrement monsieur le directeur.

Cette étude ne serait pas complète sans la participation honnête et active des etudiants de la filiere soins infirmière de l'ISPITS de Tétouan. Merci à tous les étudiants de l’option infirmier en santé mentale, l’option infirmier polyvalent et l’option infirmier en santé de famille et santé communaire.

RESUME DE LA THESE

CONTEXTE : Les étudiants infirmiers sont confrontés à une multitude de facteurs de stress pendant leurs stages cliniques. L'intelligence émotionnelle (IE) pourrait agir comme un véritable régulateur de stress. Le programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience a prouvé son efficacité dans la réduction du stress et le développement de la compétence émotionnelle. Notre objectif était d'étudier la relation entre le stress et l'IE et d'évaluer l'effet du programme de formation sur le stress et l'intelligence émotionnelle dans un échantillon d'étudiants infirmiers marocains.

MATÉRIELS ET MÉTHODES : Il s'agit d'une étude basée sur une approche descriptive corrélationnelle et évaluative. La population d'étude est constituée de 381 étudiants infirmiers de l'Institut Supérieur des Soins Infirmiers et des Techniques de Santé de Tétouan durant l'année universitaire 2021-2022, selon un échantillonnage aléatoire simple. Les outils de collecte de données étaient constitués d'un questionnaire socio-démographique, de l'échelle de stress en pratique clinique (PSS-CP) et de l'échelle d'intelligence émotionnelle de Wong et Law (WLEIS). Des statistiques descriptives ont été utilisées. Le test t de Student, la corrélation de Pearson, l'analyse de régression linéaire et le test de Wilcoxon ont été utilisés pour analyser les données. Un niveau de 0,05 a été choisi.

RÉSULTATS : Les participants présentaient des niveaux modérés de stress perçu (M = 2,42±0,77) et des niveaux élevés d'intelligence émotionnelle (M = 3,79±1,09). Une corrélation significative entre le stress perçu et l'intelligence émotionnelle a été trouvée (r = .741, p < .05). Le modèle de régression montre que l'intelligence émotionnelle, le niveau d'éducation et la nature du stage clinique peuvent expliquer les changements dans les niveaux de stress perçus et représentent des facteurs positifs et significatifs (P < 0,001). Les résultats d'un programme de formation à la pleine conscience indiquent que le score moyen des étudiants de l'échelle de PSS-CP a atteint 2,19 ± 1,35 lors du prétest, puis a diminué à 1,89 ± 1,28 lors du post-test (P < 0,05). Alors que le score moyen de WLEIS est passé de 3,44 ± 1,26 dans le pré-test à 3,76 ± 1,19 dans le post-test (P < 0,05). Une relation statistiquement significative a été trouvée entre le stress perçu et les scores de WLEIS (r = 0,864, p < 0,05).

CONCLUSION : Il a été prouvé que l'IE est un facteur de protection contre le stress chez les étudiants en soins infirmiers. Le programme de réduction du stress basée sur la pleine conscience est une intervention psychothérapeutique efficace, basée sur des données probantes, pour soulager le stress et développer l'IE des etudiants infirmières en milieu clinique. D'autres études plus approfondies basées sur des données neuroscientifiques utilisant les potentiels cérébraux évoqués par électroencéphalogramme (EEG) sont recommandées.

MOTS CLES : Intelligence émotionnelle, pleine conscience, étudiants en soins infirmiers, stress perçu.

TABLE DES MATIERES

Introduction……. 1
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET CADRE THÉORIQUE ……..... 7
Chapitre I : Contextualisation de la formation en soins infirmiers au Maroc…….. 9
1.1. La réforme du système de formation en sciences infirmières au Maroc……... 9
1.2. La place de la formation clinique dans le cursus de l'étudiant en soins infirmiers… 13
1.2.1. Vers une définition de la formation clinique…….. 13
1.2.2. La formation en milieu clinique et les compétences socio-relationnelles…….. 15
1.2.3. La formation en milieu clinique et les compétences cognitives et procédurales… 18
1.3. La formation en milieu clinique et stress perçu……. 20
1.3.1. Les exigences de formation en milieu clinique……... 20
1.3.2. Les différences individuelles en matière de stress perçu ……... 24
1.4. La formation en milieu clinique et l'intelligence émotionnelle……. 25
1.5. La formation en milieu clinique et la pleine conscience…… 28
Chapitre II : Conceptualisation du stress……. 31
2.1. Le stress : définition d'un concept complexe et équivoque…..... 31
2.2. Le modèle physiologique …….. 33
2.3. Le modèle stimulus-réponse……. 35
2.3.1. La conception transactionnelle……... 35
2.3.2. La conception causaliste……. 39
2.4. Divergence entre le stress positif et le stress négatif……. 43
2.5. La particularité du stress dans la profession infirmière……. 45
2.6. Le stress chez les étudiants en soins infirmiers …… 51
2.6.1. La prévalence du stress chez les étudiants en soins infirmiers……... 52
2.6.2. Les facteurs déterminants du stress chez les étudiants en soins infirmiers……. 54
2.6.3. Les facteurs prédictifs du stress chez les étudiants en soins infirmiers…….. 64
2.6.4. Les conséquences du stress pour les étudiants en soins infirmiers……. 65
2.6.4.1. Les troubles psychologiques…… 66
2.6.4.2. Les troubles physiologiques……. 68
2.7. Les instruments de mesure de stress perçu…… 72
Chapitre III : Conceptualisation de l'intelligence émotionnelle……. 76
3.1. L'origine neurobiologique des émotions …….. 76
3.2. Le contexte historique de l'intelligence émotionnelle…… 80
3.3. L'intelligence émotionnelle par rapport à l'intelligence intellectuelle……... 84
3.4. Les modèles théoriques de l'intelligence émotionnelle…….. 87
3.4.1. Les modèles d'habilités de Mayer et Salovey……. 88
3.4.2. Les modèles de traits de Petrides et Furnham……. 92
3.4.2. Les modèles mixtes de Goleman (1995, 1998) et Bar-On (1997, 2006)…… 95
3.4.3. Les modèles intégratifs de l'intelligence émotionnelle……... 101
3.4.4. L'évaluation de l'intelligence émotionnelle…… 108
3.4.4.1. Les mesures d'habiletés……... 109

3.4.4.2. Les mesures mixtes d'auto-évaluation 112
Chapitre IV : Stress en milieu clinique et intelligence émotionnelle chez les étudiants en soins infirmiers…….. 117
4.1. L'importance de l'intelligence émotionnelle dans la formation en soins infirmiers. 118
4.1.1. L'intelligence émotionnelle et le bien-être physique et mental…….. 118
4.1.2. L'intelligence émotionnelle et les rapports sociaux…… 119
4.1.3. L'intelligence émotionnelle et les compétences cliniques…….. 120
4.1.4. L'intelligence émotionnelle et la gestion de stress perçu…… 122
4.1.5. L'intelligence émotionnelle et les processus de gestion des émotions…… 127
4.1.5.1. L'évaluation cognitive de la situation…….. 127
4.1.5.2. L'appréciation de la perception de l'efficacité personnelle……. 128
4.1.5.3. Les stratégies de coping……... 128
Chapitre V : L'effet de la pleine conscience sur le stress perçu et l'intelligence émotionnelle……..... 131
5.1. La pleine conscience…….. 131
5.2. La pratique de la pleine conscience……... 135
5.3. La pleine conscience peut se développer au moyen de la méditation…… 136
5.4. La pleine conscience et les mécanismes d'action……... 139
5.5. Les effets de la pleine conscience…….. 142
5.5.1. Les effets de la pleine conscience sur le stress……... 142
5.5.1. Les effets de la pleine conscience sur l'intelligence émotionnelle……. 146
DEUXIEME PARTIE : CADRE EMPIRIQUE ……. 154
Chapitre VI : Question de recherche et hypothèses ……... 157
6.1. Considérations éthiques……. 159
Chapitre VII. Etude pilote : la validité et la fiabilité des outils de recherche……... 160
7.1. Échelle de stress perçu en pratique clinique (PSS-CP)…….. 160
7.1.1. Matériels et méthodes……. 160
7.1.1.2. Conception de l'étude pilote…… 162
7.1.1.3. Traduction…… 162
7.1.1.4. Participants, contexte et procédure de l'étude pilote……... 162
7.1.1.5. Analyse des données de l'étude pilote…….. 164
7.1.2. Résultats…….. 165
7.1.2.1. Caractéristiques de l'échantillon…….. 165
7.1.2.2. Structure factorielle…….. 166
7.1.2.3. Validité du contenu…….. 167
7.1.2.4. Validité structurelle…….. 167
7.1.2.5. Analyse factorielle confirmatoire…… 169
7.1.2.6. Corrélations…….. 170
7.1.2.7. Validité convergente…… 171
7.1.2.8. Fiabilité et test-retest…… 171
7.2. Échelle d'intelligence émotionnelle de Wong et Law (WLEIS)…… 172
7.2.1. Corrélations et Alpha de Cronbach de WLEIS……... 172
Chapitre VIII. L'étude principale de thèse…….. 174
Section 1. La relation entre le stress perçu et l'intelligence émotionnelle chez les étudiants en soins infirmiers…….. 174
1.1. Matériels et méthodes 174
1.1.1. Conception et contexte de l'étude……... 174

1.1.2. Outil de collecte des données…….. 175
1.1.3. Analyse statistique…….. 175
1.2. Résultats 175
Section 2. Les effets de la pratique de la pleine conscience sur le stress perçu et l'intelligence émotionnelle chez les étudiants en soins infirmiers……... 191
2.1. Matériels et méthodes…… 192
2.1.1. Conception, Participants et procédure de recherche……... 192
2.1.2. Outil de collecte des données…….. 194
2.1.3. Analyse statistique…….. 195
2.2. Résultats……. 195
Chapitre IX : Discussion, Contributions, Recommandations, Limites et perspective, Conclusion…….. 199
9.1. Discussion…….. 199
9.2. Contributions générales de nos travaux……. 207
9.3. Recommandations…….. 211
9.4. Limites et perspective…… 214
Conclusion…… 216
Références bibliographiques……. 219
Annexes……. 276

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Les différentes échelles du stress perçu relatif à la formation des étudiants en soins infirmiers

Tableau 2. Trait de l'Intelligence Emotionnelle de Petrides (2009)

Tableau 3. Le modèle mixte de l'Intelligence Emotionnelle de Bar-On (1997)

Tableau 4. Le Modèle de l'Intelligence Emotionnelle de Goleman (1998b, 2000)

Tableau 5. Les modèles intégratifs de l'Intelligence Emotionnelle

Tableau 6. Différences entre les mesures de l'Intelligence Emotionnelle basées sur l'aptitude (performance) et celles basées sur l'auto-évaluation (Zeidner et al., 2009, p. 63)

Tableau 7. Résumé des mesures des habiletés (basées sur la performance)

Tableau 8. Résumé des mesures d'auto-évaluation

Tableau 9. Caractéristiques sociodémographiques des étudiants (215)

Tableau 10. Mesure de l'indice KMO et test de Bartlett (215)

Tableau 11. AFE de la version arabe du PSS-CP (215)

Tableau 12: Scores de la qualité d'ajustement pour le modèle à deux facteurs du PPS-CP (215)

Tableau 13 : Corrélations entre les items et le total des scores des répondants au questionnaire sur le stress des étudiants en soins infirmiers (215)

Tableau 14 : Matrice des coefficients de corrélation entre les facteurs de la version arabe du PSS-CP

Tableau 15 : Validité convergente de la version arabe du PSS-CP avec le DASS21

Tableau 16 : Les coefficients de corrélation entre chaque item et les valeurs Alpha de Cronbach de chaque élément de l'échelle d'IE

Tableau 17 : Caractéristiques sociodémographiques des participants

Tableau 18. Moyennes et écarts types (ET) des facteurs PSS-CP

Tableau 19. Moyennes et écarts types (ET) des facteurs de l'échelle de WLEIS

Tableau 20 : La matrice de corrélation entre les facteurs observés de PSS-CP et WLEIS

Tableau 21. Différences dans les scores moyens entre l'échelle PSS-CP et la spécialité
Tableau 22. Différences de moyennes (test t) entre les scores de PSS-CP par rapport au niveau d'étude
Tableau 23. Différences de moyennes (test t) entre les scores de PSS-CP par rapport au milieu de la pratique clinique
Tableau 24. Différences de moyennes (test t) entre les scores de stress perçu par rapport au genre
Tableau 25. Corrélations bivariées (Pearson r) entre les scores PSS-CP et le variable d'Age
Tableau 26. Différences dans les scores moyens entre l'échelle de WLEIS et la spécialité
Tableau 27. Différences de moyennes (test t) entre les scores de WLEIS par rapport au niveau d'étude
Tableau 28. Différences de moyennes (test t) entre les scores de WLEIS par rapport au milieu de la pratique clinique
Tableau 29. Différences de moyennes (test t) entre les scores de WLEIS par rapport au genre
Tableau 30. Corrélations bivariées (Pearson r) entre les scores de WLEIS et le variable Age
Tableau 31. La régression de score du stress perçu et le score global de l'IE
Tableau 32. Score des répondants pour la variable genre sur le stress perçu
Tableau 33. Score des répondants pour la variable sexe sur l'IE
Tableau 34. Score des répondants pour la variable âge sur le stress perçu
Tableau 35. Score des répondants pour la variable âge sur l'IE
Tableau 36. Score des répondants pour la variable spécialité sur le stress perçu
Tableau 37. Score des répondants pour la variable spécialité sur l'IE
Tableau 38. Analyse de la régression de la variable Niveau d'études sur le stress perçu des étudiants
Tableau 39. Analyse de la régression de la variable Niveau d'études sur l'IE des étudiants
Tableau 40. Analyse de la régression de la variable Milieu de pratique clinique sur le stress perçu des étudiants
Tableau 41. Analyse de la régression de la variable Milieu de pratique clinique sur l'IE des étudiants
Tableau 42. Régression linéaire finale du PSS-CP après avoir retiré du modèle les variables Âge, Sexe et Spécialité en raison de leur manque de signification statistique
Tableau 43. Caractéristiques sociodémographiques des participants
Tableau 44. Moyenne et écart-type (ET) des facteurs et du score total du PSS-CP au pré-test et au post-test

Tableau 45. Moyenne et écart-type (ET) des facteurs et du score total du EIE au pré-test et au post-test
Tableau 46. La corrélation entre les scores obtenus par les étudiants au PSS-CP et à l'IE

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Le modèle transactionnel du stress (Lazarus et Folkman, 1984)

Figure 2. Le modèle de Karasek de stress au travail (Karasek 1979)

Figure 3. La balance effort/récompense de Siegrist (1996)

Figure 4. La courbe de la performance

Figure 5. Le modèle AFC de la version arabe du PSS-CP

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SNPI : Syndicat National des Professionnels Infirmiers

ONI : Ordre National des Infirmiers

FNESI : Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers

IE : Intelligence Emotionnelle

MBSR : Mindfulness-Based-Stress-Reduction / Réduction du Stress Basée sur la Pleine Conscience

LMD : Licence, Master, Doctorat

ISPITS : Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé

OVE : Observatoire de la Vie Étudiante

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

QI : Quotient Intellectuel

MSCEIT : Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test

TEIQue : Trait Emotional Intelligence Questionnaire

EQ-I : Emotional Quotient Inventory

QE : Quotient Emotionnel

WLEIS : Wong and Law Emotional Intelligence Scale- Echelle d'intelligence émotionnelle de Wong et Law

MBCT : Mindfulness-based cognitive therapy - la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience

ACT : Acceptance and Commitment Therapy -Thérapie d'Acceptation et d'Engagement

PSS-CP : Perceived Stress Scale in Clinical Practice - Echelle de stress perçu en pratique clinique

AFC : Analyse Factorielle confirmatoire

Introduction

Actuellement, la pénurie mondiale de personnel infirmier est un véritable problème de santé publique (Mooring, 2016). Dans sa revue narrative de la littérature, Mooring (2016), a indiqué que cette pénurie risque de s'accentuer dans les années à venir. En effet, ils représentent 50% de l'ensemble du personnel de santé, soit 28 millions dans le monde (OMS, 2020).

En contrepartie, la demande accrue en soins de santé et le vieillissement de la population se classent au premier rang des préoccupations d'ordre international (ANA, 2016 ; OMS, 2015). En effet, dans son rapport publié en 2015, l'OMS affirme que la portion de la population mondiale âgée de 60 ans et plus doublera entre les années 2000 et 2050. L'OMS mentionne également que, d'ici à l'an 2050, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie sera multiplié par quatre, augmentant ainsi la demande en soins de santé pour cette portion de la population mondiale (OMS, 2015). Cette situation est notamment imputable à l'augmentation des besoins en soins infirmiers et les nombreux départs à la retraite, mais également par la diminution du nombre d'infirmiers formés dans les programmes en soins infirmiers (Mooring, 2016).

Cependant, d'après le Syndicat national des professionnels infirmiers en France (SNPI), 30 % des soignants nouvellement affectés abandonnent la profession dans les cinq années suivant l'obtention de leur diplôme (SNPI, 2019). Les causes s'expliquent en partie par des conditions de travail toujours aussi pénibles et difficiles à supporter, notamment le travail en alternance, le travail de nuit, le travail les jours fériés, les lourdes responsabilités, etc, et qui s'accompagnent parfois d'un manque d'écoute et de respect de la part de certains responsables hiérarchiques, ainsi que de la recherche incessante de rentabilité et de productivité en un temps très court. et qui s'accompagnent parfois d'un manque d'écoute et de respect de la part de certains responsables hiérarchiques, ainsi que de la recherche incessante

de rentabilité et de productivité en un temps très court, ce qui aboutit alors à un accroissement du niveau de stress et d'épuisement professionnel (Canouï & Maurange, 2015 ; Delbrouck, 2011 ; Del Sarto Azevedo et al. , 2017). Dans cette optique, il a déjà été signalé que la prévalence du stress est en progression constante dans les professions de santé et tout particulièrement auprès du personnel infirmier (Moisson, 2009 ; Swinnen, 2010).

De plus, la pandémie de Covid-19 complique encore plus la situation. Cette crise sanitaire génère également de nouvelles formes de stress qui accentuent la souffrance psychologique déjà élevée chez les professionnels de santé (Vignaud & Prieto, 2020). Ainsi, les facteurs de stress supplémentaires liés aux manques de connaissances vis-à-vis des moyens de lutte contre le virus, la non disponibilité du matériel, le bouleversement des conditions de vie quotidienne telles que la séparation de la famille par peur de contagion, la confrontation marquante avec la souffrance et la mort des patients en l'absence de leur famille, ont davantage contribué à la dégradation de la santé mentale des soignants (El-Hage et al., 2020). Les conséquences de cette crise pourraient être, à court et à long terme, tout particulièrement catastrophiques pour le personnel infirmier ainsi que pour les systèmes sanitaires (CII, 2020). Dans ce sense, selon une enquête menée par l'Ordre national des infirmiers français (ONI, 2021) sur un échantillon de plus de 30 000 infirmières et infirmiers, a révélé que 37 % de ces derniers souhaitent quitter la profession en raison de la pandémie et que 43 % ne sont pas sûrs de pouvoir encore exercer la profession dans les cinq prochaines années. Ce risque de départ collectif exacerberait le déficit mondial en personnel infirmier.

En effet La situation quant à la relève infirmière est de plus en plus préoccupante. De son côté, en 2017, la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI) en France, a désigné que le stress permanent pendant le stage clinique constituait l'une des principales causes du mal-être des étudiants infirmiers. En effet, cette étude indique qu'environ 20% des étudiants infirmiers consommaient régulièrement des anxiolytiques. Près de 7% d'entre eux

avaient des pensées suicidaires. A cet égard, le stress récurrent en milieu clinique entraîne une diminution de la motivation des apprenants, a une influence négative sur les conditions de travail et sur l'estime de soi (Thomas & Burk, 2009). D'autres études ont montré que le stress entraîne des effets dissonants sur le plan émotionnel qui limitent les sentiments d'appartenance et d'engagement envers l'organisation et même envers la profession (Shaban, Khater & Akhu-Zaheya, 2012). Il peut également conduire à une augmentation des erreurs de soins de la part des étudiants en raison du manque de communication et des conflits avec les pairs et les soignants, entraînant des difficultés de concentration sur leurs propres interventions infirmières, ainsi que des départs précoces et même des abandons de la formation infirmière, parfois quelques semaines après le début du premier stage (Sauer, 2012 ; Blair, 2013). C'est un problème qui persiste tout au long de leur formation clinique, même après l'obtention de leur diplôme. Par conséquent, des efforts considérables sont nécessaires pour assurer une formation de qualité qui permette aux étudiants de rester motivés et désireux d'apprendre et, par la suite, de produire un nombre suffisant d'infirmiers compétentes pour garantir des soins sécurisés et de bonne qualité. En parallèle, il est extrêmement important de préparer les étudiants aux exigences physiques et émotionnelles qui les attendent dès leur entrée en formation, afin de leur permettre de tolérer intelligemment et sereinement les situations stressantes et de limiter le risque de quitter prématurément la profession. Toutefois, très peu de contenus académiques y sont consacrés à ce sujet (Dugué & Dosseville, 2018).

Ainsi, Il semble donc que la composante émotionnelle soit particulièrement présente dans les soins infirmiers. Si les études sur les émotions existent depuis longtemps dans le domaine de la psychologie, les recherches sur ce sujet dans la formation des infirmières n'en sont encore qu'à leurs débuts. La recherche sur le rôle précis que jouent les émotions dans la formation paraît avoir commencé dès le début des années 1980 avec la parution de la publication du livre de Hochschild "The Managed Heart" (1983). La littérature portant sur le travail

émotionnel a donné lieu depuis à de multiples publications, qui nous proposent aujourd'hui différents modèles explicatifs et instruments de mesure, notamment dans le contexte des soins de santé, où la population étudiante en soins infirmiers paraît comme étant fortement exposée à des contraintes émotionnelles (Loriol, 2013).

Récemment, sur la base d'une vision positive du bien-être en milieu clinique, des chercheurs ont mis en avant des concepts tels que l'intelligence émotionnelle (IE) et la réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR) comme ressources pour atténuer les effets négatifs du stress et de la tension émotionnelle et psychologique sur les étudiants en clinique (Pohl et Galletta, 2017).

Dans cette optique, le stress excessif en milieu clinique été négativement corrélé avec l'IE (Dugué & Dosseville, 2018). Augusto-Landa et Montes-Berges (2009,) ont constaté que les étudiants ayant un IE élevé étaient très satisfaits de leur formation, entretenaient de bonnes relations avec leurs patients, étaient plus résilients dans les situations difficiles et avaient une meilleure productivité. Par ailleurs, la mise en œuvre de programmes d'intervention d'autogestion du stress tels que MBSR ont été sujet de nombreuses recherches et ont démontré des résultats très satisfaisants. (Bazarko et al., 2013 ; Donnaint, Marchand & Gagnayre, 2016 ; Gómez-Díaz et al. 2017 ; Goudarzian et al. 2019 ; Hurley, Hutchinson, Kozlowski, Gadd & Vorst, 2019 ; Orak et al. 2016 ; Shahbazi, Heidari, Sureshjani & Rezaei, 2018 ; Dugué et al., 2018 ; Szeles, 2015). S'il est mis en pratique, il peut aider les étudiants à développer leurs compétences émotionnelles, à gérer leurs émotions et améliorer leurs pratiques professionnelles en matière de soins infirmiers.

Dans le contexte marocain, à ce jour, aucune recherche n'a examiné la relation entre le stress perçu et l'IE chez les étudiants en soins infirmiers de premier cycle, et a évalué l'effet moderateur du programme MBSR dans la perspective de faire face au stress et de promouvoir l'IE. De ce fait, le but de la présente thèse consiste à étudier la relation entre le stress et

l'intelligence émotionnelle, et à apporter des informations supplémentaires relatives au développement de l'IE des étudiants au cours de leur formation clinique en soins infirmiers. Pour ce faire, nous testerons l'effet d'un programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience afin de déterminer quelles interventions pratiques sont plus efficaces que d'autres auprès de cette population. Ensuite, des recommandations pourront être adressées aux institutions de formation.

Dans cette optique, le manuscrit se déclinera en trois parties distinctes, chacune d'entre elles comprenant des chapitres.

La première partie présente le contexte et le cadre théorique de cette recherche.

Le premier chapitre permet de contextualiser succinctement la réforme du système de formation des infirmiers au Maroc depuis 2013, puis de présenter l'importance et la place du stage clinique dans le cursus de l'étudiant. Ensuite, il est question d'aborder les exigences et les situations stressantes chez les étudiants lors de leur formation clinique ainsi que les mécanismes de protection sollicités, qui se reflètent notamment autour de l'IE et de la pleine conscience.

Deuxième chapitre aborde le concept de stress à travers une définition succincte, ses différents modèles théoriques, sa particularité chez les étudiants en soins infirmiers, ses facteurs déterminants ainsi que ses conséquences chez ces étudiants.

Troisieme chapitre présente le concept d'intelligence émotionnelle en fonction de ses différents modèles conceptuels et instruments de mesure. Il traite également de son intérêt chez les étudiants en soins infirmiers.

Quatrieme chapitre traite la relation entre le stress en milieu clinique et l'intelligence émotionnelle chez les étudiants en soins infirmiers et souligne l'importance de cette intelligence dans les rapports sociaux, les compétences cliniques et la gestion du stress perçu.

Enfin, le cinquième chapitre porte sur les effets de la pleine conscience dans la formation clinique en soins infirmiers sur la gestion et la réduction des niveaux de stress et le développement de l'intelligence émotionnelle des étudiants. Ces concepts sont fondés sur une vaste revue de la littérature.

La deuxième partie est consacrée à la présentation du cadre empirique de la recherche. Le sixième chapitre porte sur la question et les hypothèses de recherche, tandis que le septième chapitre se rapporte à la validation des instruments de recherche dans le contexte marocain, dont les propriétés psychométriques ont été établies à l'aide de divers outils statistiques. Le huitième chapitre est entièrement consacré à la recherche principale, qui consiste à atteindre les objectifs et à tester les hypothèses de recherche. Ce chapitre est subdivisé en deux sections. La première est dédiée à la recherche de la relation entre le stress perçu et l'IE. Quant à la seconde, elle est destinée à évaluer l'effet modérateur d'un programme de formation MBSR dans la réduction du stress et le développement de l'IE chez les étudiants en soins infirmiers. Le neuvième chapitre a été consacré à une discussion générale des résultats de cette recherche et à leur comparaison avec la littérature. Les contributions, les recommandations, les limites et les perspectives sont également présentées. Quant à la conclusion, elle vise à ouvrir d'autres pistes de recherche future.

PREMIERE PARTIE :
CONTEXTE ET CADRE THÉORIQUE

Conception du contexte et cadre théorique de la recherche

Le cadre de recherche de notre étude s'inscrit dans un domaine interdisciplinaire qui touche le champ de la psychologie et de la pédagogie de l'apprentissage, il fait appel à plusieurs théories et à plusieurs concepts, dont le stage clinique, le stress percu, l'intelligence emotionnelle, et la pleine conscience.

Pour une meilleure organisation de cette partie, elle sera structurée en cinq chapitres : tout d'abord, il serait pertinent de procéder à une contextualisation de la formation en sciences infirmières au Maroc, afin de mieux comprendre et appréhender à la fois l'importance et les exigences des stages cliniques dans le cursus de l'étudiant. Dans le deuxième chapitre, nous traitons de la conception du stress à travers ses différents modèles théoriques, de la spécificité de celui-ci chez la profession infirmière, de ses déterminants ainsi que de ses effets sur les étudiants en soins infirmiers. Une clarification des spécificités du stress et de ses facteurs associés dans le cadre de cette formation est une étape essentielle pour déterminer les différences individuelles et les stratégies psychologiques à mettre en œuvre. Ainsi, le troisième chapitre introduit le concept d'intelligence émotionnelle au regard de ses principaux modèles conceptuels et instruments de mesure. Le quatrième chapitre présente la relation entre le stress et l'intelligence émotionnelle dans un contexte clinique et souligne l'importance de cette dernière dans la gestion des situations problématiques et des relations sociales. Le cinquième chapitre aborde enfin le concept de la pleine conscience, qui constitue l'une des stratégies les plus importantes pour gérer le stress et développer la compétence émotionnelle. La construction du cadre théorique est fondée sur une analyse bibliographique approfondie en psychologie, pédagogie et sociologie, ainsi que sur un nombre important de publications scientifiques sur la pédagogie des sciences infirmières.

Chapitre I : Contextualisation de la formation en soins infirmiers au Maroc

Notre étude porte sur la relation entre le stress et l'intelligence émotionnelle dans la formation clinique des étudiants en soins infirmiers. Notamment, la formation clinique des futurs infirmiers entre compétences émotionnelles et exigences imposées par le stage pratique.

Ce sujet nous a amené à présenter notre problématique en essayant d'exposer brièvement la réforme du système de formation des infirmiers au Maroc depuis 2013, ensuite nous décrirons l'importance et la place de la formation clinique dans le cursus de l'étudiant, puis nous présenterons les exigences et les situations stressantes chez les étudiants lors de leurs formation clinique ainsi que les mécanismes de défense sollicités, qui se reflètent notamment sur les compétences émotionnelles et la pleine conscience. Enfin, nous conclurons ce chapitre en énonçant les objectifs, les questions et les hypothèses de notre étude.

1.1. La réforme du système de formation en sciences infirmières au Maroc

Depuis les années 1990, un grand nombre de pays ont exprimé leur intention de conformer leur système éducatif au processus de Bologne. Celui-ci, issu de la signature en mai 1998 d'un accord de coopération entre quatre pays à la Sorbonne, vise à aligner et harmoniser les différents systèmes d'enseignement supérieur européens (Kaaouachi, 2007). Son principe repose notamment sur la mise en place d'une structure organisationnelle de l'enseignement supérieur autour de trois diplômes, dont la dénomination diffère en fonction des pays : une licence (ou bachelor), un master, un doctorat (LMD) (Musselin et al., 2011). Ainsi, les objectifs visés à travers cette architecture des études sont notamment :

- Une organisation structurée autour de 3 cycles, dont un premier cycle de 3 ans qui favorise la capacité d'insertion professionnelle ;
- L'adoption d'un système de diplômes facilement lisibles et comparables pour chaque discipline ;

- La création et le développement d'un système de crédits basé sur la charge de travail de l'étudiant (European Credit Transfer System [ECTS]) ;
- La promotion de la mobilité des enseignants et des étudiants ;
- La promotion d'un système de contrôle de la qualité de l'éducation.

Cette démarche tend à rendre le système européen de formation plus cohérent, compatible, comparable et compétitif (Musselin et al., 2011).

Cette réforme a été bien acceptée par les établissements universitaires. Ainsi, plusieurs organisations ont entrepris de déployer de véritables actions pour suivre le mouvement de réforme en incorporant à leurs propres politiques et actions organisationnelles et stratégiques les objectifs du programme de Bologne. En conséquence, la restructuration du curriculum a été profondément changée dans la mesure où ce dernier est désormais structuré sous forme de semestres au lieu d'années. De ce fait, la répartition du volume horaire des sessions d'enseignement a été modifiée, entraînant un aménagement strict du temps de formation et une approche spécifique en matière de méthodes pédagogiques. Par ailleurs, le développement des compétences des étudiants constitue une véritable obligation pour les enseignants. Cette évolution a concerné trois aspects de la formation, à savoir l'innovation sur le plan technique, sur le plan curriculaire et sur le plan pédagogique (European Ministers of Education, 1999).

Dans cette perspective, et grâce au soutien appuyé des partenaires dont la Commission européenne, le Conseil de l'Europe, la Banque mondiale et l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), le processus de Bologne a amplement franchi les frontières du continent européen pour atteindre un certain nombre de pays hors d'Europe, notamment des pays africains tels que le Cameroun, le Congo, le Sénégal et le Burkina Faso. Mais aussi des pays du Maghreb parmi lesquels figurent la Tunisie, l'Algérie et le Maroc (Ghouati, 2015).

En effet, en 2003, le Maroc a mis en place un nouveau système de formation basé sur le modèle LMD, promulgué par la législation 01-001, qui a défini les modalités de formation dans l'enseignement supérieur selon les principes d'autonomie administrative, financière et pédagogique de chaque université. Pour mettre en œuvre ces nouveaux registres, l'utilisation du système LMD a été progressivement mise en place depuis l'année universitaire 2003-2004 (Fahssis & Neggady Alami, 2017).

La mise en œuvre du système LMD, qui concerne particulièrement l'enseignement supérieur, n'a pas épargné les instituts chargés de la formation professionnelle, notamment celle dispensant des formations en sciences infirmières et en techniques de santé. En effet, ce changement était envisagé en tant qu'action dans le cadre de la stratégie sectorielle 2012-2016 dans le but de renforcer et améliorer le processus de formation (Décret N° 2-13- 658, 30 septembre 2013). Cependant, ce modèle de formation a été adopté depuis 2013 au niveau des instituts supérieurs des professions infirmières et techniques de santé (ISPITS) accompagné d'une transformation de la structure du cursus. La problématique de la réforme du cursus de formation en sciences infirmières a connu une ébauche décisive pour répondre aux demandes exprimées par les étudiants et aux différentes suggestions faites lors du quatrième congrès international de la profession infirmière et des sages-femmes de la Francophonie, qui s'est déroulé en 2009 à Marrakech. Lors de ce congrès, tous les participants ont souligné la nécessité de réorganiser le cursus de formation des infirmiers en trois cycles. Par ailleurs, pour les membres du Secrétariat international des infirmiers de l'espace francophone (Sidiief), un investissement dans l'enseignement supérieur et l'innovation infirmière ainsi que dans la recherche sont nécessaires pour répondre aux exigences croissantes de performance et de rentabilité dans le domaine de la santé. Ce régime de formation, estimé comme étant indispensable au développement des savoirs professionnels par excellence, a été marqué

notamment et avant tout par le déploiement et la mise en œuvre d'un système de formation par modules, en accord avec les standards de formation nationale de 2004.

La nouvelle réforme a considéré, selon le nouveau texte, comme établissements de l'enseignement supérieurs ne relevant pas des universités. Ils sont organisés conformément à la loi n°01.00 relative à l'organisation de l'enseignement supérieur.

Le cursus de formation est réparti en trois cycles : Le cycle de la Licence professionnelle, le cycle de Master et le cycle de Doctorat. Ces cycles de formation sont sanctionnés respectivement par les diplômes correspondants. Chaque année d'études est composée de deux semestres comprenant chacun 16 semaines d'enseignement et d'évaluation. Les six semestres de formation en Licence correspondent à deux périodes :

- Les semestres 1, 3 et 5 sont prévus de mi-septembre à mi-février.
- Les semestres 2, 4 et 6 sont prévus de mi-février à mi- juillet.

En effet, les descriptifs des modules du cycle licence, qui prépare les étudiants à la pratique clinique, sont déclinés pour cinq filières, à savoir la filière techniques de santé, la filière rééducation, la filière sage-femme, la filière assistance médico-sociale et la filière infirmière, qui fait l'objet de notre étude. Celle-ci comporte sept options ou spécialités, telles que : Infirmier polyvalent, Infirmier en santé mentale, Infirmier en santé de famille et santé communautaire, Infirmier en néonatologie, Infirmier en anesthésie et Infirmier en urgence et soins intensifs.

La formation à l'ISPITS est dispensée au moyen de cours théoriques, de travaux pratiques, de travaux dirigés, de projets sur le terrain et de stages cliniques. Ces stages ont lieu à temps plein ou à temps partiel dans des établissements de santé publique et dans tout autre établissement de santé qualifié qui offre des possibilités d'apprentissage aux étudiants (Règlement intérieur ISPITS, 2015).

Les instituts et les structures et organisations des secteurs public, semi-public et privé peuvent signer des conventions de partenariat, notamment pour la réalisation de stages, de projets de fin d'études et la réalisation en partenariat de programmes de formation continue et de travaux de recherche. Par ailleurs, la Direction régionale de la santé, siège de l'institut, est appelée à soutenir les Instituts dans la réalisation de leurs missions, en l'occurrence de l'apprentissage en milieu clinique (règlement intérieur ISPITS, 2015).

1.2. La place de la formation clinique dans le cursus de l'étudiant en soins infirmiers

1.2.1. Vers une définition de la formation clinique

Il convient d'abord de nous demander ce que recouvre cette appellation. On a souvent tendance à confondre stage et formation clinique. Un stage, nous dit le dictionnaire du Français Plus, est une période de formation pratique à laquelle sont soumis certains étudiants avant d'être admis sur le marché du travail (Raynal & Rieunier, 2014). Le stage peut se faire pendant ou à la fin de la formation. Son but principal est d'amener les stagiaires à mettre en application les connaissances reçues sur un sujet donné, dans un milieu approprié. La personne qui fait un stage peut travailler de façon autonome, mais en soins infirmiers, elle est généralement sous la supervision soutenue d'un enseignant ou d'un infirmier « référent » qui possède la compétence nécessaire pour l'encadrer et évaluer sa performance (Phaneuf, 2012).

La formation clinique est marquée par une logique déterminée et conditionnée par le type et le milieu de stage. En outre, elle se superpose à une logique fondée sur la sélection et la planification des activités professionnelles par le formateur. Ce dernier se charge de choisir et de préparer le déroulement du stage, d'établir les liaisons entre la théorie et la pratique, d'élargir les apprentissages proposés en fonction de la survenue d'événements, de suivre le travail de l'étudiant, de lui apporter un soutien émotionnel et de l'accompagner dans sa

progression pour parvenir à réaliser les objectifs du programme et à se construire sur le plan personnel (Jouquan et al., 2013).

Cela constitue un véritable encadrement. Mais plus encore, à travers la présence effective de l'enseignant, la qualité des soins prodigués est garantie. Même si ce type de formation peut donner un aspect pragmatique et se cantonner à des domaines spécifiques de soins, il est fondé sur des principes pédagogiques et professionnels similaires à ceux de la formation médicale. De manière plus générale, il permet même à l'étudiant de se rendre compte de l'intégration des fondements de la profession d'infirmier dans le travail technique et organisationnel de la vie quotidienne (Freeman et al, 2014).

L'une des principales caractéristiques de la formation clinique est qu'elle se situe dans une perspective expérientielle où l'étudiant est constamment invité à réfléchir sur son expérience et à nourrir cette réflexion dans son action. L'implication de l'enseignant est donc bien plus grande que celle d'un simple moniteur de stage. Son rôle consiste à former, animer et superviser. Il s'exerce dans le cadre d'un double mandat : celui d'enseignant responsable de la l'enseignement théorique en classe de cours et celui d'encadrant responsable des étudiants en milieu clinique. Ces exigences en font une tâche complexe, partagée entre le souci du processus d'apprentissage de l'étudiant et celui de l'exécution correcte et éthique des soins à une personne (Formarier, 2007).

Il faut rappeler ici quelques principes à ce sujet, dont la nécessité d’un accent sur la préparation lointaine de ce stage ou comme on l’appelle parfois « laboratoire-hôpital ». Ceci implique que l’étudiante doive bien posséder au préalable les connaissances qu’elle devra appliquer en milieu clinique auprès des malades. Il va de soi que l’on ne peut pas appliquer ce que l’on ne connaît pas. Cette préparation n’est qu’une manifestation de conscience professionnelle de la part de l’enseignante et de la stagiaire puisque le milieu clinique est

l'endroit où l'étudiante apprend à utiliser les connaissances acquises au collège en théorie et en laboratoires-collège et, à les appliquer, dans des conditions non familières **(**Hoffmans, 1987).

Autre élément important à rappeler, une fois ces connaissances bien maîtrisées à l'institut de formation, il ne devrait pas être nécessaire d'en poursuivre l'enseignement en milieu clinique. Lorsqu'elle arrive en stage, l'étudiante est déjà rendue plus loin et elle a atteint l'étape des applications. Le milieu de stage en est le lieu privilégié. L'enseignante peut toutefois réserver à cette période d'apprentissage en clinique les expériences impossibles à réaliser en milieu scolaire et réserver ce temps précieux pour faire faire des observations, des exercices d'interactions ou pour ajouter des compléments d'information. En somme, toutes les expériences qui peuvent se dérouler à l'institut de formation (cours ou laboratoire) devraient être exclues de l'enseignement clinique. Ainsi, les enseignements théoriques ou techniques, les travaux qui peuvent être faits ailleurs, ne devraient pas s'y trouver. Ce ne sont pas de très bons investissements pour l'utilisation du précieux temps d'apprentissage clinique (Houghton et al., 2012).

En somme, la formation en milieu clinique peut être défini comme étant complexe et authentique (dans un contexte réel) par lequel l'étudiant apprend, au sein d'une équipe, en contact direct avec une personne saine ou malade et/ou une collectivité. Le domaine de la formation en milieu clinique est un domaine assez stressant qui impose des compétences socio-relationnelles et émotionnelles.

1.2.2. La formation en milieu clinique et les compétences socio-relationnelles

Par rapport aux cours théoriques dispensés dans des salles de classe avec un professeur et des étudiants, où les méthodes pédagogiques visent à élaborer des objectifs réalisables proches de la vie professionnelle, la formation en milieu clinique projette les étudiants dans un

environnement d'apprentissage concret, complexe, fluctuant et assez stressant (Gaberson et al., 2015).

En effet, il constitue en premier lieu un rapport relationnel réunissant des personnes ayant leur propre appartenance ethnique, culturelle, personnelle, et sociale (Formarier, 2007). Par ailleurs, selon la perspective socio-culturelle de l'éducation, la formation est un processus étroitement lié au milieu où elle se déroule (Pellacia, 2016). Dans cette optique, le stage clinique expose l'étudiant à un ensemble de valeurs, de croyances, de cultures et de comportements provenant de plusieurs personnes. Grâce à son intégration dans un groupe professionnel, à sa contribution aux activités de soins cliniques et à son interaction avec les différents partenaires cliniques, y compris les étudiants, les soignants, les patients et leurs familles, ainsi que le corps professoral, les étudiants apprennent à mieux penser et à mieux travailler avec les autres. Ainsi, les échanges génèrent de nouvelles connaissances concrètes qui permettent à chaque étudiant de développer ou d'enrichir ses propres représentations et de construire de manière progressive sa propre identité professionnelle (Kear & Bear, 2007).

Dans une situation de formation en soins infirmiers, les soins prodigués au patient, compte tenu de son entourage, constituent un élément fondamental dans le parcours pédagogique des apprenants. En effet, une prise en charge intégrée permet de développer des compétences relationnelles de soutien et d'accompagnement, décrites par Phaneuf (2004) comme une relation soignant-patient. Ainsi, l'alliance thérapeutique et la compréhension du patient imposent à la fois un accompagnement, une psychoéducation et un partage d'émotions. Cette collaboration et cette relation de confiance génèrent un attachement particulier entre le soignant et le patient.

Cette expérience d'apprentissage amène les étudiants à se confronter concrètement aux divers types de profils de patients ce qui leur permet de prendre conscience de l'importance des dimensions du rapport relationnel. En effet, lors des activités de soins, les interactions

interpersonnels vont se décliner en plusieurs aspects : un aspect humain, un aspect social, et un aspect éducationnel, avec le patient, mais également avec tous les membres du personnel soignant et des enseignants, ainsi qu'avec les collègues de classe (Merkling-Jacky, 2010). La formation en stage clinique se développe au sein du milieu hospitalier qui constitue un espace de délibération et de négociation de règles, de principes et de valeurs en constante interaction. L'étudiant tire ses compétences cognitives et techniques au moyen des diverses situations professionnelles vécues qui qui mobilisent un ensemble de savoirs légaux, sociologiques, psychologiques, cultuels et autres notions pharmacologique, anatomique et physiopathologique (Vierset et al., 2015).

Le rôle du professeur de stage est de guider l'étudiant tout en veillant au bien-être du patient. Par conséquent, il assume une lourde responsabilité dans le cheminement et le développement des étudiants vers une meilleure qualification professionnelle (Piotet, 2009).

Le professeur est à la fois un pédagogue et un formateur, qui prend en considération les besoins et les capacités particulières de chaque apprenant. Il veille à maintenir un bon équilibre entre les principes de confiance, d'empathie, d'accompagnement, de respect des capacités et d'autonomie orientée vers le développement des compétences et des responsabilités personnelles (Phaneuf, 2012, p. 17). Dans cette perspective, le professeur de stage a pour mission de faire comprendre et de relier les connaissances appris en classe avec les pratiques en milieu professionnel, et donc de les adapter dans une démarche cohérente visant à développer des compétences personnelles et professionnelles.

En effet, le milieu de travail exige une certaine interaction entre l'étudiant, le Professeur, les collègues, le corps soignant, ainsi que le patient et sa famille. Cela implique donc la nécessité de bien connaître les moyens efficaces de communication avec autrui, de bien réaliser les actes de soins en collaboration avec son équipe, de maîtriser le fonctionnement général du groupe et enfin de bien connaître la manière dont on peut solliciter et demander une assistance.

Sur cette base les diverses interactions pendant le processus de construction de ces savoirs par les apprenants donnent à l'apprentissage une dimension socio-relationnelle à la fois enrichissante et difficile à dispenser dans des pratiques de formation classiques.

1.2.3. La formation en milieu clinique et les compétences cognitives et procédurales

La formation pratique est un processus pédagogique très complexe permettant à l'apprenant de développer des compétences procédurales et de maîtriser des aptitudes psychoaffectives et sensori-motrices. Elle constitue une opportunité de concrétiser et de mettre en relation les savoirs théoriques avec les pratiques en milieu clinique, qui représente également un espace de production des savoirs et des connaissances. De ce fait, l'apprenant est appelé à réfléchir, à raisonner, structurer les soins de manière logique, les prodiguer et les évaluer sur la base des acquis et des savoir-faire en vue de les perfectionner (Artino & Durning, 2011 ; Le Blanc et al ., 2015).

Par ailleurs, les stages cliniques constituent un milieu et un espace privilégié pour mettre en pratique les acquis de l'étudiant et pour apprendre de nouvelles connaissances par le biais de l'observation, de l'imitation des gestes de soins, de la participation à des échanges au sein de groupes de travail ainsi que de la mobilisation des ressources nécessaires au règlement de situations difficiles (Swick, 2000 ; Vadcard et al ., 2011)

Dans ce contexte, la formation des étudiants répond à une triple exigence : amener les étudiants à acquérir des compétences techniques et scientifiques, les former aux compétences relationnelles, puis les guider pour accroître leur niveau de confiance afin de fonder leur pratique sur la base de son intelligence et de son raisonnement clinique nécessaires dans les situations rencontrées (Walter, 2011).

De même, les professeurs de stage et les apprenants sont appelés à assumer des rôles spécifiques. En effet, le professeur, formateur et concepteur, met l'étudiant dans une position

critique et dynamique qui va lui faire reconnaître ses propres ressources et le rendre plus capable de développer tous les " modes de connaissance " indispensables pour intervenir dans une situation de soins particulière. Par cette posture, l'étudiant prend conscience à la fois de ses limites, perfectionne ses propres procédures d'intervention et valorise ses compétences lors de prises en charge similaires ou distinctes. De fait, ce sont des savoirs actionnels portant sur la connaissance de " soi " dans l'action, en action et pour l'action, qui se démarquent des connaissances théoriques (Pellacia, 2016).

De son côté, il est nécessaire que l'étudiant soit en mesure de se lancer dans une démarche de connaissance de soi pour assumer pleinement et activement son parcours de formation. En effet, le caractère singulier et les attitudes imprévisibles de l'être humain, ainsi que le manque de normes et de préconisations uniformes poussent ce dernier à une démarche réflexive et à une mobilisation continue de son savoir (Budowski, 2015).

Le développement du raisonnement clinique repose donc sur le principe d'autonomie. En effet, il est nécessaire, aujourd'hui plus que jamais, d'innover des modalités formatives capables de favoriser le raisonnement clinique necessaire pour la réalisation des soins spécifiques et complexes. Ainsi, l'autonomie est donc directement associée aux aptitudes des étudiants à repenser leur démarche de soins. Cette faculté de raisonnement et d'analyse est exercée et perfectionnée au cours de son exercice professionnel, et se construit depuis la formation de base des étudiants.

En somme, l'ensemble des compétences cognitives, techniques, sociales, psycho-affectives et métacognitives dont nous venons de faire mention et qui doivent être maîtrisées par les étudiants, rendent l'apprentissage pratique particulièrement difficile à délivrer à travers un mode de formation classique, inadapté qui se heurte à la fois au contexte et à la nature de cette formation, et également aux attentes formulées à l'égard du futur professionnel de la santé, qui vont bien au-delà des tâches ordinaires et simples.

1.3. La formation en milieu clinique et stress perçu

La santé des étudiants à l'échelon mondial, notamment dans la filière de formation en soins infirmiers, est inquiétante. Une étude récente réalisée en France par la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI) met en évidence un mal-être important chez ces étudiants (Gautier & Jourdan, 2017). En effet, La dégradation de la santé physique, la précarité financière et les conduites addictives viennent s'ajouter au stress vécu au quotidien. Les réactions spontanée et non spécifique de l'organisme face à des facteurs de stress pouvant être aussi bien de nature psychologique que physiologique, nécessitant une adaptation au stress (Selye, 1955). Les facteurs de stress ne sont pas pathogènes pour l'organisme, mais leur réaction peut l'être. En effet, quand une situation est ressentie comme néfaste et difficilement surmontable, elle peut entraîner une souffrance psychologique chez la personne (Labrague, 2013 ; Watson et al., 2009). Ces conditions de stress potentiel sont apparemment très fréquentes dans un contexe de formation en soins infirmiers.

1.3.1. Les exigences de formation en milieu clinique

Former des étudiants motivés et autonomes dans l'acquisition de leurs apprentissages des soins est une approche fondamentale et un idéal pour garantir un profil compétent, responsable d'un futur professionnel de la santé.

Dans cette optique, La formation en soins infirmiers combine le travail universitaire et l'expérience professionnelle. Les exigences de l'enseignement professionnel introduisent des facteurs de stress supplémentaires qui peuvent avoir un impact sur la santé des étudiants et avoir un effet négatif sur leurs performances.

Selon un sondage effectué par l'Observatoire de la Vie Étudiante (OVE) portant sur les conditions de vie des étudiants, la formation d'infirmière est celle qui présente le volume horaire le plus élevé par rapport aux autres formations (OVE, 2010).

De plus, la formation en milieu clinique constitue la principale situation de stress exprimée par les étudiants (Dugué & Dosseville, 2018 ; Jimenez, Navia-Osorio & Diaz, 2010 ; Shaban, Khater & Akhu-Zaheya, 2012 ; Delbrouck, 2011 ; Liu et al., 2015; Alghamdi et al., 2019; Parveen et Inayat, 2017, Pulido-Martos et al., 2012). En effet, les étudiants perçoivent les facteurs de stress cliniques plus intensément que les facteurs de stress académiques et externes, et présentent des symptômes psychologiques plus fréquemment que des symptômes physiologiques (Jimenez et al., 2010). Plusieurs raisons sont invoquées par les étudiants pour expliquer ce niveau de stress pendant la formation en milieu clinique.

Tout d'abord, il découle de la non-familiarité avec le contexte clinique, ce qui engendre une certaine anxiété, en particulier au début du stage pratique (Alzayyat & Al-Gamal, 2014, Gautier & Jourdan, 2017). Ensuite, les conditions d'encadrement sont régulièrement évoquées. En effet, lorsque celles-ci sont perçues comme peu formatrices par l'étudiant, elles peuvent générer du stress. Les étudiants qui ont rencontré un(e) maître de stage qui refusait d'enseigner, qui ne les soutenait pas suffisamment dans leur prise en charge ou qui changeait trop régulièrement, ont exprimé qu'ils étaient plus stressés. Pour certains chercheurs, ce facteur est l'une des principales raisons de l'abandon de la formation (Blangeois et al., 2009 ; Lamaurt et al., 2011). De plus, dans une autre étude, ces étudiants déclarent avoir une charge de travail élevée et soulignent l'importance de la rigueur pour la surmonter. Cette charge de travail est également responsable, pour la majorité des étudiants, de l'abandon ou de la réduction de leur participation aux activités parascolaires par manque de temps (Dugué & Dosseville, 2018). Par ailleurs, cette diminution des pratiques récréatives (sportives, voyage, loisirs …) peut s'expliquer également par la nécessité d'occuper un emploi pour financer leurs études et subvenir à leurs besoins (Chernomas & Shapiro, 2013). Ainsi, cette formation soumet les étudiants à un niveau de stress considérable et peut avoir des répercussions sur l'apprentissage mais aussi sur la poursuite de leur formation (Turner & McCarty, 2017).

En ce qui concerne l'encadrement, les évaluations de stage sont également perçues de manière assez stressante et sont assez redoutées par les étudiants. En effet, dans certains cas, des étudiants ont terminé leur stage sans aucune validation de leurs compétences. Ils ont généralement appris le dernier jour du stage les griefs que les tuteurs ou les superviseurs leur reprochaient (Gibbons, 2010).

Selon Gaberson et al., (2015), certaines étudiants infirmiers peuvent bien réussir durant leurs cours théoriques, mais il leur est parfois difficile de transférer les connaissances apprises en classe dans leurs stages cliniques. Cependant, ce problème n'est pas autant étudié au Maroc que dans d'autres pays. Selon une étude menée aux États-Unis, ce fossé serait considéré comme très coûteux, et il pourrait entrainer une diminution de la qualité des soins et de la sécurité des patients (Hickerson et al., 2016 ; Mirzaei et al .,2012).). Selon ces chercheurs, cette incapacité de transférer leurs connaissances augmente le niveau de stress des nouvelles infirmières qui font face à des exigences complexes. Une autre étude menée cette fois au Liban par Kantar (2012) précise que 95 % des préceptrices interrogées (n=62) estiment que les nouvelles diplômées sont incapables d'évaluer correctement la sévérité de la maladie de leurs patients. Selon une autre étude, menée en Alberta, tant les préceptrices que les professeures cliniques auraient des inquiétudes à propos du niveau de préparation des nouvelles diplômées (Romyn et al., 2009 ; Soussi et al.,2019).

Plusieurs facteurs contribueraient à ce manque de compétences en pratique clinique. Selon Edward, et al. (2017), bien que les laboratoires cliniques et les stages cliniques permettent aux étudiantes infirmières d'acquérir de l'expérience dans les milieux de soins de santé, le nombre d'heures et la qualité des expériences cliniques peuvent grandement varier selon le programme et la stagiaire. De plus, l'augmentation du nombre de cours théoriques entrainerait une diminution de la formation clinique au sein d'une profession qui était autrefois apprise à travers un programme d'apprentis. Cette diminution du temps investi à la formation clinique

chez les futures infirmières entrainerait un sentiment d'insécurité dû au manque de préparation des nouvelles diplômées (Edward et al., 2017 ; Needham & Shaban, 2016).

De plus, les étudiants en milieu clinique présentent également des sources de stress identiques à celles des infirmiers diplômés d'État, telles que la confrontation avec la mort, les problèmes avec le patient ou sa famille (e.g., refus de soins, violence verbale ou physique...), le manque d'équipement ou de personnel. Faire face à la mort est perçu comme difficile pour la plupart des étudiants en soins infirmiers et la rencontre avec la famille peut être un facteur d'effroi pour deux tiers d'entre eux (Edward et al., 2010 ; Gaborit et al., 2005). Une étude de Magnavita et Heponiemi (2011) a montré que 34 % des étudiants ont rapporté au moins un épisode de violence physique ou verbale au cours de leur vie dans un cadre clinique (Magnavita & Heponiemi, 2011). Celebioglu et al. (2010) ont constaté que la moitié d'entre eux étaient victimes de violence physique et plus de 90 % de violence verbale (Celebioglu et al., 2010). Le statut d'étudiant peut également être un problème pour les patients ou leurs familles qui ne veulent pas avoir affaire à un étudiant en raison de leur manque d'expérience (Dugué & Dosseville, 2018). De plus, il semblerait, à travers les discours des étudiants, que certains sites de stage soient plus stressants que d'autres. Parmi eux, les urgences et les réanimations dues à l'utilisation d'équipements complexes ou la psychiatrie liée à l'appréhension du public sont régulièrement mentionnées. En effet, la confrontation avec la mort et les pathologies difficiles de certains services peuvent rendre le travail plus difficile et complexe, surtout pour ces novices dans la profession (Canouï & Mauranges, 2015 ; Delbrouck, 2011 ; Manoukian, 2009 ; Liu et al., 2015; Alghamdi et al., 2019; Parveen et Inayat, 2017, Pulido-Martos et al., 2012).

Ce constat confirme que les étudiants en soins infirmiers sont placés, en principe, dans la même situation de risque de stress et d'épuisement émotionnel auxquels ils ne sont pas préparés. En effet, certains chercheurs affirment que le manque de préparation aux exigences de stress est l'un des causes les plus probables d'abandon d'une formation ou un travail

éprouvant (Andrew et al., 2008 ; McMillan, 2005 ; Oulton, 2006 ; Wilson et ., 2011 ; Dugué et Dosseville, 2018 ; Senturk & Dogan, 2018).

1.3.2. Les différences individuelles en matière de stress perçu

Les facteurs de stress présents dans l'enseignement infirmier ne peuvent être évités par les étudiants. Toutefois, la perception de ce stress peut varier d'un étudiant à l'autre. Les personnes qui perçoivent le stress de manière négative font état de conséquences néfastes telles qu'un impact négatif sur leurs résultats scolaires et cliniques (Akhu-Zaheya, Shabani & Khater, 2015 ; Cheug et Au, 2011 ; Dugué & Dosseville, 2018). Ce type de stress entraîne également des états affectifs négatifs qui rendent les étudiants plus irritables et entrainent des problèmes de santé ou une diminution de la confiance en soi (Dugué & Dosseville, 2018). Ces conséquences sont responsables de l'abandon ou de l'intention de certaines personnes d'arrêter la formation. Les étudiants ont rapidement pris la décision d'arrêter leur formation d'infirmière parce que les exigences académiques excessives avaient des effets négatifs sur leur santé et leur bien-être (O'Donnels, 2008). En effet, il a été démontré que les étudiants soumis à un niveau de stress élevé sont plus susceptibles d'avoir une mauvaise santé physiopsycho-sociale (Labrague, 2013). Ce niveau élevé de stress pendant les études peut entraîner des troubles psychologiques ou émotionnels pendant leur vie professionnelle qui peuvent avoir un impact sur la qualité des soins fournis aux patients (Chan & Wong, 2009 ; Sheu & Hwang, 2002). Les situations de stress peuvent également être abordées de manière positive. Dans ce contexte, les étudiants déclarent avoir besoin d'un certain niveau de stress et d'excitation physiologique pour atteindre des performances optimales (Gibbons et al., 2008). En outre, les étudiants qui considèrent les situations cliniques comme un défi sont modérément stressés car ils ont plus confiance en leur capacité d'adaptation au stress (Shaban et al., 2012). De plus, lorsque les superviseurs font confiance aux étudiants, le stress devient positif et renforce le sentiment

d’efficacité personnelle de ces derniers (Chernomas & Shapiro, 2013 ; Evans & Kelly, 2004 ; Levett-Jones & Lathlean, 2008).

En outre, il est également confirmé que L'IE a été associée positivement à la santé psychologique (Nicola et al., 2007), avec des indices de bien-être, comme la satisfaction de vivre, et avec des niveaux de stress plus bas (J. Austin et al., 2010). En effet, les compétences émotionnelles constituent une source d'énergie positive et de motivation pour réussir et faire face aux défis rencontrés dans les pratiques cliniques (McLaughlin et al., 2008 ; Arieli, 2013 ; Crombie et al., 2013 ; Gibbons et al., 2011).

1.4. La formation en milieu clinique et l’intelligence émotionnelle

Les étudiants ne peuvent pas échapper aux sources de stress, mais ce sont leurs aptitudes à y résister qui leur permettront de réussir (Watson, 2009). Dans cette optique, le Modèle d'aptitude de l'IE de Mayer et Salovey (1997), a montré que les compétences émotionnelles exercent une influence positive sur la gestion de stress, le rendement, les relations interpersonnelles, ainsi que la promotion des habitudes de vie saines (Mayer & Salovey, 1997).

L'IE est un type d'intelligence sociale qui comprend la capacité de contrôler ses émotions ainsi que celles des autres, de les identifier et de les utiliser pour guider les pensées et les actions, de promouvoir un processus de pensée créatif, de réorienter l'attention vers les problèmes prioritaires, de développer la motivation ainsi que de favoriser une planification flexible (Mayer et al., 2001 ; Puertas-Molero et al., 2018).

L'OMS considère l'IE comme l'une des dix compétences de vie qui aident les gens à agir de manière adaptable et positive (Ruíz, 2014). L'intelligence émotionnelle inclut les formes d'intelligence interpersonnelle et intrapersonnelle. Quant à l'intelligence interpersonnelle, elle correspond à l'intelligence externe qui permet de comprendre et de gérer les relations avec les autres. Elle contribue à développer des qualités telles que l'empathie et à établir des relations

efficaces. Pour sa part, l'intelligence intrapersonnelle représente la connaissance et la compréhension de soi, qui sont importantes pour la maîtrise individuelle, l'autorégulation et l'automotivation. On peut supposer que la gestion des émotions interpersonnelles et intrapersonnelles est essentielle à la réussite scolaire et professionnelle d'un individu, en particulier dans le domaine des soins infirmiers. En effet, les personnes ayant un IE élevé sont plus aptes à mieux comprendre, réguler et gérer les émotions, aussi bien en elles-mêmes que chez les autres (Bar-On, 2006).

Les différentes dimensions de l'IE aident une personne à fonctionner efficacement dans un environnement stressant comme celui des soins infirmiers. Pour Salovey et Grewal (2005), la première dimension de l'IE est la perception de ses propres émotions et de celles des autres. C'est la première étape pour générer une réponse appropriée aux situations stressantes. La deuxième dimension consiste à utiliser efficacement les émotions pour faciliter les fonctions supérieures telles que la résolution de problèmes. (Bar-On, 2006 ; Salovey & Grewal, 2005). Cette compétence est utile à un étudiant en soins infirmiers pour tirer le meilleur parti du processus de formation de premier cycle et pour obtenir de meilleurs résultats aux examens. La compréhension des émotions est la troisième dimension. Elle comprend la capacité à être sensible à ses propres émotions et à celles des autres. Cette qualité favorise l'empathie, qui contribue à son tour à de meilleures relations interpersonnelles. De telles relations interpersonnelles avec les patients et avec le personnel du service sont essentielles pour permettre aux étudiants en soins infirmiers de bénéficier au maximum de leur formation clinique. La quatrième dimension concerne la gestion de ses émotions et de celles des autres. Il est extrêmement important de gérer les émotions pour maintenir le bien-être psychologique pendant les années stressantes du premier cycle universitaire. En effet, le bien-être physique et psychologique pendant les examens sont susceptibles de déterminer les performances

académiques d'un individu. Toutefois, les données disponibles indiquent que la relation entre l'IE et le stress lié aux examens est complexe (Thomas et al., 2017).

Les personnes qui sont plus aptes à percevoir, comprendre et gérer les émotions sont considérées comme ayant de meilleures compétences pour faire face à la détresse émotionnelle. (Thomas et al., 2017).De plus, les personnes ayant un IE élevé sont perçues comme ayant de meilleures relations interpersonnelles et sont considérées par leurs pairs comme plus sympathiques (Brackett et al., 2011).

De nombreuses études provenant de différentes populations montrent que l'IE est un facteur de réussite scolaire et professionnelle dans plusieurs domaines, y compris les soins infirmiers (Romanelli et al., 2006 ; Austin et al., 2007).

Selon une étude menée auprès d'un groupe d'étudiants en soins infirmiers de premier cycle aux États-Unis, l'IE est corrélée à des résultats plus importants que ceux obtenus par les capacités cognitives générales. En effet, les relations positives pourraient avoir un effet positif sur le développement intellectuel général, ce qui se traduit par de meilleurs résultats scolaires (Lam & Kirby, 2002). En outre, l'IE intrapersonnel qui est impliqué dans l'autorégulation et l'automotivation, promeut des comportements permettant d'améliorer les résultats scolaires (Brackett et al., 2011).

Dans le contexte clinique, Augusto-Landa et Montes-Berges (2009) confirment que l'IE est associé à une meilleure santé psychologique, à des relations thérapeutiques plus satisfaisantes, à une plus grande capacité d'adaptation dans de nouvelles situations, à une meilleure performance organisationnelle ainsi qu'à une meilleure satisfaction des patients.

Les étudiants en soins infirmiers se trouvent à une étape importante de leur développement, puisqu'ils n'ont pas encore atteint un certain niveau de professionnalisme, ne disposent pas suffisamment d'autonomie, ne possèdent pas suffisamment de connaissances et

sont exposés à des difficultés propres à l'environnement de soins, notamment en ce qui concerne les situations de souffrance et les décès des patients (Aradilla-Herrero et al., 2013). Le recours à l'IE engendre tout un ensemble de qualités liées à des compétences nécessaires pour surmonter ces contraintes, notamment la prise de conscience de soi, la confiance en soi et la capacité de gestion du stress (Chan et al., 2014 ; Holston & Taylor, 2016).

Par ailleurs, à la lumière de ce constat, l'IE joue un rôle clé dans le développement d'un infirmier équilibré, compétent dans son exercice professionnel. De plus, les étudiants en soins infirmiers ayant un faible IE sont généralement plus exposés au stress, à l'épuisement professionnel ainsi qu'à la dégradation de leur santé psychologique (Aradilla-Herrero et al., 2013 ; Görgens-Ekermans & Brand, 2012).

1.5. La formation en milieu clinique et la pleine conscience

Les étudiants en soins infirmiers devraient apprendre à contrôler leur stress et leurs émotions. Selon certains auteurs, l'IE est une compétence qui peut être entraînée (de Looff et al., 2018). En effet, un programme tel que la réduction du stress basée sur la pleine conscience (Mindfulness-Based Stress Reduction= MBSR) visant à développer des compétences d'autogestion du stress peut apporter des bénéfices importants aux étudiants durant leur cursus de formation. Lorsqu'il est mis en pratique, il peut contribuer au développement de leurs compétences émotionnelles et à l'amélioration de leurs futures performances infirmières.

Des études approfondies ont été menées sur les programmes MBSR et des données scientifiques ont montré qu'ils pouvaient avoir un effet profondément bénéfique sur la liaison corps-esprit. La pratique de la pleine conscience conduit à une plus grande prise de conscience, à une attention particulière au moment présent et au déroulement des expériences sans jugement, à chaque instant (Kabat-Zinn, 2003).

La MBSR a été développée dans un contexte de médecine comportementale pour des populations présentant un large éventail de douleurs chroniques et de troubles liés au stress (Baer, 2009).

Les résultats des études antérieures portant sur l'efficacité de la pleine conscience sur le stress chez les professionnels de la santé ont confirmé une réduction statistiquement significative du stress, la valorisation de la compassion envers soi-même et la capacité à faire attention à ses propres besoins (Halm, 2017 ; Botha et al., 2015). Ainsi qu'une une acceptation accrues des émotions au fur et à mesure de la progression de la MBSR (Song et al., 2010). Ces résultats étant également obtenus chez les étudiants (Walker & Mann, 2016 ; van der Riet et al., 2018). Les avantages psychologiques de la MBSR ont également été rapportés, tels que la régulation de l'humeur et un sentiment de bien-être (Sears, et al., 2011 ; Shapiro et al., 2008).

Dans une revue de la littérature portant sur les études sur la pleine conscience menées auprès d'échantillons de population générale, la pratique de la MBSR a entraîné une augmentation significative de la capacité de vigilance et de conscience (Nyklíček & Kuijpers, 2008 ; Dobkin & Zhao, 2011 ; Robins et al., 2012).

Dans une autre étude portant sur 36 infirmiers, la pratique de la MBSR a permis de réduire les niveaux de stress et de renforcer les fonctions psychologiques (Bazarko et al., 2013).

Shirey (2007), a rapporté que le fait d'enseigner une stratégie fondée sur des preuves comme la pleine conscience peut faciliter la gestion du stress chez les étudiants, et que la pleine conscience était négativement liée au stress chez les étudiants en soins infirmiers (Song et al., 2010).

À ce jour et dans la limite de notre analyse documentaire, aucune étude n'a examiné la relation entre le stress perçu et l'intelligence émotionnelle et les effets de la pleine conscience sur les étudiants en soins infirmiers de premier cycle au Maroc. Il est donc très important pour

les chercheurs contemporains en soins infirmiers d'étudier et de comprendre l'impact du stress perçu et de l'intelligence émotionnelle chez les étudiants en soins infirmiers. En exposant les étudiants aux concepts d'intelligence émotionnelle et de stress perçu, il est possible d'améliorer leur capacité à anticiper et à gérer le stress, ce qui les aidera à réussir leur formation clinique. Notre étude sert à la fois de guide et de référence, et vise à améliorer les connaissances et à développer les futures recherches cliniques et universitaires dans ce domaine.

La présente étude a été conçue pour examiner la relation entre le stress et l'IE et les effets du programme de la pleine conscience chez les étudiants en soins infirmiers de premier cycle au Maroc. Ses objectifs comprennent l'exploration des caractéristiques démographiques des étudiants en soins infirmiers, l'évaluation de leurs niveaux de stress perçu et d'IE et la corrélation entre eux, ainsi que l'identification des différences dans le stress perçu et l'IE, en fonction des caractéristiques sociodémographiques des étudiants.

Chapitre II : Conceptualisation du stress

Dans ce chapitre, notre objectif consiste à apporter un éclairage sur le concept de stress, à présenter quelques modèles explicatifs et à passer en revue les données existantes sur le stress dans la profession infirmière et chez les étudiants en milieu clinique, tout en permettant de mieux comprendre les déterminants du stress et ses conséquences sur la santé psychologique et physique de ces derniers.

De plus, la nature des ressources de santé et les différentes stratégies d'adaptation peuvent également être questionnées.

2.1. Le stress : Définition d'un concept équivoque et complexe

A la lumière de l'actualité, que ce soit au niveau politique, médiatique ou encore académique, le stress se présente comme une véritable problématique de notre époque, qui devient de plus en plus prégnante et envahissante, aussi bien dans le milieu familial, que professionnel ou environnemental.

Or, le stress est un phénomène inéluctable, constituant un facteur de stimulation des fonctions sensorimotrices permettant aux êtres vivants sur terre de se développer et de s'adapter.

Cependant, en subissant des contraintes qui ne répondent pas à leurs compétences ou à leurs demandes et besoins, ces mêmes organismes risquent de souffrir. En effet, une telle incompétence d'adaptation est une véritable source de stress (Tavolacci et al., 2013 ; Graziani et al.,2001).

En effet, notre intérêt se focalise sur le stress en milieu professionnel, qui est qualifié par le Bureau International du Travail en 1993 comme étant un problème particulièrement inquiétant, aussi bien pour les individus dont la santé physique et mentale est menacée, que pour et les gouvernements les organisations (Bureau international du Travail, 1993).

En mars 2009, l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail et l'institut d'études et de conseil a publié un rapport sur le stress des Français : il en ressort que 41% des Français sont victimes d'un stress moyen à fort, dont 60% sont liés à la vie active (ANACT, 2009).

Par ailleurs, les effets du stress ne se limitent pas seulement à la société mais aussi à l'économie. Par exemple, en 2000, le Bureau International du Travail (BIT) a estimé les dépenses directes (soins) et indirectes (impact sur l'absentéisme, la productivité, etc.) du stress et de ses répercussions sur la santé psychologique à 3-4% du PIB des pays européens (Gabriel & Liimatainen, 2000).

Pour Stora (2010), les données statistiques relatives à la prise de tranquillisants et d'autres médicaments psychotropes témoignent de la souffrance des populations du monde entier (Stora, 2010).

De ce fait, il représente un problème crucial pour les sociétés contemporaines mais aussi pour tous les secteurs professionnels, notamment le secteur de la santé.

Il convient donc d'examiner ce concept de manière globale avant de se pencher spécifiquement sur la question du stress chez les étudiants en soins infirmiers.

Le stress est un concept plurivoque et pluriel, employé dans divers champs disciplinaires comme ceux de la physique, de l'industrie, de la psychiatrie, de la psychologie et de l'immunologie. En effet, cette notion de stress présente un caractère multidimensionnel et suppose une diversité de réactions.

Dans un premier temps, cette notion n'apparaît dans la langue française qu'au XXe siècle. Dès 1970, il est défini comme un nouveau " mal du siècle " (Stora, 2010, 2016). Dans la langue anglaise, le terme stress est employé depuis le XVIIe siècle pour faire référence à la fois à la souffrance, aux difficultés, aux désordres et aux malheurs (Stora, 2010).

La première définition du stress a été établie par le médecin canadien Hans Selye (Slaviero, 2014). Ce dernier a pleinement développé sa théorie de 1946 à 1950, affirmant que les pathologies peuvent provenir de réponses anormales lors de l'adaptation à une situation stressante. En effet, dans le premier livre " Stress ", il a utilisé ce concept pour désigner, entre autres, un état dans lequel l'organisme répond à divers stresseurs ou agresseurs. (Stora, 2010). De cette manière, Selye définit le stress comme une réaction dite d'alarme qui mobilise le système physique défensif afin de surmonter un contexte stressant (Selye, 1956).

Pour leur part, Lazarus et Folkman ont défini le stress comme une relation particulière entre une personne et son environnement dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme excédant ou dépassant ses capacités et menaçant son bien-être (Lazarus & Folkman, 1984). En effet, la première évaluation de la situation amène l'individu à se demander si le contexte auquel il est exposé est réellement grave. En d'autres termes, est-ce que sa santé physique ou psychologique est réellement menacée ? De plus, les traits de personnalité, notamment les croyances et les valeurs relatives au soi et à l'environnement externe, jouent un rôle important pour déterminer si l'événement est dangereux ou non (Folkman, 1984).

En partant de ce constat, deux approches se présentent pour définir le stress. La première approche, à caractère physiologique, considère le stress comme une source de mal-être, tandis que la seconde, à caractère psychologique, considère le stress comme un facteur déterminant la relation entre la personne et la situation.

2.2. Le modèle physiologique

Selon Cannon (1932), les altérations physiologiques induites par la confrontation avec le stress forment une relation à caractère homéostatique qui vise à activer les moyens nécessaires. En fait, le concept de stress est retenu dans sa dimension physiologique. Pour Cannon (1932), une situation de stress représente à la fois un stimulus physique et un stimulus

émotionnel. Devant ce stimulus, il se produit une perturbation physiologique qui altère ainsi le fonctionnement de la régulation homéostatique, provoquant diverses manifestations attribuables à la source du stress. Pour cela, il est nécessaire que l'organisme atténue autant que possible les effets de l'exposition au facteur de stress et récupère un certain équilibre en mobilisant les ressources nécessaires. Dans ce contexte, une augmentation de la production d'énergie, un accroissement de la consommation d'oxygène et une accélération du rythme cardiaque contribuent à cette mobilisation. Une perception positive du résultat détermine le comportement réactionnel et son résultat, et incite le sujet à réagir. Par ailleurs, lorsque le résultat est ressenti comme défavorable, la personne éprouve un sentiment de détresse.

Selon cette approche, Selye a développé en 1956 son modèle théorique appelé Syndrome General d'Adaptation (SGA), selon lequel le stress correspond aux manifestations biologiques non spécifiques qui surviennent suite à une agression physique. Il s'agirait d'une véritable "réaction d'alarme défensive d'un organisme menacé". Toutes ces réactions non spécifiques, provoquées par un facteur physique agressif, conduisent donc à des comportements stéréotypés, quel que soit le facteur. En effet, le SGA se décline en trois étapes : stade d'alarme, stade de résistance, stade d'épuisement.

Dans les situations habituelles, en absence de toute contrainte, la personne se trouve dans un état de stabilité homéostatique et son niveau de tolérance reste normal. Lors de la survenue d'un événement douloureux ou traumatisant, l'organisme tente de rétablir un certain équilibre. Dans un premier temps, il s'agit de la réaction d'alarme qui se déclenche lorsqu'un facteur de stress apparaît. Elle représente alors une phase de mobilisation des ressources hormonales. - La seconde phase est celle de la résistance, laquelle se traduit par une phase dite de compensation associée à une réactivation des moyens de défense. - La troisième phase correspond à celle de l'épuisement, moment où les ressources tant biologiques que

psychologiques deviennent trop faibles. Lorsque l'agression perdure dans le temps, l'organisme se retrouve privé de ses ressources adaptatives et cela entraîne des conséquences négatives.

Cependant, cette conception physiologique basée sur le principe du stimulus-réponse soulève certaines critiques, notamment parce qu'elle ne tient pas compte des différences individuelles. En effet, il est possible pour une personne de percevoir une situation comme stressante alors que cette même situation ne l'est pas pour une autre. De plus, cette approche conçoit la personne comme un sujet inactif vis-à-vis des situations stressantes et ne tient pas compte des aspects psychologiques, ainsi que de l'évaluation personnelle et subjective des facteurs environnementaux.

Dans la continuité de cette réflexion, le développement de modèles prenant en compte les aspects individuels et sociaux a fait l'objet de plusieurs études. Par ailleurs, les efforts de ces recherches se focalisent sur la description des mécanismes susceptibles d'expliquer les facteurs déterminants, les facteurs modérateurs et les effets néfastes du stress.

2.3. Le modèle stimulus-réponse du stress

La conception du stress par le modèle stimulus-réponse a abouti à concevoir le stress comme un facteur psychologique, tel qu'indiqué par Lindemann (1944). Cette approche ne limite plus le stress à ses conséquences biologiques mais également à ses conséquences psychologiques. En effet, le stress est le résultat de l'interaction entre un (ou plusieurs) facteur(s) de stress et une personne. Pour appréhender de façon optimale cette approche, nous la présenterons selon deux axes, à savoir un axe transactionnel et un axe causal.

2.3.1. La conception transactionnelle

Selon l'approche transactionnelle, le facteur environnement est privilégié tout comme les différentes perceptions que le sujet peut avoir de son environnement. En effet, la notion de perception est déjà abordée dès les années 1970 dans les travaux de McGrath. Ce dernier

souligne la perception des salariés face aux exigences imposées par le milieu de travail. Ainsi, il définit le stress comme la conséquence d'un déséquilibre considérable entre une exigence relative à un environnement et la capacité de l'organisme à y répondre (McGrath, 1970, p.17).

Cette définition révèle que le stress est issu de la manière dont l'individu perçoit ses propres ressources pour faire face à un contexte particulier. Les exigences et les besoins perçus par l'individu dans son environnement sont générateurs de stress. De plus, lorsque la personne estime qu'elle est incapable de faire face à une situation stressante, elle ressent alors un sentiment de stress. Dans ce cas, le stress se traduit par un ensemble de répercutions pour l'organisme, tant sur le plan physiologique que psychologique. Selon cette approche, les caractéristiques objectives de la situation ne sont pas pertinentes, mais plutôt la façon dont l'individu perçoit la situation.

Dans cette logique, les travaux de Lazarus (1966) et de Lazarus et Folkman (1984) constituent une référence principale, en ce qu'ils mettent en évidence l'importance des dimensions personnelles et contextuelles dans une perspective psychologique. En effet, en 1984, ces derniers proposent de définir le terme de stress comme une relation particulière entre un individu et un environnement jugé par ce dernier comme un facteur susceptible d'épuiser ou de dépasser ses propres capacités et de menacer son propre bienêtre (Lazarus & Folkman, 1984, p. 19). Ce constat met en évidence deux éléments fondamentaux dans le cadre du processus de stress, à savoir la dimension subjective du stress et la transaction entre l'individu et son environnement.

La dimension subjective du stress consiste à percevoir l'environnement de manière spécifique et propre à chaque personne (Lazarus, 1966). Ainsi, les facteurs de stress objectifs et réels sont souvent absents. Par conséquent, seule l'interprétation personnelle de la situation est susceptible de provoquer un stress. De même, la manière dont la personne appréhende les exigences de l'environnement et sa conscience de sa capacité à y faire face sont susceptibles de

générer une interaction et un sentiment de stress. Par ailleurs, le stress est une dimension subjective qui permet d'expliquer pourquoi les individus ne réagissent pas tous de la même manière face à des stresseurs identiques. Par exemple, la réalisation d'une tâche dans un temps limité peut être une source de stress et de blocage pour certains individus, alors que pour d'autres, elle représente un véritable défi à réussir (Rivolier, 1989).

Concernant la transaction entre l'individu et son environnement, Lazarus et Folkman (1984) ont placé cette conception au centre de leurs travaux. Cela permet de mettre en évidence que l'individu interprète les situations où il est confronté.

De ce fait, toute modification de la situation où il se trouve entraîne un remaniement de son évaluation. À partir de ces deux éléments de définition, Lazarus et Folkman (1984) soutiennent la thèse selon laquelle le stress doit être approché et analysé comme étant le résultat d'un processus dynamique. En effet, une constante évaluation et réévaluation de la situation est nécessaire (Lazarus & Launier, 1978). La figure 2 ci-dessous présente ce modèle transactionnel.

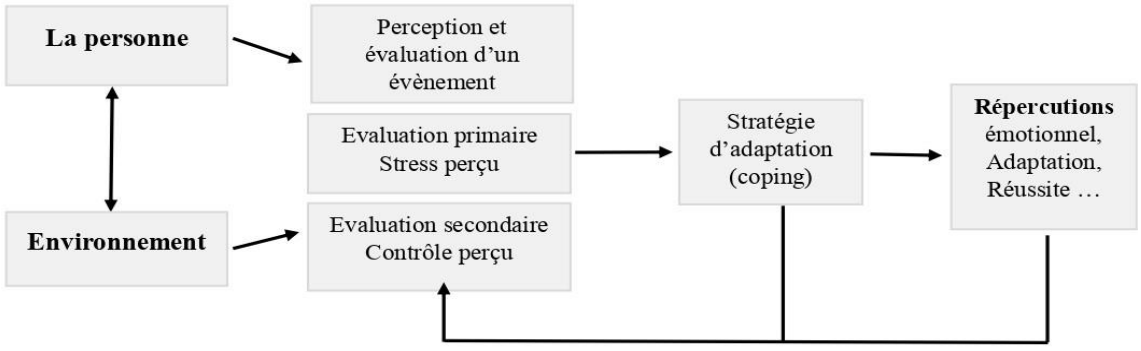


Figure 1. Le modèle transactionnel du stress (Lazarus et Folkman, 1984)

Cette transaction est basée sur deux évaluations de la situation : une évaluation primaire et une évaluation secondaire. Ainsi, la première évaluation est celle de la confrontation instantanée et spontanée avec un événement ou une situation, ce qui permet de les qualifier comme stressants. Elle a pour but de comprendre le contexte et la nature des problèmes posés,

cela correspond au stress perçu. Grâce à cette évaluation primaire, la personne cherche à identifier et à comprendre si cette situation " constitue un facteur de risque pour elle en termes de dommage, de perte ou de danger à son intégrité physique, psychologique ou professionnelle " (Vézina, 2002, p. 48-50).

Le second evaluation consiste à evaluer les ressources (personnelles ou environnementales) que peut mobiliser une personne pour atténuer les pressions auxquelles elle est exposée, cela correspond au contrôle perçu.

Les conclusions de ces deux évaluations primaires et secondaires serviront à désigner quelles stratégies d'adaptation seront mises en œuvre pour faire face à cette situation. Ces dernières constituent à la fois une combinaison d'efforts cognitifs et comportementaux conçus pour contrôler, minimiser ou faire face aux exigences internes ou externes qui peuvent menacer les capacités de l'individu (Lazarus & Folkman, 1984, pp. 839-852).

Les retombées de cette approche sont variées et susceptibles d'affecter aussi bien la santé des individus que leur bien-être au travail, mais également leurs performances. En effet, tous les domaines de compétences sont touchés, qu'ils soient cognitifs, émotionnels, relationnels, comportementaux ou encore physiologiques, comme nous le verrons plus loin dans ce chapitre. Ainsi, parmi les éventuelles répercussions, on relève que le sentiment d'anxiété peut constituer l'une des répercussions émotionnelles possibles.

Suite à ces travaux, de nouvelles définitions reprenant ces différents aspects sont proposées. Selon Driskell et Salas (1996), le concept de stress renvoie à un processus où les contraintes de l'environnement externe (contraintes de temps, ambiance de travail, rythme de travail, bruit) provoquent un comportement individuel d'évaluation. Ainsi, si à l'issue de cette évaluation, la situation est jugée trop exigeante pour la personne en question, les effets indésirables de cette dernière se traduisent aux niveaux physiologique, psychologique, comportemental et social. Cette définition inclut les sources de stress, les mécanismes

individuels ainsi que les conséquences possibles, indépendamment de leur nature. En outre, les sources de stress sont considérées comme des éléments qui ne sont pas nécessairement stressants de manière objective, mais qui relèvent plutôt de l'interprétation individuelle. En effet, la théorie de Lazarus et Folkman (1984) n'apporte pas de nouvelles façons de comprendre le stress.

Cependant, la validité de cette théorie a été largement utilisée dans la recherche et offre une perspective personnelle et individuelle. Elle permet de considérer le stress comme une conséquence de la perception subjective et individuelle. En outre, elle a mis l'accent sur les attentes de l'individu vis-à-vis de l'environnement, qui étaient auparavant sous-estimées par rapport aux exigences de l'environnement.

En se focalisant sur une logique individuelle, la théorie transactionnelle ne favorise pas la mise en place d'observations collectives dans une organisation. Elle ne cherche pas non plus à intervenir sur les conditions de travail et les transformer dans une perspective d'adaptation. Dans cette optique, l'approche transactionnelle peut être complétée par une autre approche fondée sur l'analyse des conditions de travail afin d'apporter des réponses plus complètes et plus riches aux effets du stress sur les personnes.

2.3.2. La conception causaliste

La seconde approche, issue du courant stimulus-réponse, est apparue dans les années 1980 et cherche à instituer " une constatation de danger collectif pour l'environnement " (Vézina, 2003). Cette approche est marquée par une analyse intra-individuelle qui lui permet d'être transposée aux entreprises, et ce, en raison de son orientation principale vers l'environnement. En effet, le modèle du " stress au travail " de Karasek (1979) et le modèle du " déséquilibre : effort/récompense " de Siegrist (1996) ont été développés dans cette approche.

Le modèle de Karasek (1979) " Exigence et autonomie au travail " permet de définir les conditions de stress au travail à partir de deux facteurs : Le facteur de l'"autonomie décisionnelle" et le facteur des "exigences psychologiques" (volume de travail et niveau d'exigence). La combinaison de ces deux facteurs conduit à distinguer quatre catégories de situations de travail (figure 2 ci-dessous).

Les exigences psychologiques renvoient aux diverses contraintes qui sont attachées à une performance professionnelle, incluant la charge de travail, les besoins psychologiques ainsi que les délais de réalisation. Tandis que la notion d'autonomie de décision porte sur le désir et la possibilité de déployer librement toute sa créativité au travail, de maîtriser en permanence les tâches qui lui sont confiées, et de mobiliser ses compétences pour en acquérir de nouvelles.

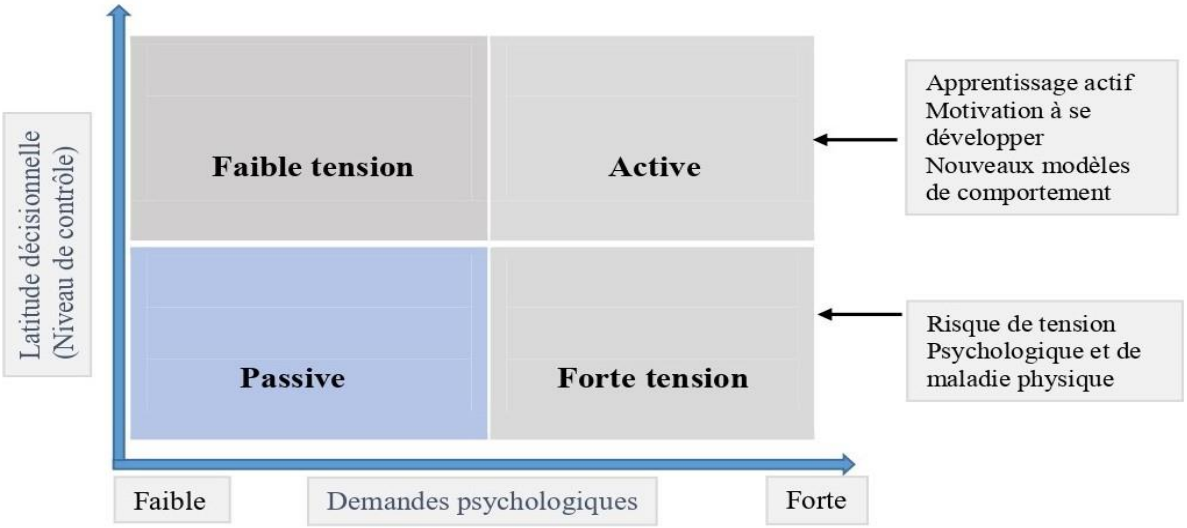


Figure 2. Modèle de Karasek du stress au travail (Karasek, 1979)

Selon ce modèle, le stress naît de situations où la personne est confrontée à des exigences environnementales très élevées accompagnées de faibles possibilités de prise de décision.

Selon Karasek et Theorell (1990), les situations de travail où les exigences psychologiques sont très élevées provoqueront chez le personnel un sentiment de déséquilibre et de malaise. De plus, on peut affirmer que tout personnel ne disposant pas d'autonomie sera

dans un état de saturation et d'inconfort pouvant conduire à la morbidité. Cependant, lorsqu'ils disposent d'une autonomie suffisante pour faire leur travail, ils feront preuve d'une grande volonté et d'une grande motivation pour surmonter ce malaise en apprenant de nouvelles compétences et en retrouvant ainsi un certain équilibre. A cet égard, les auteurs soulignent également la pertinence de la notion de " manque de contrôle ". En effet, si le personnel considère que sa situation n'est pas bien contrôlée, les conséquences se feront sentir et conduiront à un état de stress.

Pour compléter ce modèle, il convient également d'ajouter une autre variable qui concerne le soutien social (Karasek et Theorell, 1990). Cette variable représente, entre autres, la valeur et l'importance des relations sociales au travail, la confiance et la solidarité entre les différents acteurs. En effet, le support social est un élément essentiel du système de gestion du stress. Son existence réduit la probabilité de conflit et aide le personnel à surmonter les situations stressantes.

Dans les années 1990, un deuxième modèle, développé par Siegrist, est apparu. L'objectif de ce dernier consiste à prendre en compte la dimension sociale et économique de la vie professionnelle.

Selon le modèle du "déséquilibre effort/récompense" de Siegrist (1996), le stress naît de l'observation d'un déséquilibre entre l'effort à fournir dans un travail et les récompenses obtenues en retour (matérielles ou symboliques). Par conséquent, sur le lieu de travail, les membres du personnel qui se sentent mal à l'aise et inquiets considèrent que leurs efforts considérables ne sont pas récompensés, voire inexistants (voir figure 3).

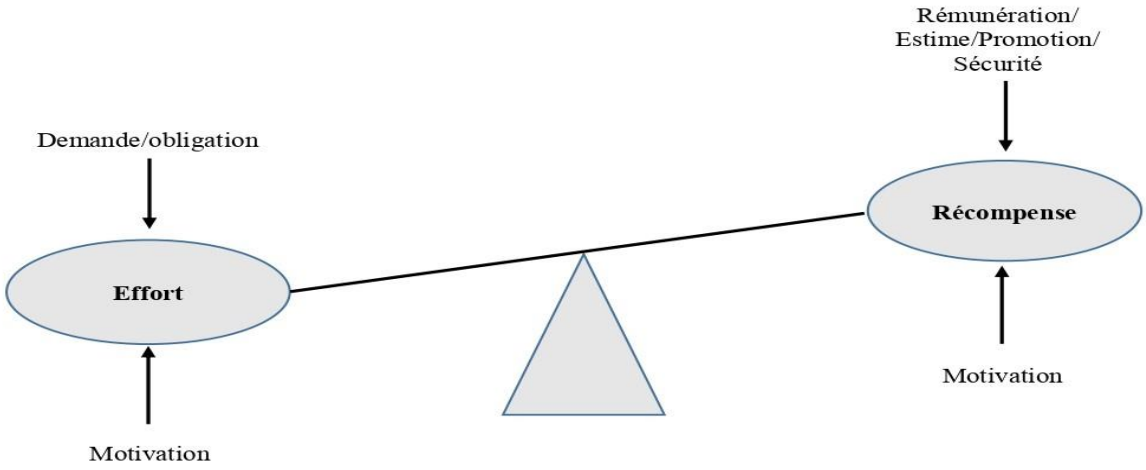


Figure 3 : Balance Effort/Récompense du modèle de siegrist

La nature des efforts d'une personne dépend de leur caractère intrinsèque ou extrinsèque. Les efforts sont considérés comme intrinsèques lorsqu'ils sont propres à un individu et à son engagement dans le travail. Ainsi, il est parfois nécessaire de fournir un effort supplémentaire afin de répondre à un besoin de développement personnel. Par contre, on considère que l'effort est extrinsèque quand il répond à une augmentation de la charge de travail ou des responsabilités.

Pour leur part, les récompenses sont susceptibles d'être liées à la rémunération ou à la reconnaissance sociale. Elles peuvent également signifier une valorisation du travail réalisé par les collègues ou les supérieurs.

A la lumière de ce constat, les modèles basés sur la théorie de la causalité constituent aujourd'hui le courant dominant de référence dans les études sur le stress. Ils sont souvent appliqués sur le lieu de travail et, en plus de stimuler le débat entre les acteurs sociaux, ils fournissent des éléments de jugement sur lesquels nous pouvons intervenir. En particulier, les avancées de ces modèles ont permis de mettre en avant la dimension du soutien social et de la récompense.

Pourtant, de tels modèles sont principalement axés sur les conséquences relatives à la santé du personnel. En effet, leur objectif est de détecter les situations de mal-être au travail et de les adapter si nécessaire. La compréhension des sources de stress, à travers l'étude des facteurs de stress environnementaux, qui peuvent être de différentes natures, a progressivement fait l'objet d'une attention particulière grâce à la mise en œuvre de l'approche stimulus-réponse.

Cependant, malgré cette orientation, ces modèles conduisent à minimiser le rôle de l'activité de travail en ne la prenant pas suffisamment en compte. Par conséquent, quelle que soit la classification des stresseurs, il est devenu évident que tout intérêt pour le concept de stresseurs au travail nécessite de distinguer les facteurs directement liés à la nature des tâches à accomplir de ceux qui sont liés à la nature des relations sociales et collectives. En effet, selon la littérature, les facteurs de stress au travail sont conçus comme des difficultés de régulation émotionnelle (Dolan & Arsenault, 2009). De ce point de vue, les facteurs de stress sont étroitement liés aux compétences internes de l'individu en matière de gestion du stress et de la charge de travail, et cela renvoie donc directement aux difficultés individuelles en matière d'organisation, de gestion des émotions et aux problèmes liés à la représentation et à la perception de la situation. (Dolan & Arsenault, 2009).

Il nous semble donc essentiel de ne pas dissocier les dimensions personnelles et individuelles de celles purement contextuelles et organisationnelles.

2.4. Divergence entre le stress positif et le stress négatif

Le stress est un état normal de la santé lorsqu'il est bien maîtrisé par l'homme. Plus précisément, le stress est une condition bénéfique, voire indispensable, pour que la personne soit performante et puisse mieux s'adapter aux différentes circonstances (Chapelle & Monié, 2007). Nous pouvons donc être amenés à subir du stress pour être plus productifs, mais sous réserve de bien le contrôler en vue d'éviter de nous retrouver dans un état de surcharge et par

conséquent de non production, comme illustré par la courbe de performance ci-dessous (Chapelle & Monié, 2007).

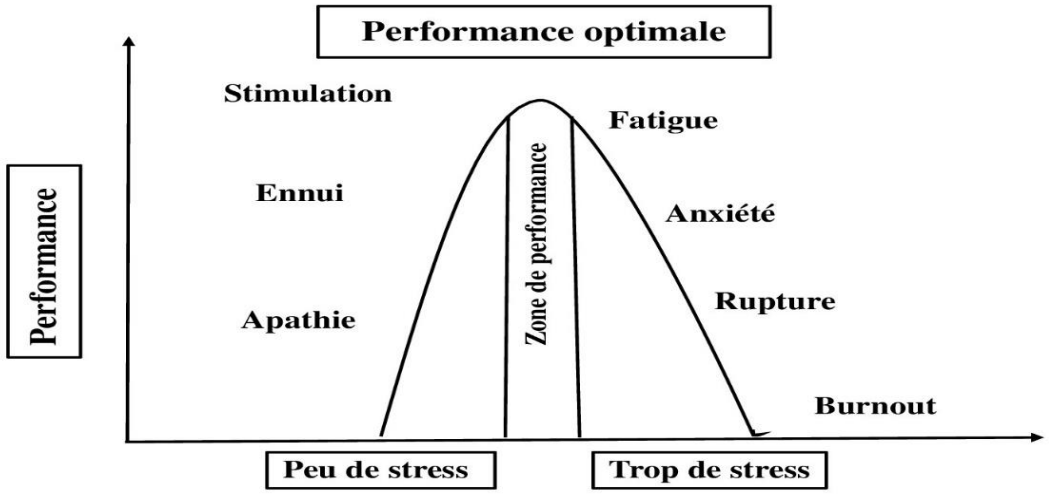


Figure 4 : courbe de la performance

Ainsi, pour certaines personnes, il est parfois nécessaire de subir une certaine intensité de stress pour mieux être performant. En revanche, lorsque le niveau de stress prend une ampleur excessive, générant des tensions et une certaine lassitude, cela peut conduire à un véritable syndrome de détresse psychologique réduisant alors la capacité de la personne à faire face à des situations même habituelles (Tavolacci et al, 2013).

Par ailleurs, le rapport de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) atteste que le stress a un impact sévère sur la santé. Ainsi, il est constaté des répercussions sur le plan physique, comme les maladies cardiovasculaires, mais aussi mental, notamment les troubles dépressifs et les tendances suicidaires (INRS, 2015). Cependant, selon les données de l'INRS, les actions de prévention restent confrontées à certaines difficultés, la principale étant due à la persistance de certains comportements et troubles de la personnalité entraînant a priori des problèmes de faiblesses, voire d'inadaptation personnelle.

Dans le contexte clinique, le stress constitue, par ses répercussions sur la vie quotidienne et son caractère universel, un véritable problème pour l'ensemble des systèmes de santé, dans la mesure où il peut entraîner une détérioration progressive du bien-être mental, physique et psychologique, mais aussi une perturbation des relations sociales, une diminution de la performance ainsi que de la prise de décision des soignants (Nakakis & Ouzouni, 2008). De plus, selon certaines études, le niveau de stress chez les infirmiers dépasse celui observé dans d'autres professions (Healy & McKay, 1999 ; Demerouti, et al., 2000 ; Wolf, 2003 ; Wu & Norman 2006 ; Nakakis & Ouzouni, 2008). Cette problématique sera développée ci-dessous.

2.5. Particularité du stress dans la profession infirmière

le stress en milieu clinique a été identifié depuis de nombreuses années comme une véritable problématique à résoudre par les organisations et les systèmes de santé (Mauno, et al., 2016).

Il s'agit d'un phénomène mondial signalé dans différents pays, notamment au Royaume-Uni (Dean et al, 2009), aux Pays-Bas (Gelsema et al, 2005), en Israël (Glazer & Gyurak, 2008), à Singapour (Lim et al, 2010), au Japon (Yamashita et al, 2012) et en Jordanie (AbuAlRub & Al-Zaru, 2008). Par ailleurs, la profession infirmière est celle qui est la plus stressante par rapport aux autres professions exerçant dans le domaine de la santé. (Healy et McKay, 1999 ; Higgins, 2003 ; Chang, et al., 2005 ; Watson, et al., 2008 ; Riahi, 2011 ; Rheaune, et.al., 2011). En effet, selon l'étude de Mann et Cowburn. (2005) le personnel infirmier est exposée à une série de situations stressantes tant sur le plan émotionnel que physique contribuant à la survenue d'un épuisement professionnel et le développement de troubles psychologiques, entrainant des effets négatifs et ce, sur la productivité et la prise en charge des patients. En outre, ce phénomène peut aussi conduire à une recrudescence du taux d'absentéisme du personnel et à des dépenses colossales pour les structures sanitaires (Francis, 2013).

Ainsi, indépendamment de leur statut financier, de leur position de travail, de leur formation ou même de leur activité professionnelle, les infirmiers ont tout intérêt à savoir comment se protéger (Al-Nusair, 2017). En effet, les données confirment que les principaux facteurs de stress identifiés sont essentiellement similaires et comprennent : une très forte charge de travail, des conflits relationnels et des actes de violence, des pénuries de personnel, des restrictions de ressources et de matériel, des exigences administratives/politiques et des évaluations des soins aux patients (Clegg, 2001 ; Happell et al., 2003).

Bien qu'il existe des données probantes indiquant que le stress chez les infirmiers est une tendance mondiale, la généralisation des résultats de recherche reste difficile en raison du contexte unique de chaque pays, notamment les conditions de travail, les cultures, et le contexte géopolitique (McGrath et al., 2003 ; McVicar, 2003 ; Lambert et al.,2004).

Aujourd'hui, et face à un contexte où les besoins en matière de santé ne cessent de croître et d'évoluer, les structures sanitaires sont confrontées à un véritable défi qui consiste à fournir des soins de qualité à des coûts réduits , avec une meilleure efficacité, malgré une limitation des ressources humaines et matérielles. Les conséquences potentielles de cette situation sont très sérieuses et extrêmement graves. En effet, le volume de travail augmente considérablement en présence d'un nombre insuffisant d'infirmières pour apporter des soins aux patients. De toute évidence, le niveau de stress augmente lorsque le ratio patient/infirmier devient différent (augmentation de la charge de travail) sans affectation supplémentaire de ressources humaines et matérielles nécessaires (Riahi, 2011 ; Al-Nusair, 2017).

En outre, le déficit en personnel infirmier, qui relève d'une stratégie de réduction des dépenses publiques, a entraîné une augmentation des heures supplémentaires et une détérioration de la situation sanitaire, ainsi qu'une forte rotation du personnel (Aiken, et al., 2002 ; Abu AlRub, 2004 ; Al-Nusair, 2017). Par conséquent, les infirmiers ont besoin de bien comprendre cette question, afin de pouvoir mieux déterminer intelligemment leurs

revendications et besoins spécifiques face à des situations de surcharge de travail et/ou de sous-effectif. En outre, la prise de conscience de soi est un facteur déterminant pour agir de manière appropriée en utilisant des mécanismes d'adaptation pour gérer le stress potentiel (Riahi, 2011).

De même, le risque d'épuisement professionnel oblige les dirigeants du secteur de la santé à adapter en permanence des modèles et des approches efficaces pour répondre aux besoins de leurs soignants (Al Nusair, 2017). Dès lors, les responsables qui prêtent attention à leur personnel seront sans doute mieux enclins à penser à leurs patients. En effet, une meilleure productivité et de meilleures performances professionnelles sont fortement liées à une satisfaction accrue du personnel, laquelle réduit considérablement les niveaux de stress en milieu de soins (Al Nusair, 2017).

De leur côté, Aboshaiqah et al. (2016) affirment que le conflit, l'ambiguïté des rôles et les exigences excessives du travail sont des sources de stress susceptibles de conduire à des troubles de santé mentale (Aboshaiqah et al., 2016).

Dans le même sens, les critiques des superviseurs et le manque de soutien de leur part, ainsi que le manque de collaboration entre les différents personnels, et les comportements conflictuels agressifs des patients et de leurs familles figurent parmi les facteurs de stress des infirmiers (AbuAlRub & Al-Zaru, 2008). En outre, conformément à certaines recherches, ces facteurs conduisent certains infirmiers à quitter leur profession (AbuAlRub & Al-Zaru, 2008 ; Shamia, et al., 2015).

Une étude de Lin, et al, (2016) a révélé que 52,8 % des infirmières souffraient d'épuisement professionnel selon les critères du Maslach Burnout Inventory (MBI) en raison de la confrontation quotidienne avec la souffrance et la mort, mais aussi de leurs déficits de compétences.

Dans l'étude d'Al-Hosis et al. (2013), les infirmiers sont confrontés à d'autres responsabilités non liées aux soins infirmiers, pouvant également entraîner une certaine augmentation de leurs niveaux de stress. Ce constat a été confirmé par Al-Nusair (2017), dans sa thèse auprès d'un échantillon constitué d'infirmiers américains et canadiens, montrant ainsi que 72% de ces dernières ressentent un niveau de stress élevé par son obligation d'assumer davantage les tâches inhérentes à la gestion du service, en raison de la suppression du poste d'infirmier en chef dans de nombreux hôpitaux. Cette situation contribue sans doute à une diminution de la qualité des soins prodigués directement aux patients et à une augmentation de leur charge de travail et de leurs responsabilités (Purcell et al., 2011 ; Wheeler 2010 ; Mauno et al., 2016).

Aiken et al. (2002) suggèrent que les responsabilités supplémentaires imposées aux infirmiers peuvent également être attribuées à la diminution du nombre de ces derniers dans les structures hospitalière. Pour étayer cette affirmation, ils ont procédé à une analyse transversale de 10 184 infirmières de plusieurs hôpitaux européens sur une période de sept mois. Les résultats indiquent que 23 % des infirmières ont souffert d'épuisement professionnel et 15 % d'insatisfaction professionnelle en raison des responsabilités supplémentaires ajoutées à leur charge de travail (Aiken et al., 2002).

Il est également prouvé que le stress personnel et professionnel est associé au rythme de travail, aux heures supplémentaires et à la rotation du personnel (garde de jour, garde de nuit et vacances). Cela entraîne en effet des tensions accrues influençant négativement la vie familiale et professionnelle des infirmiers (Mauno et al., 2016; Hamaideh, 2008).

Certains services et spécialités sont susceptibles d'être une source de stress. En effet, Jenkins et Eliot (2004) indiquent que plus de la moitié du personnel infirmier souffre de stress en psychiatrie et dans les unités de soins intensifs. Ceci est dû au manque de personnel et à la complexité de la prise en charge de patients (Jenkins et Eliot, 2004). AbuAlRub et Al-Zaru

(2008) et Riahi (2011) ajoutent que ces infirmiers perçoivent leur travail comme ennuyeux et fastidieux en raison de plusieurs facteurs, notamment la charge de travail élevée, la stigmatisation et la chronicité des troubles.

Cependant, Mohideen (2009) a évalué les niveaux de stress au service de chirurgie et aux urgences, et a constaté que la totalité des infirmiers du service des urgences présentaient des niveaux de stress élevés, contre 54 % dans le service de chirurgie.

D'autres études soulignent que la fréquence du stress est plus marquée dans les services hospitaliers que dans ceux de soins primaires. En effet, les résultats obtenus par Ahmadi et al. (2014) soutiennent cette conclusion. Ils affirment que les valeurs moyennes de l'épuisement professionnel chez les infirmiers des services hospitaliers étaient extrêmement élevées par rapport à celles des établissements de soins primaires. De même, une autre étude descriptive portant sur un échantillon de 330 infirmiers exerçant dans des services hospitaliers a révélé que 3,2 % étaient légèrement stressés, 6,46 % étaient modérément stressés et 90,32 % étaient extrêmement stressés (Das, 2006 ; Brown & Holloway, 2008 ; Al-Makhaita et al., 2014) ; quoi qu'il en soit, un stress modéré est considéré comme négatif.

Compte tenu de l'augmentation du stress et de son impact sur la profession infirmière et les structures de soins, certains chercheurs ont examiné l'impact de ce phénomène sur la disponibilité du personnel de santé en milieu clinique.

En effet, la démission entraîne des dépenses importantes pour les établissements hospitaliers (O'Brien-Pallas, et al., 2006 ; Li & Jones, 2012) et peut influencer significativement la performance des systèmes de santé (Hayes et al., 2006 ; Baumann 2010). Aux États-Unis, les départs anticipés des infirmiers nouvellement embauchés sont passés de 3,2 % en 2006/2007 à 4,7 % en 2008/2009, entraînant des dépenses pour le gouvernement fédéral et la collectivité d'environ 856 millions de dollars et entre 1,4 et 2,1 milliards de dollars, respectivement, chaque

année (Brewer et al., 2011). De même, des études ont depuis longtemps démontré l'impact négatif du stress au travail, notamment sur la rentabilité, le maintien dans l'emploi et la satisfaction au travail (AbuAlRub et Al-Zaru, 2008 ; Gibbon, 2010). En parallèle, Nakakis et Ouzouni (2008) ont trouvé une relation hautement significative entre le stress au travail et la satisfaction au travail chez les infirmiers (Nakakis & Ouzouni, 2008).

Une autre étude, menée par Gardulf et al.(2005), a examiné les raisons qui ont poussé certaines infirmières d'un hôpital universitaire à vouloir démissionner. Les résultats ont confirmé que 35% de leurs décisions étaient motivées par l'insatisfaction de leur salaire et 65% ont déclaré que leur travail était psychologiquement exigeant et stressant, avec des possibilités limitées en termes de développement professionnel (Gardulf et al., 2005). Ces résultats ont été validés par une étude de Moss et al. (2016), conduite sur un échantillon transversal observationnel de 1884 infirmières issues de 306 hôpitaux américains sur une période de deux ans. En effet, les résultats obtenus indiquent que les déterminants les plus importants de l'abandon de la profession sont : la rigidité et le contrôle des superviseurs, la pénibilité et le fardeau du travail, les exigences de la population et l'insatisfaction monétaire. En outre, les infirmier(e)s jugent qu'ils ont moins de possibilités de se développer ou de progresser dans leurs carrières.

Une étude coréenne (Yoon & Kim, 2010) portant sur 283 infirmières dans quatre hôpitaux généraux de Séoul a examiné la relation entre épuisement professionnel et stress au travail. Les résultats obtenus ont confirmé que 73% avec des niveaux de stress plus élevés avaient un burnout encore plus important. Ces résultats ont été confirmés par l'étude de Xie et al. (2011) et celle de Dasgupta (2012), qui ont constaté que les infirmiers présentant des niveaux élevés d'épuisement professionnel sont fortement liées au stress professionnel en raison de la surcharge de travail et de la non-satisfaction de rémunération. Les chercheurs ont recommandé aux établissements de santé de se pencher sur les sources sensibles de stress et de procéder à

leur élimination en vue d'accroître la satisfaction au travail et de prévenir l'attrition prématurée de leur personnel infirmier (Xie et al., 2011 ; Dasgupta , 2012).

En résumé, il ressort clairement de la littérature examinée que la profession infirmière est confrontée à une multitude de sources de stress. Des données provenant du monde entier montrent que cette situation exerce un impact très négatif sur le recrutement, la rétention, la productivité, la satisfaction et la motivation des infirmiers. Cependant, il est difficile de s'attaquer au stress et à l'insatisfaction professionnelle des infirmiers en raison de la nature complexe et multidimensionnelle de leurs causes, qui correspondent le plus souvent aux caractéristiques de l'environnement de travail local. Mais qu'en est-il de la situation des étudiants, notamment ceux qui suivent une formation en milieu clinique ?

2.6. Le stress chez les étudiants en soins infirmiers

Les étudiants en soins infirmiers constituent un groupe très exposé au stress. Selon les résultats d'une étude, 90% des étudiants déclarent avoir été stressés à un moment ou à un autre (Shaikh et al., 2004).

Dans le contexte de la formation clinique en soins infirmiers, de nombreuses difficultés ont été soulignées dans le travail effectué par Alzayyat et Al-Gamal (2014) lors de la comparaison entre les différentes études dans ce domaine. En effet, les variations de la taille et des caractéristiques des échantillons, les instruments de mesure utilisés et les différences générales entre les programmes de formation infirmière de premier cycle dans différents pays expliquent ce constat. Dans la présente recherche bibliographique, nous présenterons les résultats en fonction des thèmes suivants :

- La prévalence du stress chez les étudiants en soins infirmiers ;
- Les facteurs déterminants du stress ;
- Les facteurs prédictifs du stress chez les étudiants ;

- Le stress et stratégies d'adaptation.

2.6.1. La prévalence du stress chez les étudiants en soins infirmiers

Les recherches sur la prévalence du stress clinique chez les étudiants en soins infirmiers sont nombreuses et concernent plusieurs pays dans le monde notamment la Turquie (Ayaz-Alkaya & Simones, 2022), le Taiwan (Sheu et al., 2002), l'Arabie saoudite (Abdulghani et al, 2011), la Jordanie (Shaban et al, 2012), l'Indonésie (McKenna & Plummer, 2013), l'Espagne (Jimenez et al, 2010 ; Gorostidi et al.,2007), le Royaume-Uni (Edwards et al.,2010) et l'Irlande (Suresh et al, 2012 ; Timmins & Kaliszer , 2002),

Pourtant, il existe des variations dans les taux de 18,6% (Jimenez et al., 2010) et 33,3% (Sheu et al., 2002), voire 88% (Gibbons, 2010).

En 2017, l'Observatoire national de la vie étudiante a mené une enquête sur les conditions de vie des étudiants dans différentes formations en France. Les résultats ont montré que les étudiants en soins infirmiers présentaient davantage de symptômes de stress et de burn out que ceux des autres formations. En effet, 85% des étudiants en soins infirmiers ont déclaré souffrir de fatigue et de nervosité (contre 49% et 53% respectivement, pour les étudiants universitaires et les étudiants en sciences de la santé). Pour ces étudiants, ces symptômes entraînent des niveaux élevés de stress de façon permanente dont les causes semblent être multiples. En effet, le contexte de formation clinique reste la principale source génératrice de ce stress (Lamaurt et al., 2011).

En 2017, la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (Fnesi) en France a mené une étude sur la perception des sentiments, le vécu et les comportements de ses étudiants.

En effet, 52,5% des étudiants en soins infirmiers affirment que leur état de santé s'est détérioré depuis le début de leur formation clinique.

La fréquence des états d'épuisement psychologique est préoccupante. Ainsi, 61,8 % des étudiants déclarent qu'ils sont souvent ou tout le temps épuisés psychologiquement. Le stress représente l'un des principaux facteurs de cet épuisement psychologique, puisque 78,2% ont déclaré être toujours ou souvent stressés (85,9% en troisième année contre 66,2% en première année). Ce stress des étudiants en formation clinique se traduit de diverses façons, avec différentes évolutions possibles. Parmi eux, 33,9% avaient déjà souffert de crises d'angoisse depuis le début de leur formation. En outre, 19% ont déclaré avoir souffert de dépression et 7% ont eu des pensées suicidaires. Cependant, seuls 13,8% avaient consulté un spécialiste en santé mentale.

Par ailleurs, 27,3% des étudiants en formation initiale déclarent avoir déjà pris un ou plusieurs médicaments psychotropes depuis leur entrée en formation, contre 36% des étudiants en troisième année (hypnotiques, anxiolytiques et antidépresseurs). Il convient de souligner la différence avec la population générale où près de 18% des 18-75 ans affirment avoir consommé au moins un médicament psychotrope durant une année et ceci selon l'enquête du Baromètre santé 2010. Quant au taux de consommation d'anxiolytiques, il est de 10%, soit dix points de moins que celui d’étudiants en soins infirmiers.

En outre, un certain type de facteur est également impliqué : il concerne les actes de maltraitance.

Face au sentiment de discrimination, 36,5% des étudiants en soins infirmiers estiment avoir été victimes de discrimination depuis le début de leur formation ; 33,4% des ESI disent avoir déjà été harcelés par un soignant. A l’Institut de formation en soins infirmiers (IFSI), 7,6% se sont sentis harcelés par un formateur et 2,2% par un directeur.

Dans le contexte marocain, selon les résultats d'une étude menée auprès de 178 étudiants de cinquième année de médecine, et dont le taux de réponse était de 97,2% (n = 173). Le test de l'inventaire de Maslach et Jackson a montré que l'épuisement psychologique était significatif

chez 44% des étudiants (n = 55). En outre, les étudiantes présentaient un niveau d'épuisement plus élevé (87,3%) que leurs homologues masculins (12,7%) (p = 0,001). Par ailleurs, le test de Cohen a révélé un niveau de stress moyen de 24 ± 7,18. Cette valeur était plus élevée chez les étudiantes (25,73 ± 6,7) que chez les étudiants (20,41 ± 6,9) (p < 0,001). De plus, une corrélation positive entre le nombre d'heures travaillées et la croissance du score de stress (r = 0,341, p < 0,001) ainsi qu'une corrélation négative entre le nombre d'heures de sommeil et la croissance du score de stress (r = -0,215, p = 0,019) ont été constatées (Lahlou et al ., 2015).

Cependant, la prévalence du stress chez les étudiants en soins infirmiers au Maroc n'a fait l'objet d'aucune étude.

D'autre part, certaines études présentent des résultats paradoxaux dans d'autres cursus de formation. À titre d'exemple, en 2013, les études de Mazé et Verlhiac trouvent que le stress des étudiants n'est pas particulièrement élevé (M = 1,55 sur une échelle de 0 à 9) (Mazé et Verlhiac, 2013). De même, Boudoukha et al. (2011) concluent que les étudiants en général sont rarement stressés par des problèmes liés à la solitude ou au dysfonctionnement de leur établissement, mais sont plutôt mis sous pression par la charge de travail et la peur d'échouer aux examens (Boudoukha et al., 2011).

2.6.2. Les facteurs déterminants du stress chez les étudiants en soins infirmiers

La formation en soins infirmiers est très exigeante, et plusieurs facteurs tels que la charge de travail académique et les déterminants sociodémographiques (sexe, Age, spécialité et niveau d'étude) peuvent exercer une influence sur ces exigences.

Dans un premier temps, nous pouvons évoquer la contribution du genre sur les niveaux de stress. Dans le cadre de leur étude portant sur un échantillon d'étudiants universitaires, Chen et al. (2007), ont constaté que les étudiants de sexe féminin présentaient des niveaux de stress plus élevés en raison de la peur de l'échec et également des niveaux plus élevés de stress

relationnel par rapport aux étudiants de sexe masculin (Chen et al., 2013). Cette forte prévalence du stress chez les étudiantes comparativement aux étudiants est constatée dans plusieurs études (Abdulghani et al., 2011 ; Acharya, 2003 ; Ahern et Norris, 2011 ; Backović et al., 2012 ; Cruz et al., 2013 ; Shaikh et al., 2004 ; Shamsuddin et al., 2013). En France, selon Tavolacci et al (2010), le stress perçu est significativement corrélé au sexe (Tavolacci et al., 2010). Dans le même ordre d'idées, Lavoie-Tremblay et al. (2022) ont également constaté que les étudiantes perçoivent un niveau de stress plus élevé que leurs homologues masculins. Ce résultat a également été confirmé dans l'étude de Mazé et Verlhiac (2013). En effet, la population féminine serait exposée à des facteurs de stress plus importants (Bayram et Bilgel, 2008 ; Sabih et al., 2013) et probablement à des contraintes physiques, émotionnelles et comportementales plus intenses (Sabih et al., 2013).Cependant, il faut noter que l'étude de Koochaki et al. (2011) ne relève aucune différence entre les deux sexes (Koochaki et al., 2011).

En outre, le cursus de formation des étudiants revêt une importance particulière au regard de la littérature scientifique. Ainsi, de nombreuses études mettent en évidence cette problématique particulièrement chez les étudiants en sciences de la santé (Abdulghani et al., 2011 ; Bughi et al., 2006 ; Koochaki et al., 2011; Shaikh et al., 2004 ; Sherina et al., 2004 ; Sreeramareddy et al., 2007) et en soins infirmiers (Reeve, 2013 ; Rayan,2019 ; Rosli et al., 2005). Toutefois, en Slovénie, Masten et al. (2009) ont observé qu'il n'y avait pas de différences significatives dans les stratégies de gestion du stress entre trois groupes d'étudiants en sciences de la santé, en sport et en psychologie (Masten et al., 2009). La recherche de Ribeiro et al. (2020) a montré qu'il existe un lien entre la discipline étudiée et le niveau de stress perçu. En effet, il ressort des résultats obtenus que les filières de santé (médecine et soins infirmiers) soient associées à un plus haut niveau de stress perçu que celles des sciences humaines et sociales et de psychologie (Ribeiro et al., 2020).

L'expérience de la formation universitaire et les effets du stress diffèrent selon l'année d'étude. Ainsi, McKenna et Plummer (2013), indique que le degré de stress perçu au moment des examens est plus élevé auprès des étudiants inscrits en première année. Selon Pfeifer et al . (2008), les étudiants inscrits au programme de maîtrise de sciences infirmières ont déclaré que 66,4 % d'entre eux considéraient leur niveau de stress comme supérieur à la moyenne au cours de leur vie (Pfeifer et al., 2008).). une étude menée en France, visant à mesurer les niveaux de stress des étudiants à 4 reprises au cours de l'année, a permis de constater une certaine fluctuation en fonction de chaque période. En effet, avant les vacances de printemps et à la fin de l'année, les étudiants ressentent un stress très élevé (Lassarre et Paty, 2003). Les résultats d'une étude longitudinale sur l'évaluation du stress chez des étudiants en soins infirmiers avant le stage clinique, à la fin de la deuxième année et à la fin de leur formation clinique en troisième année, ont révélé que le niveau de stress augmente avec les années de formation chez les étudiants en soins infirmiers (Gorostidi et al. (2007). Selon les chercheurs, une telle augmentation peut être due à une intensification des tâches et des activités cliniques, à un encadrement plus rigoureux ou à certaines insécurités et peurs qui surgissent à la fin de la formation et au début d'un rôle professionnel. (Gorostidi et al., 2007). Toutefois, Edwards et al (2010) ont confirmé que la fréquence des situations de stress était plus importante uniquement chez les étudiants de dernière année de formation présentant une faible estime de soi (Edwards et al. 2010). Dans le même ordre d'idées, Blomberg et al. (2014) ajoutent que les étudiants de troisième année devraient avoir plus d'expérience dans la gestion des facteurs de stress académiques. Mais certains auteurs soutiennent qu'ils peuvent être plus stressés que les années précédentes et ce, pour plusieurs raisons : Premièrement, les étudiants de troisième année sont considérés comme plus compétents et expérimentés et se voient confier plus de responsabilités que les étudiants en début de formation. Deuxièmement, les étudiants qui sont proches de la qualification peuvent avoir des attentes de performance plus élevées, ce qui pourrait conduire à

une augmentation du stress. Enfin, une augmentation de leur niveau de stress résulte souvent de leur degré de compétence avancé, car il leur permet de mieux comprendre les problèmes des patients et de faire preuve de plus d'empathie envers eux (Suresh et al., 2012 ; Jimenez et al., 2010). En outre, les étudiants de fin de formation doivent assumer deux fonctions : celle d'infirmier et celle d'étudiant. Cette double fonction englobe plusieurs missions importantes, dont la sécurité des patients et la formation de leurs collègues du niveau débutant.

Par ailleurs, selon les résultats de l'étude de Voltmer et al. (2012), le pourcentage d'étudiants allemands en médecine dentaire ayant une expérience et un comportement sains a diminué respectivement de 47,3% en deuxième année, 36,9% en troisième année et 17,6% en quatrième année. Ainsi, ces résultats indiquent une augmentation de la proportion d'étudiants exposés au risque de développer un burnout qui passe de 7,1% en deuxième année à 20% en troisième année et 19% en quatrième année. En effet, le stress et le risque d'épuisement professionnel constituent des facteurs prédictifs notables des états anxieux et dépressifs (Voltmer et al., 2012). En revanche, une étude de Koochaki et al. (2011) montre que le niveau de stress des étudiants en soins infirmiers ne présente pas de différence statistiquement significative selon l'année d'étude (Koochaki et al., 2011). Cette même conclusion a été observée également dans l'étude transculturelle de Burnard et al. (2008) auprès d'étudiants d'Albanie, de Malte et du Pays de Galles, alors que ceux de Burnei ont présenté un score global de stress plus élevé en troisième année par rapport à la première année. Ceci est en contradiction avec les résultats de Gorostidi et al (2007). Par ailleurs, selon les résultats publiés par Boujut et Schweitzer (2007), environ 50% des étudiants échouent en médecine lors de leur deuxième année universitaire à cause des problèmes survenus pendant cette phase (Boujut & Schweitzer ,2007). L'étude descriptive transversale de Sheu et al. (2002) a confirmé que la première expérience clinique est considérée comme la plus stressante des années en raison de la peur de ne pas réussir dans les soins et de la crainte du contact avec les patients.

Certaines études menées sur le stress des étudiants en soins infirmiers ont permis d'identifier les domaines qui constituent une véritable source de stress pour cette population.

Selon Gaberson et al. (2015), certains étudiants en soins infirmiers obtiennent parfois de bons résultats lors de leurs formations théoriques, mais ils éprouvent parfois une certaine difficulté à transposer les connaissances acquises en classe dans leurs stages cliniques. Dans le même ordre d'idées, Hickerson et al. (2016) ont confirmé que l'augmentation du nombre de cours théoriques et la réduction du temps consacré à l'apprentissage clinique, ainsi que le manque de laboratoires de simulation, créeraient un écart entre la théorie et la pratique qui pourrait entraîner une diminution des performances et du développement des compétences procédurales des étudiants (Hickerson et al., 2016). Selon certains auteurs, cette incapacité à transposer leurs savoirs contribue également à renforcer le degré de stress des étudiants qui se trouvent en fin de formation clinique confrontés à des demandes complexes (Edward et al., 2017 ; Needham et al., 2016).

Selon Manolova et al, (2012), le rapprochement entre les connaissances théoriques et la pratique clinique est un processus complexe et source de stress pour les étudiants bulgares et français. Cette difficulté est très souvent imputable à une faible estime de soi de la part des étudiants qui éprouvent une certaine anxiété vis-à-vis de leurs compétences cliniques (Manolova et al, 2012).

Gardner et Emory. (2018) rapportent que la première expérience de pratique clinique impliquant un contact direct avec le patient apparaît très souvent comme une source de stress et d'anxiété pour les étudiants. Ceci est dû au fait qu'ils ne sont pas habitués aux mêmes expériences rencontrées avant la formation clinique. (Gardner & Emory, 2018)

En effet, les difficultés de cette première expérience incluent le manque d'expérience et de capacité à fournir des soins infirmiers et à porter des jugements, les difficultés de

communication, l'incapacité à donner des réponses adéquates et nécessaires aux attentes et aux problèmes psycho-physio-sociaux du patient, mais également les soucis engendrés par la crainte de ne pas gagner la confiance et l'acceptation du patient et de sa famille (Sheu et al., 2002).

De même, Jiménez et al. (2010) ont constaté que l'année la plus stressante était celle où les étudiants commençaient leurs stages cliniques. En revanche, en troisième année, les facteurs de stress les plus fréquents pour les étudiants sont ceux liés à la prise en charge des patients et à leur avenir professionnel. Durant cette période de formation, ils sont confrontés à des facteurs de stress similaires à ceux des soignants.

En accord avec l'étude de Shaban et al. (2012), les principaux facteurs de stress dans la formation clinique concernent à la fois la charge de travail pratique (M=2,34), et les tensions relationnelles (M=1,77). En effet, l'important volume de connaissances à intégrer rapidement et la complexité de la maîtrise des techniques gestuelles constituent une véritable pression sur l'étudiant.

Pour leurs parts, McCarthy et al. (2018) estiment que le manque de préparation à la pratique clinique, le manque de soutien de la part des professeurs et du personnel clinique contribueraient à une situation désavantageuse en termes d'opportunités de pratique clinique de qualité et empêcheraient les futurs infirmiers d'acquérir des connaissances et des compétences cliniques (McCarthy et al., 2018).

De même, les relations antipathiques de certains enseignants et personnels soignants et le manque de respect et de soutien dont ils font preuve, sont également sources de stress pour certains étudiants (Turner & McCarthy, 2017). Selon Sanders et Lushington (2002), les étudiants dont les relations avec leurs enseignants étaient stressantes ont généralement obtenu de mauvais résultats aux examens théoriques et cliniques. En effet, des facteurs tels que le

respect de diverses réglementations, la discrimination entre les étudiants, les critiques destructives du travail, les tensions relationnelles ainsi que la pression ressentie entre les étudiants et leurs enseignants pourraient expliquer ces résultats (Sanders & Lushington, 2002).

Murphy et al. (2009) ajoutent que les étudiants sont souvent stressés par les critiques, le manque de guidance et les divergences de points de vue entre les enseignants sur les modalités de prises en charge des patients. Les étudiants doivent souvent effectuer un certain nombre de traitements dans différents départements et disciplines de manière indépendante, et donc les superviseurs se limitent à vérifier les démarches ou les connaissances, dont les consignes diffèrent parfois d'un formateur à l'autre (Murphy et al., 2009). À cet égard, Sheu et al. (2002) ont conclu que les différences entre les instructions des enseignants et les attentes des étudiants peuvent être source de stress. En effet, les étudiants souhaitent que la formation d'infirmier praticien soit davantage guidée et consensuelle, même s'ils n'ont pas tous suivi le même cursus (Clements et al., 2015).

Dans le domaine de l'évaluation des compétences cliniques, Pöhlmann et al. (2005) ont comparé les perceptions des étudiants en médecine des universités d'Allemagne et de Suisse. Ainsi, bien que les examens soient perçus comme un facteur de stress important, les étudiants suisses sont moins anxieux par rapport à ces derniers en raison des conditions d'évaluation plus flexibles (Pöhlmann et al., 2005). Au Royaume-Uni, selon l'étude Clements et al. (2015) les étudiants en soins infirmiers de troisième année considèrent également que les principaux facteurs de stress et d'anxiété sont les examens, le contrôle continu et le travail personnel (Clements et al. (2015). En comparant des étudiants de Bulgarie et de France, Manolova et al. (2012) ont constaté que les niveaux de stress les plus élevés concernaient la période des examens (Manolova et al., 2012). Selon Lassarre et al. (2012), l'échec lors des examens, comme facteur de stress, est liés à une charge de travail excessive, au manque d'organisation et à un sentiment d'impuissance (Lassarre et al., 2003). Sur le plan personnel, le manque de temps

consacré à la vie privée et les multiples gardes et astreintes sont également des facteurs de stress supplémentaires (Silverstein & Kritz-Silverstein, 2010).

Selon la littérature, de nombreux autres aspects de la formation en soins infirmiers sont générateurs de stress pour les étudiants. D'une part, la peur de commettre des erreurs et le risque de porter des maladies infectieuses lors de la manipulation du sang, font partie des facteurs de stress (Manolova et al., 2012). En outre, l'exposition à la souffrance et à la mort est également citée comme un facteur de stress, notamment en raison du manque de formation pour gérer de telles situations, comme celles de la fin de vie et de la mort (Gibbons, 2011).

Par ailleurs, la concurrence et la compétitivité entre les étudiants est aussi considérée comme un facteur de stress. En effet, la volonté de parvenir aux meilleurs résultats peut entraîner un sentiment de stress chez certains étudiants qui veulent réussir leurs devoirs pratiques et leurs contrôles théoriques pour obtenir la meilleure note du classement (Pulido-Martos et al., 2012).

En ce qui concerne la préparation et l'organisation des activités de formation clinique, plusieurs études ont examiné l'impact de celle-ci sur le niveau de stress des étudiants pendant leurs rotations cliniques. Gibbons et al. (2011) ont constaté que la préparation au stage est un facteur important de la réussite des étudiants. Or, lorsque leur préparation est perçue comme insatisfaisante, celle-ci est plus susceptible de contribuer à la souffrance. De plus, les auteurs ont mis en évidence un ensemble de dysfonctionnements les plus fréquemment identifiés comme source de stress, qu'ils soient liés à l'enseignant, à l'élève ou à l'environnement.

Les dysfonctionnements liés aux enseignants comprennent une réception insatisfaisante du stagiaire, une communication non explicite des objectifs de stage aux étudiants, un encadrement insuffisant sur le lieu de stage, un manque de supports de suivi du stage, des fiches techniques de stage non actualisées, une absence de livret de stage, des objectifs de stage axés

sur les objectifs et non sur les compétences, et une évaluation imparfaite du stagiaire . Les dysfonctionnements liés à l'environnement étaient liés en partie au non disponibilité des lieux de stage et à leur capacité à accueillir un grand nombre d'étudiants, a l'absence d'accords de partenariat entre les instituts de formation et les organisations hospitalières, aux contraintes pédagogiques qui résident dans la pénurie d'enseignants cliniques. Ainsi que l'inexistence d'un référentiel de supervision pédagogique clinique, ni d'une charte d'accueil et d'encadrement des stagiaires. Tous ces facteurs, selon les auteurs, ont poussé de nombreux étudiants à la limite de leur capacité à faire face à leur situation stressante ou à quitter leur formation (Gibbons et al., 2010 ; Aubry, 2007)

Blomberg et al. (2014) ont utilisé un modèle évaluatif transversal pour décrire les expériences de stress des étudiants en soins infirmiers à travers les services et départements cliniques. Les étudiants ont exercé dans divers milieux cliniques : hôpital (67 %), communauté (21 %), soins primaires (7 %) et soins psychiatriques (5 %). La surveillance des étudiants était assurée par un professeur et d'autres infirmiers sur un seul site de pratique. Les résultats ont montré que les niveaux de stress étaient plus élevés pour ceux qui travaillaient dans les services hospitaliers, en particulier dans les services où les infirmières cliniciennes travaillaient en équipe ou en binôme avec une infirmière auxiliaire. En outre, la supervision par un professeur et des infirmières s'est avérée être un facteur de stress plus important (Blomberg et al. 2014).

En outre, la littérature scientifique montre que la charge académique est corrélée de manière significative avec le degré du stress (Ríos et al., 2013). De plus, l'étude de Sohail (2013), montre également qu'il existe une corrélation statistiquement significative entre un niveau de stress élevé et une mauvaise performance médiocre (Sohail, 2013).

Dans cette population, d'autres sources de stress peuvent être mises en évidence, notamment l'âge de l'étudiant. En effet, il ressort de l'étude de Fornés-Vives et al. (2012), menée auprès d'étudiants espagnols en soins infirmiers, que les étudiants seniors ont des niveaux de

stress perçu plus élevés que les plus jeunes à cause de plusieurs expériences marquantes de leur vie (Fornés-Vives et al., 2012).

En outre, la perception de l'état de santé est corrélée aux préoccupations quotidiennes des étudiants. Ces inquiétudes entraînent une diminution de leur qualité de vie perçue. Dans l'étude de Réveillère et al. (2001), les soucis les plus fréquents chez les étudiants sont liés au manque de temps, au risque d'échouer dans leurs études, aux moyens de transport, au changement de logement, aux ressources financières et à la prise abusive d'alcool. Cependant, le volet émotionnel est très peu mentionnée comme source potentielle de problèmes pour les étudiants (Réveillère et al,. 2001). Ce qui correspond bien au raisonnement de Boujut et al (2009). L'étude de Ribeiro et al. (2020), montrent également que les situations de stress les plus fréquentes perçues par les étudiants, sont celles liées aux examens de fin d'année, les soucis liés à leur avenir, les évaluations continues et les travaux individuels. Par ailleurs, les emplois du temps constituent également un facteur de stress important, notamment pour les étudiants qui exercent un emploi ou qui participent à des actions de groupe (Ribeiro et al., 2020).

En ce qui concerne la notion de stress en relation avec le contexte socioculturel, la recherche de Burnard et al. (2008) est la seule étude identifiée qui compare les étudiants en soins infirmiers dans cinq pays différents avec six groupes d'étudiants (Albanie Tirana, Albanie Korce, Pays de Galles, République tchèque, Brunei et Malte). Cette étude est un bon exemple d'une enquête longitudinale transculturelle avec un large échantillon de 1707 personnes. L'objectif est d'examiner les sources de stress chez les étudiants en soins infirmiers tout au long de leur formation. Pour établir les facteurs de stress les plus importants ("académique" ou "clinique"), les auteurs ont utilisé deux outils d'évaluation du stress, notamment le Stress in Nursing Education Questionnaire (Rhead, 1995) et le Modified Nurse Stress Scale (Gray-Toft & Anderson, 1981). Conformément aux résultats obtenus, les examens et les périodes de rattrapage constituent les principaux facteurs de stress à Malte, au Pays de Galles et au Brunei,

tandis qu'en Albanie, il a été constaté que le contact quotidien avec la souffrance et la mort était également un facteur de stress. En République tchèque, la pression incessante exercée par les enseignants sur les étudiants pour les inciter à respecter les délais de remise des devoirs est une source de stress. En termes de niveau de stress global, les étudiants du Pays de Galles ont obtenu le score le plus bas, tandis que ceux du Brunei ont obtenu le score le plus élevé, les autres pays ayant obtenu des scores similaires. En effet, cette étude a contribué à élargir la portée de la littérature actuelle en examinant le stress pendant les stages cliniques d'un point de vue interculturel, ce qui permet une plus grande généralisation des résultats au niveau mondial. Cependant, comme le soulignent Alzayyat et Al-Gamal (2014), il n'est pas possible de supposer que toutes les variations culturelles entre les groupes d'étudiants peuvent être prises en compte dans cette étude, telles que les expériences dans l'environnement académique, les relations avec les enseignants et les variations dans la conception du programme d'études, qui sont susceptibles d'avoir des impacts sur les niveaux de stress.

2.6.3. Les facteurs prédictifs du stress chez les étudiants en soins infirmiers

Concernant les traits de personnalité, en particulier les aspects du modèle Big Five, le caractère névrotique représente un prédicteur du stress auprès de la population étudiante (Montag et al., 2010 ; Zhou et al., 2017). En effet, il en résulte une corrélation significative et positive avec la sensation de malaise psychologique ainsi que par une augmentation notable de la perception des situations et événements stressants (Kayiş et al., 2016). De même, il apparaît que les étudiants présentant un niveau élevé de névrosisme et un niveau faible de conscience de soi sont particulièrement stressés et ont tendance à recourir à des stratégies d'adaptation inappropriées (Montag et al., 2010). Dans ce contexte, ces résultats concordent avec celui de (Fornés-Vives et al., 2012) qui ont trouvé une relation positive entre un niveau élevé de Neuroticisme et un Niveau élevé de Stress. De plus, Mazé et Verlhiac (2013) signalent que les étudiants féminins présentent un indice de neuroticisme supérieur à celui des étudiants

masculins (Mazé et Verlhiac, 2013). En effet, les étudiants qui parviennent à réussir leur cursus présentent des niveaux d'émotions positives plus élevés et des niveaux d'impulsivité plus faibles que ceux qui échouent ou abandonnent leurs études. Pour les autres traits de personnalité, Keller et al. (2012), rapportent que les conduites d'évitement, le caractère compétitif, le caractère psychorigide et le caractère dépressif sont significativement corrélés au niveau de stress des étudiants en médecine coréens. De plus, les étudiants ayant recours à des conduites d'évitement tendent à présenter un plus haut niveau de stress (Keller et al., 2012).

2.6.4. Les conséquences du stress pour les étudiants en soins infirmiers

Le stress aigu ne constitue pas un danger ou une menace pour la santé et l'étudiant (Manolova et al., 2012). Il peut survenir lors d'un examen ou d'un test, et s'accompagne le plus souvent de transpiration et de tachycardie. Le stress positif est une véritable source de motivation et de concentration pour l'étudiant (Manolova et al., 2012). En revanche, le stress chronique présente des conséquences très néfastes pour la santé et le parcours scolaire de l'étudiant, provoquant ainsi des troubles psychosomatiques importants et le développement de comportements à risque (McCarthy et al., 2018).

La littérature scientifique rapporte des études présentant une description de certains troubles psychologiques liés au stress chez les étudiants en soins infirmiers. En effet, L'étude qualitative menée par McKenna et Plummer. (2013) a montré que les étudiants réagissent aux facteurs de stress selon deux mécanismes : psychologique et physiologique. En effet, les manifestations psychologiques fréquemment observées sont les troubles dépressifs et anxieux, les troubles de sommeil, les troubles de mémoire et de concentration tandis que les réponses physiologiques largement répandues sont : les troubles de sommeil, l'altération de l'appétit et les maux de tête. (McKenna & Plummer 2013).

2.6.4.1. Les troubles psychologiques

L'étudiant en soins infirmiers est plus susceptible de développer des symptômes dépressifs, avec ou sans symptômes physiques relatifs à un stress sévère et persistant. Ces symptômes les rendent incapables de répondre aux exigences auxquelles ils sont confrontés. Bien souvent, les étudiants sont en conflit permanent avec eux-mêmes entre le besoin de se reposer, de se détacher de leurs travaux et le besoin de se former. Devant ce paradoxe, un sentiment de frustration survient (Gibbons et al., 2010).

Selon une étude menée par Jimenez et al. (2010), le stress vécu par les étudiants en soins infirmiers a donné lieu à un certain trouble qui se manifeste par des pensées dépressives, des craintes personnelles, des problèmes de relations sociales, un sentiment de doute sur son avenir professionnel et des tensions dans la vie quotidienne.

Dans ce sens, Les résultats d'une méta-analyse de Tung et al. (2018) confirment que les troubles dépressifs sont fortement corrélés au stress. En effet, 43% des étudiants en soins infirmiers souffrent de stress en Asie, 38% en Europe et 21% en Amérique latine. Parmi les étudiants stressés, 61% souffrent de dépression.

En chine, Liu et al. (2021) ont constaté que les étudiants en soins infirmiers présentaient des symptômes dépressifs plus sévères (OR = 1,48, IC 95 % [1,22-1,78], P < 0,001) ainsi que des symptômes d'anxiété (OR = 1,12, IC 95 % [1,05-1,20], P = 0,001). La douleur très intense (OR = 1,67, IC 95 % [1,46-1,91], P < 0,001) était donc significativement associée à une augmentation du stress perçu. Après contrôle de toutes les covariables, les étudiants en soins infirmiers souffrant de stress avaient un indice de qualité de vie inférieur à celui des étudiants non stressés (F (1, 1070) = 31,4, P < 0,001).

De plus, des études ont montré que la dépression est parmi les facteurs de risque les plus importants de tentative de suicide chez les étudiants en soins infirmiers (Aradilla-Herrero et al.,

2014). En effet, les étudiants appartiennent au groupe d'âge de 15 à 24 ans où le suicide représente la seconde cause de décès : Il représente 16% des décès contre 1% dans la population générale (Boujut et al., 2009). Par ailleurs, conformément aux résultats de l'étude de Shamsaei et al. (2019), Qui examine la Relation entre le stress, la dépression, l'anxiété et les idées suicidaires chez les étudiants en soins infirmiers, Dans l'ensemble, 9,1 % des étudiants ont été considérés comme présentant des idées suicidaires et 13,4 % de dépression, 20,5 % d'anxiété et 7 % de stress. L'analyse de régression linéaire a confirmé que la dépression est un prédicteur significatif des idées suicidaires.

Les motifs les plus fréquemment rapportés au suicide sont notamment le stress émotionnel, la tension relative à la formation professionnelle, l'échec, le sentiment de solitude, le " sentiment de malaise " et l'éloignement de la famille (Grebot & Barumandzadeh, 2005).

Les données d'études longitudinales montrent que les idées suicidaire persistent longtemps si les étudiants ne reçoivent pas une aide appropriée (Newbury-Birch et al., 2002).

Sur le plan cognitif et intellectuel, les états de stress chroniques ont un effet épuisant sur l'ensemble de la structure de l'organisme et se traduisent également par des manifestations intellectuelles accompagnées de problèmes de concentration et de mémoire ainsi que d'une diminution des résultats et des performances (Chouanière, 2006 ; Wauquiez, 2006). Ainsi, dans la formation clinique des étudiants en soins infirmiers, les sources de stress, leurs manifestations psychologiques et physiques, ainsi que la consommation de substances psychoactives influencent, le plus souvent, de manière très négative le bon déroulement du stage, le travail personnel de l'étudiant et donc sa réussite académique (Silverstein & Kritz-Silverstein, 2010 ; Eisenberg et al., 2009 ; Tavolacci et al., 2013),

2.6.4.2. Les troubles physiologiques

Les étudiants en soins infirmiers en début de formation se plaignent moins de symptômes physiques (migraines, tachycardie, perte d'appétit) en comparaison avec ceux en fin de formation. Certains symptômes sont plus courants et plus fréquents, notamment les difficultés de concentration, la fatigue chronique et les douleurs dorsales (Sheu et al., 2002).

En effet, la position debout adoptée par un étudiant pendant environ huit à neuf heures par jour, cinq jours par semaine, en salle de travaux pratiques ou dans les services hospitaliers, constitue une source directe de douleurs musculo-squelettiques (McKenna & Plummer, 2013). Dans cette optique, Tung et al. (2018) confirme que ce type de douleur est significativement associé à une augmentation du stress perçu lors des stages cliniques.

Le stress est susceptible de générer des douleurs gastriques, des perturbations digestives et une fragilisation du patrimoine immunitaire (Assaf, 2013 ; Chouanière, 2006). De plus, dans certains cas, le stress peut accentuer des pathologies déjà présentes, telles que les troubles asthmatiques et le diabète (Assaf, 2013). De nombreuses études ont également établi une corrélation entre des niveaux élevés de stress et des problèmes physiques (Abdulghani et al., 2011 ; Koochaki et al., 2011). De plus, le stress influence quotidiennement et indirectement le bien-être émotionnel des étudiants et exerce un impact négatif sur leur bien-être psychologique, physique et social (Michalec & Keyes, 2013).

Concernant les comportements alimentaires, les résultats de l'étude de Tavolacci et al. (2014), ont confirmé la présence de ce type de trouble chez les étudiants. En effet, le taux de prévalence du risque de trouble alimentaire était de 20,5% (IC 95% [19,2-21,8]). Suite à une régression logistique, une relation positive significative a été trouvée entre le risque de trouble de conduite alimentaire et le sexe féminin RR = 2,98 IC 95% (2,28-3,89), le stress RR = 1,10 IC 95% (1,09-1,12), la dépression RR = 2,73 IC 95% (1,61-4,63), les comportements à risque

liés à la consommation d'alcool RR = 1,52 IC 95% (1,20-1,95) ainsi que le risque d'addiction à l'internet RR = 2,02 IC 95% (1,37-2,92).

La survenue de troubles alimentaires chez les étudiants en soins infirmiers peut être influencée par des périodes de stress, de dépression, de perception négative de l'image corporelle, de faible estime de soi et de problèmes d'adaptation en formation. En effet, les facteurs liés à la charge de travail et aux évaluations quotidiennes provoquent un déséquilibre de la nutrition ou cela peut même révéler des troubles physiques très fréquentes (McKenna & Plummer, 2013).

La présence d'un stress permanent conduit également à des troubles du sommeil. Or, le sommeil est une condition essentielle à la survie (Coelho et al., 2010). Il représente une des fonctions biologiques essentielles dans la concentration de la mémoire, la vision binoculaire, la thermorégulation, la restauration de l'énergie et la restauration du métabolisme énergétique cérébral (Ferrara & Gennaro, 2001). En raison de ces fonctions importantes, les troubles du sommeil peuvent provoquer des changements significatifs dans le fonctionnement physique, académique, cognitif et social de l'individu et compromettre de manière significative la qualité de vie (Muller & Guimarães, 2007). Des études récentes ont montré que les étudiants en soins infirmiers de premier cycle ont une mauvaise qualité de sommeil (Pascotto & Santos, 2013 ; Boujut et al., 2009).

Dans cette optique, On peut classer les troubles du sommeil en deux catégories : les dysomnies avec altération de la qualité et la durée du sommeil (troubles de l'endormissement, éveils répétés, etc.) et les parasomnies qui représentent des anomalies paroxystiques (par exemple, les cauchemars). En effet, le stress chronique conduit à la sécrétion d'hormones excitatrices perturbant ainsi le sommeil par une augmentation du niveau de vigilance (Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), 2010).

Selon une étude menée aux États-Unis, les problèmes de sommeil chez les étudiants peuvent être le résultat d'une charge de travail entraînant des habitudes de vie défavorables telles que des horaires de sommeil irréguliers (se coucher tard et se lever tôt), une consommation excessive de drogues et d'alcool ou des problèmes relationnels (Gaultney, 2010).

Pour les étudiants en soins infirmiers les problèmes de sommeil sont le résultat de facteurs de stress liés à la formation et ont des conséquences spécifiques sur la santé des étudiants (Jimenez et al., 2010). En effet, un étudiant ont le sommeil n'est pas équilibré est susceptible de développer des déficits de concentration avec une diminution des performances en milieu clinique et des échecs aux examens, une sensation de fatigue importante avec des maux de tête, une diminution de l'immunité et une altération de l'humeur avec des symptômes dépressifs (McKenna & Plummer, 2013 ; Jimenez et al., 2010).

Le rythme de la vie étudiante, caractérisé par ses exigences et ses contraintes, peut entraîner le développement de certains comportements addictifs chez les étudiants. Ces conduites représentent pour eux une manière de faire face au stress et de s'adapter aux contraintes inhérentes à la vie universitaire (Idier et al., 2011).

Certaines études indiquent que la consommation abusive de substances psychoactives chez les infirmiers commence avant ou pendant leur formation initiale (Bugle et al., 2003 ; Coleman et al., 1997). L'abus de médicaments sur ordonnance semble également très répandu (Kornegay et al., 2004). Haack et Harford (1984) ont constaté que 14 % des étudiants en soins infirmiers ont déclaré que leur consommation d'alcool et de cigarettes avait affecté leur apprentissage et leur pratique clinique, et qu'un nombre important d'étudiants en soins infirmiers risquaient donc d'être dépendants de l'alcool.

Selon l'étude de Jebali et al. (2019), qui a examiné les comportements addictifs chez les étudiants infirmiers d'un institut privé tunisien, la consommation d'au moins une substance

psychoactive a été signalée par 60% des participants, avec une domination principale du tabac (53,8%). La prise des trois substances psychoactives a été déclarée par 16,4% des participants. La dépendance excessive vis-à-vis du tabac a été signalée par 48,7% des étudiants, la consommation d'alcool par 60% et celle de cannabis par 95,7% des participants. Selon une analyse univariée, les conduites à risque et addictives liées au tabac étaient significativement corrélées au stress ($p=0,026$) au sexe masculin ($p<0,001$) et à la 3e année d'étude ($p<0,001$). Les individus de sexe masculin ($p<0,001$), célibataires ($p=0,001$), inscrits en troisième année d'études ($p=0,04$), souffrant d'un niveau de stress élevé au cours de leurs formation ($p<0,001$) et habitant loin de leur famille ($p=0,003$) affichaient une consommation d'alcool et une dépendance plus risquées. La dépendance au cannabis était significativement associée au sexe masculin ($p=0,001$) et au fait de vivre loin de sa famille ($p<0,001$). Après une régression logistique binaire multiple, incluant les variables d'intérêt, seul le sexe masculin avec un stress élevé était associé à la dépendance à l'alcool ($p=0,003$) avec un odds ratio de 2,64 (IC 95% 1,38-5,04).

L'étude transversale descriptive de Chen et Hung (2014) a exploré les relations entre le stress perçu, les comportements d'adaptation, les traits de personnalité et les réponses physio-psycho-sociales. Les résultats de cette étude ont révélé une relation significativement positive entre le stress perçu, les trais de personnalité et les réponses physio-psycho-sociales. Cela peut indiquer que lorsque les étudiants perçoivent un niveau élevé de stress, ils risquent de souffrir de maladies physiques ou psychiatriques ou de faire preuve de mauvais comportements sociaux (Chen et Hung 2014).

En résumé, il convient sans doute dans ce contexte de mieux dépister les étudiants pendant leurs formations, où les risques de troubles physiologiques sont fréquents et associés à des troubles psychologiques et des conduites à risque.

Les recherches ont suggéré que des stratégies de prévention, telles que le soutien social et les activités qui encouragent les interactions entre pairs, étudiants et enseignants, devraient être mises en œuvre (Monroe, 2009).

Au Maroc et jusqu'à présent, aucune étude n'a examiné les conséquences de la relation entre le stress et les troubles psychologiques et physiologiques chez les étudiants en soins infirmiers, ce qui explique la nécessité de cette étude.

2.7. Les instruments de mesure de Stress perçu

La variété des études effectuées sur le stress en soins infirmiers a contribué au développement de nombreux questionnaire d'évaluation du stress perçu de ce phénomène.

Sheu et al. (2002) ont indiqué qu'un facteur de stress objectif subit effectivement un changement cognitif. Il se transforme en un élément subjectif lié à une situation et un contexte personnels. Ainsi, la perception du stress provenant de ce processus cognitif n'est plus définie comme un stress objectif, mais plutôt comme un stress perçu qui résulte notamment de la prise en compte d'événements stressants objectifs et de ses caractéristiques personnelles. Selon le postulat de de Sheu et al (2002), l'échelle de stress perçu est un meilleur prédicteur de la santé psychologique en raison de son efficacité à mesurer le degré de stress vécu en milieu clinique par les étudiants en soins infirmiers. De plus, les réponses et les réactions de l'étudiant au stress ne sont plus déterminées exclusivement par la survenue concrète de l'événement, mais plutôt par une évaluation globale des événements. Le stress perçu constitue donc un moyen de mesurer les différences de niveau de stress ressenties par rapport aux facteurs de stress et à la situation objective et concrète. Dès lors, l'échelle de stress perçu développée par Sheu et al (2002) peut être utilisée pour évaluer les facteurs cliniques susceptibles d'avoir un impact négatif sur la santé et les performances des étudiants.

En effet, selon les résultats de plusieurs revues systématiques, l'échelle de stress perçu (PSS), développée par Sheu et al. (1997), est le test le plus largement appliqué pour déterminer

le stress chez les étudiants en soins infirmiers (Alzayyat & Al-Gamal, 2014 ; Labrague et al, 2018). Cette échelle a été appliquée dans différents pays, notamment à Taïwan (Sheu et al, 2002), en Chine (Zhao et al, 2015), à Hong Kong (Chan et al, 2009), en Grèce et au Nigeria (Labrague et al, 2018), en Espagne (Jimenez et al, 2010), en Turquie (Yıldırım et al, 2017), en Jordanie (Al-Zayyat & Al-Gamal, 2014) et en Arabie saoudite (Hamaideh et al, 2017).

Cette échelle contient 29 items notés sur une échelle de Likert en 5 points, où (0 = jamais, 1 = presque jamais, 2 = parfois, 3 = assez souvent, et 4 = très souvent). Le score total va de 0 à 116. Un score plus élevé indique un plus grand degré de stress. C'est un outil caractérisé par sa capacité à saisir divers aspects des facteurs de stress liés à la pratique clinique des étudiants en soins infirmiers, Elle contient six domaines, tels que le stress lié aux soins aux patients, aux enseignants et aux soignants, aux missions et à la charge de travail, aux pairs et à la vie quotidienne, au manque de connaissances et de compétences professionnelles et aux facteurs environnementaux (Sheu et al., 2002). L'analyse factorielle exploratoire (AFE) a indiqué que 50,7% de la variance totale était expliquée par les six facteurs. Sheu et al (2002) ont rapporté une bonne fiabilité de cohérence interne de 0,89, tandis que le coefficient de fiabilité de stabilité test-retest sur une semaine était r = 0,60. L'indice de validité de contenu (IVC) était de 0,94, démontrant d'excellents niveaux.

A la lumière de ce constat, nous avons adopté dans la présente recherche le questionnaire de Sheu et al. (2002), après adaptation et validation dans le contexte marocain, comme instrument valide et fiable pour déterminer le stress induit par la formation clinique chez les étudiants en soins infirmiers.

Le tableau suivant présente les échelles de stress perçu, celle développée par Sheu et al. (1997), Seyedfatemi, N., Tafreshi, M., & Hagani H. (2007), Edwards, D., Burnard, P., Bennett, K., & Hebden U. (2010), Burnard, P., Edwards, D., & Bennett, K. (2008), Lo, R. (2002), Wolf, L., Stidham, AW., & Ross R. (2015).

Tableau 1. Les différentes échelles du stress perçu relatif à la formation des étudiants en soins infirmiers

Auteurs instruments	Champs d'étude et observations
Sheu, S., Lin, H.-S., Hwang, S.-L., Yu, P.-J., Hu, W.-Y. & Lou, M.-F. (1997). *Perceived stress scale(PSS)*	Utilisée pour évaluer les facteurs cliniques susceptibles d'avoir un impact négatif sur la santé et les performances des étudiants. fiabilité de cohérence interne de 0,89, coefficient de fiabilité de stabilité test-retest sur une semaine était r = 0,60. L'indice de validité de contenu (IVC) était de 0,94.
Seyedfatemi, N., Tafreshi, M., & Hagani H. (2007) *Student Stress Survey (SSS)*	Utilisée pour identifier les sources de stress chez les étudiants en soins infirmiers iraniens. l'Alpha de Cronbach, qui était de 0,78
Edwards, D., Burnard, P., Bennett, K., & Hebden U. (2010). *Stress in nursing Questionnaire (SINQ)*	Utilisé pour détecter les sources de stress chez les étudiants en soins infirmiers dans cinq pays différents : Albanie, Brunei, République tchèque, Malte et Pays de Galles. l'Alpha de Cronbach du score total était qui était de 0,83
Lo, R. (2002) *General Health Questionnaire (GHQ)*	Utilisé pour identifier la source de stress chez les étudiants en soins infirmiers en Australie. l'Alpha de Cronbach de 0,37 à 0,79, tandis que les scores totaux étaient de 0,79
Wolf, L., Stidham, AW., & Ross R. (2015) *Perceived Stress Questionnaire (PSQ)*	Utilisé pour décrire les facteurs de stress chez les étudiants en soins infirmiers aux États-Unis. La fiabilité test-retest était de 0,82 pour le PSQ général (année ou deux dernières années), tandis que les PSQ mensuels récents (mois dernier) variaient d'un facteur moyen de 1,9 sur 6 mois ; coefficient alpha > 0,9.

En résumé, ce chapitre souligne que le stress est un phénomène très handicapant et que les étudiants en soins infirmiers souffrent lorsque les exigences du programme dépassent leurs ressources pour y faire face. Plus précisément, la formation clinique est dynamique et exigeante. Les étudiants y trouvent une source d'anxiété pendant la période initiale de la formation clinique. Dans ce contexte, le développement des compétences émotionnelles devrait être soutenu dès le début de la formation en soins infirmiers. Cela pourrait renforcer leur propre intelligence émotionnelle afin de combattre efficacement les facteurs de stress potentiellement croissants et de maximiser l'eustress tout au long de leurs études et de leur carrière d'infirmière.

Chapitre III : Conceptualisation de l'intelligence émotionnelle

Dans ce chapitre, nous allons dans un premier temps décrire l'origine biologique des émotions pour une meilleure compréhension du processus de fonctionnement de l'intelligence émotionnelle (IE). Ensuite, nous allons procéder à leur étude selon la structure suivante :

Histoire de l'intelligence émotionnelle, la relation entre le quotient intellectuel (QI) et l'IE, les modèles les plus importants, l'intérêt pour les étudiants en soins infirmiers et les instruments de mesure et finalement l'outil de mesure choisi pour cette étude.

3.1. L'origine neurobiologique des émotions

Les capacités cognitives de la personne sont déterminées par le néocortex et la couche externe du cerveau. Cependant, dans le cas de l'IE, d'autres zones du cerveau sont impliquées, notamment l'amygdale qui est considéré comme un centre émotionnel. Cette zone émotionnelle est située dans la partie sous-corticale, la couche la plus profonde du cerveau, et peut influencer fortement le fonctionnement du néocortex et exercer une influence sur le processus de la pensée logique et rationnelle. Lorsqu'un sentiment impulsif succède à la pensée rationnelle, il intensifie l'activité de l'amygdale, dépositaire de la mémoire émotionnelle. Le mécanisme de transmission et de contrôle des émotions est dominé par le sous-cortex, et en particulier l'amygdale, avec la participation de certaines structures cérébrales et glandes qui transmettent des informations sous forme de signaux biochimiques vers le reste de l'organisme. Le cerveau émotionnel contient des neurotransmetteurs qui sont envoyés dans tout le corps lorsqu'une émotion est ressentie, pour lui indiquer la manière dont il doit réagir. Pour chaque réaction émotionnelle, le cerveau envoie ces substances chimiques à un système complexe de récepteurs répartis dans tout le corps (Shapiro & Tiscornia, 1997).

Le fonctionnement de l'amygdale et ses interactions avec le néocortex sont indispensables à l'IE (James Poon Teng Fatt, 2002). En effet, les émotions et les comportements sont le résultat de la réponse d'un individu à une interaction avec l'environnement.

À cet égard, les émotions peuvent être définies comme un ensemble d'interactions multiples entre des facteurs subjectifs et objectifs, transmises par des systèmes neuronaux et hormonaux qui peuvent donner lieu à des expériences affectives telles que des sentiments d'excitation, de satisfaction ou d'insatisfaction ; générer des processus cognitifs tels que la perception d'un affect positif, des évaluations et des processus de qualification ; produire des ajustements physiologiques. ..., et aboutir à un comportement qui est souvent, mais pas toujours, expressif, adaptatif et orienté vers un but (Kleinginna & Kleinginna, 1981, p.355).

Sur le plan anatomique, l'amygdale est le siège des émotions relatives à une expérience particulière. En effet, l'être humain fait des associations entre les émotions et les différentes expériences, ce qui conditionne ensuite sa capacité à prendre des décisions. Si une émotion est ressentie lors d'une expérience particulière, telle que l'anxiété ou la peur, elle est stockée en mémoire lors de la reproduction de cette même expérience. Les émotions provenant de l'amygdale sont parfois capables de prendre la place de la zone préfrontale (prise de décision exécutive) et de se substituer au raisonnement rationnel (intellect). Toutefois, la zone préfrontale peut reprendre le contrôle et neutralise les impulsions émotionnelles si la personne est consciente de ses émotions (Reeves, 2005).

Les émotions revêtent un caractère incontournable dans la mesure où elles fournissent des informations significatives susceptibles de modifier à leur tour l'attention et le raisonnement, de changer nos sensations physiques et de stimuler le comportement (Bechara, 2004). En effet, les émotions influencent les pensées et jouent un rôle clé dans la prise de décision, à tel point que certains auteurs les considèrent comme aussi importantes que la pensée rationnelle et intellectuelle dans la prise de décision et l'action (Cadman & Brewer, 2001).

Au regard du développement des émotions, Carr et al. (2003) ont souligné que la compréhension des sentiments d'autrui et le développement de relations empathiques exigent une représentation des actions dans le cerveau qui soient adaptées aux émotions observées par autrui. Par conséquent, notre aptitude à faire preuve d'empathie repose sur cette représentation d'actions qui sont associés aux émotions exprimées. Par exemple, lorsque nous regardons un film présentant une personne en danger, nous nous identifions à cette personne. Selon des études neurophysiologiques, la manifestation des sentiments émotionnels est impliquée dans l'activité des cellules nerveuses, appelées "neurones" (Neumann et al., 2009). Ces neurones peuvent maîtriser une certaine activité (par exemple, un comportement ou une émotion) dans le corps, et peuvent même être déclenchés si la même action est observée chez une autre personne.

Ce sont les "neurones miroirs", qui nous permettent de réagir spontanément et involontairement sans aucune réflexion. Ces neurones miroirs utilisent le répertoire neurobiologique de l'observateur pour lui faire ressentir ce qui arrive à la personne qu'il observe, par simulation interne, ce qui permet de comprendre les expériences des autres (Decety & Jackson, 2004 ; Hojat, 2012). Le fonctionnement des neurones miroirs est donc un prérequis essentiel au développement de l'empathie (Bauer et al., 2010). En revanche, la peur, la tension et le stress peuvent réduire considérablement le fonctionnement des neurones miroirs et donc la capacité à ressentir de l'empathie et donc à comprendre les autres. Ces aspects sont extrêmement importants pour un professionnel de santé et notamment pour les infirmiers en raison de l'interaction constante avec les patients susceptible de modifier notre cerveau émotionnel. L'observation d'émotions positives ou négatives peut influencer positivement ou négativement l'humeur d'une personne et, par conséquent, créer un sentiment de stress.

Dans la pratique clinique, les étudiants en soins infirmiers sont confrontés à la souffrance et à la mort et peuvent donc ressentir du stress. En effet, des études menées auprès de résidents américains en médecine (Rosen et al., 2006) montrent que l'empathie se dégrade

progressivement suite à des expériences de soins stressantes. En effet, la capacité à prendre conscience de nos émotions et à les réguler afin de les transmettre aux autres est d'une importance considérable, d'où le rôle important de l'intelligence émotionnelle. En effet, cette aptitude nous permet de connaître nos sentiments, les exprimer aux autres, observer et apprendre des réactions des autres face à nos sentiments (Shapiro & Tiscornia, 1997). La capacité d'identifier et de transmettre les émotions est une composante importante dans la stratégie de communication et constitue une dimension essentielle dans le contrôle des émotions. En outre, la compréhension des émotions des autres est une capacité tout aussi importante de l'empathie et de l'intelligence émotionnelle des individus, notamment pour le développement de relations satisfaisantes (Shapiro & Tiscornia, 1997).

La régulation consciente des émotions favorise le développement des compétences émotionnelles et intellectuelles (Shapiro & Tiscornia, 1997). En effet, une personne attentive aux émotions agréables et désagréables est capable de les exploiter et de les ajuster au moment opportun, grâce à sa capacité à réfléchir en toute conscience à ses propres réactions émotionnelles. Cette démarche inclut l'évaluation et la régulation des émotions (James Poon Teng Fatt, 2002). Ces paramètres sont essentiels pour la profession infirmière. En effet, dans une relation de soins, les comportements, les connaissances et les compétences de l'infirmière en matière de gestion des émotions sont fondamentaux pour apporter un soutien émotionnel, une communication efficace et des informations pertinentes aux patients (Liu et al., 2006).

Être émotionnellement intelligent implique donc la capacité de faire face aux situations stressantes, d'avoir confiance en soi, d'entretenir des relations satisfaisantes et de garder le contrôle de soi. Dans ce sens, Pines et al. (1981), décrivent une situation de soins comme une interaction sociale asymétrique, marquée par une relation souvent émotionnelle et de confiance, où un échec relationnel avec le patient est considéré comme une erreur professionnelle, plutôt qu'un problème lié aux moyens ou à la nature de la maladie.

Après avoir précisé l'origine des émotions, il semble pertinent, en raison de son importance dans notre étude, de procéder à l'approfondissement de la conception de l'intelligence émotionnelle.

3.2. Le contexte historique de l'intelligence émotionnelle

L'intelligence émotionnelle a reçu beaucoup d'attention depuis sa publication par Goleman en 1995. Dans un contexte historique, l'émotion et la cognition ont été reconnues comme des entités distinctes avec des niveaux d'importance variables selon les conceptions historiques et culturelles.

De son côté, Solomon (2000) décrit la philosophie grecque antique selon laquelle la raison était bien plus importante que l'émotion. Tandis que le mouvement Romantique considérait l'expression émotionnelle comme cruciale pour accéder à la cognition et la développer (Mayer et al, 2000). Le concept d'"intelligence émotionnelle" est apparu dans la littérature populaire depuis plus de cinquante ans. Van Ghent (1953) y recourt pour décrire les personnages d'Orgueil et préjugés de Jane Austen. Pourtant, dans la littérature académique, ce concept remonte aux années 1980.

De même, le concept d'IE a relancé le débat sur la question dans lequel on se demande si les émotions et la cognition peuvent être considérées comme deux éléments distincts et qui, le cas échéant, est le plus important pour la réussite sociale, scolaire et professionnelle.

L'intelligence peut être définie comme une aptitude à penser de manière plus abstraite, mais aussi à apprendre et à s'adapter à un environnement (Mayer et al, 2004). Binet a produit une mesure de l'intelligence qui a été présentée comme culturellement non biaisée (Fancher, 1985) et un facteur général, 'g', est utilisé pour représenter cette capacité générale.

L'intelligence peut être définie comme une capacité à penser de manière plus abstraite, mais également comme un moyen d'apprendre et de s'adapter à un environnement (Mayer et al,

2004). La mesure de l'intelligence produite par Binet a été considérée comme culturellement non biaisée et le facteur général "g" permet de représenter cette capacité générale (Fancher, 1985).

Le quotient intellectuel (QI) est un indicateur raisonnable des capacités dans diverses activités. Il est généralement admis que les personnes ayant un QI élevé réussissent mieux dans leur vie scolaire et professionnelle. En effet, les résultats de l'étude de Neisser et al (1996) montrent une corrélation très significative entre le QI et les résultats scolaires. Bien que les approches pédagogiques soient variées, la relation entre les résultats des tests de QI et la réussite scolaire semble être universellement acceptée. Toutefois, un nombre croissant de données suggère que le QI n'est pas nécessairement l'indicateur le plus fiable de la réussite (Goleman, 1995). De même, il semble que l'intelligence possède d'autres composantes que la composante purement cognitive du QI.

En 1983, Howard Gardner, l'un des théoriciens les plus réputés en matière d'intelligence émotionnelle, a proposé son modèle des "intelligences multiples" pour mettre en évidence la distinction entre les capacités intellectuelles et émotionnelles (Gardner, 1983). Ce dernier a proposé une liste de huit intelligences qui regroupent des capacités cognitives telles que : le raisonnement mathématique, les capacités verbales et spatiales, l'intelligence kinesthésique, l'intelligence naturaliste et l'intelligence musicale, ainsi que l'intelligence intrapersonnelle et interpersonnelle (dite aussi intelligence sociale). Il affirme que les intelligences existent sur la base de leur pertinence culturelle et de leur adéquation avec les structures du cerveau humain. Il suggère également des "intelligences personnelles" pour la gestion de soi et des relations.

Gardner propose que l'intelligence sociale soit composée de deux sortes d'intelligence dont l'intelligence interpersonnelle, qui se définit comme la capacité à comprendre les autres, leurs motivations, leurs émotions et leurs formes d'interaction, ainsi que l'intelligence intrapersonnelle, marquée par la faculté de comprendre ses propres sentiments et motivations.

Ces concepts tels que définis par Gardner peuvent être considérés comme des antécédents directs de ce que l'on qualifiera d'intelligence émotionnelle (Gardner, 1995).

Le concept d'IE a été décrit pour la première fois en 1990 par Salovey et Mayer, et trouve ses racines dans les recherches antérieures sur les "intelligences sociales" de Thorndike (1920). Cependant, sa diffusion mondiale provient du livre de Daniel Goleman (1996) intitulé "Emotional Intelligence". Pendant les deux dernières décennies, le concept d'IE a gagné une grande popularité, suscitant un intérêt considérable dans la société ainsi que dans les milieux professionnels et universitaires. Cet intérêt a conduit à l'émergence de nombreux modèles et de nombreuses propositions qui prennent en compte ce concept pour tenter d'expliquer le comportement humain dans différents contextes sociaux.

En dépit de l'importance que revêt l'IE, il a toujours été considéré que l'intelligence cognitive était le facteur le plus pertinent (et même parfois le seul) pour parvenir à la réussite scolaire et professionnelle, et que le QI était la principale mesure de cette intelligence. À cet égard, la majorité des établissements scolaires utilisent la moyenne générale et les notes des examens comme critères d'admission et indicateurs de la réussite scolaire.

Pourtant, les recherches menées depuis une dizaine d'années ont montré que cette intelligence cognitive ne représente que la moitié de l'équation de la réussite, que ce soit en milieu universitaire ou professionnel. Les capacités d'une personne à accomplir son travail sont fondamentales, mais c'est la façon dont le travail est effectué qui est déterminante. Ce " comment " est qualifié d'intelligence émotionnelle (Humphrey, 2002). Elle constitue l'autre partie de l'équation du succès, et c'est l'élément qui peut compter le plus dans le cheminement de carrière d'un individu (Reeves, 2005), et aussi dans les relations interpersonnelles (ou dans notre cas, des relations thérapeutiques).

Par conséquent, l'intelligence émotionnelle est un concept qui connaît un développement considérable dans les domaines universitaire, professionnel et de la santé. Sa pertinence en matière de compréhension des relations et de son efficacité dans différents contextes a commencé à être reconnue et appréciée (Beauvais et al., 2011).

Au cours des dernières années, plusieurs chercheurs se sont penchés sur certains aspects de l'IE. Ils ont suggéré que l'IE d'une personne pourrait être un meilleur indicateur de son rendement scolaire, professionnel et social que son intelligence cognitive (Reeves, 2005). Goleman (1996), a constaté que le contexte social de ces dix dernières années a été marqué par une croissance de la détresse émotionnelle, une augmentation des troubles de l'humeur comme la dépression et l'anxiété, une recrudescence des actes de violence à l'école et au sein de la famille, etc. Par ailleurs, l'IE est considérée comme une composante essentielle du succès et du développement des compétences. Nous considérons donc que l'étude de ce concept est d'une grande importance.

Chaque jour, nous interagissons avec d'autres personnes, établissant des relations et des liens émotionnels. L'IE joue donc un rôle fondamental dans la compréhension de nos propres sentiments et motivations, ainsi que de ceux des autres. L'esprit rationnel et l'esprit émotionnel travaillent ensemble pour atteindre un équilibre entre les deux. Selon Goleman (1996), l'émotion alimente et informe l'esprit rationnel, tandis que l'esprit rationnel fournit de l'énergie à l'esprit émotionnel pour ordonner le comportement des individus. De plus, l'esprit émotionnel s'appuie sur les sentiments, et les sentiments sont essentiels à la pensée, tout comme la pensée est essentielle aux sentiments. En effet, selon Goleman, l'étude des émotions est donc fondamentale pour comprendre la relation entre l'individu, son environnement et son intelligence émotionnelle et intellectuelle (Goleman, 1996).

3.3. L’intelligence émotionnelle par rapport à l'intelligence intellectuelle

En 1940, Wechsler a défini l'intelligence comme "la capacité globale ou cumulative d'un individu à agir de manière réfléchie, à penser rationnellement et à gérer efficacement son environnement". Cette définition faisait référence aux éléments "non intellectuels" de l'intelligence, tels que les facteurs émotionnels, personnels et sociaux. Selon Wechsler, ces composantes sont essentielles pour parvenir à réussir dans la vie. En effet, les capacités cognitives seules sont insuffisantes pour faire face aux difficultés interpersonnelles et intra-personnelles. Hunter et Hunter (1984) affirment que le QI ne représente que moins de 25% de la variance dans la prédiction de la performance professionnelle, suggérant la nécessité de recourir à une autre composante. Pour Sternberg (1995), ce pourcentage peut être aussi inférieur à 4%. En effet, Sternberg (1995) fait référence à la "connaissance tacite" et déclare que même si la connaissance tacite est indépendante des résultats des tests d'intelligence, elle est corrélée de manière significative avec divers indices de performance au travail. Ce constat démontre que le Q.I. à lui seul ne fournit pas suffisamment d'informations pour prédire la performance en milieu de travail.

L'étude de Snarey et Vallant (1985) a mis en évidence les limites du QI en tant qu'indicateur de réussite. Elle consistait en une enquête longitudinale étalée sur 40 ans menée auprès de 450 garçons ayant grandi dans la région de Sommerville, dans le Massachusetts. Selon les résultats de cette étude, Les chercheurs ont découvert que le QI était un faible indicateur du succès de ces garçons tant au travail que dans la vie personnelle. Les facteurs qui font la plus grande différence sont les compétences acquises pendant l'enfance, telles que la capacité à gérer la frustration, à contrôler les émotions et à interagir avec les autres (Snarey & Vaillant, 1985).

Selon une étude longitudinale portant sur quatre-vingts sujets en doctorat, les compétences sociales et émotionnelles étaient quatre fois plus importantes que le QI pour

déterminer la réussite de leur carrière (Feist & Barron, 1996). Ceci est cohérent avec la notion selon laquelle les mesures des capacités cognitives se distinguent de celles des compétences émotionnelles.

Selon Fernandez-Araoz (2001), les mesures du QI n'expliquent pas une grande partie de la variance des performances et des résultats professionnels et scolaires. Les compétences qui intègrent les capacités cognitives, émotionnelles et sociales sont beaucoup plus déterminantes. Le QI peut prédire certaines formes de réussite, telles que les résultats scolaires. Toutefois, les capacités intellectuelles sont trop complexes pour se résumer au QI. Il semble que la création d'une mesure alternative qui s'intéresse aux qualités qui ne sont pas prises en compte par les tests de QI constitue une avancée significative dans la mesure psychologique.

Goleman (1995) a soutenu de manière convaincante que l'IE est un meilleur indicateur de réussite que le QI. Cette affirmation a été confirmée par plusieurs recherches qui ont soutenu que l'IE pourrait être le meilleur indicateur de la réussite personnelle et professionnelle, redéfinissant ainsi la signification de l'intelligence (Mayer et al., 2001 ;Petrides & Furnham, 2003). Cette déclaration a donné lieu à de nombreuses réflexions et prétentions autour de l'IE. De plus, la littérature actuelle présente des affirmations sur l'intelligence émotionnelle, permettant aux chercheurs d'explorer le concept avec plus de pertinence et de rigueur.

Dans le domaine universitaire, il existe déjà suffisamment de preuves pour démontrer une corrélation positive entre les qualifications académiques et les compétences émotionnelles. Toutefois, étant donné la valeur que les entreprises et les établissements d'enseignement supérieur accordent aux qualifications universitaires en tant qu'indicateur de réussite, on pourrait s'attendre à ce que la corrélation soit plus significative. Selon Goleman (1995), 67% des aptitudes jugées essentielles pour une performance efficace relèvent des compétences émotionnelles. Cela représente deux fois plus que celles identifiées dans le QI. Cette affirmation a été soutenue par Sternberg (1995), qui a constaté que 75 à 96 % de la variance relative aux

"critères de la vie quotidienne", comme les performances dans le milieu professionnel, ne peut être expliquée par le QI. Steele (1995) a constaté que les qualifications académiques ne pouvaient justifier que 18% des paramètres liés aux notes obtenues. Cette constatation a été renforcée par Maas (1995) qui a avancé un pourcentage de 16%.

Le QI est un indicateur évident pour le succès des étudiants dans l'enseignement supérieur, même si cette mesure est moins significative que celle souhaitée par les établissements. En démontrant que l'IE peut également fournir un niveau de prédiction similaire, les procédures de sélection devront sans doute tenir compte des évaluations de l'IE. Dans cette perspective, les Forces aériennes américaines ont enregistré des économies annuelles de 3 millions de dollars sur les coûts de réduction des effectifs lorsqu'elles ont introduit dans leur processus de recrutement l'inventaire du quotient émotionnel Bar-On (Bar-On, 1997). McLelland (1999) a constaté que les cadres supérieurs d'une entreprise de production de boissons étaient plus enclins à garder leur poste pendant deux ans quand ils étaient recrutés sur la base de critères d'intelligence émotionnelle. Alors qu'auparavant un pourcentage de 50% du personnel avait abandonné l'entreprise dans les deux premières années, ce chiffre a été réduit à 6% grâce à l'introduction de l'IE dans le processus de sélection. Goleman (1998) a constaté que les représentants commerciaux avaient 90% plus de chances de réussir leur formation lorsqu'ils étaient embauchés sur la base de leurs compétences émotionnelles.

Mayer et al (2004) considèrent que l'IE est un concept qui apporte une contribution significative au QI, et soulignent que : L'intelligence émotionnelle (mesurée comme une aptitude) diffère des autres variables de personnalité et de l'intelligence communément mesurées. En effet, les personnes ayant une IE élevée sont susceptibles d'avoir plus facilement des relations sociales satisfaisantes, moins de stress et des interactions moins problématiques avec les autres. De même, les personnes dotées de ce type d'IE sont moins susceptibles d'abuser des drogues et de l'alcool (Mayer et al, 2004).

Mayer et al. (2004) ont précisé que la corrélation entre les résultats précités et les mesures du QI est peu convaincante, suggérant que les instruments de mesure de l'IE, même s'ils ne sont pas encore perfectionnés, évaluent un autre aspect que le QI. Les données générées par les instruments de mesure actuels de l'IE commencent à suggérer que l'IE mérite d'être exploré davantage et qu'il existe une distinction claire entre le concept de l'IE et le QI. Dans cette optique, il est jugé nécessaire de présenter les modèles théoriques les plus pertinents pour approfondir sa compréhension.

3.4. Les modèles théoriques de l'intelligence émotionnelle

Depuis le premier modèle théorique proposé par les pionniers de l'IE (Salovey & Mayer, 1990), de nombreux autres modèles sont rapportés par la littérature. Ces modèles se concentrent sur différents aspects considérés comme essentiels pour expliquer ce qu'est réellement l'IE.

Cependant, aujourd'hui, la différence la plus souvent établie entre les approches théoriques de l'IE réside dans la classification de l'IE en tant que trait de caractère et de l'IE en tant que habileté. Ces deux approches alternatives envisagent la nature de l'IE de manière différente. L’approche par les habiletés rapproche la définition de l'IE de celle des capacités cognitives classiques, alors que celle fondée sur les traits considère l'IE comme des dispositions liées aux émotions qui déterminent le comportement des personnes dans des situations émotionnelles. De plus, l'IE basée sur les habiletés est généralement associée à un contexte théorique plus rigoureux, alors que les modèles d'IE basés sur les traits ont été développés en réponse aux critiques concernant l'utilisation de mesures d'auto-évaluation pour évaluer les capacités émotionnelles. Comme l'affirme Mikolajczak (2009, p. 26), les modèles basés sur les habiletés sont " fondés sur la théorie et ensuite testés empiriquement ", tandis que les modèles basés sur les traits sont " fondés sur l'expérience et ensuite sur la théorie ".

À côté de ces deux approches, les modèles mixtes de l'IE incluent d'autres caractéristiques non cognitives telles que les aptitudes sociales, la motivation, l'estime de soi ou des aspects de la personnalité. Certains auteurs considèrent les traits de l'IE comme un modèle mixte, mais dans cette étude, les modèles mixtes sont considérés comme un groupe distinct de modèles d'IE qui définissent l'IE comme n'étant ni uniquement une capacité ni une disposition.

Il est également important de mentionner les modèles dits intégratifs de l'IE. Ces modèles ont été conçus comme une tentative de réconcilier et de combiner différentes approches théoriques (parfois contradictoires). Leur objectif est de trouver un terrain d'entente entre les différentes approches de l'IE et de compléter les aspects communs par les particularités importantes et inévitables de chaque modèle.

3.4.1. Les Modèles d'habilités de Mayer et Salovey

L'IE est conceptualisée comme un éventail de compétences relatives à la gestion et au traitement des émotions (Mayer & Salovey, 1997 ; Mayer et al., 2008). Dans ce sens, le modèle de Mayer et Salovey (1997), basé sur les habiletés de l'intelligence émotionnelle, constitue un excellent exemple. Suivant ce modèle, on considère l'IE comme une véritable intelligence qui repose sur la capacité d'utiliser et d'adapter les émotions, et ce, pour que la personne soit capable de résoudre ses problèmes et par conséquent puisse mieux s'adapter à son contexte (Garcia & Lopez-Zafra, 2009).

Dans cette perspective, le concept d'IE renvoie à quatre domaines (ou groupes d'aptitudes) organisés hiérarchiquement et considérés comme étant l'essence de l'IE : 1) la perception, des émotions, 2) l'utilisation des émotions, 3) la compréhension des émotions et 4) la gestion des émotions (Mayer et al., 2004 ; Mayer & Salovey, 1997).

Le premier domaine fait référence aux différences individuelles dans la perception et l'expression précises de ses propres émotions et de celles des autres, ainsi que dans la distinction d'une émotion par rapport à une autre. Le deuxième domaine, celle de l'utilisation des émotions, se concentre sur l'application des émotions et des informations émotionnelles pour aider le processus de réflexion et faciliter la pensée et l'action. En d'autres termes, les émotions doivent être utilisées ou générées pour améliorer la réflexion, la prise de décision ou la motivation. Le troisième domaine concerne la compréhension des origines des émotions, les relations entre les diverses émotions et la manière dont elles évoluent dans le temps. Enfin, la quatrième branche de l'IE comprend les capacités liées à la régulation des émotions négatives et au renforcement des émotions positives, de même que la capacité à gérer les émotions des autres.

Ces compétences respectent une certaine logique, partant des procédés psychologiques les plus basiques (les premiers) aux plus complexes ou aux plus intégrés (les derniers).

Ce modèle a donné lieu à un grand nombre de contributions et a généré une grande attention au sein de la communauté scientifique. Entre autres avantages, il possède un fondement théorique robuste et une bonne assise empirique dans les champs théoriques fondamentaux et appliqués (Fernández & Extremera, 2005).

Lors de l'élaboration de ce modèle, un grand nombre de mesures ont été conçues. On note, entre autres, les outils suivants, les plus reconnus pour leur utilisation et leur facilité d'application dans le contexte de la formation. Par ailleurs, d'autres mesures issues de ce même modèle seront présentées ultérieurement.

3.4.1.1. Les mesures d'auto-évaluation

L'échelle Trait Meta-Mood Scale (TMMS) (Salovey et al., 1995) est un instrument de 48 items conçu pour évaluer différents niveaux d'intelligence émotionnelle intra-personnelle perçue. L'échelle comporte trois composantes, dont 1) la conscience émotionnelle, ou la

capacité d'identifier ses propres émotions et celles des autres et de les utiliser de manière appropriée ; 2) la clarté des émotions, ou la capacité de comprendre ses propres émotions et celles des autres, ce qui permet de mieux analyser ses émotions ultérieures ; et 3) la correction émotionnelle, ou la capacité de contrôler ses propres émotions qui influent sur ses pensées. Il ressort des travaux de Salovey et al. (1995) que ce test présent des coefficients de cohérence interne satisfaisants (0,86, 0,87 et 0,82 respectivement). Sa capacité prédictive est excellente. Des corrélations ont été établies entre cette échelle et une meilleure satisfaction et qualité de vie, ainsi qu'une atténuation des symptômes d'anxiété de dépression et de rumination. En outre, deux versions plus courtes ont été développées par la suite, à savoir le TMMS-24 et le TMMS-12.

Schutte Self-Report Inventory (SRRI) (Schutte et al., 1998): inclut à la fois les aspects interpersonnels et intrapersonnels. Au départ, cette échelle comprenait 62 éléments, puis elle a été ramenée à 33, et comprend 4 facteurs notamment la perception des émotions, la gestion de ses propres émotions, la gestion des émotions des autres et l'utilisation des émotions. Les résultats de Ciarrochi et al. (2001) ont révélé des valeurs appréciables de cohérence interne (0,80, 0,78, 0,66 et 0,58 respectivement) avec une validité discriminante et prédictive élevée, du fait que leur pondération est associée à un meilleur équilibre émotionnel et de meilleures performances en matière de relations interpersonnelles et émotionnelles (Schutte et al., 2002).

3.4.1.2. Les mesures d'habileté

Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS) (Mayer et al., 1999) : Cette échelle est composée de 402 items conçus pour mesurer 4 domaines à savoir la perception, l'intégration, la compréhension et la régulation émotionnelle. Le coefficient de cohérence interne de la totalité de l'échelle a été établi à 0,95, le coefficient de consensualité à 0,77 et la valeur d'expertise à 0,62. De même, le coefficient de cohérence interne des différents facteurs varie entre 0,81 et 0,96. Dans le même temps, sur une période de deux semaines, la fiabilité test-retest de l'échelle

s'est avérée être de 0,75. En ce qui concerne la validité, cet instrument présente une bonne validité prédictive, il est corrélé positivement avec la satisfaction vis-à-vis de la vie, la stabilité des relations, un comportement social plus important et une meilleure empathie (Mayer et al., 1999 ; Mayer et al., 2000).

Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) dans ses différentes versions (1.1, 2.0) (Mayer et al., 1999 ; Mayer et al., 2001) respectivement : ce test est composé au total de 141 items répartis en quatre branches, avec huit sous-échelles, et permet de mesurer les compétences cognitives selon deux axes principaux, à savoir le domaine expérientiel et le domaine stratégique, lesquels sont regroupés en quatre facteurs principaux issus du modèle. Par conséquent, le domaine expérientiel est fondé sur la capacité à reconnaître les sentiments et les utiliser pour stimuler la réflexion. Quant au domaine stratégique, il concerne les tâches de raisonnement et la compréhension ainsi que la gestion des émotions. Par ailleurs, le domaine expérientiel présente une cohérence interne de 0,93 moyenne pour la ponctuation consensuelle et de 0,91 pour la notation experte. et ce, même dans les différentes sous-échelles. Il a également été constaté des indices de cohérence compris entre 0,91 et 0,76. Quant à la fiabilité test-retest, on constate une valeur de 0,86 pour l'ensemble de ce test sur une période de trois semaines. Le MSCEIT 2.0. possède une bonne validité discriminante comparée à d'autres instruments classiques (Mayer et al ., 2003) et une bonne validité prédictive, capable de prédire certains phénomènes tels que l'anxiété, la dépression, l'abus d'alcool et de drogues ainsi que la satisfaction des relations avec les pairs (Brackett & Salovey, 2006).

Pour des raisons pratiques et parce que les états émotionnels intrapersonnels sont difficiles à mesurer objectivement, certains auteurs ont choisi d'évaluer les différences individuelles en matière d'IE à l'aide de mesures d'auto-évaluation (Schutte et al., 1998). Il s'agit donc d'un point critique important dans le développement du concept d'IE. En particulier, il concerne les mesures fondées sur les auto-évaluations (qui étaient généralement utilisées pour

l'évaluation de la personnalité) afin de déterminer un construit conceptualisé comme une habileté. D'une certaine façon, ce point critique a contribué à déterminer la nature de l'IE et à sa définition, dans la mesure où cette idée a suscité une autre conceptualisation différente de l'IE, notamment celle fondée sur les traits.

3.4.2. Les Modèle de traits de Petrides et Furnham

Petrides et Furnham, peu après Mayer et Salovey, ont introduit la perspective fondée sur les traits de personnalité et ont défini l'IE comme un trait de caractère ou une disposition (Petrides et Furnham, 2001).

Selon cette perspective, l'IE représente une constellation d'auto-perceptions émotionnelles situées à un niveau hiérarchique inférieur à celui des traits de personnalité et incluent des facteurs tels que l'affirmation de soi et empathie (Petrides et al., 2007).

La conception basée sur les traits d'IE intègre les capacités perçues par l'individu à travers une structure de personnalité qui définit les éléments comprenant à la fois les dispositions comportementales et les compétences auto-perçues par l'individu, désignées sous le nom d'auto-efficacité émotionnelle qui peuvent être mesurées par auto-évaluation (Petrides, 2009).

Dans une tentative de développer une mesure complète de l'IE fondée sur les traits (Trait Emotional Intelligence Questionnaire - TEIQue), Petrides et Furnham (2001) ont recueilli et synthétisé de nombreux éléments provenant de modèles et théories de l'IE déjà existantes et ont élaboré un inventaire d'auto-évaluation qui comprend 153 éléments mesurant 15 dimensions regroupées en quatre facteurs ou domaines : sentiment de bien-être, maîtrise de soi, affectivité et sociabilité. Le tableau ci-dessous présente un résumé des explications associées à chacune des dimensions des traits.

Le tableau 2 : Trait d'intelligence émotionnelle de Petrides (2009)

Trait d'intelligence émotionnelle	
Dimensions des traits (Facette)	**Explications**
1. Adaptabilité	La souplesse et la volonté de s'adapter à de nouvelles situations.
2. Assertivité	La capacité de défendre ses propres droits.
3. L'évaluation des émotions	La capacité d'évaluer ses propres émotions et celles des autres.
4. L'expression des émotions	La capacité d'une personne à communiquer ses sentiments aux autres.
5. La gestion des émotions	La capacité d'influencer les sentiments des autres.
6. La perception des émotions	La capacité d'une personne à identifier clairement ses sentiments et ceux des autres.
7. La régulation des émotions	La capacité d'une personne à contrôler ses propres émotions.
8. Impulsivité	La capacité d'une personne à contrôler ses propres besoins.
9. Compétences relationnelles	La capacité d'une personne à entretenir des relations personnelles.
10. Estime de soi	La capacité à être sûr de soi.
11. Auto-motivation	La capacité à faire face aux défis.
12. Compétence sociale	La capacité à interagir avec les autres et à développer des compétences sociales.
13. Gestion du stress	La capacité d'une personne à faire face à la pression et à réguler le stress.
14. Trait d'empathie	La capacité d'une personne à s'adapter au point de vue d'une autre personne.
15. Trait de bonheur	la capacité d'une personne à être heureuse ou satisfaite de sa vie.
16. Trait d'optimisme	La capacité à voir le "bon côté de la vie".

Costa et McCrae (1992) ont révélé que l'IE est indépendante des capacités cognitives et qu'elle recoupe les "cinq aspects" de la personnalité, notamment le névrosisme, l'extraversion, l'ouverture, la sociabilité et la conscience.

Selon les recherches menées par Petrides et Furnham (2003), les personnes dotées de niveaux élevés d'IE sont plus sensibles aux stimuli à forte charge émotionnelle que les personnes à faible IE. La recherche est menée auprès de 15 étudiants avec un niveau d'IE élevée et 15 autres ayant un niveau d'IE faible. Les étudiants sont ensuite invités à remplir un inventaire sur leurs états d'esprit à trois occasions différentes. La première est une base de référence, avant le test. La deuxième est après que les étudiants aient vu un documentaire troublant sur la seconde guerre mondiale. La troisième occasion est après que les étudiants aient regardé des vidéos familiales humoristiques. Les élèves sont ensuite appelés à deux reprises pour passer les tests.

Les résultats montrent que les élèves à faible intelligence émotionnelle sont moins sensibles aux changements d'humeur pendant l'expérience que les élèves à forte intelligence émotionnelle (Petrides & Furnham, 2003). En d'autres termes, les élèves dotés d'une IE élevée sont plus susceptibles d'éprouver des changements d'humeur statistiquement significatifs (p. ex. dépression, colère, tension) pendant le test que les élèves dotés d'une IE faible. En effet, selon Petrides et Furnham, (2003), le TEIQue est capable de prédire des résultats beaucoup plus efficaces que d'autres questionnaires.

Cependant, de nombreuses études antérieures ont confirmé que divers instruments de mesure de l'IE traduisent et évaluent différentes caractéristiques du construit, confirmant ainsi la division entre l'IE fondée sur les traits et l'IE fondée sur les habiletés (Austin, 2010 ; Brackett et Mayer, 2003 ; Choi et Kluemper, 2012 ; Joseph et Newmann, 2010 ; Livingstone et Day, 2005). Ces études soulignent, dans une certaine mesure, que l'IE n'est pas un concept univoque et qu'il ne peut être défini de manière restrictive. C'est pourquoi, pour compenser certaines

insuffisances de l'IE fondée sur les habiletés et sur les traits, d'autres approches ont été proposées dans la littérature, notamment des modèles mixtes et intégratifs de l'IE.

3.4.3. Les Modèles mixtes de Goleman (1995, 1998) et Bar-On (1997, 2006)

Outre les modèles fondés sur les habiletés et les traits, certains modèles d'IE incluent d'autres caractéristiques psychologiques notamment les aptitudes sociales, la motivation ou les traits de personnalité. Ceci permet de prendre en compte les différences individuelles relatives au traitement des émotions et à la conscience émotionnelle. Ces modèles d'IE sont généralement qualifiés de modèles mixtes, et renvoient à la question de déterminer dans quelle mesure un modèle inclut uniquement des aptitudes cognitives ou comprend également d'autres caractéristiques non cognitives (Mayer et al., 2008). La conception la plus connue des modèles mixtes d'IE est celle du modèle de compétence émotionnelle de Goleman et du modèle d'intelligence émotionnelle et sociale de Bar-On.

Bar-On (1997) a défini l'IE comme " un ensemble de compétences et d'aptitudes personnelles, émotionnelles et sociales qui influencent la capacité d'un individu à réussir et à faire face aux exigences et aux pressions de l'environnement " (Bar-On, 1997, p14).

Le modèle de Bar-On (1997) a fondé sa conception sur le rapport entre les émotions et la pensée, notamment en ce qui concerne les exigences opérationnelles telles que la prise de décision sur le lieu de travail et la réussite dans la vie personnelle et professionnelle. Il a utilisé la notion de "quotient émotionnel" (QE) comme un équivalent du quotient intellectuel (QI).

Selon la définition de Bar-On (1997), le QE est lié aux traits et aux capacités associés au bien-être psychologique. Les traits sont des caractéristiques durables de la personnalité permettant aux individus de manifester leur comportement dans un certain nombre de circonstances et de contextes. Par exemple, sa notion d'adaptabilité aux défis environnementaux

grâce à des compétences "inter" et "intrapersonnelles" peut être attribuée aux domaines de la personnalité et des capacités (Murphy et al 2007).

Le modèle d'intelligence émotionnelle sociale (IES) de Bar-On a été développé, tout comme le modèle d'IE par les traits de Petrides et Furnham, pour soutenir un instrument de mesure de l'IE existant (Inventaire du quotient émotionnel - EQ-I). L'EQ-I a été l'une des premières mesures d'auto-évaluation de l'IE publiées. C'est également l'une des mesures les plus fréquemment utilisées (Bar-On, 2006). La version finale de cet instrument, conçu à l'origine comme une mesure du bien-être en 1000 points, contient 133 items, divisés en 15 sous-échelles et 5 facteurs d'ordre supérieur. Chacun de ces 5 méta-facteurs est constitué de diverses aptitudes, compétences et comportements interdépendants.

Le facteur intrapersonnel fait référence à la capacité de comprendre et d'être conscient de ses propres émotions et sentiments. Il comprend cinq sous-facteurs qui reflètent généralement la capacité d'une personne à percevoir, identifier et comprendre avec précision ses propres émotions, à exprimer efficacement ses propres sentiments, à atteindre ses objectifs personnels et à réaliser son potentiel. Ces sous-facteurs sont appelés estime de soi, conscience de ses émotions, affirmation de soi, indépendance et réalisation de soi.

Le facteur interpersonnel fait référence à la capacité de comprendre les émotions des autres et de nouer des relations satisfaisantes avec eux. Les trois sous-facteurs de cette variable comprennent l'empathie, la responsabilité sociale et les relations interpersonnelles.

Le facteur gestion du stress désigne la capacité à contrôler et à gérer les émotions. Plus précisément, elle recouvre à la fois les compétences nécessaires pour gérer efficacement ses émotions dans des circonstances stressantes (tolérance au stress) et la capacité à contrôler ses émotions et ses réactions comportementales (contrôle des impulsions).

Le domaine de l'adaptabilité est lié à la capacité de changer et de s'adapter à l'environnement (flexibilité), de résoudre des problèmes (résolution de problèmes) et de clarifier et comparer l'expérience interne avec la réalité objective (test de réalité).

Enfin, l'humeur générale reflète la capacité à générer une humeur positive et à être auto-motivé. Ce domaine comprend deux sous-facteurs : l'optimisme (avoir une attitude positive envers la vie) et le bonheur (être satisfait et heureux de sa vie en général) (Bar-On, 2006).

Le modèle d'IE de Bar-On est fortement influencé par la pratique clinique de l'auteur et son intérêt pour les déterminants du bien-être psychologique. L'idée initiale derrière le développement de l'EQi était de trouver les aptitudes, les compétences et les comportements qui sont censés avoir un impact sur la performance et le comportement humains (Bar-On, 2006). Par conséquent, ce modèle d'IE comprend à la fois des capacités émotionnelles typiques (comme la compréhension des émotions ou l'empathie) et des aspects de la personnalité (comme l'optimisme et le bonheur). En outre, il inclut des aspects qui ne relèvent pas exactement du domaine des émotions, comme la résolution de problèmes ou le test de réalité, tandis que certaines capacités émotionnelles typiques, comme la perception ou l'expression des émotions, sont absentes de ce modèle. Le tableau ci-dessous résume ces éléments.

Le tableau 3 : Le modèle mixte d'intelligence émotionnelle de Bar-On (1997)

Le modèle mixte		
Échelles	**Dimensions**	**Explications**
1. Intrapersonnel	L'estime de soi,	La capacité de percevoir et de comprendre soi-même.
	Conscience émotionnelle de soi	Prendre conscience de ses propres émotions
	Assertivité	La capacité d'exprimer des émotions.

	Indépendance	La capacité à être autonome et à ne pas être dépendant du soutien émotionnel des autres.
	Réalisation de soi	La capacité d'atteindre les objectifs et le potentiel
2. Interpersonnel	Empathie	Être conscient des sentiments des autres.
	Responsabilité sociale	La capacité d'établir des relations avec les autres de manière cohérente.
	Relations interpersonnelles	La capacité à établir des relations avec les autres en créant une relation mutuellement satisfaisante.
3. La gestion du stress	Résistance au stress	La capacité de gérer les émotions de manière constructive et efficace.
	Contrôle des impulsions	La capacité de contrôler ses propres impulsions
4. Adaptabilité	Contrôle de la réalité	La capacité de valider sa propre pensée par rapport à l'environnement extérieur.
	Flexibilité	La capacité à s'adapter à de nouvelles situations
	Résolution de problèmes	La capacité de résoudre des problèmes
5. L'humeur générale	Optimisme	La capacité de voir le bon côté de la vie
	Le bonheur	La satisfaction que nous ressentons.

Une autre approche mixte de l'IE largement connue est celle des compétences émotionnelles de Goleman. Dans un premier temps, Goleman s'est intéressé aux facteurs responsables de la réussite au travail et dans la vie en général. Il a donc tenté d'identifier les compétences qui déterminent la réussite d'un employé et la satisfaction d'une personne. en effet, Goleman s'est inspiré des travaux de Gardner sur les intelligences interpersonnelles et intrapersonnelles, de la conception de l'intelligence pratique de Sternberg et des capacités émotionnelles de Mayer et Salovey, pour affirmer qu'il existe des éléments autres que le QI qui influencent le développement personnel et professionnel des personnes et qui revêtent une importance pour la société en général (Goleman, 1995).

Dans sa première description du modèle de compétence émotionnelle, Goleman distingue 25 compétences réunies en 5 groupes, à savoir la conscience de soi, l'autorégulation, l'automotivation, l'empathie et les compétences sociales (Goleman, 1998). Après une étude approfondie visant à valider l'Emotional Competency Inventory (ECI), menée par Boyatzis, Goleman et Rhee (2000), le modèle a été réduit à une liste finale de 20 compétences regroupées en 4 domaines (Boyatzis et al., 2000 ; Goleman, 2001).

Le premier facteur concerne la conscience de soi et fait référence à la capacité de reconnaître de manière précise et ponctuelle ses propres émotions. Ce domaine comprend trois compétences à savoir la capacité à prendre conscience de ses émotions, à s'auto-évaluer avec précision et à avoir confiance en soi.

La gestion de soi intègre des compétences permettant de contrôler et de réguler les émotions négatives afin de surmonter les problèmes et les obstacles quotidiens. Des compétences telles que le contrôle des émotions, la fiabilité, la conscience professionnelle, l'adaptabilité, la volonté de réussir et l'initiative sont incluses dans ce domaine particulier.

Le troisième facteur de l'IE concerne la conscience sociale, qui reflète la capacité à comprendre les autres, leurs sentiments, leurs besoins et leurs attitudes. Ce domaine comprend l'empathie, la volonté de rendre service et la conscience organisationnelle.

Enfin, le facteur compétences sociales ou gestion des relations fait principalement référence à la capacité de réguler les émotions des autres et à la capacité de promouvoir de bonnes relations interpersonnelles. Les compétences incluses dans ce facteur de l'IE comprennent le développement des autres, l'influence, la communication, la gestion des conflits, le leadership visionnaire, la catalysation du changement, l'établissement de relations, le travail d'équipe et la collaboration. Le tableau ci-dessous résume ces facteurs (**Goleman (1998b, 2000**).

Le tableau 4 : Le Modèle d'intelligence émotionnelle de Goleman (1998b, 2000)

<table>
<tr><th>Goleman (1998b)</th><th colspan="3">Goleman (2000)</th></tr>
<tr><td>1. Conscience de soi</td><td>1. Conscience de soi</td><td>Reconnaissance</td><td rowspan="2">Compétences personnelles</td></tr>
<tr><td>2. Autorégulation</td><td>2. Autogestion</td><td>Régulation</td></tr>
<tr><td>3. Motivation</td><td>3. Conscience sociale</td><td>Reconnaissance</td><td rowspan="2">Compétences interpersonnelles</td></tr>
<tr><td>4. Empathie</td><td>4. Compétences sociales</td><td>Régulation</td></tr>
<tr><td>5. Compétences sociales</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

Tout comme le modèle des intelligences intrapersonnelles et interpersonnelles de Gardner, le modèle de Goleman établit une distinction claire entre les facteurs de compétence personnelle (soi) et sociale ainsi que les facteurs de conscience et de gestion. En effet, la prise de conscience renvoie à la reconnaissance ou à la connaissance et la gestion renvoie à la régulation et à la modification des émotions ou des situations émotionnelles.

Le modèle de Goleman ressemble au modèle de l'intelligence émotionnelle et sociale (IES) de Bar-On sous deux aspects bien précis. Tout d'abord, il inclut des aspects qui ne sont pas étroitement liés aux émotions et aux capacités émotionnelles, et qui reflètent la personnalité plutôt que la capacité, tels que la confiance en soi ou la volonté de réussir. Ensuite, Goleman, tout comme Bar-On, souligne que les compétences émotionnelles peuvent (et doivent) être apprises et développées. Enfin, Goleman souligne davantage l'importance de l'IE pour le développement personnel et professionnel et affirme que l'IE est encore plus important que le QI pour réussir dans la vie (Goleman, 1995).

3.4.4. Modèles intégratifs d'intelligence émotionnelle

Le débat sur la question de déterminer que l'IE soit considérée comme une compétence, un trait de caractère ou une combinaison entre compétences et traits de caractère perdure encore aujourd'hui. Les modèles fondés sur les habiletés ont été critiqués surtout pour les propriétés psychométriques de leurs mesures - faibles cohérences internes, structure factorielle et validité de construction. D'autre part, la critique des modèles d'IE fondés sur les traits porte davantage sur leur chevauchement avec les dimensions de la personnalité et leur manque de validité discriminatoire et différentielle (Mikolajczak, 2009 ; Petrides, Furnham & Frederickson, 2004). Dans un souci de concilier et d'intégrer l'approche de l'IE fondée sur les traits et les capacités, Mikolajczak et al. (2009) ont proposé un nouveau modèle d'IE, dit tripartite. Cependant, une définition formelle de l'IE (ou de la compétence émotionnelle comme ils l'appellent) n'est pas explicitement mentionnée.

Mikolajczak et al. (2009) soutiennent que les compétences émotionnelles renvoient aux " différences qui existent entre les individus au niveau de la façon dont ils identifient, expriment, comprennent, utilisent et régulent leurs propres émotions et celles des autres " (Mikolajczak et al., 2009, p. 7). Ce modèle distingue trois niveaux d'IE structurés de manière hiérarchique. Le premier fait référence aux connaissances, c'est-à-dire tout ce que les gens savent sur les

émotions et les capacités émotionnelles. Ces connaissances peuvent faire référence à toutes les capacités émotionnelles habituelles. Par exemple, la connaissance du mode d'identification des émotions (perception émotionnelle), ou des causes de certaines émotions (compréhension émotionnelle), ou des stratégies pour éviter les émotions négatives (régulation émotionnelle). Le deuxième niveau de l'IE fait référence aux capacités ou à ce que les personnes peuvent réaliser avec ces connaissances émotionnelles dans une situation émotionnelle spécifique. Dans ce cas, le problème ne consiste pas à savoir ce qu'une personne sait d'une certaine capacité émotionnelle, mais plutôt à savoir si elle est capable de l'appliquer dans une situation particulière lorsqu'on le lui demande explicitement. Enfin, le dernier niveau considère les traits ou dispositions émotionnels ou, en d'autres termes, ce que les gens font habituellement ou comment ils se comportent dans certaines situations émotionnelles (Mikolajczak, 2009 ; Mikolajczak et al, 2009). Ce dernier niveau fait référence à la volonté d'utiliser une ou plusieurs capacités émotionnelles particulières dans des circonstances exigeantes. Selon ce modèle, les niveaux inférieurs de l'IE n'impliquent pas nécessairement les niveaux supérieurs, tandis que le développement et la manifestation des niveaux supérieurs impliquent généralement les niveaux inférieurs. La contribution progressive du modèle tripartite ne se limite pas à la théorie, elle est également pratique. Sur le plan théorique, le modèle tente de concilier les perspectives contradictoires des habiletés et des traits.

D'autre part, la taxonomie de l'IE de Palmer et al. (2008) est un autre modèle qui a tenté de trouver un "point commun entre les mesures de l'IE". Ce modèle comprend des facteurs ou facettes communs des modèles d'IE les plus connus afin de créer une taxonomie complète. Il comprend cinq facteurs (Palmer et al, 2008) :

- Conscience et expression émotionnelles de soi : désigne les aptitudes avec lesquelles les personnes perçoivent, expriment et comprennent leurs propres émotions ;

- Conscience émotionnelle des autres : désigne les compétences qui servent à percevoir et à comprendre les émotions des autres ;
- Le raisonnement émotionnel : désigne l'utilisation adaptative des émotions pour aider la pensée ou le raisonnement ;
- Autogestion émotionnelle : désigne la capacité à réguler efficacement ses propres émotions ;
- Gestion des émotions des autres : désigne la capacité à réguler efficacement les émotions des autres.

Bien que les deux exemples précédents d'approches intégratives de l'IE soient principalement descriptifs, l'approche suivante se concentre sur les différences entre les individus dans leur manière de traiter les informations liées aux émotions.

De son coté, Fiori (2009) propose une approche à double processus et soutient que les processus automatiques de l'expérience émotionnelle doivent être pris en compte dans la théorie de l'IE. En se basant sur le modèle à quatre volets de Mayer et Salovey, Fiori suggère qu'en plus du traitement conscient de l'information relative aux émotions, les individus diffèrent quant aux processus de traitement automatique (inconscient, incontrôlable et involontaire) des émotions et que chaque capacité émotionnelle de Mayer et Salovey, comprend à la fois un traitement conscient et automatique (Fiori, 2009). Selon Fiori, les processus émotionnels peuvent être effectués consciemment et automatiquement et peuvent déterminer le comportement d'une personne de différentes manières. En utilisant l'exemple des connaissances déclaratives et procédurales, Fiori distingue le traitement conscient (comme la connaissance des règles et des principes généraux relatifs aux émotions) et le traitement automatique (comme l'exécution pratique de tâches liées aux émotions). Cette approche fondée sur les processus vise à expliquer les différences individuelles en matière d'IE en se concentrant sur les mécanismes qui les déterminent.

Enfin, le modèle en cascade de Joseph et Newman est une autre tentative d'intégrer les diverses approches de l'IE et de réunir les éléments des modèles des capacités et des traits. L'objectif principal de ce modèle était d'examiner les relations entre les différentes dimensions de l'IE, à savoir la perception, la compréhension, la régulation des émotions, les capacités cognitives, les traits de personnalité et la performance professionnelle, ainsi que d'intégrer ces différents aspects dans un modèle "fondé sur les processus" (Joseph & Newman, 2010). Afin de clarifier la controverse sur le chevauchement entre les capacités émotionnelles et cognitives d'une part, et les capacités émotionnelles et les traits de personnalité d'autre part, Joseph et Newman ont utilisé des données méta-analytiques pour établir leur relation séquentielle (et causale) entre les trois capacités émotionnelles. Selon le modèle en cascade, la perception émotionnelle précède la compréhension émotionnelle, et la compréhension émotionnelle précède la régulation émotionnelle. En outre, les auteurs ont montré que les capacités cognitives et les traits de personnalité sont des antécédents importants de ce "processus d'IE". Plus précisément, la capacité cognitive est liée à la compréhension émotionnelle et le caractère consciencieux est lié à la perception émotionnelle, tandis que la stabilité émotionnelle joue un rôle important dans la régulation émotionnelle. Joseph et Newman affirment qu'ils apportent une solution théorique et empirique confirmée à un débat bien connu sur le chevauchement de l'IE avec les capacités cognitives, les traits de personnalité et les performances professionnelles. Plus précisément, ils affirment que ce chevauchement dépend de la capacité émotionnelle en question.

Ce "modèle théorique de l'IE et du rendement au travail" n'apporte pas grand-chose en termes de conceptualisation théorique. Toutefois, il peut aider à clarifier ou à mieux définir la nature de l'IE. Plus précisément, le modèle propose une intégration "critériée" d'aptitudes émotionnelles habituelles, d'aptitudes cognitives et de traits de personnalité, organisés en un processus. En d'autres termes, c'est la première fois que l'IE est considérée comme un processus

dynamique plutôt que comme un ensemble de structures ou de capacités émotionnelles (semi) indépendantes. Le tableau ci-dessous résume des différents modèles intégratifs de l'IE.

Le tableau 5 : Les modèles intégratifs d'intelligence émotionnelle

Auteurs	Définition	Facteurs
Modèle tripartite (Mikolajczak, 2009 ; Mikolajczak et al., 2009)	les différences entre les individus dans la manière dont ils identifient, expriment, comprennent, utilisent et régulent leurs propres émotions et celles des autres.	1) Les connaissances émotionnelles 2) Les capacités émotionnelles 3) Dispositions émotionnelles
Taxonomie à cinq facteurs de l'IE (Palmer et al., 2008)	l'habileté avec laquelle une personne perçoit, exprime, raisonne et gère ses émotions et celles des autres.	1) conscience et expression des émotions 2) conscience émotionnelle des autres 3) raisonnement émotionnel 4) l'autogestion des émotions 5) gestion des émotions des autres
Cadre à double processus de l'IE (Fiori, 2009)	la capacité de traiter des informations émotionnelles par l'intermédiaire de compétences spécifiques.	Processus conscients et automatiques dans : La perception des émotions, L'utilisation des émotions pour faciliter la réflexion, La compréhension des émotions, La régulation des émotions.
Modèle en cascade de l'IE (Joseph & Newman, 2010)		1) perception, compréhension et régulation des émotions 2) capacités cognitives 3) conscience et stabilité émotionnelles 4) performances professionnelles

En résumé, la définition et la délimitation conceptuelle de l'IE suscitent encore de nombreux désaccords. Les différentes approches et modèles théoriques du concept présentent en effet des contradictions et mettent l'accent sur différents aspects jugés importants pour le définir. Il semble que cette situation renforce encore le désaccord sur la validité du concept d'IE. Alors que certains s'efforcent de prouver que l'IE est une forme d'intelligence et tentent de trouver ses racines dans d'autres modèles d'intelligence antérieurs. Certains chercheurs incluent d'autres caractéristiques non cognitives dans la définition de l'IE (comme la motivation ou les traits de personnalité) et la placent plutôt dans le domaine de la personnalité.

Vingt-cinq ans après la première définition du concept par Mayer et Salovey (Mayer et Salovey, 1990), les chercheurs sont loin de s'entendre sur la définition de l'IE. En effet, plus d'un siècle après le début des recherches scientifiques sur le concept, les chercheurs n'ont pas réussi à s'entendre sur ce qu'est l'intelligence (autre que la capacité de s'adapter avec souplesse à l'environnement) et sur la façon de la définir et de la mesurer (Sternberg et Detterman, 1986). En effet, lorsqu'on a demandé à plus de 20 chercheurs de définir l'intelligence, ils ont tous donné des définitions relativement différentes. Cependant, selon Sternberg et Detterman (1986) "ce serait une erreur de prendre le désaccord (sur l'intelligence) comme un indice révélant que nul ne sait de quoi il/elle parle. Au contraire, il nous semble qu'il s'agit d'une étape importante du processus scientifique dynamique qui est encore en phase de développement." Par conséquent, le débat sur la définition et la délimitation conceptuelle de l'IE se poursuivra très probablement tant qu'il y aura des chercheurs intéressés par le sujet.

Comme nous l'avons vu ci-dessus, les modèles fondés sur les traits et sur les capacités se distinguent principalement par le type de mesure utilisé pour évaluer les différences individuelles en matière d'IE. La différenciation entre les modèles fondés sur les habiletés et les modèles mixtes reflète des points de vue différents sur la nature du concept ou de la conceptualisation théorique de l'IE. D'autre part, les conceptualisations de l'IE de Goleman et

de Bar-On repose sur des critères, dans la mesure où ils ont été élaborés dans le but de trouver les déterminants de différents résultats. Plus précisément, la conceptualisation de Goleman est axée sur le lieu de travail (l'idée initiale était de détecter les aspects responsables des bonnes performances et de la réussite au travail), tandis que le modèle de Bar-On reflète un intérêt pour la recherche des facteurs responsables du bien-être et de la réussite dans la vie.

Chaque conceptualisation de l'IE provient de perspectives différentes. Néanmoins, si ces différentes perspectives peuvent contribuer à une meilleure compréhension du concept et à sa meilleure utilisation dans différents domaines de la vie, alors le débat sur l'IE sera un "différent fructueux".

Dans cette étude, le modèle d'intelligence émotionnelle de Mayer et Salovey sera utilisé comme fondement théorique qui prend en compte les quatre catégories de compétences interdépendantes jugées nécessaires à la pratique clinique en soins infirmiers. Cette recherche se concentrera sur les aptitudes que les individus possèdent par rapport à leurs propres compétences émotionnelles, telles que conçues par le modèle de Mayer et Salovey. Car celles-ci intègrent les aspects les plus importants qu'un individu cherche à optimiser pour se sentir heureux et satisfait. La capacité à reconnaître et à comprendre ses propres émotions et celles des autres permet de créer et d'entretenir des relations interpersonnelles mutuellementsatisfaisantes et responsables sans être dépendant de l'autre. Un étudiant en soins infirmiers doté d'une intelligence émotionnelle élevée sera plus susceptible d'être optimiste, flexible, réaliste et capable de s'adapter au stress de la vie quotidienne sans perdre le contrôle de ses émotions.

En d'autres termes, conformément au modèle de Mayer et Salovey, l'intelligence émotionnelle, associée à d'autres déterminants tels que les traits de personnalité et les capacités intellectuelles, contribue efficacement à aider l'individu à faire face aux pressions et aux exigences de l'environnement. Cette intelligence progresse avec le temps, évolue tout au long

de la vie et peut être développée par des formations, des programmes de remédiation ou des interventions thérapeutiques. Le modèle de Mayer et Salovey est de nature multifactorielle et s'intéresse davantage au potentiel de performance qu'à la performance elle-même.

3.4.5. L'evaluation de l'intelligence émotionnelle

Depuis l'apparition du concept d'IE, sa définition et son évaluation ont toujours été une question cruciale. Cependant, selon Zeidner et al. (2009), le progrès de la compréhension des concepts scientifiques dépend de la disponibilité des outils nécessaires à leur évaluation et à leur mesure.

Outre les tests susmentionnés et les formulaires les plus populaires, de nombreux tests ont été évalués empiriquement et ont donné des résultats prometteurs dans le domaine de l'évaluation de l'IE. Dans la littérature actuelle, l'évaluation de l'intelligence émotionnelle repose principalement sur deux groupes ou méthodes d'évaluation, à savoir les mesures d'auto-évaluation et les mesures des habiletés (ou des performances). À côté de celles-ci, des tests d'IE basés sur d'autres rapports (rapports de pairs) ont récemment fait l'objet de recherches. On estime que ces instruments de mesure peuvent être plus pertinents pour certains résultats et contextes et qu'ils doivent être étudiés plus avant (Choi & Kluemper, 2012 ; Van Rooy & Viswesvaran, 2004). En général, il existe des différences significatives entre les mesures d'auto-évaluation et les mesures d'aptitude. Zeidner et al. (2009) ont fourni un résumé utile des différences existantes entre les mesures d'auto-évaluation et les mesures d'aptitude :

Tableau 6. Différences entre les mesures d'intelligence émotionnelle basées sur l'aptitude (performance) et celles basées sur l'auto-évaluation (Zeidner et al., 2009, p. 63)

IE basée sur l'auto-évaluation	IE basée sur les habiletés
Performances typiques	Performance maximale
Évaluation interne des performances	Évaluation externe des performances
Le biais de réponse peut être important	Biais de réponse minime (ou nul)
Temps d'administration long, essais	Temps d'administration court, test simple et compliqué
Type de personnalité	Type de capacité

3.4.5.1. Mesures d'habiletés

Le premier groupe de moyens d'évaluation est composé de mesures que l'on appelle normalement des mesures des habiletés ou des performances. Ces instruments fondés sur les habiletés évaluent directement le niveau réel d'IE en résolvant des problèmes émotionnels particuliers, puis en notant la réponse de l'individu selon des critères de précision. Étant donné que l'expérience émotionnelle intrapersonnelle ne peut être évaluée et notée objectivement (Petrides et al., 2004 ; Pérez, Petrides & Furnham, 2005 ; Zeidner et al., 2009), de nombreux tests d'aptitude ont tenté de surmonter ces obstacles en utilisant la notation par consensus ou la notation par des experts (les évaluations d'experts dans le domaine des émotions sont utilisées comme critères de notation objectifs). C'est le cas du The Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS) et du MSCEIT, qui ont été décrits dans le modèle de Mayer et Salovey.

La majorité des mesures des habiletés se concentrent sur l'évaluation d'une seule compétence émotionnelle, comme la perception ou la compréhension des émotions. Par exemple, le Diagnostic Analysis of Nonverbal Accuracy 2 (Nowicki & Carton 1993 ; Baum & Nowicki 1998 ; Pitterman & Nowicki 2004) et le Brief Affect Recognition Test japonais et

caucasien (Matsumoto et al., 2000) évaluent uniquement la perception des émotions. Néanmoins, il existe des mesures qui tentent de donner une image plus complète de l'IE et d'évaluer une variété de capacités émotionnelles. Par exemple, le Test of Emotional Intelligence (TEMINT) (Blickle et al., 2011) comprend deux des quatre branches de Mayer et Salovey à savoir la perception des émotions et la compréhension des émotions.

Une autre mesure qui évalue la compréhension émotionnelle est le Situational Test of Emotional Understanding (STEU). Au même titre que le Situational Test of Emotional Management (STEM). Cette échelle fait partie des mesures d'aptitude les plus récentes développées par MacCann et Roberts (2008).

De surcroît, à côté des mesures d'aptitude qui évaluent directement l'IE, il existe des instruments de mesure destinés à évaluer des concepts étroitement liés à l'IE. Parmi celles qui sont les plus connues, citons l'échelle Levels of Emotional Awareness Scale (Lane et al., 1990) et le Emotional Knowledge Test d'Izard (Izard et al., 2001).

Le tableau 7 présente un résumé succinct de certains tests de mesure des habiletés les plus utilisés, en précisant leur contexte théorique et leur description sommaire des éléments de mesure.

Tableau 7. Résumé des mesures des habiletés (basées sur la performance)

Mesure	Auteurs	Contexte théorique	Description
The Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS)	Mayer, Salovey & Caruso, 1997	Le modèle à 4 branches de Mayer et Salovey	4 facteurs : -La perception émotionnelle ; -L'utilisation des émotions ; -La facilitation de la pensée ; -La gestion des émotions.
Mayer-Salovey-Caruso emotional	Mayer, Salovey & Caruso (2002)	Le modèle à 4 branches de Mayer et Salovey	4 facteurs : -La perception, l'évaluation et l'expression des l'émotion ;

intelligence test (MSCEIT)			-La facilitation émotionnelle de la pensée ; -Compréhension et analyse des informations émotionnelles ; -Régulation et gestion des émotions.
Test of Emotional Intelligence (TEMINT)	See Blickle et al., 2011)	Le modèle à 4 branches de Mayer et Salovey	Compétences en matière de raisonnement émotionnel (perception et évaluation des émotions)
Japanese and Caucasian Brief Affect Recognition Test (JACBART)	Matsumoto et al. (2000)	Pas de théorie particulière ; Influences : L'expression faciale et le comportement non verbal d'Ekman ; la théorie de l'expression émotionnelle de Darwin.	Capacité à reconnaître les émotions
Situational test of emotional understanding (STEU)	MacCann & Roberts, (2008)	La théorie de l'évaluation de Roseman	Compréhension émotionnelle
Situational Test Emotion Management (STEM)	Allen et al. (2015)	Paradigme du test de jugement situationnel (SJT)	Gestion des émotions
Level of Emotional Awareness Scale	Lane et al. (1990)	Organisation cognitive et développementale de	Comprendre les émotions (reconnaître et décrire les émotions chez soi et chez les autres)

(LEAS)		l'expérience émotionnelle	
Emotional knowledge test d'Izard (EKT)	Izard et al. (2001)	Le modèle de conscience émotionnelle d'Izard	Reconnaissances émotionnelles et étiquetage émotionnel

3.4.5.2. Les mesures mixtes d'auto-évaluation

Le deuxième groupe de mesures d'évaluation de l'IE comprend les échelles et les questionnaires d'auto-évaluation, dans la mesure où les chercheurs se concentrent souvent sur les perceptions personnelles auto-rapportées de l'intelligence émotionnelle des individus. Bien que certains auteurs soutiennent que les mesures fondées sur les auto-évaluations devraient être utilisées pour évaluer les traits de l'IE, un grand nombre d'entre eux ont tendance à mesurer l'IE comme une capacité cognitive (Pérez et al., 2005 ; Petrides & Furnham, 2001). Toutefois, selon Brackett et Mayer (2003), " si la perception de soi d'une personne est exacte, les données d'autodéclaration constituent une mesure précise " (p. 1147). En d'autres termes, il est admis que les personnes ont un aperçu suffisant de leur propre fonctionnement émotionnel (Zeidner et al., 2009), ce qui permet de considérer ces types de mesures comme valides.

Outre le EQ-i de Bar-On et le TEIQue de Petrides et Furnham, de nombreuses mesures d'auto-évaluation ont été développées et appliquées pour évaluer le niveau d'IE (trait ou habileté).

Ainsi, l'une des premières mesures de l'IE est la Trait Meta-Mood Scale - TMMS (Salovey et al., 1995), qui est fondée sur le premier modèle d'IE de Mayer et Salovey (Salovey & Mayer, 1990) et qui est conçue pour évaluer la connaissance que les personnes ont de leurs états émotionnels, ou leur estimation personnelle réfléchie de leurs expériences émotionnelles. Cette mesure est destinée à évaluer "les différences individuelles relativement stables dans la tendance des personnes à prêter attention à leurs humeurs et à leurs émotions, et à les distinguer

clairement et les réguler". (Salovey et al, 1995, p.127). Le TMMS est composé de 48 items regroupés en trois dimensions : l'attention émotionnelle, la clarté émotionnelle et la réparation émotionnelle.

Le Schutte Self Report Emotional Intelligence Test - SSEIT représente une autre mesure d'auto-évaluation de l'IE tout aussi populaire (Schutte et al., 1998). Tout comme le TMMS, il est également fondé sur un modèle antérieur de l'IE par Salovey et Mayer (1990) et a été utilisé pour évaluer un trait de caractère général de l'IE. L'échelle de 33 items est conçue pour évaluer trois aspects de l'IE conceptualisés dans le premier modèle de Mayer et Salovey : l'évaluation et l'expression des émotions, la régulation des émotions et l'utilisation des émotions.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le questionnaire TEIQue de Petrides (2009) est fondé exclusivement sur la théorie des traits de l'IE et a été élaboré pour appuyer cette théorie et opérationnaliser l'IE tel que défini par Petrides et Furnham (2003). Dans sa version complète, le TEIQue comprend 153 questions et fournit des scores sur 15 sous-échelles, 4 facteurs et un score global d'IE. En outre, il existe plusieurs formes de cet instrument (forme courte - TEIQue, forme adolescente – TEIQue forme enfant - TEIQue forme 360° (Petrides, 2009).

Un des instruments les plus populaires dans le domaine de la gestion des ressources humaines est le Emotional Competence Inventory (ECI) de Goleman (Boyatzis et al., 1999). Comme nous l'avons déjà mentionné, il se compose de 20 dimensions, appelées compétences, regroupées en quatre domaines : conscience de soi, gestion de soi, conscience sociale et compétences sociales. Le Questionnaire d'intelligence émotionnelle de Dulewicz et Higgs (1999) est également basé sur le modèle de compétences de Goleman et comporte 69 items organisés en sept domaines.

En parallèle au modèle de Goleman, plusieurs instruments ont été basés sur le modèle à quatre branches de Mayer et Salovey. Par exemple, Tett et al. (2005) ont développé une mesure d'auto-évaluation de 10 facteurs liés à l'IE de Mayer et Salovey. Leur enquête sur l'intelligence émotionnelle (EIS) comprend 12 items par dimension et a révélé de bonnes propriétés psychométriques (Tett et al., 2005). Jordan et al. (2002) ont développé un Work Group Emotional Intelligence Profile (WEIP) de 27 items qui utilise une échelle de type Likert à 7 points pour évaluer le niveau d'IE des individus dans les équipes, fondé sur le modèle d'IE de Mayer et Salovey, et comprend deux dimensions : la capacité à gérer ses propres émotions et la capacité à gérer les émotions des autres.

En revanche, l'échelle d'auto-évaluation de l'IE la plus utilisée et la plus fréquemment traduite aujourd'hui est certainement l'échelle de Wong et Law, (2002) (WLEIS). Ses propriétés psychométriques semblent être meilleures que celles des mesures d'IE mentionnées précédemment.

Ce questionnaire auto-administré, basé sur la conceptualisation de Mayer et al. (2008), comprend quatre dimensions : comprendre ses propres émotions, percevoir et comprendre les émotions des autres, réguler ses émotions et utiliser ses émotions. En raison de son format court et facile à utiliser, ainsi que de son solide ancrage théorique dans les principes de la théorie des habiletés de l'IE, ce questionnaire est très apprécié par les chercheurs. Les preuves empiriques de sa structure factorielle sont donc très encourageantes. De nombreux auteurs attestent de sa forte validité factorielle.

La validité de construction a montré une conformité de critère pour la satisfaction au travail (r= .40), la performance au travail (r = .21), et la performance à la tâche évaluée par les pairs (r = .27) (Hui-Hua & Schutte, 2015 ; Wong & Law, 2002). Ainsi qu'une validité discriminatoire pour la personnalité (Wong & Law, 2002) et une équivalence entre les évaluations par les pairs et les auto-évaluations (Joseph & Newman, 2010b).

Dans le domaine des soins infirmiers, une étude de BitmiŞ et Ergeneli (2013) a examiné auprès d'un échantillon d'infirmiers en Turquie la validité de construction du WLEIS et a confirmé une fiabilité et une validité discriminatoire élevées de l'échelle. De fait, l'utilisation du questionnaire WLEIS dans l'évaluation de l'IE des étudiants en soins infirmiers est donc un choix pertinent.

Le tableau 8 présente une synthèse sommaire des instruments de mesure d'auto-évaluation les plus couramment appliqués, ainsi que leur contexte théorique et un résumé des éléments à évaluer.

Tableau 8. Résumé des mesures d'auto-évaluation

Mesure	**Auteurs**	**Contexte théorique**	**Description**
BarOn Emotional Quotient Inventory (EQ-i)	Bar-On, (1997) Bar-On, (2006)	Bar-On´s model of emotional-social intelligence (ESI)	15 sous-échelles et 5 facteurs d'ordre supérieur : -Intrapersonnel ; -Interpersonnel adaptation ; -Gestion du stress ; -Humeur générale.
Trait MetaMood Scale (TMMS)	Salovey et al. (1995)	Salovey and Mayer (1990) model of EI	**3** dimensions : -Attention émotionnelle ; -Clarté émotionnelle ; -Réparation émotionnelle.
The Schutte Self Report Emotional Intelligence Test (SSEIT)	Schutte et al. (1998)	Salovey and Mayer (1990) model of EI	**3** dimensions de l'IE : -Evaluation et l'expression des émotions ; -Régulation des émotions ; -Utilisation des émotions.
Trait Emotional Intelligence Questionnaire	Petrides & Furnham, (2009)	Trait EI theory (Petrides et al. 2004)	Trait global EI a **4** facteurs : -Bien-être ;

(TEIQue) (short form - TEIQue-SF, adolescent form – TEIQue-AF, children form – TEIQue-CF, 360° form - TEIQue-360)			-Compétences en matière de maîtrise de soi ; -Compétences émotionnelles ; -Compétences sociales.
The Work Group Emotional Intelligence Profile (WEIP)	Peter J. Jordan, et al., (2002)	Mayer & Salovey´s EI model (1997)	**2** dimensions : -Capacité à gérer ses propres émotions ; -Capacité à gérer les émotions des autres.
Wong's Emotional Intelligence Scale (WEIS)	Wong & Law, 2002	Mayer & Salovey´s EI model (1997)	**4** dimensions : -Evaluation de ses propres émotions ; -Evaluation des émotions des des autres ; -Utilisation des émotions ; -Régulation des émotions.

Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre précédent, les étudiants en soins infirmiers sont soumis à de fortes pressions et exigences pendant les stages cliniques. Cette situation contribue à des niveaux de stress élevés par rapport à la population générale. Or, certains déterminants psychologiques ont une influence significative sur la gestion des situations stressantes, notamment une intelligence émotionnelle. Par conséquent, le prochain chapitre explorera la relation entre l'IE et le stress chez les étudiants en soins infirmiers.

Chapitre IV : Stress en milieu clinique et intelligence émotionnelle chez les étudiants en soins infirmiers

Depuis ses premières conceptualisations dans la littérature scientifique, l'IE a été associé à de diverses réactions cognitives, comportementales et affectives. Parmi les premiers auteurs à mentionner le potentiel de l'IE, on trouve notamment Mayer et Salovey. Ainsi, ils établissent, dans leurs premiers travaux consacrés à l'IE, un rapport avec la capacité de résistance et de gestion du stress. Ils stipulent que les individus doués d'IE se montrent souvent bienveillants et satisfaits, tandis que ceux qui ont une IE faible risquent de se déprimer et parfois même de menacer de suicide (Salovey & Mayer, 1990, p. 201). De même, ces auteurs ajoutent que l'IE peut apporter des effets bénéfiques aux individus et à leur environnement social. En effet, les gens qui ont un niveau élevé d'IE prêtent une grande attention à leurs émotions dans les situations conflictuelles, les comprennent, les utilisent et les contrôlent. Ces habiletés remplissent une fonction adaptative bénéfique pour eux-mêmes et pour les autres " (p. 503).

Dans une tentative de validation de ce concept dans le domaine de la formation en soins infirmiers au Maroc, il est apparu pertinent d'explorer les liens entre l'IE et les différents aspects du stress chez les étudiants en milieu clinique. Ce chapitre présente les relations entre l'IE et le bien-être physique et mental, les relations sociales, les compétences cliniques, la perception du stress et les processus par lesquels l'IE agit pour contrôler les émotions.

4.1. L'importance de l'intelligence émotionnelle dans la formation en soins infirmiers

4.1.1. Intelligence émotionnelle et le bien-être physique et mental

Il a été mis en évidence par certaines études que les étudiants les plus compétents sur le plan émotionnel expriment le plus souvent un sentiment de satisfaction et de bonheur envers leur vie (Aradilla-Herrero et al., 2014b ; Carvalho et al., 2018 ; Ruiz-Aranda et al., 2014).

De même, le taux de stress, d'anxiété et de dépression de ces étudiants sont plus faibles et ils sont également moins exposés aux risques d'épuisement psychologique (Aradilla-Herrero et al., 2014b ; Carvalho et al., 2018 ; Dugué et al., 2018 ; Foster et al., 2018 ; Lewis et al., 2017 ; Ruiz-Aranda et al., 2014 ; Zhang et al., 2016). En outre, ces étudiants disposent d'une meilleure santé et affichent de meilleurs niveaux de bien-être (Dugué et al., 2018 ; Montes-Berges & Augusto Landa et al., 2009 ; Por et al., 2011 ; Ruiz-Aranda et al., 2014). En effet, selon une étude menée auprès de 275 étudiants espagnols inscrits à un programme de formation en soins infirmiers, ceux dont le niveau d'IE est plus élevé sont moins enclins à la consommation d'alcool et aux relations sexuelles non protégées tout en ayant des habitudes alimentaires plus équilibrées (Lana et al., 2015). Ces étudiants se montrent enfin moins susceptibles d'avoir des idées ou des comportements suicidaires (Aradilla-Herrero et al., 2014 b). Par conséquent, l'IE pourrait avoir un effet protecteur contre le stress pour les étudiants en soins infirmiers.

Diverses recherches indiquent que certains traits de personnalité sont liés au niveau d'IE (Augusto Landa et al., 2009 ; Dugué et al., 2018). En effet, il ressort des résultats obtenus par Dugué et al. (2018) que le caractère névrotique est un facteur explicatif du stress important chez les étudiants (Dugué et al., 2018) . Quant aux recherches d'Augusto Landa et al. (2009), les étudiants affichant un trait d'extraversion avancé sont dotés de plus de compétences émotionnelles que ceux présentant un trait de névrosisme élevé. La formation en milieu clinique génère des mises en situation qui impliquent, entre autres, de faire face à la mort et à des états anxiogènes. En effet, selon les résultats de certaines études, les étudiants dont l'IE est faible manifestent des niveaux élevés d'anxiété face à ce type de situations (Aradilla-Herrero et al., 2012 ; Aradilla-Herrero et al., 2014b). Par ailleurs, le niveau de confiance en soi est aussi corrélé avec celui de l'anxiété face à la mort et le niveau d'IE (Aradilla-Herrero et al., 2014b).

Il est établi que le caractère névrotique, anxieux et une faible estime de soi sont corrélés au niveau d'IE (Aradilla-Herrero et al., 2012 ; Aradilla-Herrero et al., 2014b ; Augusto Landa,

2009 ; Dugué et al., 2018). Par conséquent, l'identification précoce des étudiants présentant de telles spécificités au début de la formation peut être très utile, afin de leur apporter un soutien spécifique visant à prévenir les risques potentiels liés à ces traits émotionnels et, de fait, à leur permettre de réussir leur formation et de développer les compétences nécessaires.

4.1.2. Intelligence émotionnelle et les rapports sociaux

Il a été constaté à plusieurs reprises une relation entre l'IE et les relations sociales. Conformément aux études de Di Lorenzo et al. (2019) et Hajibabaee et al. (2018), l'IE suscite des relations interpersonnelles à la fois gratifiantes et satisfaisantes et témoigne également d'un comportement empathique. Dans le contexte clinique, les étudiants en soins infirmiers doués d'IE, construisent de meilleures relations avec leurs patients et leurs familles et parviennent à mieux gérer leurs émotions dans les relations tendues et conflictuelles (Hajibabaee et al., 2018). Cela développe également un sentiment et un comportement d'auto-compassion chez l'étudiant, le rendant plus apte à être attentif à ses émotions perçues (Senyuva et al., 2014). Ainsi, et grâce à cette attention émotionnelle, la communication sera plus efficace avec les patients et leurs familles lors d'une relation de soins (Senuyva et al., 2014). Dans cette optique, Kong et al. (2016) ont établi une corrélation positive entre l'IE et la communication en situation clinique (Kong et al., 2016). Cela implique notamment que les étudiants dotés de l'IE sont capables de transmettre plus efficacement les informations au patient et d'avoir une meilleure relation avec lui (Kong et al., 2016).

Le niveau d'IE influence également les habiletés des étudiants à maîtriser les situations problématiques et conflictuelles, notamment avec leurs encadrants et leurs enseignants (Chan et al., 2014 ; McCloughen & Foster, 2018). En effet, sur le plan relationnel, les étudiants vont adopter des comportements et des attitudes intelligents en termes de compromis, de respect des règles, de contrôle des émotions et leur expression appropriée (Chan et al., 2014 ; McCloughen & Foster, 2018). Au contraire, lorsque leur niveau d'IE est faible, ils préféreront adopter des

comportements alternatifs, notamment des comportements d'évitement, face aux confrontations avec leurs superviseurs (Chan et al., 2014).

4.1.3. L’intelligence émotionnelle et les compétences cliniques

Les études publiées rapportent très fréquemment l'influence de l'IE sur les résultats des étudiants. En effet, selon les conclusions de plusieurs études, l'IE est associée à une amélioration de la productivité et de la performance clinique (Beauvais et al., 2011 ; Cleary et al, 2018 ; Culha & Acaroglu, 2018 ; Kim & Shin, 2021 ; Marvos & Hale, 2015 ; Li et al., 2015 ; Por et al., 2011 ; Sánchez Expósito et al., 2018). Par ailleurs, le renforcement des compétences émotionnelles des étudiants contribue à une meilleure prise en charge des patients.

La gestion et la prise de conscience par les étudiants de leurs propres émotions et de celles des patients se traduisent par une prise en charge plus individualisée, plus éthique et plus professionnelle (Culha & Acaroglu, 2018), et leurs prestations cliniques sont en outre plus satisfaisantes (Marvos & Hale, 2015 ; Sánchez Expósito et al, 2018).

En outre, il a été démontré que l'IE est très efficace chez les étudiants en soins infirmiers pour faire face aux défis du travail clinique (Li et al., 2015). Par conséquent, les étudiants qui se concentrent davantage sur la résolution du problème et des besoins des patients par le biais de stratégies de soins et d'une communication sincère et ouverte de leurs émotions, sont capables de mieux gérer leurs émotions et celles des patients, ce qui leur permet d'économiser du temps et de l'énergie et d'aboutir à une satisfaction personnelle (Alconero-Camarero et al., 2018 ; Kim & Shin, 2021).

Il est estimé que la pensée critique et réflexive représente une dimension essentielle du rendement clinique, puisqu'elle permet de réaliser et de mettre en œuvre un ensemble cohérent de pratiques infirmières reposant sur des résultats scientifiques, améliorant ainsi la qualité des soins dispensés aux patients (Rubenfield & Schefer, 1999). En effet, la relation entre l'IE et

cette dimension a été établie par quatre études (Hasanpour et al., 2018 ; Kaya et al., 2017 ; Kaya et al., 2018 ; Kim & Shin, 2021). Toutefois, les conclusions de ces recherches soulèvent des controverses. Les résultats de deux d'entre elles ne présentent pas de différence significative entre l'IE et la pensée critique (Hasanpour et al., 2018 ; Kaya et al., 2018), alors que les deux autres études concluent que les étudiants ayant un niveau élevé de pensée critique et réflexive présentent un meilleur niveau d'IE et que celui-ci évolue favorablement au cours du temps (Kaya et al., 2017 ; Kim & Shin, 2021). De prochaines études sont nécessaires pour déterminer les liens entre ces deux dimensions.

Il semble également que l'IE soit corrélée à la réussite scolaire. En effet, de nombreuses études montrent que les étudiants qui gèrent mieux leurs émotions obtiennent de meilleurs résultats scolaires (Beauvais, et al., 2014 ; Codier & Odell, 2014 ; Fernandez et al., 2012 ; Foster et al., 2017 ; Por et al., 2011 ; Sharon & Grinberg, 2018 ; Shanta & Gargiulo, 2014) tandis qu'une seule étude ne trouve aucun effet significatif (Stenhouse et al., 2016). En effet, la corrélation entre les stratégies d'adaptation actives, telles que le recours à la résolution de problèmes et à l'expression émotionnelle, ainsi que la satisfaction à l'égard du système d'apprentissage, sont des déterminants significatifs de l'IE (Alconero-Camarero et al., 2018 ; Por et al., 2011). De plus, les étudiants de cette catégorie font preuve de plus de persistance au cours de leur apprentissage que ceux qui ont un IE plus faible, ce qui expose ces derniers au risque de quitter le programme de formation (Cleary et al., 2018 ; Marvos & Hale, 2015). De plus, ce déficit de gestion du stress peut également engendrer des conséquences néfastes sur la santé des étudiants.

4.1.4. L’intelligence émotionnelle et la gestion de stress perçu

Les émotions font partie intégrante de la profession d'infirmier et des futurs infirmiers et occupent une place centrale dans la relation soignant/soigné (Karimi et al., 2014 ; Loriol, 2003).

Toutefois, la formation clinique en soins infirmiers est principalement axée sur les approches techniques et n'aborde pas cette composante impliquant les émotions (Reeve et al., 2013). Le développement des habiletés intrapersonnelles et interpersonnelles comme celles de gérer, reconnaître ou exprimer les émotions sont pourtant essentielles et contribuent à la satisfaction au travail (Dugué et al., 2018 ; Montes-Berges & Augusto, 2007 ; Por et al., 2011 ; Ruiz-Aranda et al., 2014b). Dès lors, et compte tenu des contraintes inhérentes à cette profession, il est nécessaire de faire preuve d'un haut niveau d'IE. De ce fait, il nous semble évident que ce type d'acquisition est susceptible de trouver pleinement sa place dans la formation infirmière dans un but de mieux préparer les étudiants à les appréhender et les développer.

Selon la confirmation de Dugué et al. (2018), la problématique du stress chez les étudiants en soins infirmiers revêt une importance particulière, car ces derniers doivent non seulement satisfaire aux exigences des cours théoriques, mais également obtenir des compétences cliniques appliquées pour mieux répondre aux besoins du patient dans le futur. En effet, la consommation de drogues et d'alcool, ainsi que l'anxiété, les états dépressifs et la qualité des soins dispensés aux patients résultent directement de la survenue d'états de stress parmi les étudiants (Dugué et al., 2018). Dans cette perspective, plusieurs études mettent en évidence l'effet modérateur de l'IE sur le stress. Par exemple, une étude menée auprès de 221 étudiants en soins infirmiers montre que l'IE est négativement corrélée à la détresse émotionnelle et réduit les niveaux de stress et d'épuisement chez les étudiants et les infirmiers (Kong et al., 2016). Par conséquent, de tels résultats indiquent que l'amélioration des niveaux d'IE peut atténuer la volonté de quitter son poste de travail en réduisant l'effet du stress émotionnel relatif à l'épuisement professionnel (Kong et al., 2016). Les mêmes résultats ont également été constatés par Karimi et al. (2014). D'autres enquêtes suggèrent que les étudiants en soins infirmiers ayant une compétence émotionnelle plus élevée ressentent moins de stress pendant le stage clinique,

ce qui entraîne une plus grande satisfaction (Karimi et al., 2014 ; Mikolajczak et al., 2007a ; Mikolajczak et al., 2007b).

Dans ce contexte, certains auteurs affirment que les étudiants ayant des niveaux élevés d'IE au cours de leur formation clinique en soins infirmiers ont la possibilité d'identifier leur niveau de stress personnel et sont encouragés à faire preuve d'un professionnalisme qui se poursuivra tout au long de leur carrière (Karimi et al ,2014). Gerits et al. (2005) ont examiné le stress professionnel et sa relation avec l'IE chez 380 infirmiers aux Pays-Bas exerçant auprès de personnes présentant des difficultés d'apprentissage et des troubles sévères du comportement. Ils ont constaté que les sujets présentant une IE élevée étaient très satisfaits, alors que ceux ayant un faible score d'IE présentaient des symptômes de stress professionnel. Par ailleurs, les auteurs ont également observé que des habiletés sociales de niveau élevé jouaient également un rôle protecteur contre l'épuisement professionnel, ce qui confirme la relation prédictive entre l'IE et le stress en milieu de travail. En effet, le personnel infirmier disposant d'un IE élevé demandera moins d'efforts pour évoquer des situations émotionnelles positives et éviter les situations émotionnelles à risque (Mikolajczak, et al., 2007a).

il a été démontré que les compétences émotionnelles modèrent de manière significative les réponses neuroendocriniennes associées aux émotions, réduisant ainsi les effets négatifs sur la santé des personnes (Mikolajczak et al., 2007b). En effet, les infirmiers émotionnellement intelligents auront plus de facilité à influencer les émotions des patients, induisant chez eux un état émotionnel positif. Ce qui limite les risques de conflit et par conséquent de dissonance émotionnelle (Mikolajczak et al., 2007a).

Carvalho et al. (2016) ont mené une étude auprès de 303 étudiants en soins de santé en Espagne dont des étudiants en médecine (4e année), en physiothérapie (1re et 2e année) et en soins infirmiers (1-3e année), afin d'évaluer l'IE et sa relation avec d'autres variables,

notamment le stress et la satisfaction. le test "Wong and Law Emotional Intelligence Scale" a été utilisé pour mesurer de l'IE (Carvalho et al., 2016).

Les résultats obtenus ont montré que certaines dimensions de l'IE, notamment la perception des émotions d'autrui et l'utilisation des émotions, étaient capables de prédire un état de satisfaction général chez ces étudiants. Ce constat pourrait s'expliquer à partir de certaines hypothèses de la théorie de l`auto-détermination, qui soutient l'existence de plusieurs facteurs psychologiques fondamentaux qui participent à un mode de vie sain et optimal (Carvalho et al., 2016). Parmi ces facteurs, ils soulignent le sentiment de solidarité, à savoir la capacité à assimiler et à intégrer ses propres valeurs à celles de la communauté.

Les auteurs soulignent que ce sentiment pourrait expliquer le rôle important de la perception des émotions des autres sur la satisfaction personnelle (Carvalho et al., 2016). D'autres facteurs psychologiques de base, tels que la compétence et l'autonomie, pourraient également expliquer l'effet prédictif de l'utilisation des émotions sur la satisfaction. En outre, les auteurs ont constaté que la capacité à appréhender ses propres émotions était la seule et unique compétence d'IE liée à l'épuisement professionnel en milieu clinique.

Au Royaume-Uni, conformément à une étude de Por et al. (2011), qui a pour but de déterminer l'IE et sa relation avec le stress perçu, les stratégies d'adaptation, le bien-être subjectif, la compétence perçue et les résultats scolaires des étudiants en soins infirmiers (n = 130). Trois méthodes ont été utilisées pour collecter les données : Deux questionnaires d'auto-évaluation de stress et d'IE et un inventaire des résultats cliniques des étudiants. Les résultats obtenus ont montré que les compétences émotionnelles étaient positivement liées au bien-être ($p < 0,05$), aux stratégies d'adaptation axées sur les problèmes ($p < 0,05$) à la compétence perçue en soins infirmiers ($p < 0,05$), e au stress perçu ($p < 0,05$). Les résultats suggèrent que les étudiants en soins infirmiers ont un meilleur contrôle de leurs émotions, leur permettant ainsi d'adopter des stratégies d'adaptation actives et efficaces face au stress, améliorant ainsi leur

bien-être subjectif. Cette étude souligne la valeur potentielle de la promotion de l'IE pour les étudiants en soins infirmiers et autres professions de la santé.

Aux États-Unis, Enns et al. (2016), ont mené une étude portant sur un échantillon de 203 étudiants de premier et de deuxième cycle en psychologie, en soins infirmiers et en travail social en vue d'examiner la relation entre le stress perçu et le rôle médiateur de l'IE. Il ressort des résultats obtenus qu'un niveau élevé d'IE soit associé à un stress perçu plus faible ainsi qu'à une meilleure capacité d'adaptation. Les conclusions tirées de cette étude suggèrent que les interventions destinées au développement d'IE peuvent contribuer à réduire le stress ressenti dans les disciplines d'aide.

Dans une étude corrélationnelle descriptive transversale menée par Shahin (2020) pour étudier la relation entre l'IE et le stress perçu chez 274 étudiants saoudiens en soins infirmiers et en sciences paramédicales. Les participants ont été invités à remplir un questionnaire d'auto-évaluation, qui couvrait les facteurs démographiques, de l'IE (le test MindTools), et du stress perçu (l'échelle de stress perçu).

Les résultats ont révélé une corrélation négative non significative entre l'IE et le stress perçu. En effet, la quasi-totalité des participants (97,1 %) présentaient des niveaux modérés à élevés d'intelligence émotionnelle (moyenne = 50,58 sur une échelle de 15 à 75) et des niveaux modérés de stress ressenti (moyenne = 1,75 sur une échelle de 0 à 4).

Cette étude montre également que les niveaux de stress perçu et d'IE ne présentent pas de différences significatives selon la nationalité, le sexe ou la satisfaction à l'égard de la spécialité. Selon les conclusions de cette dernière, il convient d'intégrer aux cursus des sciences de la santé une formation sur l'IE et la gestion du stress.

Cependant, Humpel et Caputi (2001) ont constaté une relation non significative entre l'IE et le stress perçu chez les infirmiers en santé mentale. Les scores d'IE et de stress perçu se

sont avérés plus faibles chez les personnes ayant plus de deux ans d'expérience de travail en santé mentale que chez celles ayant moins d'expérience.

Selon ces auteurs, la corrélation entre l'IE et le stress apparaît à des scores plus faibles sur les deux échelles. D'après les auteurs, un niveau élevé d'IE peut contribuer au stress qui est souvent associé à une meilleure prise de conscience des risques. Cependant, une absence de perception des risques peut en fait constituer un mécanisme de protection contre le stress et l'épuisement professionnel.

Selon une étude récente portant sur la relation entre le stress perçu, l'IE et les stratégies d'adaptation chez les étudiants en soins infirmiers en oncologie. Les résultats ont montré un niveau moyen d'IE et un niveau élevé de stress. Une corrélation statistiquement significative a été trouvée entre le stress et l'IE ($r = -.340$, $P = .000$), ainsi qu'une corrélation positive entre l'IE et le coping centré sur les problèmes ($r = .189$, $P = .022$). En effet, les conclusions de cette étude montrent que l'IE axée sur la résolution de problèmes pour gérer le stress pendant la période initiale de formation clinique peut être un facteur de protection pour surmonter le stress sur le site de stage en oncologie (Mazzella Ebstein et al., 2019).

Ces études nous montrent clairement que l'intégration du concept d'IE dans la formation des futurs infirmiers aurait une place importante dans la formation de ces derniers afin de les préparer correctement à cette profession à dimension émotionnelle.

De plus, la corrélation entre l'IE et la réduction des réactions de stress contribue probablement à expliquer pourquoi elle constitue un facteur de protection de la santé mentale et physique. Toutefois, quels sont les processus par lesquels les personnes dotées d'IE gèrent mieux le stress et les événements indésirables ?

4.1.5. L’intelligence émotionnelle et les processus de gestion des émotions

4.1.5.1. L’evaluation cognitive de la situation

Il est évident que la façon dont une personne interprète une situation stressante influe sur la manière dont elle y réagit. Selon Lazarus et Folkman (1984), il existe deux styles de comportement pour faire face aux situations négatives : celui de la menace, associé à une perte potentielle, et celui du défi, lorsque la situation présente un éventuel intérêt. De plus, cette distinction n'est pas seulement conceptuelle. Elle est également ressentie à des niveaux subjectifs, physiologiques et comportementaux tels qu'une réaction plus forte à la situation menaçante (Mikolajczak & Luminet, 2008).

Mikolajczak et al. (2006b) ont prouvé que l'IE a une influence sur la façon dont une situation stressante est perçue et interprétée. En effet, lors du déroulement d'un examen, les étudiants ayant des compétences émotionnelles sont plus confiants et le perçoivent comme un défi plutôt que comme une menace, contrairement à leurs homologues ayant une faible intelligence émotionnelle. Mikolajczak & Luminet (2008) ont confirmé ces données par des expériences menées en laboratoire. A partir de ces résultats, nous pouvons donc affirmer que l'IE intervient dans notre manière d'appréhender un événement stressant.

4.1.5.2. L’appréciation de la perception de l'efficacité personnelle

Notre attitude face à une situation donnée dépend de la façon dont nous interprétons notre sentiment d'auto-efficacité.

Selon Bandura (1997), la notion d'auto-efficacité fait référence à la certitude qu'a une personne de sa capacité à faire face à une situation donnée. Certaines études ont montré que les individus ayant un sentiment d'auto-efficacité élevé réussissent mieux un test que ceux ayant un faible sentiment de ce type (pour des habiletés identiques). De même, en termes d'adaptation aux situations stressantes, les personnes ayant un sentiment d'auto-efficacité élevé sont plus aptes à résister au stress que les autres, tant sur le plan physiologique que psychologique (Mikolajczak et Luminet, 2008).

Les résultats obtenus par Mikolajczak et al (2006b) dans le cadre de leurs études sur le terrain et ceux obtenus par Mikolajczak et Luminet (2008) en laboratoire démontrent que les participants disposant de niveaux élevés d'IE affichent de plus hauts niveaux d'auto-efficacité. Par conséquent, il est possible de conclure que l'IE détermine la façon dont une personne interprète ses propres capacités.

4.1.5.3. Stratégies de coping

Dans le cas des stratégies d'adaptation, Mikolajczak et Luminet (2008) estiment que l'IE peut contribuer à influencer les décisions en la matière, à savoir " les processus déployés par une personne pour affronter certaines situations stressantes ". En effet, ces stratégies sont classées selon deux catégories principales : le premier est celle des stratégies d'approche comme le repérage de solutions ou la réévaluation cognitive, la deuxième est celle des stratégies d'évitement telles que le déni ou l'évitement des situations anxiogènes. Les différentes stratégies adoptées relèvent soit du domaine cognitif, soit de celui du comportement. Même si toutes ces stratégies sont destinées à surmonter les difficultés rencontrées, certaines d'entre elles ne sont pas adaptatives. En effet, les stratégies d'approche peuvent, le plus souvent, être qualifiées d'adaptatives et celles d'évitement sont jugées non adaptatives.

De leur côté, Petrides et al. (2007) ont souligné que l'IE est corrélée de manière positive à l'utilisation de stratégies d'adaptation et de manière négative aux stratégies inadaptées. Les résultats de la recherche de Mikolajczak (2014) confirment ces résultats et montrent que lorsqu'une personne est confrontée à une situation stressante, elle est plus encline à invoquer des souvenirs ou des pensées agréables, ou à penser à une solution adéquate. Il est donc moins susceptible de dramatiser ou de se sentir coupable. De plus, Mikolajczak (2014) ajoute que ce type d'IE simplifie le processus de sélection des stratégies d'adaptation, non seulement dans le cas d'une situation stressante, mais également dans celui de la colère, de la tristesse, de la peur, de la jalousie et de la honte. En effet, les sujets émotionnellement intelligents utilisent,

parallèlement à la régulation des émotions négatives, des stratégies adaptatives pour garder ou développer des émotions plus positives comme la joie ou l'épanouissement.

Il est intéressant de noter que cette plus grande capacité à choisir des stratégies efficaces s'accompagne d'une plus grande facilité à les mettre en pratique (Mikolajczak et Luminet, 2008). En outre, les chercheurs ont trouvé une forte correlation entre l'IE et une probabilité plus faible d'éprouver des émotions négatives et une propension plus élevée à éprouver des émotions positives. En effet, Mikolajczak et al (2009) ont analysé la relation entre l'IE et le comportement violent comme une stratégie de coping inadaptée utilisée pour éviter ou diminuer les émotions négatives. Les sujets ayant une faible IE ont plus fréquemment tendance à recourir à ce mode de réaction que ceux dotés d'un excellent niveau d'IE. Dès lors, la probabilité pour une personne d'adopter une stratégie inappropriée est plus faible lorsque son niveau d'IE est satisfaisant. De même, Austin et al. (2005) ont révélé que l'IE est corrélée de manière négative à la consommation d'alcool. Selon Petrides et al. (2006b), le rapport entre l'intelligence émotionnelle et la motivation pour l'apprentissage de la musique est positif. Ces résultats suggèrent que les sujets dotés d'une IE élevée sont davantage disposés à surmonter les difficultés plutôt qu'à les éviter.

En conclusion de ce chapitre, nous soulignons l'importance des émotions dans la pratique et la formation des infirmières. En effet, les sujets émotionnellement intelligents appréhendent les situations de manière différente, en prévoyant les risques et les bénéfices, mais aussi en évaluant leurs ressources disponibles avec une approche distincte et en se sentant plus aptes à faire face aux facteurs de stress qu'ils rencontrent.

Les études que nous avons recensées montrent que l'intégration du concept d'IE dans la formation des futurs infirmiers pourrait contribuer grandement à les préparer à affronter toutes les difficultés inhérentes à leur travail. En effet, la capacité à identifier et à gérer ses propres émotions, ainsi que celles exprimées par ses encadrants, ses pairs et ses patients, est une qualité

essentielle de l'étudiant, tant pour son propre bien-être que pour le bon déroulement de sa formation. En outre, par le biais de la contagion, ces émotions ont un impact sur l'état émotionnel et le bien-être de leurs pairs.

Bien que les comportements et les habitudes d'une personne changent avec une certaine difficulté, surtout au niveau socio-émotionnel, il est néanmoins possible, grâce à un programme d'entraînement à la pleine conscience, de transformer le fonctionnement de notre intelligence émotionnelle, entraînant ainsi la naissance et la production de nouveaux comportements.

Chapitre V : L'effet de la pleine conscience sur le stress percu et l'intelligence émotionnelle

Le recours à un programme d'intervention basé sur la pleine conscience pour le développement de l'IE et la diminution du niveau de stress peut contribuer à une amélioration de ces dimensions indispensables au bon déroulement de la formation des étudiants en soins infirmiers.

Ce chapitre décrit le concept de la pleine conscience, ses processus d'action, les différentes interventions qui en découlent, ainsi que leurs effets sur le stress et l'IE.

5.1. La pleine conscience

Les programmes d'intervention basés sur la pleine conscience ont suscité l'intérêt de nombreux chercheurs et praticiens depuis un certain nombre d'années. La pleine conscience, une pratique datant de plus de 2000 ans, provient de la religion bouddhiste. La dénomination "pleine conscience" est issue du terme sati, qui signifie "se souvenir". Le fait de ne pas oublier et se souvenir se comprend comme une compétence consistant à porter attention à chaque moment présent, plutôt que de se souvenir et se soucier du passé (Bodhi, 2000 ; Siegel et al., 2008). De ce fait, la pleine conscience est qualifiée, dans la philosophie bouddhiste, comme étant une manière spécifique de prendre conscience des événements, sans porter de jugement, permettant ainsi de nouer des liens de bonne qualité avec les éléments présents à sa conscience (Shankman, 2008).

En occident, le concept de pleine conscience est apparu tardivement, dans les années 1970, sous la plume de Jon Kabat-Zinn, spécialiste en biologie moléculaire et professeur émérite de l'Université du Massachusetts. Étant donné que Jon Kabat-Zinn a été le premier à rapprocher les anciens fondements bouddhistes avec la logique scientifique sous-tendant les soins de santé en Occident, il a choisi de présenter la pratique de la pleine conscience dans le

cadre de la prise en charge des états dépressifs et anxieux, pour offrir au patient un ensemble de mesures susceptibles de le rendre plus autonome dans son cheminement vers le bien-être (Williams, Teasdale, Segal et Kabat-Zinn, 2009). Dès lors, les traitements de l'anxiété et de la dépression reposaient majoritairement sur une approche pharmacologique. Néanmoins, il était apparu clairement que cette démarche, abordant le symptôme plutôt que son origine, engendrait le plus souvent la récidive du trouble dépressif aussitôt le traitement interrompu (Williams et al., 2009). En conséquence, la pleine conscience est aujourd'hui un outil indispensable à la psychologie de nos jours (Siegel et al., 2008 ; Williams et al., 2009).

Avant de développer certaines définitions de pleine conscience plus actuelles, il convient de souligner que deux notions sont communément employées dans la littérature française récente, celle de pleine conscience et celle de la présence attentive. Grégoire et De Mondehare (2016), pour leur part, soulignent que le terme de présence attentive est moins abstrait que celui de pleine conscience. En effet, le choix du mot pleine conscience peut poser certains problèmes, dans la mesure où il peut prendre plusieurs significations (par exemple, se libérer de la conscience, retrouver la conscience). En dépit de la validité du concept de la pleine conscience, ce dernier apparaît comme étant le plus utilisé dans la documentation disponible. Puisque la majorité des auteurs l'utilisent, ce terme a été adopté dans la présente recherche.

La définition moderne la plus utilisée de Jon Kabat-Zinn considère la pleine conscience comme un état de conscience provenant d'une attention délibérée accordée à une expérience vécue dans le moment présent, sans porter de jugement" (Kabat-Zinn, 2003, p. 145). Par conséquent, la pleine conscience constitue une démarche dynamique et active, qui implique une attention délibérée à des stimuli internes et externes (Baer & Krietemeyer, 2006 ; Baer, Smith, & Allen, 2004). De ce fait, pour accéder au principe de la pleine conscience, il est demandé à la personne de focaliser toute sa vigilance et son attention sur les éléments constitutifs de sa

propre expérience dans le moment présent, et non pas dans le passé ou le futur (Brown & Ryan, 2003 ; Brown, Ryan, & Creswell, 2007).

Cette approche consiste entre autres à rendre l'individu capable de rester pleinement conscient des diverses manifestations de ses expériences, sans les qualifier de positives ou négatives (Brown et al., 2007 ; McCurry, 2009). Dans une situation de pleine conscience, les idées et les émotions sont perçues comme des manifestations de la conscience, sans que la personne puisse s'identifier à elles ni y réagir de manière automatique et habituelle. Toutefois, les comportements, idées et émotions du quotidien se produisent majoritairement de manière spontanée, ce qui pourrait expliquer pourquoi la suppression de certains jugements semble parfois problématique (Brown & Ryan, 2003). Dans le but de prévenir le développement de ruminations mentales néfastes, il est donc question pour l'individu de savoir renoncer aux jugements et les empêcher de diriger son attention. Plutôt de percevoir l'expérience à partir de certaines convictions, croyances, suppositions, aspirations et attentes, elle consiste à découvrir différents objets de façon directe, et ce, comme si c'était la première fois, ce qui constitue le concept de l'esprit du débutant (Bishop et al., 2004). Alors, le but de la pleine conscience, à la différence de la relaxation, ne cherche pas à promouvoir un état agréable ou relaxant, sur le plan physique ou psychologique, mais à avoir une prise de conscience maximale de son propre état présent, aussi bien positif que négatif (Cottraux, 2007). Ce stade de conscience objective de soi permet de ménager un écart entre la perception et la réaction. Par conséquent, la pleine conscience favorise une intervention davantage fondée sur la réflexion face aux diverses situations (Bishop et al., 2004 ; Brown et al., 2007).

Selon l’étude de Brown et Ryan (2003), le concept de pleine conscience peut être abordé sous deux angles : celui d'un trait et celui d'un état. Le trait de la pleine conscience renvoie à des différences interindividuelles durables dans la tendance à prendre conscience de l'instant présent. Un certain consensus se dégage sur le fait qu'il s'agit d'un trait à caractère universel, à

savoir que toute personne en est dotée, mais son intensité diffère en fonction des individus (Kabat-Zinn, 2003). Quant à un état de pleine conscience, il correspond surtout à des variations périodiques de son intensité moyenne. En effet, la probabilité d'être conscient à un moment donné est plus importante chez les personnes qui ont un score élevé pour l'intelligence émotionnelle (Brown & Ryan, 2003).

Pour Bishop et al (2004), la pleine conscience est une démarche de régulation de l'attention destinée à favoriser une prise de conscience éclairée du vécu présent. En effet, ces auteurs mettent en œuvre une approche fondée sur un modèle à deux dimensions, à savoir l'autorégulation de l'attention et le recours à une attitude privilégiée par rapport au moment présent. Ainsi, l'autorégulation de l'attention suppose la faculté de fixer l'attention à un objet, la capacité de rétablir cette attention dans le moment présent quand les pensées surviennent, et la capacité à empêcher le développement des pensées et à retourner dans le moment présent. L'orientation spécifique au moment présent désigne une démarche curieuse, acceptante et ouverte au moment présent.

Par ailleurs, la revue de la littérature sur la pleine conscience de Nilsson et Karemi (2016) à proposer une définition qui comprend aussi bien les définitions psychologiques contemporaines que les définitions les plus traditionnelles du concept.

La définition de la pleine conscience proposée par ces auteurs repose sur cinq éléments fondamentaux. Pour le premier élément, on distingue deux parties intimement associées : à savoir l'attention et la conscience. En effet, l'attention constitue le pré-requis nécessaire à la conscience, et permet à la personne de se focaliser sur l'élément dont elle essaie d'être consciente. Quant à la conscience, elle désigne la capacité à rester parfaitement concentré sur soi-même. La centration sur le présent, deuxième élément du modèle, est envisagée comme une dimension pragmatique de la pleine conscience, qui consiste en la capacité de se maintenir dans le moment présent. Le troisième élément inclut les événements externes, puisque lorsqu'un

individu est plongé dans un état de pleine conscience, il est constamment en relation avec l'environnement. Par conséquent, l'environnement représente un facteur essentiel à prendre en compte. Le quatrième élément, se rapporte à la culture de la personne par la pleine conscience. Le dernier élément, intitulé "esprit éthique", a été intégré au modèle pour combler le décalage entre les définitions bouddhistes et occidentales de la pleine conscience. Cet élément insiste sur la dimension sociale de la pleine conscience, qui peut servir comme outil politique pour favoriser à la fois la paix et l'équilibre social.

5.2. La pratique de la pleine conscience

La pratique de la pleine conscience consiste à focaliser fortement son attention sur la respiration, ou encore sur un support de concentration, et à devenir conscient de toutes les émotions, sensations et pensées qui surviennent dans le moment présent, sans jugement, tout en veillant à ramener constamment l'attention sur le support de concentration quand la pensée s'égare (Kabat-Zinn, 2003). Cette méthode a pour but de modifier le rapport et l'attitude de la personne vis-à-vis de ses cognitions et de ses émotions (Heeren & Philippot, 2010). En effet, la personne est invitée à se détacher du contenu de ses idées et à devenir consciente de son propre mode de pensée (Dionne, 2009). De cette façon, au lieu de rechercher à modifier de façon directe le contenu, le rythme ou la forme de ses pensées et émotions, il s'agit plutôt de les accepter telles qu'elles sont, comme des expériences personnelles et internes et non comme une réalité absolue (O'Brien, Larson, & Murrell, 2008).

Pour pratiquer la pleine conscience, il convient de faire une distinction entre les pratiques formelles et informelles. Les pratiques formelles incluent les exercices tels que la méditation assise, le balayage du corps et la marche en pleine conscience. Les pratiques informelles impliquent un apprentissage visant à acquérir la pleine conscience au cours des activités habituelles, telles que la préparation des repas, la prise d'une douche, le nettoyage des vêtements…ect (Baer & Krietemeyer, 2006). Selon les résultats de l'étude de Cigolla et Brown

(2011), il est nécessaire, pour les praticiens, de procéder à une pratique régulière de la pleine conscience, aussi bien dans un cadre formel ou informel, pour ressentir et obtenir les résultats habituellement escomptés à savoir une réduction de leur stress psychologique et une amélioration de leur capacité de pleine conscience. Dès lors, le développement en profondeur de la Pleine conscience est une démarche durable et progressive qui nécessite un accompagnement régulier (Cigolla & Brown, 2011). Dans une autre étude, la durée des séances de méditation amène une progression du score de pleine conscience au sein d'une population non-clinique (Keune & Forintos, 2010). En outre, cette étude confirme que la fréquence et la durée des séances de pleine conscience contribuent de manière significative à une augmentation du bien-être, des émotions positives et des compétences émotionnelles des participants, ainsi que de leur capacité d'attention.

5.3. La pleine conscience peut se développer au moyen de la méditation

Depuis ces trois dernières décennies, les pratiques fondées sur la pleine conscience ont été incorporées à plusieurs variétés et formes de psychothérapies et de traitements psychologiques (Larouche, 2009). Quelques méthodes sont basées uniquement sur la pleine conscience, telles que la réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR) (Kabat-Zinn et al., 1992) et la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) (Segal et al., 2002). De plus, Heeren et Philippot (2010) ont incorporé certains aspects de la pleine conscience dans des méthodes thérapeutiques telles que la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT).

Le programme MBSR a été initialement développé en 1979 par Kabat-Zinn. Ce programme d'apprentissage de la pleine conscience en tant que partie intégrante d'une intervention psychologique a été conçu au départ pour les personnes souffrant de troubles psychiques chroniques et de troubles liés au stress (Kabat-Zinn et al., 1992). Ensuite, le programme MBCT a été conçu sur la base du modèle MBSR et de certains éléments issus de la

thérapie cognitivo-comportementale appliquée au traitement de la dépression (Teasdale et al., 2000). Le but de ce programme intégrant la pratique de la pleine conscience était de prévenir les récidives chez les adultes se trouvant en phase de rémission de troubles dépressifs récurrents, en l'aidant à adapter leur comportement à l'égard de leurs pensées et émotions négatives. De fait, lorsqu'ils ont déjà vécu plusieurs épisodes dépressifs, certains patients réagissent de manière négative à leurs pensées et à leurs émotions, ce qui peut déclencher une rechute. La MBCT cherche à faire prendre conscience aux patients de ce fonctionnement de leur pensée et de les aider à adopter une nouvelle position par rapport à ces pensées et émotions (Heeren & Philippot, 2010). En outre, la MBCT a démontré son efficacité dans la réduction de du stress (Byerly-Lamm, 2018), de l'anxiété (Evans et al., 2008), et dans plusieurs autres secteurs (Heeren & Philippot, 2010). Ainsi, cette thérapie se montre comme étant un outil performant dans la prise en charge et le traitement de plusieurs psychopathologies (Williams et al., 2008).

En pratique, la méthode MBCT est un programme structuré et progressif dispensé en groupe, en huit séances hebdomadaires de deux heures à deux heures et demie. Durant ces séances, la pratique de la pleine conscience est essentiellement abordée à travers une série d'exercices de méditation formels. Sur la base de ces exercices, le formateur encourage graduellement les membres du groupe à faire émerger un savoir-faire expérientiel fondé sur la description de leur vécu, qui sert de support à la mise en place d'éléments psycho-éducatifs. Ainsi, la pratique de la pleine conscience amène les individus à percevoir leurs idées comme des évènements psychologiques, distincts de leur contenu et de leur charge émotionnelle, et à se détacher peu à peu de leurs ruminations négatives (Semple & Lee, 2008). Le centre du traitement repose donc sur le processus de décentrement des pensées (Heeren et Philippot, 2010 ; Segal et al., 2002). Les programmes MBSR et MBCT sont à 80% similaires, mais leur différence réside dans la proportion de 20% de psychoéducation relative à la dépression que comprend le MBCT (Segal et al., 2002). En outre, le programme MBCT est habituellement

dispensé à des groupes plus restreints composés de 18 personnes au maximum (Mirabel-Sharron, Docteur, Sala et Siobud-Dorocant, 2012), tandis que le programme MBSR peut comporter jusqu'à 25 personnes (p. ex., Epic Center - Institut de cardiologie de Montréal, 2019).

De son côté, l'approche de la thérapie d'acceptation et d'engagement la démarche (Acceptance and Commitment Therapy =ACT) est un outil thérapeutique qui tend à favoriser la reconnaissance et l'acceptation du vécu émotionnel. Cette approche accorde une attention spéciale à la concentration cognitive, qui consiste en une adhésion de la personne à la signification de ses pensées, en favorisant un processus dit de diffusion. Elle accorde aussi une attention particulière au phénomène des évitements liés à l'expérience, qui correspond au refus du contact avec ses réactions intérieures en essayant d'en modifier les modalités, la fréquence ou le contexte de survenue (Dionne & Neveu, 2010 ; Hayes et al., 2011).

Dans cette étude, les approches MBCT et ACT ne seront pas examinées à fond et ce, pour les motifs suivants. Les approches MBCT et ACT visent en effet à traiter des patients souffrant de troubles psychiatriques, contrairement à la MBSR qui s'adresse à des personnes sans troubles mentaux.

Selon la pratique MBSR, la pleine conscience est l'élément central du processus de traitement. Elle implique l'observation objective d'un large éventail d'objets en constante évolution. Pour y parvenir, le méditant suit une procédure en deux étapes : il concentre d'abord son attention sur un objet primaire, en association avec une respiration profonde, et dès que son attention semble stabilisée autour dudit objet, le méditant élargit graduellement son champ d'attention vers tous les objets, notamment vers toutes les expériences mentales ou physiques. Le méditant se contente de pratiquer en notant toutes les expériences telles qu'elles se produisent, à tout moment, sans chercher à les atténuer, à les évaluer ou à les conserver. Toutes les expériences de type pensée, sensation, émotion...ect, qui surgissent dans la zone de conscience constituent un objet de méditation et ce jusqu'à la survenue de l'événement suivant.

Ce type de méditation de pleine conscience est différent des méditations de type concentratif ou transcendantal, qui visent à fixer son attention sur un même objet de façon prolongée (20 à 60 minutes). (Kabat-Zinn, J., 1982). (Brown et al, 2007).

Le programme de formation MBSR est initialement conçu pour réduire le niveau de stress et développer les compétences émotionnelles. Il s'agit donc d'un protocole codifié dont les instructeurs sont qualifiés. Nous détaillerons le contenu de cette formation dans la partie (méthodologie de recherche), consacrée aux modalités choisies pour développer la pleine conscience chez les étudiants en soins infirmiers. L'efficacité de cette formation a été vérifiée au moyen des instruments de mesure du stress perçu et de l'intelligence émotionnelle, qui seront présentés dans la section (méthodologie de recherche).

5.4. La pleine conscience et les mécanismes d'action

La documentation actuelle ne présente aucun consortium quant aux mécanismes d'action qui sous-tendent la pleine conscience (Heeren & Philippot, 2010). En effet, de nombreux articles ont proposé plusieurs modèles expliquant ces procédés (ex : Brewer, Bowen, Smith, Marlatt, & Potenza, 2010 ; Shonin & Gordon, 2016). Sur ce point, nous allons présenter en détail le modèle de Heeren et Philippot (2010), dans la mesure où leur revue de littérature nous propose une approche axée sur le mécanisme d'action des interventions basées sur la pleine conscience, notamment la MBSR. Ainsi, le modèle proposé par ces auteurs reprend à son compte les cinq processus de changement suggérés par Baer (2003), soit : l'exposition, les changements cognitifs, la prise en charge, l'autogestion et la relaxation, et les appuie sur des données probantes.

Premièrement, les méthodes de pleine conscience exigent une longue exposition à des émotions et à des pensées, et préviennent les réactions d'évitement face à l'expérience. Ainsi, le programme de formation MBSR consiste à inciter chaque participant à prendre conscience de

certains éléments de son expérience émotionnelle, ce qui constitue un moyen efficace de traiter l'information et de diminuer ainsi l'intensité des émotions. De cette façon, les exercices de pleine conscience contribuent à la diminution des réactions émotionnelles conditionnées. Ainsi, Baer (2003) indique que la pleine conscience peut fonctionner de façon similaire aux stratégies d'exposition décrites par Barlow et Craske (2000), ce qui conduit les participants à supporter plus facilement les émotions néfastes.

En termes de changements cognitifs, la formation spontanée et volontaire de l'attention portée sur les pensées pourrait désactiver les cycles systématiques et automatiques des pensées négatives actifs au moment de la rumination. En effet, le recours à la pleine conscience entraînerait un changement dans la manière de gérer les informations émotionnelles. De plus, pendant les séances pratiques de MBSR, une importance particulière est accordée à la prise en compte de chaque pensée comme une pensée, et non pas comme une réflexion de la réalité (Cottraux, 2007). En conséquence, cette pratique aboutirait à une intensification des pensées dites concrètes et expérientielles, qui caractérisent la réflexion adaptative, et une réduction des pensées intrusives abstraites et générales, typiques de la rumination mentale (Heeren & Philippot, 2011). Sur le plan méta-cognitif, cette pratique de la pleine conscience entraîne une meilleure maîtrise des processus exécutifs liés à la capacité de contrôle interne et la flexibilité de la pensée, favorisant ainsi l'adaptation de la personne à des nouvelles situations (Heeren & Philippot, 2010).

La notion de l’acceptation constitue l'un des socles de la pleine conscience (Baer, 2003). Cela implique de déterminer si une mesure appropriée devrait être entreprise ou s'il est plus judicieux de supporter une situation sur laquelle on n'a aucun contrôle. Toutefois, le fait d'accepter l'expérience en question ne veut pas dire abandonner tout espoir de changement. En effet, il ne faut pas faire un choix parmi l'acceptation et l'action, mais il faut plutôt accepter et ensuite passer à l'action (Segal, Williams, & Teasdale, 2013). Dès lors, la pleine conscience

promeut une démarche d'acceptation active et non de démission. Selon Heeren et Philipot (2010), les douleurs émotionnelles proviendraient davantage du non acceptation de l'émotion, plutôt que de l'émotion elle-même. Par la promotion de cette acceptation de l'émotion, la pratique de la pleine conscience permettrait donc une diminution au niveau de son intensité.

La gestion de soi, qui constitue un autre processus, peut être favorisée par la pleine conscience, dans la mesure où elle exige une observation de soi et des automatismes émotionnels. Cette observation permet de mieux faire face aux situations de détresse psychologique en repérant les symptômes d'alerte et en adoptant des conduites alternatives par rapport à celles utilisées habituellement. A ce titre, les exercices réalisés dans le cadre de la MBSR font référence à une stratégie qui consiste à développer une conscience plus pointue sur les mécanismes psychologiques et à se dégager de leurs réflexes, en se maintenant constamment dans le moment présent (Segal et al., 2013). En outre, cette démarche exige de se dégager du temps au quotidien. De ce fait, la personne peut parvenir à une observation précise des valeurs engagées dans ses actions journalières, pour réaménager de manière optimale son temps, ce qui favorise ainsi son autogestion.

Enfin, la relaxation, dernier processus du modèle, constitue pour sa part un effet secondaire susceptible de découler de la pratique de la pleine conscience, en particulier lors de la MBSR. Cet effet secondaire permet sans doute de procurer à l'individu divers avantages, y compris la possibilité de modifier les phénomènes physiologiques associés au stress (Richer & Lachance, 2016).

Malgré son exhaustivité, ce modèle présente certaines limites (ex: processus difficiles à opérationnaliser, processus qui ne s'excluent pas mutuellement) (Heeren et Philippot, 2010). C'est pourquoi Heeren et Philippot (2010) ont dégagé deux grands principes actifs qui peuvent être concrétisés. En effet, le premier principe permet de changer la manière de traiter les informations émotionnelles, qui passent du niveau abstrait et global (par exemple, toutes les

personnes ne respectent pas la loi) à un niveau concret et adapté à l'expérience (par exemple, notre voisin était irrespectueux parce qu'il a émis un grand bruit la nuit dernière). Ce passage à un niveau de traitement plus concret correspond à une atténuation de l'intensité émotionnelle. Le deuxième principe actif consiste en un accroissement de la possibilité de désactiver la focalisation attentionnelle sur une activité jugée inutile (ex. : rumination mentale) afin de se consacrer à une occupation plus pertinente. Ce dernier principe est considéré comme étant un médiateur pour le premier. En effet, ces deux principes actifs permettraient de justifier et expliquer la pertinence des exercices de pleine conscience dans la prise en charge de nombreuses problématiques psychologiques fréquentes (Heeren & Philippot, 2010).

Après cette présentation synthétique des processus d'action de la pleine conscience, nous allons nous pencher plus particulièrement sur ses effets sur le stress et l'IE. Nous estimons ainsi que les effets de la pleine conscience revêtent un grand intérêt dans la pratique clinique, en particulier auprès des étudiants en soins infirmiers.

5.5. Les effets de la pleine conscience

La pleine conscience repose sur le principe que le corps et l'esprit dans leur ensemble ne sont pas dissociés et que le premier peut exercer une forte influence sur le second (Kabat-Zinn, J., 1990, p 353). La pleine conscience est un outil utilisé aujourd'hui par les thérapeutes dans la prise en charge des troubles émotionnels et comportementaux, dont les effets sur la personne ont été identifiés et mesurés, et dont l'efficacité thérapeutique a été reconnue dans le champ de la psychothérapie (Bondolfi et al., 2011).

5.5.1. Les effets de la pleine conscience sur le stress

Dans le domaine des sciences infirmières, plusieurs essais contrôlés randomisés portants sur les effets de la MBSR chez les étudiants en soins infirmiers et les soignants ont rapporté une réduction très significative du stress perçu (Manotas et al., 2014 ; Shapiro et al., 2005) et

de la détresse psychologique (Manotas et al., 2014 ; Pipe et al., 2009). Les résultats de l'étude de Shapiro et al (2007) montrent que la formation à la pleine conscience a été associée à une réduction du stress perçu, de l'anxiété, de la rumination et de l'auto-compassion dans un échantillon d'étudiants et de soignants. Cette constatation indique, selon les auteurs, que l'amélioration des habiletés de la pleine conscience enseignées dans le programme MBSR pourrait être attribuable, du moins en partie, aux effets bénéfiques du programme. Dans une même optique, Krasner et al (2009) ont déclaré que les capacités de pleine conscience acquises par les étudiants et les soignants ayant participé à une intervention MBSR, étaient négativement corrélées à l'humeur, à la dépression et à l'épuisement professionnel.

De leur côté, Brady et al (2011) ont observé des effets positifs sur la réduction du stress malgré l'utilisation d'une version abrégée du programme MBSR original de Kabat-Zinn pendant huit semaines. Cette étude a été effectuée durant quatre semaines dans un centre hospitalier de soins psychiatriques avec 16 participants appartenant à différentes professions de santé. Le programme de formation comprenait notamment une séance d'une heure par semaine de formation à la pleine conscience en groupe, encadrée par un formateur expérimenté. De plus, les participants devaient réaliser des exercices sur une durée de 30 minutes chaque soir chez eux. En moyenne, les participants ont effectué 20 minutes d'exercices par jour.

Selon les données d'une étude australienne, Foureur et al. (2013) ont procédé à l'emploi d'un programme MBSR avec des stratégies de thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) auprès de vingt infirmières et vingt sages-femmes. Dans cette étude, les sujets ont reçu un séminaire de formation avec des exercices de pleine conscience de 20 minutes à pratiquer quotidiennement pendant huit semaines. Les réponses ont été obtenues à partir d'un pré-test, d'un post-test et de groupes de discussion. Au total, 70 % des participants ont rempli le questionnaire post-formation et ils ont également participé à des groupes de discussion pour

partager leurs perceptions de la pleine conscience. Les résultats ont montré une diminution très significative des niveaux de stress des participants après cette formation.

Dans le cadre d'une étude menée dans un hôpital public auprès du personnel infirmier d'une unité de soins intensifs en vue de développer la pleine conscience (Kim Lan et al., 2014). Toutes les infirmières en soins intensifs qui estimaient avoir besoin d'une formation à la gestion du stress et au bien-être ont été encouragées à participer à l'étude. Le programme consistait en une combinaison de formation à la pleine conscience et de thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Parmi les participants, 80 % ont assisté à au moins quatre des cinq séances (60 % ont assisté à cinq séances et 40 % à quatre des cinq séances). La durée des séances était de deux heures. En plus des séances de groupe, les participants ont reçu un CD et un livret leur permettant de pratiquer la pleine conscience pendant cinq à dix minutes par jour de manière autonome. Les résultats de ce programme, appelé b-MBCT, ont montré une réduction significative du stress après cinq semaines.

Bazarko et al. (2013) ont appliqué une nouvelle méthode modifiée de formation MBSR par téléphone, Telephonic Mindfulness-Based Stress Reduction (tMBSR), dans le but d'aider les infirmières éprouvant du stress et ayant des difficultés à être physiquement présentes. Cette formation comprenait une séance initiale d'une journée complète qui exigeait la présence physique des participants, suivie de téléconférences hebdomadaires d'une heure et demie et d'une séance finale d'une journée complète nécessitant également une présence physique. En plus du temps prévu, les participants ont consacré en moyenne 28,5 heures à leur propre formation à la pleine conscience, soit environ trois heures et demie par semaine. Les résultats de pré-test ont révélé des niveaux de stress plus élevés que les niveaux de stress globaux des femmes aux Etats-Unis, où l'étude a été menée. Après huit semaines de formation à la pleine conscience par téléphone, les participantes ont enregistré une diminution significative de leur niveau de stress, qui est resté stable quatre mois après la fin de la formation. En outre, parmi

les participants qui ont poursuivi individuellement la formation à la pleine conscience après avoir terminé le programme MBSR, les niveaux de stress étaient significativement plus bas quatre mois plus tard, par rapport à ceux qui n'ont pas poursuivi la formation à la pleine conscience.

Dans le même ordre d'idées, Frisvold et al. (2013) ont effectué une enquête auprès des participants ayant suivi un programme MBSR un an plus tard. En effet, le stress était récurrent dans le quotidien des infirmières. Ils ont observé que grâce à la concentration sur la pleine conscience du moment présent, ces personnes se sentaient moins stressées et plus calmes dans leur vie quotidienne. En effet, face à des situations stressantes, ils parvenaient à contrôler leurs émotions et à gérer leurs pensées plutôt que de réagir.

D'autre part, l'étude de Horner et al. (2014) a montré une légère réduction du stress dans un groupe qui avait déjà suivi un programme MBSR. Sur les 43 participants, seuls 60 % ont assisté à cinq séances, ce qui signifie que 40 % ont assisté à quatre séances ou moins sur un total possible de 10. L'analyse s'est également basée sur les journaux de bord des participants. Certains membres du groupe de travail ont mieux réussi à pratiquer la pleine conscience que d'autres, en raison de leur engagement individuel dans la formation à la pleine conscience à la maison. Conformément à l'expérience subjective des participants, la pratique quotidienne de la pleine conscience génère des émotions agréables et développe la satisfaction professionnelle des infirmières.

En revanche, une étude utilisant une version simplifiée du programme MBSR de Kabat-Zinn, le Mindfulness-based course (MBC), a montré que l'entraînement à la pleine conscience n'avait aucun effet sur la réduction du niveau de stress (Moody et al., 2013). La formation a été menée dans un service d'oncologie pédiatrique aux États-Unis et un autre en Israël. Elle a commencé par une session de six heures, suivie d'une session d'une heure par semaine pendant six semaines, et s'est terminée à la huitième semaine par une session de trois heures. Les

participants ont été invités à utiliser un CD d'exercices de pleine conscience à pratiquer chez eux et à tenir un journal sur leurs sentiments au travail et à la maison et sur leurs expériences de la formation MBC. Les participants ont effectué des exercices de pleine conscience huit à dix fois par semaine et ont tenu un journal environ trois fois par semaine. L'analyse qualitative des journaux des participants a montré qu'ils ressentaient moins de stress. Les données quantitatives n'ont montré aucune différence significative avant et après l'étude, mais l'expérience subjective a montré le contraire.

Les résultats obtenus dans le cadre de la pleine conscience sur le stress dans le domaine des soins infirmiers sont variables. En effet, une formation très courte à la pleine conscience reste insuffisante Par ailleurs, les études visant une évaluation du stress après une période plus longue de pratique de la pleine conscience sont nécessaires pour fournir un résultat plus précis. Les formations à la pleine conscience sont des programmes impliquant un investissement considérable de temps et nécessitant un haut degré de motivation de la part des participants.

5.5.2. Les effets de la pleine conscience sur l'intelligence émotionnelle

Les étudiants en soins infirmiers sont confrontés à de nombreuses exigences émotionnelles, telles que la peur de commettre une erreur avec les patients, les contraintes financières et de temps, la nécessité de jongler entre leur vie personnelle et les exigences scolaires, et la rencontre d'événements jamais vécus auparavant (Beck et al., 1997 ; Timmins & Kaliszer 2002). Si les étudiants n'apprennent pas à gérer correctement ces exigences émotionnelles, ils risquent de se sentir dépassés par les événements au cours de leur nouvelle profession (Duchscher, 2008). On a constaté que ces niveaux élevés de stress émotionnel et d'anxiété nuisent à la mémoire ainsi qu'aux capacités de concentration et de résolution de problèmes, ce qui peut entraver les résultats scolaires et l'apprentissage (Beddoe & Murphy, 2004). Les étudiants en soins infirmiers doivent réussir leur transition vers la profession d'infirmier après l'obtention de leur diplôme. En tant qu'infirmiers professionnels, elles

travailleront avec de nombreux patients et membres de leur famille, souvent dans des situations tendues ou de crise (Hayward & Tuckey, 2011). Les étudiantes doivent être préparées à gérer leurs émotions d'un moment à l'autre tout en prenant des décisions cliniques et en prodiguant des soins aux patients. Une gestion appropriée de leurs émotions fluctuantes permettra aux étudiants de communiquer efficacement avec les patients et les membres de leur famille et de les soutenir, ce qui leur permettra de prodiguer des soins sûrs aux patients. Malheureusement, on n'enseigne pas systématiquement aux étudiants en soins infirmiers comment gérer les exigences et les défis émotionnels qu'ils rencontrent dans l'environnement clinique (Grossman & Wheeler, 1999 ; Meisenhelder, 1987). Étant donné que les étudiants en soins infirmiers doivent prêter attention à ce qu'ils ressentent sur le plan émotionnel et réguler leurs émotions tout en s'occupant de leurs patients, l'identification des facteurs qui contribuent à cultiver cette capacité est d'une importance capitale. Cependant, on sait peu de choses sur la manière dont les étudiants en soins infirmiers apprennent à réguler leurs émotions tout en s'occupant des patients dans l'environnement clinique.

La pleine conscience peut être un moyen important de responsabiliser les étudiants en soins infirmiers par un meilleur développement de leurs compétences émotionnelles. Bien que les recherches actuelles sur la pleine conscience révèlent une relation entre la formation à la pleine conscience et l'intelligence émotionnelle, les preuves empiriques nécessaires pour déterminer les personnes pour lesquelles la formation à la pleine conscience est la plus efficace sont rares (Goldin & Gross, 2010). En outre, des données suggèrent que l'efficacité de l'intelligence émotionnelle peut varier en fonction des différences individuelles au niveau de la pleine conscience (Cordon et al., 2009 ; Shapiro et al., 2011). Les interventions personnalisées basées sur la pleine conscience peuvent aider les étudiants en soins infirmiers à mieux gérer leurs émotions pendant la pratique clinique. Ainsi, ces derniers devront mettre un accent particulier sur la gestion de l'attention lors de la formation à la pleine conscience, puisqu'ils

seront amenés à travailler dans un environnement qui mettra à l'épreuve leurs capacités de réflexion.

Les étudiants en soins infirmiers peuvent également utiliser diverses stratégies de gestion de leurs émotions pour surmonter les facteurs de stress inhérents à leur formation et à leurs stages cliniques. Cette maîtrise des émotions inclut les procédés utilisés par les individus pour gérer les émotions, en particulier le moment et la manière dont elles seront vécues personnellement et exprimées socialement (Gross, 1998). Les deux stratégies de régulation des émotions les plus couramment utilisées sont la réévaluation et la suppression. La réévaluation consiste à changer la façon dont une personne ressent ou réfléchit à des événements qui provoquent des émotions désagréables, tandis que la suppression consiste à inhiber la façon dont une personne réagit aux événements générateurs de ces émotions ou les exprime de manière comportementale (Gross, 1998). Par exemple, les étudiants en soins infirmiers peuvent être anxieux à l'idée de faire des erreurs et frustrés à l'idée de développer de nouvelles compétences pendant la pratique clinique. Grâce à la réévaluation, les étudiants changent de perspective et adoptent une attitude plus positive en considérant cette situation comme une occasion d'appliquer les connaissances acquises en classe dans le cadre clinique. Au contraire, par la suppression, ces étudiants font face à ces sentiments d'anxiété et de frustration, tout en inhibant leurs manifestations en affichant un visage professionnel souriant.

En effet, ces stratégies de pleine conscience ont notamment pour but d'améliorer les niveaux d'intelligence émotionnelle, conduisant ainsi à des niveaux accrus d'optimisme, de bien-être, de satisfaction de vie et de fonctionnement interpersonnel. Dans l'ensemble, les personnes qui ont recours à la réévaluation et à la suppression expriment davantage d'émotions positives et, par conséquent, éprouvent moins d'émotions négatives et sont capables de bien réagir aux facteurs de stress (Gross & John, 2003).

Les facteurs de stress perçus affectent les capacités des étudiants à apprendre, retenir et appliquer les compétences cliniques acquises (Smith et al., 2001). Pourtant, lorsque ces étudiants parviennent à contrôler correctement leurs émotions, leur santé psychologique, leurs capacités d'apprentissage et de mémorisation, ainsi que leur performance clinique s'en trouvent améliorées, ce qui se traduit par une meilleure qualité des soins qu'ils prodiguent aux patients (Adams & Iseler, 2014 ; LeBlanc, 2009). Par ailleurs, il est intéressant de noter qu'il existe peu de recherches sur les stratégies utilisées par les étudiants en soins infirmiers pour réguler leurs émotions et les différences dans l'utilisation de ces dernières selon le niveau de formation des étudiants en soins infirmiers.

La pleine conscience peut être un mécanisme de protection efficace contre les exigences émotionnelles de la formation clinique et améliore également l'intelligence émotionnelle de l'étudiant en soins infirmiers. Ainsi, la pleine conscience implique la capacité de s'engager dans l'auto-évaluation émotionnelle, l'évaluation émotionnelle des autres, l'utilisation des émotions, et la régulation des motions ainsi que sa propre conscience par rapport au moment présent et à l'expérience actuelle. La pleine conscience encourage la capacité à prêter attention aux pensées, aux sentiments et aux sensations lorsqu'ils apparaissent et disparaissent, ce qui permet de mieux comprendre les sentiments lorsqu'ils se manifestent (Bishop et al. 2004). Tous les individus sont plus ou moins attentifs, mais sans formation spécifique aux techniques de méditation, ils peuvent avoir tendance à être moins attentifs à leurs idées, sentiments et sensations perturbatrices. Ce modèle de pleine conscience intégrée au quotidien est connu sous le nom de réduction du stress basée sur la pleine conscience (Brown et Ryan 2003).

La réduction du stress basée sur la pleine conscience a été associée à un fonctionnement psychologique plus sain, c'est-à-dire que les personnes ayant une pleine conscience élevée sont plus susceptibles d'utiliser des stratégies adaptatives pour gérer leurs émotions (Arch et Craske, 2010 ; Bränström et al., 2011). Des recherches antérieures ont indiqué que le programme de

formation de la réduction du stress basée sur la pleine conscience amélioraient efficacement le bien-être psychologique en diminuant le stress, l'anxiété et la pensée ruminative, et en augmentant l'empathie et l'intelligence émotionnelle (Chiesa & Serretti 2009 ; Khoury et al., 2013 ; Piet & Hougaard, 2011). Chez les étudiants en soins infirmiers, les recherches ont montré que ce programme de formation à la pleine conscience améliorait la santé psychologique générale en réduisant les symptômes physiques (Young et al., 2001), l'anxiété (Beddoe & Murphy, 2004), la détresse psychologique (Jain et al., 2007) et le stress perçu régulation des émotions (Kang et al., 2009). Cependant, à l'instar de la régulation des émotions, les recherches sur le degré de préparation à la pleine conscience chez les étudiants en soins infirmiers sont peu nombreuses. En outre, les mécanismes potentiels influençant l'interaction entre la pleine conscience et la régulation des émotions sont également peu connus chez ces étudiants.

Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer la relation entre le programme de formation de réduction de stress basé sur la pleine conscience et la régulation des émotions en tant que composante importante de l'intelligence émotionnelle, ainsi que les mécanismes possibles de cette régulation. Par exemple, Brown et Ryan (2003) ont suggéré que ce programme améliore la régulation saine des émotions par le biais du processus de contrôle attentionnel et de conscience cognitive des événements et des expériences en cours. Ces chercheurs ont également suggéré que la pleine conscience favorise une conscience ouverte et une attention à tous les incidents et difficultés rencontrés. Selon Bishop (2002), la pleine conscience implique d'activer et de maintenir l'attention, ainsi que la conscience des expériences internes et externes, tout en se désengageant des pensées inappropriées ou perturbatrices. Le processus de traitement des informations non pertinentes et de désengagement des pensées complexes est essentiel pour qu'un événement mental primaire soit observé de manière ouverte et sans jugement. Shapiro et al (2006) affirment que la pleine conscience entraîne un changement significatif de perception qui permet à chaque personne de se détacher de ses

pensées pour vivre les événements du moment avec une objectivité et une clarté accrues. Ce changement de perspective conduit à une amélioration des niveaux d'intelligence émotionnelle qui se traduit par une autorégulation émotionnelle adéquate ainsi que par une flexibilité cognitive, affective et comportementale donnant à une personne la possibilité de réévaluer une situation stressante donnée dans une perspective plus positive.

Certaines facultés neurologiques, notamment le contrôle cognitif et attentionnel, peuvent jouer un rôle clé dans l'amélioration des niveaux d'intelligence émotionnelle. En effet, le processus de contrôle émotionnel est intimement lié à l'attention, ce qui permet d'expliquer comment la pleine conscience peut améliorer le contrôle émotionnel et la capacité de la mémoire de travail. La mémoire de travail est un système cognitif complexe composé de fonctions intégrées d'attention et de mémoire responsables du traitement de l'information dans le raisonnement et la résolution de problèmes, ainsi que de la gestion des émotions pour maintenir le bon fonctionnement du cerveau en situation de stress (Jha et al. 2010b ; Kane et al. 2007). La capacité de la mémoire de travail implique la mobilisation et la rétention sélectives d'informations, ainsi que le traitement de ces informations pour une activité en cours, sans être distrait par des informations contradictoires ou inappropriées pendant de courtes périodes de temps (Engle et Kane, 2003). La capacité de la mémoire de travail varie d'une personne à l'autre en fonction de la capacité à gérer efficacement les informations nécessaires pour atteindre un objectif (Kane et al., 2007). Les capacités de gestion de l'information des individus diminuent dans les situations de forte pression ainsi qu'avec la fatigue et le manque de sommeil, ce qui augmente le risque de faire des erreurs de décision (Beilock et Carr, 2005 ; Engle, 2010 ; Schoff et al., 2009).

Bien que des recherches antérieures aient examiné les effets des états émotionnels sur la capacité de la mémoire de travail, peu de études ont été menées pour déterminer comment la capacité de la mémoire de travail affecte la capacité à réguler les émotions. Dans ce contexte

de régulation des émotions, il est possible qu'une personne ait besoin d'une capacité de mémoire de travail efficace pour neutraliser les réactions spontanées négatives à une situation donnée. Schmeichel et al. (2008) ont constaté que la capacité de la mémoire de travail était un facteur cognitif important dans la régulation des émotions. Les personnes ayant une capacité de mémoire de travail plus élevée réussissaient plus facilement à procéder à une évaluation cognitive neutre face à des stimuli émotionnels négatifs.

En raison de la nature et de la complexité de leur travail, les étudiants en soins infirmiers peuvent avoir besoin de développer au maximum leur intelligence émotionnelle. En tant que futurs infirmiers, ils sont tenus de réagir rapidement d'un moment à l'autre, en faisant appel à leurs compétences émotionnelles et à leurs connaissances nouvelles et antérieures sur différents patients. Ces connaissances et informations sont utilisées pour prendre des décisions cliniques. Par ailleurs, les compétences émotionnelles sont utilisées pour gérer des situations stressantes telles que la surcharge de travail, les conflits, la souffrance et la mort (Ebright et al. 2003 ; Potter et al. 2005). Ils doivent également maintenir efficacement leur attention sur la réévaluation appropriée d'une situation stressante et gérer correctement leurs émotions, notamment en présence de distractions externes ou internes. Si les compétences émotionnelles des étudiants en soins infirmiers sont pleinement engagées dans les activités de soins, ils pourront plus aisément transformer les situations stressantes en situations non stressantes. Par conséquent, ces étudiants seront amenés à mieux réguler leurs émotions et à prendre de bonnes décisions cliniques, puisque la nature du travail clinique demeure à la fois complexe, difficile à prévoir et exigeant, en particulier en cas de fatigue et de manque de sommeil. De ce fait, les risques d'erreurs cliniques sont écartés, ce qui donne satisfaction en termes de soins aux patients.

En résumé, la littérature existante suggère que la pleine conscience peut jouer un rôle essentiel dans la réduction du stress et le développement de l'intelligence émotionnelle, en particulier dans les professions émotionnellement et cognitivement exigeantes telles que les

soins infirmiers (Jha et al. 2010a, b). De ce fait, il apparaît essentiel de procéder à un examen empirique de ce résultat afin de vérifier son influence sur les étudiants en soins infirmiers dans le contexte de la formation en soins infirmiers au Maroc.

Selon notre recherche documentaire, nous n'avons pas trouvé d'études qui explorent ces variables dans le contexte marocain. Cette thèse est la première à tester spécifiquement les effets de la pleine conscience sur la réduction du stress et le développement des compétences émotionnelles dans un échantillon d'étudiants infirmiers au Maroc.

Après avoir exploré les effets de la pleine conscience sur la réduction du stress et le développement de l'intelligence émotionnelle, nous proposons de présenter une synthèse de la revue de littérature notre recherche.

En somme, la littérature montre clairement que l'IE est essentielle à l'apprentissage des étudiants en soins infirmiers, et ses effets sur le stress et les comportements généraux des étudiants sont encore plus importants. L'intelligence émotionnelle peut influencer la réussite des étudiants par leur capacité à faire face aux facteurs de stress, tels que le stress induit par les examens, la compétition de groupe, les relations interpersonnelles et les exigences émotionnelles inhérentes aux exigences des stages cliniques et universitaires. L'intelligence émotionnelle permet à l'étudiant de s'intégrer pleinement, tant sur le plan académique que social, dans son milieu de formation, en adoptant une attitude positive à l'égard de l'apprentissage. Les données scientifiques portant sur le thème de la pleine conscience témoignent que les interventions inspirées de cette approche génèrent de nombreux résultats positifs auprès des étudiants en soins infirmiers (Grégoire et al., 2014 ; Virgili, 2015). Cependant, aucune étude n'avait encore investigué et évalué l'impact de telles approches dans ce domaine au Maroc.

DEUXIEME PARTIE : CADRE EMPIRIQUE

Conception de la partie empirique

Après avoir présenté le contexte de la formation en sciences infirmières au Maroc et défini le cadre théorique, cette partie du rapport représente la composante empirique de cette recherche. Cette phase fondamentale va servir à vérifier la validité et la fiabilité de l'étude. En effet, elle consiste à apporter des réponses à la problématique de recherche et à ses objectifs à travers une démarche scientifique qui consiste à collecter des données, à les analyser et à les interpréter afin de soutenir ou de rejeter les hypothèses de l'étude.

Dans cette perspective, il existe trois grandes stratégies de recherche : la stratégie qualitative, la stratégie mixte et la stratégie quantitative. Dans la présente recherche, l'objectif était de déterminer la relation entre le stress perçu et l'IE ainsi que de procéder à l'évaluation d'un programme de formation MBSR sur le stress et l'IE chez des étudiants en soins infirmiers. Pour ce faire, le chercheur a choisi l'approche quantitative en utilisant une méthode de recherche descriptive et corrélationnelle. La recherche a tenté de mesurer trois variables par le biais de données numériques, dont le stress perçu des étudiants en soins infirmiers, l'IE et le programme de formation MBSR.

Pour une meilleure organisation et présentation, cette partie sera structurée autour de quatre chapitres : dans un premier temps, il serait pertinent d'énoncer la question de recherche et d'exposer les objectifs attendus et les hypothèses formulées. Puis un second chapitre sera réservé à une étude pilote sur la validation des instruments de recherche dans le contexte marocain et dont les propriétés psychométriques ont été établies à l'aide de différents outils statistiques. Un troisième chapitre sera entièrement dévolu à la recherche principale, qui consiste à atteindre l'objectif de recherche et à tester les hypothèses de recherche. Ce chapitre est à son tour divisé en deux sections. La première section porte sur la relation entre le stress perçu et l'IE. La deuxième section vise à évaluer l'effet d'un programme d'entraînement MBSR sur la réduction du stress et le développement de l'IE chez des étudiants en soins infirmiers.

Enfin, le dernier chapitre se concentre sur une discussion générale des résultats de cette recherche et leur comparaison avec la littérature. Les contributions, les recommandations, les limites et les perspectives sont également présentées. Quant à la conclusion, celle-ci vise à ouvrir d'autres pistes pour de futures recherches.

Chapitre VI : Question de recherche et hypothèses

Le contexte de formation en soins infirmiers au Maroc cité ci-dessus indique que le stage en milieu clinique peut générer du stress et une certaine souffrance chez les étudiants. En effet, ils mettent en évidence un contexte d'apprentissage qui peut être délétère pour les étudiants. Cela peut être un facteur déterminant d'abandon précoce ou d'échec. En France par exemple, selon Castéran-Sacreste (2016), environ 20% des étudiants abandonnent la formation après les premiers stages cliniques. Toutefois, 80% parviennent à rester dans leur programme de formation. Au Maroc, environ 59,10% des étudiants présentent un niveau de stress élevé vis-à-vis de leur formation clinique. Cependant, 40,9% sont satisfaits de cette dernière (Bandadi et al., 2020). Par conséquent, nous avons, d'une part, de nombreux étudiants qui se déclarent en mal-être et soumis à un stress extrême et, d'autre part, une grande majorité qui terminent leur cursus sans problème. Ce constat nous amène à nous demander pourquoi la majorité de ces apprenants placés dans des situations similaires de stress parviennent à les surmonter et à trouver un équilibre personnel nécessaire à leur réussite académique. Cette constatation peut renvoyer avec certitude au déploiement des compétences émotionnelles mobilisées par ces apprenants durant leur formation clinique, dans le but de promouvoir leur évolution, leur satisfaction et le dépassement de leurs obstacles.

En effet, la nécessité et la pertinence de l'intelligence émotionnelle dans la pratique infirmière décrites ci-dessus, expliquent l'intérêt croissant pour la mise en œuvre d'un programme de développement des compétences émotionnelles. (Bulmer et al., 2009; Karimi et al., 2014). De plus, la formation des étudiants à la pleine conscience basée sur la réduction du stress décrite ci-dessus pourrait contribuer à renforcer leurs capacités à affronter et à surmonter les difficultés. Par conséquent, dans cette recherche, nous allons approfondir cette réflexion avec la question suivante :

Quelle est la relation entre le stress perçu et l'IE ? Quel effet de la pleine conscience sur la réduction du stress et le développement de l'IE chez les étudiants en soins infirmiers dans le cadre de leur formation clinique ?

En réponse à ces questions, il est nécessaire de préciser les différents objectifs escomptés.

Objectif 1 : Mesurer les niveaux de le stress percu des étudiants en soins infirmiers.

Objectif 2 : Mesurer les niveaux de l'intelligence émotionnelle des étudiants en soins infirmiers.

Objectif 3 : Explorer la relation entre le stress perçu et l'IE chez les étudiants en soins infirmiers.

Objectif 4 : Explorer les effets des caractéristiques sociodémographiques des étudiants, notamment le sexe, l'âge, l'éducation et le milieu de pratique clinique, sur les niveaux de stress perçu.

Objectif 5 : Explorer les effets des caractéristiques sociodémographiques des étudiants, notamment le sexe, l'âge, l'éducation et le milieu de pratique clinique, sur les niveaux d'IEs.

Objectif 6 : Analyser la régression de score de l'IE pour prédire les changements dans les niveaux de stress percu

Objectif 7 : Analyser la régression pour évaluer l'effet de stress perçu et de l'IE sur les variables l'âge, sexe, spécialité, niveau d'étude et milieu de pratique clinique

Objectif 8 : Analyser la régression pour évaluer l'effet de l'IE sur les variables l'âge, sexe, spécialité, niveau d'étude et milieu de pratique clinique

Objectif 9 : Explorer l'effet d'un programme de formation de MBSR sur le stress perçu et l'IE chez les étudiants en soins infirmiers.

Les recherches bibliographiques et les explorations empiriques qui seront détaillées dans cette thèse devraient nous conduire à vérifier différentes hypothèses :

Hypothèse 1 : Il y aurait un niveau de stress perçu élevé chez les étudiants en soins infirmiers

Hypothèse 2 : Il y aurait un niveau d'IE faible chez les étudiants en soins infirmiers

Hypothèses 3 : Il y aurait une relation significative entre le stress perçu et l'IE des étudiants en soins infirmiers

Hypothèse 4 : Il y aurait des relations significatives entre le stress perçu et les variables sociodémographiques des étudiants en soins infirmiers

Hypothèse 5 : Il n'y aurait pas de relation significative entre les scores de l'IE et les variables sociodémographiques des étudiants en soins infirmiers

Hypothèse 6 : L'intelligence émotionnelle permet de prédire les changements dans les niveaux de stress perçu

Hypothèse 7 : Les caractéristiques sociodémographiques seront des facteurs prédictifs du changement des niveaux de stress.

Hypothèse 8 : Il y aurait une différence dans les niveaux de stress perçu des étudiants en soins infirmiers entre le pré-test et le post-test.

Hypothèses 9 : Il y aurait une différence dans les niveaux d'IE des étudiants en soins infirmiers entre le pré-test et le post-test.

Hypothèses 10 : Il y aurait une relation significative entre le stress perçu et l'intelligence émotionnelle des étudiants en soins infirmiers après le programme de formation de la pleine conscience.

6.1. Considérations éthiques

L'étude a été menée conformément à la Déclaration d'Helsinki de 1964 et ses amendements. La direction des études et de la recherche de l'Institut supérieur des professions infirmières et des techniques de santé de Tétouan a donné son accord pour la réalisation de l'étude.

Chapitre VII : Etude pilote : la validité et la fiabilité des outils de recherche

L'objectif est pour tester la fiabilité et la validité des outils de recherche notamment l'échelle de stress perçu.

7.1. Échelle de stress perçu en pratique clinique (PSS-CP)

7.1.1. Matériels et méthodes

Cette échelle a été développée à l'origine par Sheu et al. (1997) pour évaluer le niveau et le type de stress perçu par les étudiants en soins infirmiers dans les universités taïwanaises. La PSS est composée de 29 items notés sur une échelle de Likert en 5 points, soit (0 = jamais, 1 = presque jamais, 2 = parfois, 3 = assez souvent, et 4 = très souvent). Le score total est compris entre 0 et 116. Un score plus élevé indique un degré de stress plus important. Les items ont été regroupés en six facteurs ou sous-échelles liés à la source de stress comme suit :

1) le premier facteur se compose de 3 items et mesure le "stress dû au manque de connaissances et de compétences professionnelles" ;
2) le deuxième facteur se compose de 8 items qui mesurent le "stress lié à la prise en charge des patients" ;
3) le troisième facteur se compose de 5 items ; ce facteur mesure le "stress lié aux devoirs et à la charge de travail" ;
4) le quatrième facteur se compose de 6 items qui mesurent le "stress lié au corps enseignant et au personnel infirmier" ;
5) le cinquième facteur se compose de 3 items qui mesurent le "stress lié à l'environnement clinique" ;
6) le sixième facteur, qui se compose de 4 items, mesure le "stress lié aux pairs et à la vie quotidienne".

L'analyse factorielle exploratoire (AFE) a indiqué que 50,7% de la variance totale était attribuable aux six facteurs. Sheu et al (2002) ont rapporté une bonne fiabilité de cohérence interne de 0,89, tandis que le coefficient de fiabilité de stabilité test-retest sur une semaine était r = 0,60. L'indice de validité du contenu (CVI) était de 0,94, ce qui montre d'excellents niveaux (Sheu et al., 2002).

Cette échelle a été traduite et utilisée dans différents cultures et dans différents pays, dont le Taïwan (Sheu et al., 2002), l'Espagne (Jimenez et al., 2010), la Turquie (Karaca et al., 2017), la Chin (Chan et al., 2009) et la Jordanie (Algaralleh et al., 2019). Bien que ce dernier partage la même langue arabe classique avec le Maroc, la version arabe jordanienne du PSS ne peut pas être appliquée dans notre contexte marocain en raison de la variation des niveaux et des facteurs de stress ainsi que de la particularité de l'univers socioculturels et linguistique dans notre pays. En outre, les propriétés psychométriques du PSS n'ont pas été soumises à une évaluation psychométrique robuste de l'échelle traduite en Jordanie. Telles que l'analyse factorielle confirmatoire (AFC), la validité convergente et la fiabilité test-retest.

L'absence d'un instrument validé et adapté à la culture et au contexte marocaine pour évaluer le stress en milieu clinique chez les étudiants en soins infirmiers est une réelle préoccupation.

Par conséquent, l'utilisation d'un outil fiable testé sur le plan psychométrique contribue à enrichir le corpus de la littérature, en fournissant un aperçu particulier du stress en milieu clinique. En outre, il est essentiel d'évaluer l'impact des interventions, qui visent à réduire les niveaux de stress dans tous les Instituts Supérieurs des Sciences Infirmières et Techniques de Santé (ISPITS) au Maroc.

La présente étude vise donc à examiner les propriétés psychométriques de la version arabe de l'échelle de PSS de scheu et al. (2002) auprès d'un échantillon d'étudiants en soins infirmiers Marocain de premier cycle.

7.1.1.2. Conception de l’étude pilote

Cette étude méthodologique a été menée en deux phases. La première phase de l'étude a porté sur la traduction de l'échelle de stress de Scheu et al. (2002) de sa version anglaise à la version arabe dans le contexte marocain tandis que la deuxième phase a été consacrée aux tests de validité et de fiabilité.

7.1.1.3. Traduction

Dans cette étude, nous avons adopté la méthode Brislin adapté pour la traduction interculturelle, qui comprenait la traduction, la rétro-traduction, la comparaison, l'adaptation linguistique et les tests pilotes (Brislin, 1980). Dans un premier temps, deux professeurs chercheurs infirmiers bilingues ont traduit séparément le PSS de 29 items de l'anglais vers l’arabe et ont combiné les deux versions. L'un des professeurs est spécialisés en pédagogie des sciences infirmiers et l'autre en psychiatrie. Ensuite, un troisième chercheur bilingue a retraduit la version arabe en anglais. Plus tard, un quatrième chercheur a comparé la version anglaise rétrotraduite avec l'échelle anglaise originale pour transférer l'équivalence sémantique et la conformité de chaque item avec la culture et la société marocaine. Cette révision a apporté des modifications appropriée à certains synonymes, par exemple en remplaçant le terme " Les patients " par " Les malades " et " les enseignants " par " les professeurs ". Ce processus a donné la version arabe 1 du PSS. La validité apparente des questions a été vérifiée par un test pilote auprès d'un groupe de vingt étudiants en soins infirmiers répartis sur les trois spécialités. Les étudiants n'ont signalé aucun changement. Ce processus a produit la version arabe 2 de PSS-CP pour validation.

7.1.1.4. Participants, contexte et procédure de l’étude pilote

L'étude a été menée auprés des étudiants en soins infirmiers de l’ISPITS-T. L'échantillon était composé : des étudiants Infirmiers Polyvalent (IP), des étudiants Infirmiers en Santé Mentale (ISM) et des étudiants Infirmiers en Santé de Famille et Santé Communautaire

(ISFSC). Pour recruter les participants, une technique d'échantillonnage commode a été adoptée. Tous les étudiants en soins infirmiers de premier cycle qui répondaient aux critères d'admissibilité ont été invités à remplir un questionnaire en version papier lors des séances en salle de cours. Le questionnaire PSS a été administré deux fois aux 215 étudiants en soins infirmiers (groupe d'étude) à un intervalle de 10 jours afin d'évaluer la fiabilité test-retest. Les étudiants qui ont accepté de participer à l'étude ont été invités à remplir les questionnaires et à les rendre une fois terminé. Les critères d'inclusion comprenaient être un étudiant en soins infirmiers, inscrits dans le programme de premier cycle en soins infirmiers, être en deuxième ou en troisième année et avoir l'arabe comme première langue. Les étudiants de première année ont été exclus de l'étude en raison du fait qu'ils n'ont pas de stages en milieu clinique. Dans leurs cursus de formation, les étudiants en soins infirmiers de l'ISPITS-T sont tenus de suivre une formation d'un an en tronc commun, avant d'intégrer un programme de stage en soins infirmiers en deuxième année. Après avoir réussi le programme de stage, les étudiants en soins infirmiers obtiennent un diplôme de licence en sciences infirmières. Ils doivent encore réussir le concours de recrutement organisé par le ministre de la santé marocain avant de pouvoir exercer pleinement le métier d'infirmier. En ce qui concerne la taille d'échantillon requise, il existe différentes règles empiriques pour le rapport entre le nombre de répondants et le nombre d'éléments dans les études de validation, allant de 5:1 à 30:1(Spielberger et al., 1983) . De même, il existe plusieurs règles empiriques concernant la taille de l'échantillon requise pour l'Analyse Factorielle Exploratoire (AFE), allant de 3 à 20 participants par item (Henson & Roberts, 2006). Notre taille d'échantillon cible était de 215 pour l'AFE comme un minimum absolu (pour une échelle de 29 items). La collecte des données a été réalisée entre juin et juillet 2021.

Pour évaluer la validité convergente de la version arabe du PSS-CP, nous avons utilisé la version arabe de l'echelle de dépression, d'anxiété et de stress de 21 items (DASS=21)

(Moussa et al., 2017). Cette échelle contient 21 items divisés en trois sous-échelles, qui évaluent les symptômes de dépression (items 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21), d'anxiété (items 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20), et de stress (items 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18). Les répondants évaluent le niveau des symptômes auxquels ils ont réagi au cours de la dernière semaine sur une échelle comprise entre zéro (ne s'applique pas du tout à moi) et trois (s'applique à moi souvent ou la plupart du temps). Des scores plus élevés reflètent des niveaux plus élevés de confirmation des symptômes. La fiabilité du DASS-21, est excellente (α = 0,95, 0,96 et 0,94, respectivement).

7.1.1.5. Analyse des données de l'étude pilote

Les réponses des participants ont été codées et analysées à l'aide à l'aide du Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 21 et d'Amos (version 23.0). Les données démographiques ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives, notamment les fréquences, la moyenne et les variances. Pour déterminer si les données se prêtaient à une analyse factorielle, la mesure de l'adéquation de l'échantillon de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) et le test de Bartlett ont été utilisés. L'AFE a été réalisée et l'estimation subséquente a été basée sur la méthode d'extraction du maximum de vraisemblance et une rotation varimax. Les facteurs ayant une charge factorielle de 0,3 ou plus ont été sélectionnés comme items pour la version finale (Boldaji et al., 2022)

Ensuite, l'Analyse Factorielle Comfirmatoire (AFC) a été réalisée en utilisant l'estimation du maximum de vraisemblance afin de confirmer la structure de l'AFE et d'étudier les indices de qualité d'ajustement du modèle obtenu. Plusieurs indices d'ajustement ont été mesurés : Normed Fit Index (NFI) valeur acceptable= ≥ ,90 (Byrne, 1994). Comparative Fit Index (CFI) valeur acceptable = ≥ ,95 (Bentler, 1990). Goodness-of-Fit Index (GFI) valeur acceptable = ≥ ,90 (Tucker and Lewis, 1973). Tucker Lewis's index (TLI) valeur acceptable= ≥ ,90 (Tucker and Lewis, 1973). Incremental Fit Index (IFI) valeur acceptable= ≥ ,90 (Bollen

,1989). Et Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) valeur acceptable = ≤ ,08 (Steiger, 2000).

La validité convergente a été évaluée par les coefficients de corrélation de Spearman entre les facteurs PSS et DASS21.

La fiabilité du questionnaire a été analysée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach en utilisant la méthode de la cohérence interne. On peut affirmer que la cohérence interne est excellente si l'alpha de Cronbach est ≥ 0,9 et qu'elle est acceptable si les valeurs sont > 0,7 et < 0,8 (Tavakol & Dennick, 2011).

La fiabilité test-retest a été utilisée pour évaluer la stabilité du questionnaire. Lorsque la plage acceptable du coefficient de corrélation de la fiabilité test-retest était supérieure à 0,7, celui-ci était considéré comme satisfaisant (Noguchi et al., 2016). **7.1.2.1.**

7.1.2. Résultats

7.1.2.1. Caractéristiques de l'échantillon

Au total, 215 questionnaires ont été distribués aux étudiants de la filière soins infirmiers. Aucune données manquantes a été signalé puisque la totalité des étudiants on répondus à notre questionnaire. L'analyse du [Tableau 1] montre que l'âge moyen des étudiants était de 20,02 ans (ET = 1,12), 78,1 % étaient des femmes, la moitié des étudiants poursuit leurs études en 2ème année et l'autre moitié en 3ème année et presque 75% des étudiants font partie de la section de : Infirmier polyvalent ; et 25 % poursuivent leurs études dans les sections infirmier en santé mentale et infirmier en santé familiale et communautaire. L'analyse montre aussi que 72 % des étudiants font leurs stages dans les services hospitaliers alors que presque 28 % pratiquent leurs exercices au niveau des centres de santé primaires [Tableau 9].

Tableau 9 : Caractéristiques sociodémographiques des étudiants (n =215)

Variables démographiques		N	%
Âge (M = 20,02, *ET* = 1,12)			
Genre	Homme	47	21,9 %
	Femelle	168	78,1 %
Niveau d'étude	2 ème année	109	50,7%
	3 ème année	106	49,3%
Option /spécialité	IP	160	74,4%
	ISM	29	13,5%
	ISFSC	26	12,1%
Milieu de stage clinique	Hôpital	155	72,10 %
	Centre de santé	60	27,90 %

Abréviation : Infirmier Polyvalent (IP) ; Infirmier en Santé Mentale (ISM) ; Infirmier en Santé de Famille et Santé Communautaire (ISFSC)

1.2.2. Structure factorielle

L'indice KMO de 0,974 peut être qualifié d'excellent. Cela montre que les corrélations entre les items sont de bonne qualité. Ensuite, le résultat du test de sphéricité de Bartlett p = 0,000 est significatif (as < 0,0005). Par conséquent, nous pouvons rejeter l'hypothèse nulle selon laquelle nos données proviennent d'une population pour laquelle la matrice est une matrice d'identité. Ainsi, toutes les corrélations ne sont pas égales à zéro. Par conséquent, nous pouvons poursuivre l'analyse [Tableau 10].

Tableau 10 : Mesure de l'indice KMO et test de Bartlett (n =215)

Indice KMO et test de Bartlett		
Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.		.974
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-carré approx.	8736.185
	Ddl	406
	Signification	.000

7.1.2.2. Validité du contenu

L'indice de validité de contenu (IVC) de la version arabe du PSS-CP a été évalué. Quatre professeurs experts en psychologie clinique, expérimentés dans la traduction et la validation de tests de mesure, ont évalué la version arabe du PSS-CP. Les experts ont été invités à évaluer chaque item de l'instrument sur une échelle de Likert en quatre points allant de un = "non pertinent" à quatre = "très pertinent". Pour calculer l'indice de validité du contenu (IVC) de chaque élément et de l'échelle globale, les réponses des experts à chaque élément ont été examinées et divisées par le nombre d'évaluateurs (Rubio et al., 2003) [Ainsi, l'indice de validité du contenu des items du PSS-CP dans notre étude était de 0,92.

7.1.2.3. Validité structurelle

Les caractéristiques des facteurs extraits du questionnaire sont présentées dans le [Tableau 3]. Les résultats de la technique AFE ont montré que la structure de l'échelle PSS-CP de 29 items était composée de deux facteurs et que la variance totale expliquée était de 76,948%. En outre, tous les items étaient supérieurs à 0,3, ce qui indique une bonne charge factorielle de ces items sur leurs facteurs actuels et qu'il n'est pas nécessaire de les retirer de l'échelle. Ainsi, le premier facteur était composé de 14 items et a été nommé "Stress interpersonnel et de la charge de travail" ; le deuxième facteur était composé de 15 items et a été nommé "Stress du manque de compétences en soins infirmiers" [Tableau 11]

Tableau 11 : AFE de la version arabe du PSS-CP (n =215)

Items	**Charges factorielles**	
	Facteur 1	**Facteur 2**
14	.852	
13	.840	
16	.837	
15	.822	
18	.814	
19	.806	
12	.800	
17	.775	
22	.751	
21	.743	
27	.727	
20	.702	
23	.652	
9	.632	
25		.825
26		.823
6		.820
1		.819
24		.819
2		.810
4		.800
10		.749
8		.729
7		.706
11	.607	.651
28		.651
5		.650
3		.630
29		.535
Pourcentage de la variance	**39,452**	**37,497**
Cumul des variances	**39,452**	**76,949**

7.1.2.4. Analyse factorielle confirmatoire

Comme le montrent le [Tableau 4 et la Figure 1], l'AFC a été réalisée sur le modèle à deux facteurs de l'échelle PPS-CP afin d'étudier sa validité conceptuelle. D'après les résultats, on peut dire que le modèle à deux facteurs de l'échelle PSS-CP est bien ajusté [Tableau 12].

Tableau 12: scores de la qualité d'ajustement pour le modèle à deux facteurs du PPS-CP (n =215)

	$\chi 2$ /df	NFI	CFI	GFI	TLI	IFI	RMSEA
Valeurs de l'indice	2.235	.926	.989	.930	.905	.910	.070
Valeurs acceptables	≤ 3	≥ ,90	≥ ,95	≥ ,90	≥,90	≥,90	≤ ,08

Abreviation : NFI (Normed Fit Index) ; CFI (Comparative Fit Index) ; GFI (Goodness-of-Fit Index) ; TLI (Tucker Lewis's index) ; IFI (Incremental Fit Index) ; RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation)

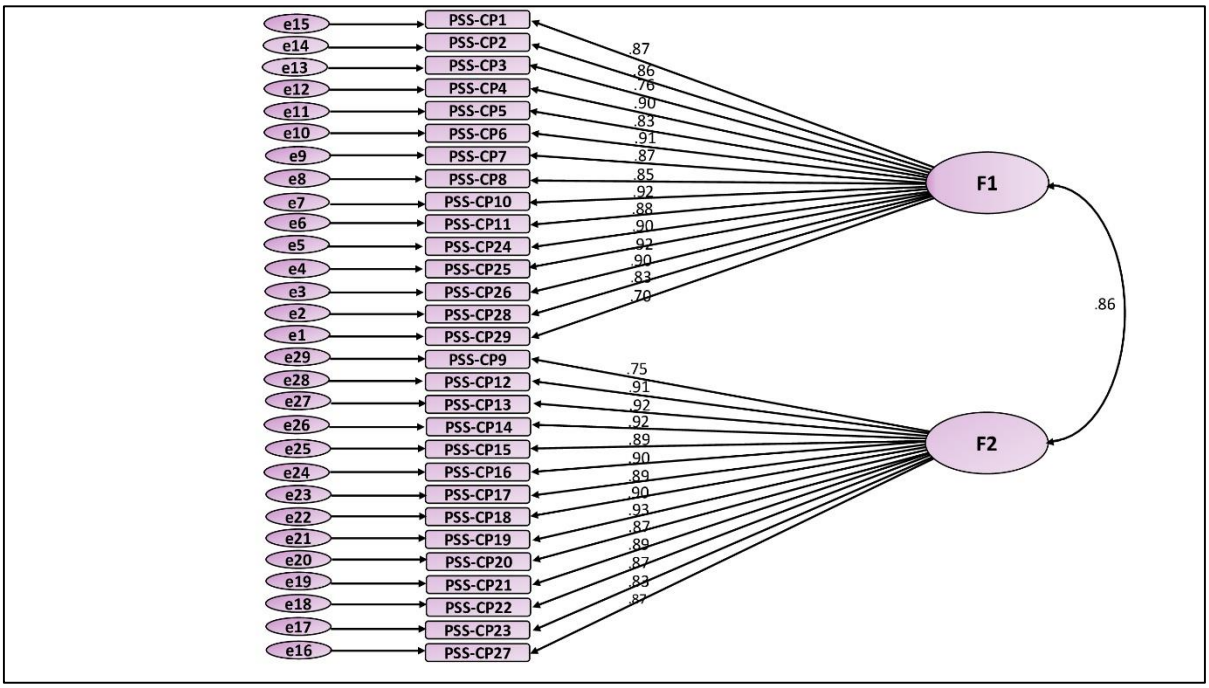


Figure 5 : Modèle AFC de la version arabe du PSS-CP

7.1.2.5. Corrélations

Pour mesurer la validité du questionnaire sur le stress des étudiants, la corrélation totale des items a été calculée sur les scores des étudiants.

Le tableau montre les résultats des corrélations totales des items des scores des répondants au questionnaire sur le stress des étudiants. La corrélation de l'échelle allant de 0.536 à 0.963, ce qui signifie que tous les items sont positivement corrélés avec le total du questionnaire sur le stress des étudiants [Tableau 13].

Tableau 13 : Corrélations entre les items et le total des scores des répondants au questionnaire sur le stress des étudiants en soins infirmiers (n =215)

Items	Corrélations	Items	Corrélations
1	.602	16	.766
2	.765	17	.682
3	.682	18	.536
4	.661	19	.837
5	.837	20	.752
6	.728	21	.963
7	.631	22	.845
8	.707	23	.627
9	.819	24	.883
10	.613	25	.649
11	.776	26	.936
12	.924	27	.814
13	.863	28	.669
14	.791	29	.872
15	.840		

Le coefficient de corrélation de Pearson de chaque facteur extrait avec le score total de l'instrument était significatif [Tableau 14].

Tableau 14 : Matrice des coefficients de corrélation entre les facteurs de la version arabe du PSS-CP (N=215)

Facteurs	1	2	Score Total
Stress interpersonnel et charge de travail	1	.841*	.934*
Stress lié au manque de compétences en soins infirmiers	.841*	1	.956*
Score Total	.934*	.956*	1

** La corrélation est significative au niveau de 0,01 (bilatéral)*

7.1.2.6. Validité convergente

Une analyse de corrélation a été effectuée pour comparer le PSS-CP avec les trois facteurs de l'echelle de Depression, Anxiety, Stress Scale=21-items (DASS-21) afin de confirmer sa validité convergente. Les résultats indiquent que les coefficients de corrélation calculés confirment la bonne validité convergente du PSS-CP avec la DASS-21. ($r=0.732$-0.873, $p<0.01$) [Tableau 15].

Tableau 15 : Validité convergente de la version arabe du PSS-CP avec le DASS-21 (n =215)

Facteurs	Dépression–DASS	Anxiété–DASS	Stress –DASS
1	.675*	.782*	.745*
2	.667*	.723*	.759*
Total PSS-CP (29 items)	.732*	.768*	.873*

**P<0.01. PSS-CP Perceived Stress Scale in clinical practicum ; DASS-21 = 21-item Depression, Anxiety, Stress Scale.*

7.1.2.7. Fiabilité et test-retest

La fiabilité du PSS-CP dans sa version arabe dans le contexte marocain a été mesurée par le coefficient alpha de Cronbach et la fiabilité test-retest.

Le coefficient alpha de Cronbach total pour l'échelle était de 0,986, et les coefficients alpha de Cronbach pour les deux facteurs étaient de 0,973 et 0,963, respectivement.

Pour la fiabilité test-retest, le coefficient de corrélation de Pearson a été utilisé. La fiabilité test-retest totale du questionnaire et celle des deux facteurs étaient respectivement de 0,904, 0,886 et 0,942 ($p<0,01$).

7.2. Échelle d'intelligence émotionnelle de Wong et Law (WLEIS)

La version arabe marocaine de l'échelle WLEIS a été utilisée pour évaluer le niveau d'IE. Cette échelle est considérée comme un instrument court composer de 16 items, regroupés en quatre facteurs (quatre items par facteur) : Autoévaluation émotionnelle (AEE) ; Évaluation émotionnelle des autres (EEA) ; Utilisation des émotions (UE) ; Régulation des émotions (RE). Les réponses à l'échelle WLEIS sont présentées sous forme de questions de type Likert à 04 points, allant de 1 (fortement en désaccord) à 4 (fortement d'accord). Les scores totaux de l'IE peuvent varier de 16 à 64, avec les groupements suivants : faible = 16-32, modéré = 32-48, et élevé = 48-64. La version arabe marocaine du WLEIS a montré de bonnes propriétés psychométriques dans l'échantillon d'étudiants au Maroc (Ghoudani et al., 2018).

7.2.1. Corrélations et Alpha de Cronbach de WLEIS

Afin de mesurer la validité de construction du questionnaire d'IE de WLEIS, la corrélation totale des items a été calculée sur les scores des répondants.

Le tableau 16 décrit les résultats de la corrélation totale des items des scores du questionnaire d'IE. La corrélation de l'échelle allant de 0,592 à 0,976, ce qui montre que tous

les items sont positivement corrélés avec le total du questionnaire d'IE des étudiants en soins infirmiers. Il ressort du tableau qu'il existe une relation positive entre tous les items.

La fiabilité de l'instrument a été vérifiée par la cohérence interne en utilisant la méthode Cronbach-Alpha, et un coefficient de fiabilité de 0,960 a été obtenu. Pour tous les domaines, les coefficients de fiabilité sont les suivants : Auto-évaluation émotionnelle (0,968), Evaluation émotionnelle des autres (0,949), Utilisation des émotions(0,952), Régulation des émotions (0,969) [Tableau 16].

Tableau 16 : Les coefficients de corrélation entre chaque item et les valeurs Alpha de Cronbach de chaque élément de l'échelle d'IE (N=215)

Items	Corrélations	Alpha de Cronbach si un item est supprimé
1	.765	.961
2	.837	.959
3	.723	.967
4	.796	.962
5	.861	.990
6	.976	.981
7	.892	.961
8	.781	.959
9	.643	.866
10	.916	.893
11	.827	.989
12	.881	.989
13	.696	.985
14	.773	.993
15	.592	.974
16	.949	.889

Chapitre VIII : L'étude principale de thèse

Pour répondre au but principal de la présente thèse, celle-ci sera subdivisée en deux sections. La première section portera sur la relation entre le stress perçu et l'IE, et la deuxième section évaluera l'effet d'un programme de formation MBSR sur le stress perçu et l'IE des étudiants en soins infirmiers. Pour ce faire, nous utiliserons des outils de mesure qui ont été adaptés et validés dans le contexte marocain, à savoir l'échelle de stress= PSSC-CP et l'échelle d'IE de =WLEIS (voir le chapitre sur l'étude pilote).

Section 1 : La relation entre le stress perçu et l'intelligence émotionnelle chez les étudiants en soins infirmiers

1.1. Matériels et méthodes

1.1.1. Conception et contexte de l'étude

Cette étude visait à inclure tous les étudiants de la filière soins infirmiers de premier cycle de l'ISPITS-T, entre janvier et Mars 2022 (N = 278). L'échantillon comprenait : Les étudiants infirmiers polyvalents (IP), les étudiants infirmiers en santé familiale et communautaire (ISFSC) et les étudiants infirmiers en santé mentale (ISM). Pour recruter les participants, nous avons adopté une technique d'échantillonnage aléatoire simple. Nous avons choisi des moments où les étudiants assistaient à une séance de cours. Les professeurs ont été informés et ont recu la permission d'interroger les étudiants à la fin de chaque séance. Le chercheur a expliqué aux étudiants l'objectif de l'enquête et les a assurés de la confidentialité. Les étudiants qui répondaient aux critères d'inclusion et acceptaient de participer à l'étude ont été invités à donner leur consentement signé et à remplir deux questionnaires auto-administrés en format papier et à les retourner une fois complétés. Un code a été attribué à chaque étudiant

à l'aide d'un numéro présélectionné. Les critères d'inclusion comprenaient le fait d'être un étudiant inscrit dans le programme de soins infirmiers et d'être en deuxième ou troisième année. Les étudiants de première année ont été exclus de l'étude car ils n'avaient pas de stages cliniques en soins infirmiers. Au total, 146 étudiants ont été inclus dans notre étude.

1.1.2. Outil de collecte des données

Un questionnaire conçu par le chercheur a été utilisé pour recueillir les caractéristiques sociodémographiques des participants, notamment l'âge, le sexe, le niveau d'études, la spécialité et le lieu de formation clinique.

En ce qui concerne les instruments de mesure des niveaux de stress perçu et d'IE, les tests validés dans le contexte marocain lors de la partie ci-dessus (étude pilote) ont été utilisés.

1.1.3. Analyse statistique

Des statistiques descriptives ont été utilisées pour analyser les données, telles que le nombre, le pourcentage, la moyenne et l'écart-type. Le test *t* de Student et le coefficient de corrélation de Pearson ont été utilisés pour examiner les différences et les corrélations entre les facteurs de stress perçus et les facteurs d'IE, ainsi que pour déterminer les relations entre ces facteurs et les caractéristiques sociodémographiques. Une analyse de régression linéaire a été calculée pour prédire l'effet des variables dépendantes sur le stress perçu et l'IE. Un niveau de 0,05 a été choisi pour déterminer la signification des résultats obtenus. Le logiciel SPSS-23.0 (Armonk, NY : IBM Corp.) a été retenu pour l'analyse de toutes les données de notre recherche

1.2. Résultats

Caractéristiques sociodémographiques des participants

L'âge moyen des participants était de 20,02 ± 1,12 an ; 74,6% étaient de sexe féminin et 72,6% étaient dans la spécialité des ISM. Parmi les répondants, 62,3 % étaient en deuxième année d'études et 60,6 % effectuaient leur stage en milieu hospitalier [Tableau 17].

Tableau 17 : Caractéristiques sociodémographiques des participants (n = 146)

Variable		N	(%)
Age (Mean±SD) = 20.02±1.12			
Sexe	Féminin	108	74.6 %
	Masculin	38	25.4 %
Spécialité	EIP	26	17.8 %
	EISFC	14	9.6 %
	EISM	106	72.6 %
Niveau d'études	2eme année	91	62.3 %
	3eme année	55	37.7 %
Milieu de pratique clinique	Centre de santé	58	39.4 %
	Hôpital	88	60.6 %

Abreviation : Étudiants infirmiers polyvalents (EIP) ; Etudiants Infirmiers en Santé Familiale et Communautaire (EISFC) ; Etudiants Infirmiers en Santé Mentale (EISM).

Niveau de stress perçu (échelle PSS-CP)

Objectif 1 : Mesurer le niveau de stress perçu des étudiants en formation en soins infirmiers.

Hypothèse 1 : Il y aurait un niveau de stress perçu élevé chez les étudiants en soins infirmiers

Le PSS-CP a été utilisé pour mesurer le niveau de stress lié à la formation clinique des étudiants en soins infirmiers. Identifier le niveau de stress était l'objectif principal de cette étude. Le PSS-CP est un outil composé de deux facteurs de stress : Le stress interpersonnel et la charge de travail et le manque de compétences en soins infirmiers. Chacun contient un certain nombre d'items connexes, soit 29 au total. Les répondants sont invités à évaluer chaque élément sur 4

sous-échelles ; les scores vont de 0 à 1,33 correspondant à un stress faible ; 1,34 et 2,66 correspondant à un stress modéré ; 2,67 et 4,00 correspondant à un stress élevé.

Pour mesurer les niveaux des répondants en matière de stress perçu, la Moyennes et écarts types (ET) des étudiants en soins infirmiers ont été calculés.

Selon les scores moyens PSS-CP obtenus par les participants, la valeur moyenne la plus élevée est attribuée au Stress interpersonnel et charge de travail (M = 2,50 ± 1,02), tandis que la valeur moyenne globale de l'échelle est (M = 2,42 ± 0,77), ce qui représente un niveau modéré [Tableau 18]. Ces résultats ont conduit à rejeté l'hypothèse 1.

Tableau 18. Moyennes et écarts types (ET) des facteurs PSS-CP (n = 146).

Facteurs	Moyenne	ET	Niveau
Stress interpersonnel et charge de travail	2.50	1.02	Modéré
Stress lié au manque de compétences en soins infirmiers	2.34	0.53	Modéré
Scores moyens de PSS-CP	2.42	0.77	Modéré

Note : *$p < .05$; *Abreviation : Perceived Stress Scale in Clinical Practice (PSS-CP)*

Niveau d'intelligence émotionnelle (l'échelle de WLEIS)

***Objectif 2* : Mesurer les niveaux d'IE des étudiants en soins infirmiers.**

***Hypothèse 2* : Il y aurait un niveau d'IE faible chez les étudiants en soins infirmiers.**

La version arabe marocaine de l'échelle WLEIS a été utilisée pour évaluer le niveau d'IE. Cette échelle est considérée comme un instrument court composer de 16 items, regroupés en quatre facteurs (quatre items par facteur) : Autoévaluation émotionnelle (AEE) ; Évaluation émotionnelle des autres (EEA) ; Utilisation des émotions (UE) ; Régulation des émotions (RE). Les réponses à l'échelle WLEIS sont présentées sous forme de questions de type Likert à 04

points, allant de 1 (fortement en désaccord) à 4 (fortement d'accord). Les scores totaux de l'IE peuvent varier de 16 à 64, avec les classements suivants : faible = 16-32, modéré = 32-48, et élevé = 48-64.

Pour mesurer les niveaux des répondants en matière d'IE, la Moyennes et écarts types (ET) des étudiants en soins infirmiers ont été calculés pour chaque niveau d'IE.

Pour les 04 facteurs de l'échelle d'IE, la valeur moyenne la plus élevée est celle du facteur de régulation des émotions (M = 4,60±1,07). Par ailleurs, la moyenne générale de l'échelle est de (M = 3,79±1,09), ce qui correspond à un niveau élevé [Tableau 19]. Ces résultats ont conduit à rejeté l'hypothèse 2.

Tableau 19. Moyennes et écarts types (ET) des facteurs de l'échelle de WLEIS (n = 146).

Facteurs	Moyenne	ET	Niveau
Auto-évaluation émotionnelle	3.56	1.15	Élevé
Evaluation émotionnelle des autres	3.59	0.99	Élevé
Utilisation des émotions	3.41	1.17	Élevé
Régulation des émotions	4.60	1.07	Élevé
Scores moyens de WLEIS	3.79	1.09	Élevé

Note : *$p < .05$; *Abreviation : Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS)*

La relation entre les facteurs de PSS-CP et les facteurs de WLEIS

Objectif 3 : Explorer la relation entre le stress perçu et l'IE chez les étudiants en soins infirmiers.

Hypothèses 3 : Il y aurait une relation significative entre le stress perçu et l'intelligence émotionnelle des étudiants en soins infirmiers.

Les résultats de la corrélation de Pearson indiquent que les facteurs du PSS-CP sont negativement corrélés avec les facteurs de l'échelle de l'IE [Tableau 20]. Ces résultats ont conduit à la validité de l'hypothèse 3.

Tableau 20 : La matrice de corrélation entre les facteurs observés de PSS-CP et IE

Variables PSS-CP/IE	PSS-CP	SIECT	SLMCSI	AEE	OEA	UE	RE
Stress interpersonnel et charge de travail	0.671*	1.00					
Stress lié au manque de compétences en soins infirmiers	0.765*	0.582*	1.00				
Auto-évaluation émotionnelle	0.689*	0.644*	0.538*	1.00			
Evaluation émotionnelle des autres	0.694*	0.665*	0.582*	0.679*	1.00		
Utilisation des émotions	0.611*	0.591*	0.614*	0.781*	0.811*	1.00	
Régulation des émotions	0.788*	0.758*	0.739*	0.793*	0.764*	0.833*	1.00
WLEIS	0.741*	0.749*	0.669*	0.791*	0.746*	0.784*	0.739*

*Note : *p < .05; Échelle de stress perçu en pratique clinique (PSS-CP), Stress Interpersonnel Et Charge de Travail(SIECT), Stress Lié au Manque de Compétences en Soins Infirmiers(SLMCSI), Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS), Auto-évaluation Emotionnelle (AEE), Evaluation Emotionnelle des Autres (EEA), Utilisation des Emotions (UE), Régulation des Emotions (RE).*

Influences des variables sociodémographiques sur le stress perçu

Objectif 4 : Explorer les effets des caractéristiques sociodémographiques des étudiants, notamment la spécialité, le niveau d'étude, le milieu de la pratique clinique, le sexe et l'âge sur les niveaux de stress perçu.

<u>Hypothèse 4</u> : Il y aurait des relations significatives entre le stress perçu et les variables sociodémographiques des étudiants en soins infirmiers.

Pour une analyse plus approfondie de la variable "stress perçu", les différences potentielles en relation avec les facteurs sociodémographiques ont été évaluées.

Au moyen du test t de Student, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre la variable de spécialité et le stress perçu au niveau de signification de 0,05 [tableau 21]. [Tableau 21].

Toufois, une différence statistiquement significative a été constatée entre les scores de l'échelle PSS-CP et le niveau d'étude : les participants de 2ème année avaient un score de stress total significativement plus élevé que les participants de 3ème année (*P*=0.002) [Tableau 22]. Le même résultat a été observé pour le milieu de la pratique clinique. En effet, les étudiants ayant réalisé leur stage clinique au niveau de l'hôpital avaient un niveau de stress plus élevé que ceux ayant réalisé leur stage au niveau des centres de santé (*P*=0.003). [Tableau 23]. Cependant, aucune différence significative n'a été trouvée dans les scores de l'échelle PSS-CP et la variable du sexe (*P*=0.324) [Tableau 24].

En utilisant la corrélation bivariée de Pearson pour estimer la possibilité d'une relation entre le PSS-CP et l'âge des participants. Les résultats obtenus ne révèlent aucune corrélation statistiquement significative [Tableau 25].

Ces résultats ont conduit à rejeté l'hypothèse 4 selon laquelle le stress des étudiants diffère uniquement en fonction du niveau d'étude et du milieu de pratique clinique. Toutefois, les variables âge, sexe et spécialité n'étaient pas des facteurs déterminants.

Tableau 21 : Différences dans les scores moyens entre l'échelle PSS-CP et la spécialité (n = 146)

Spécialité	N	Moyenne	ET	Sig
EIP	106	2.44	0.35	*P*= 0.056

EISFC	14	2.29	0.23
EISM	26	1.89	0.21

*Note : *p < .05 ; Abréviation : Étudiants infirmiers polyvalents (EIP), étudiants infirmiers en santé familiale et communautaire (EISFC), étudiants infirmiers en santé mentale (EISM) ; écarts types (ET) ; Perceived Stress Scale in Clinical Practice (PSS-CP)*

Tableau 22. Différences de moyennes (test t) entre les scores de PSS-CP par rapport au niveau d'étude (n = 146)

Niveau d'étude	N	Moyenne	ET	Sig
2eme année	91	3.36	0.42	*P*= 0.002
3eme année	55	2.21	0.34	

Note : *$p < .05$

Tableau 23. Différences de moyennes (test t) entre les scores de PSS-CP par rapport au milieu de la pratique clinique (n = 146)

Milieu de la pratique clinique	N	Moyenne	ET	Sig
Hôpital	58	3.51	0.48	*P*= 0.003
Centre de santé	88	2.18	0.22	

Note : *$p < .05$

Tableau 24. Différences de moyennes (test t) entre les scores de stress perçu par rapport au genre (n = 146)

Age	N	Moyenne	ET	Sig
Féminin	108	2.26	1.23	*P*=0.124
Masculin	38	2.17	1.03	

Note : *$p < .05$

Tableau 25. Corrélations bivariées (Pearson r) entre les scores PSS-CP et le variable d'Age (n = 146).

	Age	PSS-CP
Age	-	R = -0.051 *P*= 0.114
PSS-CP	R = -0.051 *P*= 0.114	-

Note : *$p < .05$

Influences des variables démographiques sur l'intelligence émotionnelle

***Objectif 5* : Explorer les effets des caractéristiques sociodémographiques des étudiants, notamment la spécialité, le niveau d'étude, le milieu de la pratique clinique, le genre et l'âge sur les niveaux d'IE.**

***Hypothèse 5* : Il n'y aurait pas de relation significative entre les scores de l'IE et les variables sociodémographiques des étudiants en soins infirmiers.**

Pour une analyse plus approfondie de la variable "Intelligence émotionnelle", les différences potentielles en relation avec les facteurs sociodémographiques ont été évaluées.

D'après les résultats du test *t* de Student, la variable spécialité ne présente pas de différence significative avec le score total WLEIS à un niveau de signification de 0,05 [tableau 26]. Des résultats similaires ont été obtenus entre les scores WLEIS et les variables relatives au niveau d'études [tableau 27], au milieu de pratique clinique [tableau 28] et au genre [tableau 29].

La corrélation bivariée de Pearson a également montré qu'il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre le test WLEIS et l'âge des participants à un niveau de signification de ($P<0,05$) [tableau 30].

Ces résultats confirment l'hypothèse 5, selon laquelle ces variables ne sont pas des facteurs déterminants de l'IE.

Tableau 26. Différences dans les scores moyens entre l'échelle de WLEIS et la spécialité (n = 146)

Spécialité	N	Moyenne	ET	Sig
EIP	106	3.51	1.25	*P*= 0.071
EISFC	14	3.48	1.12	
EISM	26	3.54	0.22	

*Note : *P < .05 ; Abréviation : Étudiants infirmiers polyvalents (EIP), étudiants infirmiers en santé familiale et communautaire (EISFC), étudiants infirmiers en santé mentale (EISM) ; écarts types (ET) ; Wong And Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS)*

Tableau 27. Différences de moyennes (test t) entre les scores de WLEIS par rapport au niveau d'étude (n = 146)

Niveau d'étude	N	Moyenne	ET	Sig
2eme année	91	3.53	1.44	*P*= 0.162
3eme année	55	3.49	1.39	

Note : *$p < .05$

Tableau 28. Différences de moyennes (test t) entre les scores de WLEIS par rapport au milieu de la pratique clinique (n = 146)

Milieu de la pratique clinique	N	Moyenne	ET	Sig
Hôpital	58	3.51	1.46	*P*= 0.173
Centre de santé	88	3.47	1.34	

Note : *$p < .05$

Tableau 29. Différences de moyennes (test t) entre les scores de WLEIS par rapport au genre (n = 146)

Age	N	Moyenne	ET	Sig
Féminin	108	3.59	1.43	*P*=0.181
Masculin	38	3.52	1.39	

Note : *$p < .05$

Tableau 30. Corrélations bivariées (Pearson r) entre les scores de WLEIS et le variable Age (n = 146)

	Age	WLEIS
Age	-	R = -0.082 *P*= 0.124
WLEIS	R = -0.082 *P*= 0.124	-

Note : *$p < .05$

Analyse de la régression

***Objectif 6** : Analyser la régression du variable de l'IE pour prédire les changements dans les niveaux de stress*

***Hypothèse 6** : L'intelligence émotionnelle pourra prédire les changements dans les niveaux de stress perçu.*

La régression de score du stress perçu et le score global de l'IE

Le résultat indique qu'il y a un impact significatif de l'IE sur le stress perçu (P<0.05) [Tableau 31]. Ces résultats ont conduit à la validité de l'hypothèse 6.

Tableau 31. La régression de score du stress perçu et le score global de l'IE (n = 146)

Model	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients (beta)	t-value	Sig.
	A	Standard error			
Constante [a]	13.899	4.476		5.312	0.001
EI	0.261	0.033	0.369	6.681	0.001

a. *Variable Dépendent : Stress*

***Objectif 7** : Analyser la régression des variables relatives à l'âge, au genre, à la spécialité, au niveau d'étude et au milieu de pratique clinique pour prédire les changements dans les niveaux de stress.*

<u>Hypothèse 7</u> : Les caractéristiques sociodémographiques sont des facteurs prédictifs du changement des niveaux de stress.

Analyse de la régression de la variable genre et stress perçu des étudiants

Le résultat indique qu'il n'y a pas un impact significatif de la variable genre sur le stress perçu (P<0.05) [Tableau 32]. Ces résultats ont conduit à rejeté de l'hypothèse 7.

Tableau 32. Score des répondants pour la variable genre sur le stress perçu (n = 146)

Model	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients (beta)	t-value	Sig.
	A	Standard error			
Constante [a]	9.659	0.476		1.234	0.324
Stress perçu	-0.181	0.172	-0.049	-0.472	0.540

a. *Variable Dépendent : Genre*

Analyse de la régression de la variable genre sur l'IE des étudiants

Le résultat indique qu'il n'y a pas un impact significatif de la variable genre sur l'IE (P<0.05) [Tableau 33].

Tableau 33. Score des répondants pour la variable genre sur l'IE (n = 146)

Model	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients (beta)	t-value	Sig.
	A	Standard error			
Constante [a]	8.363	0.254		1.283	0.381
IE	-0.159	0.153	-0.027	-0.429	0.519

a. Variable dépendante : Genre
Abreviation : Intelligence Émotionnelle (EI)

Analyse de la régression de la variable Age sur le stress perçu des étudiants

Le résultat indique qu'il n'y a pas un impact significatif de la variable l'âge sur stress perçu (P<0.05) [Tableau 34].

Tableau 34. Score des répondants pour la variable âge sur le stress perçu (n = 146)

Model	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients (beta)	t-value	Sig.
	A	Standard error			
Constante [a]	8.620	0.421		1.207	0.392
Stress perçu	-0.172	0.188	-0.038	-0.453	0.574

a. Variable dépendante : âge

Analyse de la régression de la variable âge sur l'IE des étudiants

Le résultat indique qu'il n'y a pas un impact significatif de la variable l'âge sur **l'IE** (P<0.05). [Tableau 35].

Tableau 35. Score des répondants pour la variable âge sur l'IE (n = 146)

Model	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients (beta)	t-value	Sig.
	A	Standard error			
Constante [a]	8.217	0.364		1.185	0.344
IE	-0.144	0.153	-0.033	-0.418	0.562

a. Variable dépendante : âge
Abreviation : Intelligence Émotionnelle (EI)

Analyse de la régression de la variable spécialité sur le stress perçu des étudiants

Le résultat indique qu'il n'y a pas un impact significatif de la variable spécialité sur stress perçu (P<0.05). [Tableau 36].

Tableau 36. Score des répondants pour la variable spécialité sur le stress perçu (n = 146)

Model	Unstandardized coefficients	t-value	Sig.

	A	Standard error	Standardized coefficients (beta)		
Constante [a]	8.110	0.291		1.357	0.429
Stress perçu	-0.137	0.139	-0.052	-0.349	0.535

a. Variable dépendante : spécialité

Analyse de la régression de la variable spécialité sur l'IE des étudiants

Le résultat indique qu'il n'y a pas un impact significatif de la variable spécialité sur l'IE (P<0.05) [Tableau 37].

Tableau 37. Score des répondants pour la variable spécialité sur l'IE (n = 146)

Model	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients (beta)	t-value	Sig.
	A	Standard error			
Constante [a]	8.217	0.364		1.185	0.344
IE	-0.138	0.119	-0.091	-0.206	0.588

a. Variable dépendante : spécialité
Abreviation : Intelligence Émotionnelle (EI)

Analyse de la régression de la variable Niveau d'études sur le stress perçu des étudiants

Les résultats obtenus soulignent que la variable relative au niveau **d'études** influence significativement le niveau de stress perçu (P<0,05). [Tableau 38].

Tableau 38. Analyse de la régression de la variable Niveau d'études sur le stress perçu des étudiants (n = 146)

Model	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients (beta)	t-value	Sig.
	A	Standard error			
Constante [a]	12.976	0.284		5.312	0.001
Stress perçu	1.707	0.647	0.229	5.949	0.001

a. Variable dépendante : Niveau d'études

Analyse de la régression de la variable Niveau d'études sur l'IE des étudiants

Les résultats obtenus soulignent que la variable relative au niveau d'étude influence significativement le niveau d'IE (P<0,05). [Tableau 39].

Tableau 39. Analyse de la régression de la variable Niveau d'études sur l'IE des étudiants (n = 146)

Model	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients (beta)	t-value	Sig.
	A	Standard error			
Constante [a]	12.881	0.311		5.185	0.001
IE	1.121	0.536	0.297	6.106	0.001

a. Variable dépendante : Niveau d'études
Abreviation : Intelligence Émotionnelle (EI)

Analyse de la régression de la variable milieu de pratique clinique sur le stress perçu des étudiants

Il ressort des résultats obtenus que la variable Milieu de la pratique clinique exerce un impact significatif sur le niveau de stress perçu (P<0,05). [Tableau 40].

Tableau 40. Analyse de la régression de la variable milieu de pratique clinique sur le stress perçu des étudiants (n = 146)

Model	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients (beta)	t-value	Sig.
	A	Standard error			
Constante [a]	13.599	0.248		5.610	0.001
Stress perçu	1.206	0.571	0.283	5.377	0.001

a. Variable dépendante : Milieu de pratique clinique

Analyse de la régression de la variable milieu de pratique clinique sur l'IE des étudiants

Il ressort des résultats obtenus que la variable Milieu de la pratique clinique exerce un impact significatif sur le niveau de **l'IE** (P<0,05). [Tableau 41].

Tableau 41. Analyse de la régression de la variable milieu de pratique clinique sur l'IE des étudiants (n = 146)

Model	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients (beta)	t-value	Sig.
	A	Standard error			
Constante [a]	13.252	0.281		5.524	0.001
IE	1.206	0.503	0.259	5.329	0.001

Variable dépendante : Milieu de pratique clinique
Abreviation : Intelligence Émotionnelle (EI)

Dans la régression linéaire finale après avoir retiré du modèle les variables Âge, Sexe et Spécialité en raison de leur manque de signification statistique. Il a été déterminé que l'IE, le niveau d'étude et le milieu de pratique clinique peuvent prédire les changements dans les niveaux de stress et étaient des facteurs significatifs efficaces dans le modèle de régression final [tableau 42]. Comme le montre le tableau, l'effet de l'IE sur le score de stress était de 0,261. Cela signifie qu'une augmentation du score de l'IE entraîne une diminution de 0,261 du score de stress, tout comme les autres variables indépendantes. Il est montré que lorsque toutes les autres variables sont constantes ou nulles, le score moyen de stress est de 13,899 [Tableau 42].

Tableau 42. Régression linéaire finale du PSS-CP après avoir retiré du modèle les variables Âge, Sexe et Spécialité en raison de leur manque de signification statistique (n = 146)

Model	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients (beta)	t-value	Sig.
	B	Standard error			
Constante [a]	13.899	4.476		5.312	0.001
IE	0.261	0.033	0.369	6.681	0.001
Niveau d'études	1.707	0.284	0.254	5.912	0.001
Milieu de pratique clinique	1.424	0.228	0.229	5.829	0.001

Variable Dépendant : stress perçu

Section 2 : Les effets d'un programme de formation à la pleine conscience sur le stress percu et l'intelligence émotionnelle des étudiants en soins infirmiers.

2.1. Matériels et méthodes

2.1.1. Conception, Participants et procédure de recherche

Cette étude a utilisé un protocole quasi-expérimental, à groupe unique, de type pré-test-post-test. 20 étudiants en soins infirmiers ont été recrutés volontairement, présentant un niveau de stress élevé et un faible niveau d'intelligence. Les méthodes de recrutement comprenaient des invitations par e-mail, des rencontres en face à face avec les étudiants pendant leur stage clinique. Les critères d'inclusion étaient les suivants : Être un étudiant de deuxième ou troisième année inscrit au programme de soins infirmiers, ne pas avoir de problèmes de santé majeurs et ne pas suivre de traitement psychothérapeutique, être inscrit à des stages cliniques, accepter d'assister à toutes les sessions de formation MBSR, accepter de pratiquer une activité liée à la pleine conscience pendant 20 à 30 minutes par jour et accepter de remplir deux questionnaires de quinze à vingt minutes à deux reprises. Le chercheur a mené des entretiens téléphoniques de sélection avec les volontaires ayant manifesté leur intérêt. Les personnes admissibles ont été recrutées après réception d'un formulaire de consentement signé.

Tous les participants à l'étude ont reçu une formation de 08 semaines au programme MBSR entre Mars et Mai 2022, par un expert en psychiatrie et psychothérapeute expérimenté en MBSR, à l'Institut Supérieur des Professions Infirmières et des Techniques de Santé de Tétouan (ISPITS-T) au Maroc. L'administration des questionnaires dans cette formation comprenait des étapes de pré-test et de post-test. Le pré-test a été administré au début de la 1ère session de formation MBSR et le post-test a été donné à la fin de la 8ème semaine. Les étudiants ont été informés que les questionnaires seraient appariés pour évaluer l'effet de la formation et

chaque étudiant a été codé avec un numéro présélectionné pour l'identifier dans les questionnaires pré et post-intervention.

La formation est organisée sous la forme d'une session de 2 heures par semaine, suivant le protocole standard MBSR délivré par Jon Kabat-Zinn. Les thèmes abordés sont notamment une introduction au concept de pleine conscience, une description détaillée des techniques MBSR, des stratégies de gestion des situations difficiles, la sensibilisation et la capacité de concentration, la gestion du temps, la capacité de rester dans le moment présent, la gestion et la neutralisation du sentiment de culpabilité, la neutralisation des émotions négatives et le processus de détachement.

Chaque session hebdomadaire commençait par une brève présentation du thème de la leçon, suivie d'exercices expérientiels guidés connexes. Une séance MBSR comprend les exercices suivants :

- Préparation à la relaxation : Les étudiants se placent dans une position de relaxation confortable et se plongent dans une détente progressive avec une musique orientale relaxante. Le psychothérapeute utilise des mots parlés pour les guider à se concentrer sur toutes les parties du corps, de la tête aux pieds, de manière rotative.

- la respiration en pleine conscience : Les étudiants ferment leurs yeux, sentent leur propre corps, perçoivent des sensations de tension et d'inconfort, et reconnaissent la réalité de ces émotions indésirables. Puis, ils prennent conscience de leur respiration et de l'air qui circule dans leurs voies respiratoires lorsqu'ils respirent, puis intensifient progressivement leur respiration et en déduisent que la respiration profonde peut atténuer les émotions indésirables grâce à la circulation de l'air.

- Gestion cognitive et émotionnelle : Grâce à des exercices d'introspection, d'écoute et de visualisation mentale, les étudiants prennent conscience de leurs pensées, perceptions,

humeurs, impulsions et autres émotions. Ils vivent et apprennent à reconnaître leurs pensées et émotions et à les gérer correctement. De plus, ils apprennent à réagir de manière appropriée et en temps opportun lorsque des émotions négatives surgissent.

- Amélioration de la concentration : Grâce à des exercices de concentration et de focalisation sur le moment présent, les étudiants apprennent non seulement à donner un sens à la vie et à vivre les moments agréables, mais aussi à développer des compétences pour transformer les situations stressantes en situations satisfaisantes (exemple : Mangez en pleine conscience en concentrant l'esprit et l'attention sur un plat ou un aliment donné et en utilisant simultanément les cinq sens : l'odorat, le goût, le toucher, la vue et même l'ouïe)

- Partage d'expériences en groupe : En raison des effets du programme MBSR, les étudiants sont amenés à partager leurs expériences émotionnelles négatives ou positives et à profiter mutuellement de leurs expériences personnelles et professionnelles grâce à un échange et une discussion.

- Les participants sont encouragés à mettre en pratique les techniques de pleine conscience acquises lors des sessions formelles, à raison de 20 à 30 minutes par jour à domicile.

2.1.2. Outil de collecte des données

Un questionnaire conçu par le chercheur a été utilisé pour recueillir les informations démographiques des participants, notamment l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la spécialité et le cadre de formation clinique, ainsi que les motivations des étudiants à participer au programme de formation MBSR.

Les instruments de prétest et de post-test pour mesurer les niveaux de stress perçu et d'IE étaient ceux validés dans le contexte marocain dans la section ci-dessus (étude pilote).

2.1.3. Analyse statistique

Des statistiques descriptives, la corrélation de Pearson et le test de Wilcoxon ont été utilisées pour analyser les données. Le niveau de signification a été accepté comme $p \leq 0,05$. Le logiciel IBM SPSS 22.0 a été appliqué.

2.2. Résultats

L'âge moyen des participants était de 20,02 ± 1,12 an ; 52 % étaient de sexe feminin et 52 % étaient dans la spécialité ISM. Parmi les répondants, 54 % étaient en deuxième année d'études et 58 % effectuaient leur stage en milieu hospitalier.

Les principales motivations des étudiants pour se former à la MBSR étaient le désir de changement (20 %), la gestion du stress (24 %) et le développement d'émotions agréables (54 %) [Tableau 43].

Tableau 43. Caractéristiques sociodémographiques des participants (n = 20)

Variable		**N**	**(%)**
Age (Mean±SD) = 20.02±1.12			
Sexe	Masculin	8	48 %
	Féminin	12	52 %
Spécialité	ISM	12	52 %
	IP	4	24 %
	ISFSC	4	24 %
niveau d'étude	2ème année	14	54 %
	3ème année	6	46 %
Milieu de pratique clinique	Hôpital	16	58 %
	Centre de santé	4	42 %
Motivations pour la formation MBSR	Désir de changement		20 %
	Gestion du stress		24 %
	Développement des émotions agréables		54 %

Abréviations : Infirmier en Santé Mentale (ISM) Infirmier Polyvalent(EIP), Infirmier en Santé de Famille et Santé Communautaire (ISFSC), Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

<u>Objectif 8</u>. Explorer l'effet d'un programme de formation de la pleine conscience sur le stress perçu et l'intelligence émotionnelle chez les étudiants en soins infirmiers

<u>Hypothèse 8</u> : Il y aurait une différence dans les niveaux de stress perçu des étudiants en soins infirmiers entre le pré-test et le post-test.

Une différence statistiquement significative a été constatée entre les résultats du pré-test et du post-test pour le PSS-CP (Z = -3,291 ; p = 0,001*) [Tableau 44]. Ces résultats ont conduit à la validité de l'hypothèse 8 qui stipule que le stress des étudiants se diffère entre le pré-test et le post-test.

Tableau 44. Moyenne et écart-type (ET) des facteurs et du score total du PSS-CP au pré-test et au post-test (n = 20).

Facteurs	**Pré-test (moyenne± ET)**	**Post-test (moyenne± ET)**	**Test significatif Z, *p***
Stress interpersonnel et charge de travail	2.24 ± 1.55	1.86 ± 1.26	$Z = -3.290$ $p = 0.001$*
Stress lié au manque de compétences en soins infirmiers	2.14 ± 1.16	1,92 ±1.31	$Z = -4.420$ $p = 0.001$*
Scores moyens totaux pour PSS-CP	2.19 ± 1.35	1,89 ± 1.28	$Z = -3.291$ $p = 0.001$*

*Note : *p = 0.05 ; Z = Wilcoxon-rank test ; PSS-CP : Perceived stress scale in clinical practice.*

<u>Hypothèses 9</u> : Il y aurait une différence dans les niveaux d'IE des étudiants en soins infirmiers entre le pré-test et le post-test.

Il y avait une différence statistiquement significative entre les scores moyens du pré-test et du post-test des facteurs EIE : auto-évaluation émotionnelle (Z = -3,638 ; p = 0,001*), évaluation émotionnelle des autres (Z =-3,773 ; p = 0,001*), utilisation des émotions (Z = -

3,244 ; p = 0,001*) et régulation des émotions (Z = -3,592 ; p = 0,001*). [Tableau 37]. Il y avait également une différence statistiquement significative entre les scores moyens totaux EIE du pré-test et du post-test (Z = -3.881 ; p = 0.001*) [Tableau 45]. Ces résultats ont conduit à la validité de l'hypothèse 9 qui stipule que l'IE des étudiants se diffère entre le pré-test et le post-test.

Tableau 45. Moyenne et écart-type (ET) des facteurs et du score total du EIE au pré-test et au post-test (n = 20)

Facteurs	**Pré-test (moyenne± ET)**	**Post-test (moyenne± ET)**	**Test significatif Z, *p***
Auto-évaluation émotionnelle	3.61 ± 1.51	3.89 ± 1.00	Z = −3.638 *p* = 0.001*
Evaluation émotionnelle des autres	3.65 ± 1.12	3.93 ± 0.86	Z =−3.773 *p* = 0.001*
Utilisation des émotions	3.38 ± 1.22	3.74 ± 1.34	Z = −3.244 *p* = 0.001*
Régulation des émotions	3.13 ± 0.86	3.48 ± 0.97	Z = −3.592 *p* = 0.001*
Scores moyens totaux pour l'EIE	3.44 ± 1.26	3.76 ± 1.19	Z = −3.881 *p* = 0.001*

*Note : Z = Wilcoxon-rank test ; *p = 0.05 ; Abréviation : EIE : Echelle d'intelligence Emotionnelle.*

<u>Hypothèses 10</u> : Il y aurait une relation significative entre le stress perçu et l'intelligence émotionnelle des étudiants en soins infirmiers après le programme de formation de la pleine conscience.

On a constaté une forte corrélation statistiquement significative entre les facteurs PSS-CP et EIE (r = 0,864, p < 0,05). Plus le score total de l'échelle EIE augmente, plus le score total de l'échelle PSS-CP diminue [Tableau 46]. Ces résultats ont conduit à la validité de l'hypothèse 10.

Tableau 46. La corrélation entre les scores obtenus par les étudiants au PSS-CP et à l'EI (N = 20)

Facteurs	PSS-CP	Auto-évaluation émotionnelle	Evaluation émotionnelle des autres	Utilisation des émotions	Régulation des émotions
Auto-évaluation émotionnelle	0.871*	1			
Evaluation émotionnelle des autres	0.886*	0.771*	1		
Utilisation des émotions	0.796*	0.702*	0.826*	1	
Regulation des émotions	0.718*	0.712*	0.717*	0.712*	1
EIE	0.864*	0.849*	0.833*	0.789*	0.726*

Abréviations : PSS-CP : Perceived stress scale in clinical practice : EIE : Echelle d'intelligence Emotionnelle.
**p < 0.05.*

Chapitre IX : Discussion, Contributions, Recommandations, Limites et perspective, Conclusion

Ce chapitre est consacré à une discussion générale des résultats de cette recherche et à leur comparaison avec la littérature. Les contributions, recommandations, limites et perspectives seront également présentées. Quant à la conclusion, elle aura pour objectif de déboucher sur des autres voies de recherches futures.

9.1 .Discussion

Le but de l'étude était de mesurer les niveaux de stress et l'IE , explorer la relation entre le stress perçu et l'IE chez les étudiants en soins infirmiers et de déterminer leurs différences en fonction des caractéristiques sociodémographiques de ces étudiants (sexe, âge, niveau d'éducation, spécialité, milieu de pratique clinique) ainsi qu'étudier l'effet d'un programme de formation à la pleine conscience sur le stress perçu et l'intelligence émotionnelle chez les étudiants en soins infirmiers. En outre, l'étude a été conçue pour tester les hypothèses qui ont été formulées sur la base des objectifs de recherche ci-dessus.

La première hypothèse stipule que les étudiants en soins infirmiers ont un niveau de stress élevé pendant leur formation clinique. Les résultats de cette étude montrent que le score moyen de stress perçu par les étudiants était de 2,42± 0,77, ce qui reflète un niveau de stress modéré. Les mêmes résultats ont été rapportés par l'étude de Shahin (2020) qui a trouvé un niveau moyen de stress perçu de 1,75± 0,5, en utilisant la même échelle. En revanche, en Australie, une étude a conclu que le niveau moyen de stress perçu chez les étudiants en médecine était significativement plus élevé que la moyenne normative, particulièrement chez les étudiants en pharmacie et en médecine dentaire (Foster et al., 2018).

Dans cette recherche, le facteur de stress le plus élevé était le stress interpersonnel et la charge de travail avec une moyenne et un écart-type de 2,50± 1,02. Ce résultat est cohérent avec

les conclusions de l'étude de Shaban et al. (2012) selon lesquelles les relations non sympathiques et le manque de respect et de soutien de la part de certains professeurs et infirmiers, ainsi que la charge de travail, constituent le principal facteur de stress dans la formation clinique. Cependant, selon une étude portant sur les étudiants en soins infirmiers d'une université saoudienne, le facteur de stress le plus perçu était associé au manque de connaissances et de compétences professionnelles (Ahmed & Mohammed, 2019). En effet, il semble que cette différence dans les niveaux et les sources de stress vécus par les étudiants en soins infirmiers découle probablement des particularités des systèmes de formation professionnelle de chaque pays, de la diversité culturelle, des différences dans l'échantillon et les outils de collecte de données utilisés, mais aussi des différences dans la façon dont ils sont supervisés et suivis cliniquement.

La deuxième hypothèse prétendait que les étudiants en soins infirmiers avaient un niveau d'IE faible. Cependant, les résultats de notre étude confirment que ces derniers sont dotés d'un niveau d'intelligence émotionnelle élevé. Ces résultats sont conformes à une étude comparative menée dans une université indienne qui a révélé un niveau élevé d'IE chez la plupart des étudiants en médecine (Sundararajan & Gopichandran, 2018). Cela peut s'expliquer par le fait que l'ISPITS admis des étudiants plus qualifiés et dispensent des compétences émotionnelles de qualité. Par conséquent, ces étudiants sont plus enclins à travailler en équipe, possèdent des compétences plus élevées et ont une attitude positive envers leurs études. Pool et Qualter (2012) ont noté que les étudiants des instituts de formation publics ayant une intelligence émotionnelle élevée sont plus performants et apprécient davantage leurs formations, se concentrent davantage sur les activités académiques, fournissent un travail satisfaisant et sont également capables de gérer leur stress et leur charge de travail.

La troisième hypothèse de l'étude porte sur la relation entre les deux variables principales de la recherche, qui consiste en l'existence d'une relation significative entre le stress

perçu et l'intelligence émotionnelle chez les étudiants en soins infirmiers. La vérification de cette hypothèse est soutenue par les résultats de notre recherche qui révèlent que la corrélation de Pearson indique que les facteurs de l'échelle PSS-CP sont inversement corrélés aux facteurs de l'échelle EI, ce qui signifie que le stress des étudiants était moins intense lorsque l'intelligence émotionnelle était élevée. A titre de comparaison, les données normatives de l'étude de Ranasinghe et al. (2017) ont montré que les étudiants en médecine du Sri Lanka ayant des scores d'IE plus élevés présentaient également un stress perçu plus faible. Comme pour nos résultats, Enns et al. (2018) ont constaté que des scores d'IE plus élevés étaient associés à un stress perçu modéré chez des étudiants américains de premier et deuxième cycles se spécialisant dans des disciplines d'aide telles que la psychologie, les soins infirmiers et le travail social. En outre, les résultats de l'étude d'Albesher et Alsaeed (2015) ont révélé que les individus ayant un IE plus développé sont mieux à même de faire face aux situations stressantes que ceux ayant un IE faible, en réduisant leur niveau de réaction (diminution des perturbations émotionnelles et des manifestations physiologiques) et en retrouvant plus rapidement leur équilibre. Cette constatation est également appuyée par les résultats de l'étude de Foster et al. (2018) menée en Australie, qui a mis en évidence des corrélations significatives entre l'IE et les facteurs de stress perçus chez les étudiants en soins infirmiers et en pharmacie. Dans cette perspective, l'IE peut être considéré comme un facteur modérateur des événements stressants ou traumatisants dans la vie d'une personne. Des études suggèrent que l'IE agit comme un tampon contre les situations stressantes qui conduisent à des troubles psychologiques (Albesher & Alsaeed, 2015). Par conséquent, la relation significative entre le stress et l'IE constatée dans nos résultats et ceux d'autres chercheurs peut indiquer des pistes de recherche potentielles pour déterminer si un programme d'entraînement à la pleine conscience permet de réduire les niveaux de stress et le développement des compétences émotionnelles.

La quatrième et cinquième hypothèse supposait qu'il y aurait des différences dans le niveau de stress et d'IE des étudiants en fonction de l'Age, sexe, la spécialité, le niveau d'étude et le milieu de pratique clinique des étudiants en soins infirmiers.

Les résultats de notre recherche montrent que le stress percu est significativement corrélé avec certaines caractéristiques sociodémographiques, notamment le niveau d'éducation et le milieu de pratique clinique. Cependant, aucune corrélation significative n'a été établie entre l'IE et l'ensemble des variables sociodémographiques : âge, sexe, spécialité, niveau d'éducation et milieu de pratique clinique ($P<0,05$).

En ce qui concerne le niveau d'étude et le milieu de pratique clinique, les données de notre étude corroborent les résultats publiés par Gardner et Emory (2018) indiquant que les étudiants de 2ème et 3ème année exerçant leur stage professionnel dans les services hospitaliers, dont la chirurgie, les urgences et la réanimation, subissent de nombreux facteurs de stress supplémentaires qui constituent une véritable tension, notamment la charge de travail, les tensions relationnelles avec les patients et leurs familles, la confrontation quotidienne à la souffrance et à la mort, l'exigence de développer des compétences et la complexité de la maîtrise des techniques de soins.Ce constat a été confirmé par une autre étude de Voltmer et al. (2012) auprès d'une population d'étudiants en médecine dentaire.

Pour le facteur sexe, nos résultats sont cohérents avec l'étude de Koochaki et al. (2011) et l'étude de Shahin (2020) qui n'ont trouvé aucune différence entre les étudiantes et les étudiants en relation avec le stress et l'IE. Cependant, Chen et al. (2013), ont constaté que les étudiantes affichaient des niveaux de stress plus élevés et un niveau d'IE faible. Cette présence marquée du stress et de l'IE chez les étudiantes par rapport aux étudiants est constatée dans plusieurs études similaires (Abdulghani et al., 2011 ; Backović et al., 2012 ; Shamsuddin et al., 2013).

En ce qui concerne la variable de l'âge, il a été constaté dans l'étude de Fornés-Vives et al. (2012), menée auprès d'étudiants espagnols en soins infirmiers, que les étudiants seniors ont des niveaux plus élevés de stress et un niveau d'IE modéré par rapport aux étudiants plus jeunes à cause de plusieurs expériences marquantes de leur vie.

McKenna et Plummer (2013) affirment que les conditions et contraintes sociales sont plus stressantes pour les étudiants seniors que pour les étudiants plus jeunes. En effet, par manque de ressources et de temps, les étudiants de plus de 30 ans se retrouvent obligés de travailler à temps partiel pour faire face à leurs dépenses financières. Par ailleurs, ces étudiants ne parviennent pas à gérer correctement leur temps consacré à leur formation, comparativement aux étudiants plus jeunes. Cependant, Fernández-Berrocal et Extremera (2005) affirment que les étudiants seigneurs masculins sont émotionnellement stables et maîtrisent parfaitement leur stress, ce qui leur confère un niveau d'intelligence émotionnelle plus élevé.

Pour la variable spécialisée, nos résultats sont en accord avec les conclusions de l'étude de Masten et al. (2009) en Slovénie qui ont observé que les niveaux de stress perçu et d'IE ne différaient pas significativement entre trois groupes d'étudiants en sciences de la santé, en sport et en psychologie. L'étude de Humpel et Caputi (2001) a conclu que la relation entre le niveau de stress et l'IE était non significative par rapport à la spécialité de la psychiatrie et de la médecine d'urgence. Cependant, selon une étude récente portant sur la relation entre le stress perçu, l'IE et les stratégies d'adaptation chez les étudiants en soins infirmiers spécialisé en oncologie. Les résultats ont montré un niveau faible d'IE et un niveau élevé de stress. Une corrélation statistiquement significative a été trouvée entre le stress et l'IE et la spécialité d'oncologie ($r = .340$, $P = .000$), ainsi qu'une corrélation positive entre l'IE et les étudiants de première expérience de stage en oncologie ($r = .189$, $P = .022$). En effet, les conclusions de cette étude montrent que l'IE axée sur la résolution de problèmes pour gérer le stress pendant la

période initiale de formation clinique peut être un facteur de protection pour surmonter le stress sur le site de stage en oncologie (Mazzella Ebstein et al., 2019).

Dans cette optique, la recherche de Ribeiro et al. (2020) a prouvé qu'il existe une relation entre la spécialité de formation clinique et le niveau de stress perçu. En effet, les résultats obtenus montrent que les domaines de la santé (médecine et soins infirmiers) sont associés à un niveau de stress perçu plus élevé que ceux des sciences humaines et sociales et de la psychologie.

Ce constat est certainement lié à la nature de la formation clinique, mais aussi à la rigueur et à la complexité de la profession infirmière, qui repose sur la grande responsabilité de protéger la vie des personnes. En effet, au cours du stage, l'étudiant développe des compétences cognitives et techniques à travers les différentes situations professionnelles vécues qui mobilisent un ensemble de connaissances sociologiques, psychologiques, culturelles et d'autres connaissances pharmacologiques, anatomiques et physiopathologiques Ramezani et al.,2005). De plus, le milieu clinique exige une certaine interaction entre l'étudiant, le superviseur du stage, les pairs, le personnel soignant, mais aussi avec le patient et sa famille. Cela implique donc la nécessité de connaître des moyens efficaces pour communiquer avec les autres, de bien réaliser les actes de soins en collaboration avec son équipe, de maîtriser le fonctionnement général du groupe, et enfin de savoir solliciter et demander de l'aide (Parveen & Inayat, 2017). Sur cette base, les différentes interactions au cours du processus de construction de ce savoir clinique par les étudiants confèrent à l'apprentissage une dimension socio-relationnelle enrichissante et bénéfique pour leur formation, mais aussi stressante dans sa réalisation, surtout si elle se déroule dans un environnement de travail peu convivial et démotivant (Kaviani et al., 2022). Dans cette perspective, le rôle du professeur est de guider l'apprenant dans le développement de ses compétences et de le rendre capable de travailler sous pression et de gérer

des tâches stressantes ou anxiogènes. Il assume donc une lourde responsabilité dans le parcours et le développement des étudiants vers une meilleure qualification professionnelle.

Les sixième et septième hypothèses supposent que l'IE et les caractéristiques sociodémographiques prédisent les changements dans les niveaux de stress perçus. La confirmation de cette hypothèse est soutenue par les résultats de notre recherche, qui indiquent que l'IE, le niveau d'études et le milieu de pratique clinique peuvent prédire les changements dans les niveaux de stress et étaient des facteurs significatifs dans le modèle de régression linéaire. Dans la même ligne, l'étude de Yamani et al. (2014) qui a examiné la relation entre l'intelligence émotionnelle et le stress au travail dans la faculté de médecine de l'Université des sciences médicales d'Isfahan, a confirmé une corrélation significative entre le score total de l'IE et le niveau de stress ($r=-0,235$, $p=0,005$). En outre, l'analyse de régression linéaire a révélé que l'IE et l'environnement de travail expliquent environ 7 % de la variance du niveau de stress des enseignants, ce qui correspond aux résultats de la présente étude.

Les résultats de la présente étude constituent une contribution importante à la discussion sur des aspects importants de la psychologie clinique et de l'éducation, notamment le stress clinique et l'IE des étudiants en tant que déterminants de leurs attitudes envers leur formation. Le comportement des étudiants devrait être influencé positivement en modifiant l'environnement du stage clinique. Une formation à la gestion du stress et à la régulation émotionnelle est nécessaire pour ces étudiants.

Les huitième, neuvième et dixième hypothèses stipulent qu'il existe une différence dans les niveaux de stress perçu et d'IE des étudiants en soins infirmiers entre le pré-test et le post-test, ainsi qu'une relation significative entre le stress perçu et l'intelligence émotionnelle après le programme de formation à la pleine conscience. Conformément à notre étude, les étudiants en soins infirmiers présentent souvent un niveau assez élevé de stress psychologique. En revanche, la participation à des ateliers de formation à la pleine conscience

contribue positivement à une amélioration de la santé psychologique de ces étudiants (Mathad et al ., 2017 ; Noble et al ., 2019). Dans le cas de la présente recherche, la participation active des étudiants en soins infirmiers aux séances de MBSR a entraîné une diminution des niveaux de stress et une amélioration de l'intelligence émotionnelle à la fin de la formation (PSS-CP = 1,89 ; EIE = 3,76) par rapport au début de la formation MBSR (PSS-CP = 2,19 ; EIE = 3,44 ± 1,26). Plus le score total de l'échelle d'IE augmentait, plus le score total de l'échelle de stress diminuait. Ces résultats sont conformes à ceux obtenus dans divers contextes avec des professionnels de la santé (McConville et al., 2017 ; Ofei-Dodoo et al., 2020).

La présente étude démontre que les étudiants qui ont suivi une formation MBSR ont connu un changement dans leur perception de la charge de travail, des relations interpersonnelles et du manque de compétences en soins infirmiers, ce qui a été confirmé par une réduction significative des niveaux de stress dans ces deux facteurs à la fin de la formation (stress lié aux relations interpersonnelles et à la charge de travail = 1,86 ; stress lié au manque de compétences en soins infirmiers = 1,92) par rapport au début de la formation MBSR (stress lié aux relations interpersonnelles et à la charge de travail = 2,24 ; stress lié au manque de compétences en soins infirmiers = 2,14). Une revue de la littérature sur le sujet a permis de conclure et de recommander que le programme MBSR, comprenant la méditation assise, la méditation marchée et des exercices de respiration profonde, accompagnés de discussions et de partage, est approprié pour les étudiants en soins infirmiers de premier cycle (van der Riet et al., 2018). Par ailleurs, une autre étude a établi une perception positive des périodes de stage clinique par les étudiants en soins infirmiers après une formation MBSR (Chase-Cantarini et al., 2019).

L'amélioration positive significative des compétences émotionnelles telles que la capacité à s'auto-évaluer, à évaluer les émotions des autres, à utiliser les émotions et à réguler les émotions est importante pour développer et renforcer l'alliance thérapeutique soignant-

patient et établir de bonnes relations entre l'infirmier et l'équipe soignante (Wasson et al., 2020). À cet égard, nos résultats confirment que cette intervention de 08 semaines a permis d'augmenter les scores des 04 facteurs du Echelle d'Intelligence Emotionnelle(EIE), notamment l'auto-évaluation émotionnelle, l'évaluation émotionnelle des autres, l'utilisation des émotions et la régulation des émotions. Une étude similaire a rapporté que les scores des facteurs de l'EIE des étudiants en soins infirmiers ont été développés après un programme MBSR (Xie et al., 2021). En outre, l'étude d'Ireland et al. (2017) a rapporté que l'amélioration des compétences émotionnelles est des piliers clés pour améliorer les expériences et les résultats des étudiants dans leur formation clinique.

En outre, le stress affecte négativement la qualité de la prestation des soins de santé dans la mesure où les soignants eux-mêmes signalent une augmentation des erreurs médicales, une diminution des émotions positives et une perte de motivation au travail (Galantino et al., 2005). En revanche, une intelligence émotionnelle accrue est associée à une diminution du stress, à une augmentation de la satisfaction au travail et à une augmentation de la satisfaction des patients (Galantino et al., 2005). Dans la présente étude, les facteurs PSS-CP et EIE montrent une forte corrélation statistiquement significative. En même temps, les scores totaux des deux échelles sont fortement corrélés ($r = .864$, $p < .05$). Par conséquent, le programme de pleine conscience a réduit les niveaux de stress perçus par les étudiants en soins infirmiers et a développé leurs niveaux de SIE. À cet égard, notre étude est cohérente avec la littérature.

Il serait également souhaitable de mener la même intervention de pleine conscience, incluant différentes spécialités, dans plusieurs programmes de formation en science de la santé afin de tester la comparabilité des résultats au sein et entre les spécialités.

9.2. Contributions générales de nos travaux

L'objectif principal de cette recherche était de répondre au problème central de notre question de recherche : " Quel est la relation entre le stress et l'intelligence émotionnelle ?

Quelle influence de la pleine conscience sur la réduction du niveau de stress et le développement d'IE des étudiants en formation clinique ?". En effet, la présente recherche nous a permis d'identifier un certain nombre de déterminants qui génèrent cette relation et cette influence. Dans cette optique, nous allons exposer les apports théoriques, méthodologiques et empiriques de cette recherche.

9.2.1. Contributions théoriques

La revue de la littérature de notre recherche nous permet de situer les principaux concepts clés de notre sujet, à savoir : le stress perçu, l'intelligence émotionnelle et la pleine conscience.

Nous avons ainsi placé notre recherche dans le prolongement des travaux qui considèrent le stress perçu comme une combinaison d'interactions entre les étudiants en soins infirmiers et leur environnement clinique ainsi que le concept d'IE comme étant des compétences innées ou acquises permettant de gérer ce type de stress. En effet, nous avons recensé un grand nombre de publications sur les différentes conceptions et définitions du stress et de l'IE et leur implication dans le contexte de la formation clinique en soins infirmiers. L'objectif est de mieux comprendre les différentes variations à travers l'analyse de leurs principales caractéristiques et de contribuer ainsi à une meilleure compréhension du stress et de l'IE dans la formation infirmière.

Enfin, nous avons testé et confirmé l'impact d'un programme de formation à la pleine conscience qui a permis à la fois d'atténuer les niveaux de stress clinique dus au stress interpersonnel et à la charge de travail ainsi qu'au sentiment de manque de connaissances et de compétences professionnelles, mais qui a également contribué à développer les niveaux d'IE des étudiants.

9.2.2. Contributions méthodologiques

Nous avons adopté une stratégie de recherche hypothético-déductive, dans la mesure où nous avions comme objectif d'étudier un phénomène peu présent dans la littérature, à savoir la relation entre le stress et l'IE et le rôle médiateur de la pleine conscience dans la gestion de stress et le développement de l'IE.

La construction de notre démarche exploratoire descriptive s'est faite par des allers-retours entre les différentes publications, nous permettant ainsi de bien comprendre notre sujet de recherche. Par ailleurs, le choix d'une méthodologie quantitative a été justifié par notre volonté d'aller le plus loin possible dans la recherche de notre problématique. En effet, grâce à des analyses statistiques robustes sur les échelles utilisées pour mesurer le degré de stress et l'IE des répondants, nous avons pu appréhender les différents mécanismes d'influence pour affermir notre compréhension du sujet.

En ce sens, dans le cadre de notre démarche exploratoire, nous avons réalisé 381 questionnaires avec des étudiants en soins infirmiers ayant des stages cliniques. Ces questionnaires ont été le moyen d'étudier, d'exposer les facteurs générateurs, de clarifier les perceptions des étudiants sur notre sujet d'étude et par conséquent, de comprendre l'influence l'IE au moyen de la MBSR sur le stress

9.2.3. Contributions empiriques

Il convient de noter que cette étude est la première recherche marocaine liée au stress perçu, à l'IE et à la thérapie de pleine conscience chez les étudiants en soins infirmiers.

Notre travail empirique contribue à l'enrichissement de la théorie du stress grâce au pilotage d'un outil d'évaluation du stress perçu dans la pratique clinique chez les étudiants infirmiers marocains. En effet, celui-ci concourt à une révision de la définition du concept de stress basée sur le constat que les contraintes apparaissent lorsque les exigences relationnelles,

la charge de travail et le manque de compétences individuelles affectent les capacités adaptatives, cognitives et émotionnelles du sujet.

Dans le même sens, nos travaux exposent les principaux facteurs du stress en milieu clinique d'aujourd'hui notamment en ce qui concerne le stress interpersonnel et la charge de travail. Dans certains cas, les étudiants ne se seront pas préparés à affronter l'agressivité et la rigidité des relations avec des malades difficiles ou les problèmes associés à la mort au cours de leur formation. De même, Aradilla-Herrero et al. (2012) ; Mirlashari et al. (2017) ont constaté que les étudiants en soins infirmiers pouvaient percevoir le stage clinique comme traumatisants. En outre, il y avait un manque de préparation avant le stage sur la façon de gérer les effets émotionnels et la façon de s'engager avec les patients et leurs proches ainsi que avec l'équipe soignante. À cet égard, la question que pose le contrôle des émotions, selon la littérature, reste un défi pour la formation en soins infirmiers.

Les résultats de notre travail mettent également en lumière le concept de l'intelligence émotionnelle s'inscrivant, ainsi, dans la lignée des travaux qui mettent en valeur ce concept (Mayer et al ., 2000 ; Chan et al., 2004; Law and Wong, 2004).

Par ailleurs, d'un point de vue empirique, notre travail prolonge les recherches visant à explorer les diverses composantes de l'IE chez les étudiants en soins infirmiers. Dans ce sens, notre recherche propose un outil de mesure des niveaux d'IE validé dans le contexte marocain permettant de privilégier de façon opérationnelle les habiletés émotionnelles dans ce domaine.

Cette échelle nous permet d'évaluer les quatre domaines de l'IE définis par Law et Wong (2004) et de les corréler avec les facteurs de l'échelle PSS-CP manifestés par nos répondants. Dans cette perspective, l'étude empirique réalisée a permis de déterminer l'influence de l'IE des étudiants en soins infirmiers sur le stress perçu à partir des indices de corrélation obtenus par le biais de l'analyse statistique.

Nos travaux enrichissent la théorie de l'IE à travers l'identification et la définition d'une nouvelle compétence dans le domaine de formation en soins infirmiers dont nous avons explicité les différentes dimensions qui la composent ainsi que son importance dans la gestion de stress clinique.

Enfin, notre recherche contribue à la mise en place d'un programme de formation à la pleine conscience qui a montré son influence sur la gestion du stress et le développement de l'IE des étudiants.

9.3. Recommandations

Dans la formation en soins infirmiers, le comportement des étudiants revêt une importance multiple. Notre système de formation de base en soins infirmiers s'articule autour du processus d'enseignement et d'apprentissage, au sein duquel les étudiants sont le point central du cursus professionnel. Le stress et l'IE sont des domaines qui devraient faire l'objet d'une attention particulière au Maroc pour la réussite du processus du projet éducatifs. Il faut souligner que selon les conclusions du Forum économique mondial de Davos, les compétences émotionnelles constituent l'une des dix compétences fondamentales pour le succès professionnel d'ici 2020. Il est nécessaire aujourd'hui de prendre en considération cette dimension dans la formation clinique en soins infirmiers. Les personnes dotées d'une intelligence émotionnelle élevée et d'un faible niveau de stress sont identifiées comme étant celles qui peuvent avoir plus de succès dans toutes les situations données. Ce type de comportement pourrait être un prédicteur de succès dans des circonstances complexes de la vie estudiantine. Les résultats de la présente étude nous ont fourni des informations précieuses sur les attitudes des étudiants en termes d'intelligence émotionnelle et de stress. Sur cette base, certaines actions peuvent être incluses dans le programme de formation en soins infirmiers pour optimiser les actions de la formation.

9.3.1. Préparation au stage clinique

Un manque de préparation des étudiants aux contraintes de la formation clinique a été constaté. Dans certains cas, les étudiants ne sont pas préparés à répondre aux besoins et questionnements spécifiques, à faire face à l'agressivité et à la rigidité de patients difficiles, ou encore à faire face aux éventuels problèmes liés à la lourdeur de la prise en charge de patients totalement dépendants. De même, Aradilla-Herrero et al. (2012) ont constaté que les étudiants en soins infirmiers peuvent percevoir le stage clinique comme un traumatisme. Dans cette optique, une bonne préparation au stage préclinique au travers des exercices de simulation, des ateliers instructifs, des forums, des symposiums, des séances de brainstorming et d'un soutien régulier et continu du corps enseignant peut atténuer une partie du stress émotionnel qui découle du sentiment de manque de connaissances et de compétences interpersonnelles et professionnelles, et favoriser une pensée positive et la motivation chez les étudiants.

Les étudiants en soins infirmiers sont obligés d'effectuer des stages cliniques dans une variété de structures de soins de santé. Bien souvent, ils ne sont pas familiers avec la structure du stage, le personnel infirmier ou la culture du lieu de travail. Certains personnels ne sont pas accueillants, et les conflits rencontrés avec certains soignants ont été identifiés comme des facteurs de stress. À cet égard, de nombreux étudiants ont déclaré avoir le sentiment d'être harceler, aliénés et isolés du reste de l'équipe soignante.

Il est recommandé aux enseignants de bien préparer les étudiants avant la sortie aux stage par la promotion des activités d'apprentissage coopératif basées sur le paradigme socioconstructiviste afin d'améliorer et de renforcer les relations interpersonnelles et les compétences sociales des étudiants, ce qui contribuera à minimiser le stress relationnel et à acquérir des capacités d'adaptation dans l'environnement hospitalier.

Comme les étudiants en soins infirmiers sont menacés par certains obstacles tels que le manque de soutien et de sympathie de la part des soignants et le surcroît de travail, il semble approprié de promouvoir la pratique du mentorat par les pairs en milieu clinique. En effet, selon les résultats de l'étude de Larose (2008), les participants ont jugé que l'approche du mentorat par les pairs était source de motivation, de réduction du stress et d'adaptation.

9.3.2. Efficacité des programmes de formation à l'intelligence emotionnelle

Au cours du stage clinique, les diverses réactions des étudiants face à la souffrance et à la mort des patients, la complexité des tâches et la pression de l'environnement, donnent à leur apprentissage une dimension socio-relationnelle très stressante, surtout s'il se déroule dans un environnement de travail hostile et démotivant. Dans cette perspective, Un programme de formation à l'intelligence émotionnelle revêt une grande importance. En effet, nos résultats portant sur l'effet de la pleine conscience sur la gestion du stress et le développement de l'IE chez un échantillon d'étudiants infirmiers ont fait apparaître une diminution des niveaux de stress perçu et une augmentation de l'intelligence émotionnelle des participants.

Récemment, Hurley et al. (2020) ont démontré, dans le cadre d'un essai clinique, que les résultats des étudiants en soins infirmiers étaient plus satisfaisants lorsque ces derniers bénéficiaient d'une formation préclinique axée sur le développement de l'intelligence émotionnelle. En effet, Hurley et al. (2020) ont constaté que cette forme d'intelligence émotionnelle contribuait à améliorer la confiance en soi, la capacité d'adaptation et les comportements empathiques au sein d'un échantillon d'étudiants en soins infirmiers.

En ce sens, la formation à l'intelligence émotionnelle doit être intégrée au programme de formation de base en sciences infirmières afin que les étudiants apprennent à maîtriser les situations stressantes et à réguler de manière adéquate leurs émotions. Cette démarche conduira au développement de compétences émotionnelles durables et d'une confiance en soi qui

pourront déboucher sur des performances cliniques se présentant comme une aptitude accrue à travailler sous pression et à gérer des tâches stressantes ou anxiogènes, et favoriser par conséquent une plus grande satisfaction des étudiants.

9.3.3. Relancer des critères de sélection des étudiants en soins infirmiers

La sélection des étudiants en soins infirmiers sur la base de leurs compétences émotionnelles est désormais une démarche stratégique pour le programme ISPITS. Il a été démontré que les compétences émotionnelles exercent une influence indéniable sur la rétention des postes et par conséquent sur la rentabilité et la productivité des organisations et la satisfaction de leurs besoins dans un monde hautement compétitif et stressant. Dès lors, le recrutement d'étudiants en soins infirmiers possédant des compétences émotionnelles est une solution pour prévenir les échecs et les abandons de la formation ce qui favorisera le taux de diplomation et augmentera le nombre d'infirmières et d'infirmiers autorisés.

9.4. Limites de la recherche et perspective

Les étudiants en soins infirmiers sont plus enclins au stress que les étudiants d'autres disciplines. En conséquence, un programme de formation à l'IE est d'une grande importance pour promouvoir le développement de l'intelligence émotionnelle et anticiper et surmonter les facteurs de stress.

Il convient de noter que les résultats de cette étude ont une utilité et une applicabilité limitées, car la collecte de données a été effectuée dans un seul établissement de formation en soins infirmiers, ce qui peut limiter la représentativité de l'ensemble des étudiants en soins infirmiers au Maroc. En effet, les études descriptives transversales pourraient générer des résultats beaucoup plus variables en incluant un très grand échantillon d'étudiants de différentes écoles de sciences infirmières. De même, les études futures devraient se baser sur des méthodes mixtes incluant des échelles de mesure et des entretiens personnels ou des listes de contrôle

d'observation afin de permettre une compréhension plus complète et approfondie du phénomène de stress et d'intelligence émotionnelle.

Pour le programme de la thérapie MBSR, il serait également souhaitable de faire pratiquer la même intervention de pleine conscience dans différentes spécialités, dans plusieurs programmes de formation en santé, afin de tester la comparabilité des résultats au sein d'une même spécialité et entre les spécialités.

Conclusion

La présente étude a étudié la relation entre le stress perçu et l'IE et a évalué l'effet d'un programme de formation à la pleine conscience sur le stress perçu et l'IE chez les étudiants en soins infirmiers.

Il est clair que les facteurs de stress clinique chez les étudiants en soins infirmiers sont nombreux (le stress interpersonnel et la charge de travail, le stress lié au manque de compétences en soins infirmiers). En outre, l'acquisition des aptitudes requises pour la profession infirmière exige une combinaison de compétences intellectuelles, de compétences sociales et relationnelles et de compétences émotionnelles nécessaires pour gérer les exigences liées à cette profession. Dans ce sens, les résultats soulignent que les stages cliniques sont de nature très différente et que les expériences vécues suscitent des réactions diverses. La littérature examinée dans le cadre de notre étude prouve que les étudiants en soins infirmiers vivent des situations émotionnellement difficiles pendant les stages cliniques, auxquelles ils ne sont pas suffisamment préparés. En outre, ces derniers subissent des niveaux de stress variables et un grand nombre d'entre eux adoptent un processus d'apprentissage de la gestion de leur bien-être émotionnel. Par ailleurs, cette documentation offre un autre regard sur le concept d'intelligence émotionnelle à travers une approche quantitative qui répond notamment aux recommandations de Mayer et Salovey (1997), Wong et Law (2002), Goleman (2005) et BarOn (2010) concernant le renforcement des connaissances existantes dans ce domaine.

Les résultats empiriques mettent en évidence la nature diversifiée des expériences de stage clinique et les différents facteurs qui ont été évoqués par les étudiants en soins infirmiers de l'échantillon étudié. Selon la littérature, il existe des différences individuelles dans la gestion du stress et l'engagement émotionnel. En effet, les étudiants en soins infirmiers dotés d'une intelligence émotionnelle élevée et d'un faible niveau de stress sont identifiés comme étant ceux

qui peuvent mieux réussir dans les situations de soins stressantes. En réponse à l'objectif de recherche consistant à examiner si l'intelligence émotionnelle avait une influence sur le stress perçu, les résultats nous ont permis de constater qu'il existe une corrélation significative entre le stress perçu et l'intelligence émotionnelle des étudiants, ce qui signifie qu'il existe une relation inverse entre ces deux concepts. Une corrélation positive a été trouvée entre le stress perçu et le niveau d'étude et le milieu de pratique clinique. En revanche, aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée à ($P<0,05$) dans l'IE pour les variables suivantes : Âge, sexe, spécialité, niveau d'éducation et milieu de pratique clinique. La régression linéaire a déterminé que l'IE peut prédire les changements dans les niveaux de stress. Cela signifie qu'une augmentation du score de l'IE entraîne une diminution du score de stress. En effet, ces valeurs élevées d'IE sont essentielles à faire face aux situations stressantes, à la réussite académique, au développement des compétences cognitives et techniques liées à la pratique des soins, contribuant ainsi à la satisfaction et aux résultats attendus auprès des patients.

Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour déterminer si ces résultats présentent des effets supplémentaires sur le cursus des autres filières de formation en sciences de santé.

Enfin, pour répondre à la question relative à la possibilité du programme de formation basé sur la pleine conscience (MBSR) pour gérer le stress et développer l'IE des étudiants en soins infirmiers, les résultats de notre étude confirment globalement que ledit programme apporterait une aide précieuse aux étudiants ayant un faible niveau d'IE et un niveau de stress élevé. Il est important de noter que cette étude a fourni des arguments solides pour inclure l'enseignement de l'IE au début du programme de formation en soins infirmiers. En effet, le fait de se pencher sur le potentiel de situations émotionnellement et professionnellement difficiles avant le stage clinique améliorera l'expérience des étudiants en soins infirmiers et contribuera à leurs résultats de formation, ce qui pourrait se traduire par une meilleure prestation de soins

aux patients. Cette démarche est fondamentale si nous voulons assurer à la profession infirmière une offre continue et compétente de diplômés. Nous espérons donc que cette thèse sera une source d'aide et de référence pour la direction de la formation du ministère de la santé marocain pour améliorer la formation des infirmiers et la rendre plus performante.

Références bibliographiques

Abdulghani, H. M., AlKanhal, A. A., Mahmoud, E. S., Ponnamperuma, G. G., & Alfaris, E. A. (2011). Stress and its effects on medical students : a cross-sectional study at a college of medicine in Saudi Arabia. *Journal of health, population, and nutrition*, *29*(5), 516–522. https://doi.org/10.3329/jhpn.v29i5.8906

Aboshaiqah, A. E., Hamadi, H. Y., Salem, O. A., & Zakari, N. M. (2016). The work engagement of nurses in multiple hospital sectors in Saudi Arabia : a comparative study. *Journal of nursing management*, *24*(4), 540–548. https://doi.org/10.1111/jonm.12356

AbuAlRub R. F. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, *36*(1), 73–78. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04016.x

AbuAlRub, R. F., & Al-Zaru, I. M. (2008). Job stress, recognition, job performance and intention to stay at work among Jordanian hospital nurses. *Journal of nursing management*, *16*(3), 227–236. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00810.x

Acharya, S. (2003). Factors Affecting Stress among Indian Dental Students. *Journal of Dental Education*, *67*, 1140-1148.

Adams, K., & Iseler, J. (2014). The relationship of bedside nurses' emotional intelligence with quality of care. *Journal of Nursing Care Quality*, 29(2), 174–18.

Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), Conseils, Sondages et Analyses (CSA). (2009). Le stress au travail, Rapport d'analyse. 01 [en ligne] http://www.anact.fr/web/publications/NOTINMENU_affichage_document ?

Ahern, N. R., & Norris, A. E. (2011). Examining factors that increase and decrease stress in adolescent community college students. *Journal of pediatric nursing*, *26*(6), 530–540. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2010.07.011

Ahmadi, O., Azizkhani, R., & Basravi, M. (2014). Correlation between workplace and occupational burnout syndrome in nurses. *Advanced biomedical research*, *3*, 44. https://doi.org/10.4103/2277-9175.125751

Ahmed, W. A. M., & Mohammed, B. M. A. (2019). Nursing students' stress and coping strategies during clinical training in KSA. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, *14*(2), 116–122. https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2019.02.002

Aiken, L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., Lake E.T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration, 38*(5), 223–229.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Solchalski, J., & Silber, J.H. (2002). Hospital patient to nurse workloads and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association, 288*(16), 1987-1993.

Akhu-Zaheya, L, M., Shaban, IA., & Khater, W, A. (2015). Nursing students and perceived stress and influences in clinical performance. *International Journal of Advanced Nursing Studies, 4*(2), 44–48. http://dx.doi.org/10.14419/ijans.v4i2.4311

Albesher, SA., & Alsaeed, MH. (2015). Emotional intelligence and its relationship with coping strategies to stressful life events among a sample of basic education college students in Kuwait State. *Journal of educational sciences and psychology, 16*(1), 273-395. http://dx.doi.org/10.12785/JEPS/160409

Alconero-Camarero, A. R., Sarabia-Cobo, C. M., González-Gómez, S., Ibáñez-Rementería, I., Lavín-Alconero, L., & Sarabia-Cobo, A. B. (2018). Nursing students' emotional intelligence, coping styles and learning satisfaction in clinically simulated palliative care scenarios : An observational study. *Nurse education today, 61*, 94–100. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.013

Algaralleh, A., Altwalbeh, D., & Alzayyat, A. (2019). Preliminary psychometric properties of the Arabic version of Sheu and colleagues Perceived Stress Scale among nursing students at Jordanian universities. *Journal of multidisciplinary healthcare, 12*, 777–787. https://doi.org/10.2147/JMDH.S214456

Alghamdi, S., Aljabri, S., Jafari, G., Alzebali, R., Alkunaidiri, N., & Kalantan, N. (2019). Sources of stress among undergraduate nursing students. *Glob J Health Sci,* 11(9) :116. https://doi.org/10.5539/gjhs.v11n9p116

Al-Hosis, K.F., Mersal, F.A., & Keshk, L.I. (2013). Effects of job stress on health of Saudi nurses working in Ministry of Health Hospitals in Qassim region in KSA. *Life Science Journal, 10*(1), 1036-1044.

Allen, V., Rahman, N., Weissman, A., MacCann, C., Lewis, C., & Roberts, R. D. (2015). The Situational Test of Emotional Management–Brief (STEM-B) : Development and validation using item response theory and latent class analysis. *Personality and Individual Differences*, *81*, 195-200.

Al-Makhaita, H. M., Sabra, A. A., & Hafez, A. S. (2014). Predictors of work-related stress among nurses working in primary and secondary health care levels in Dammam, Eastern Saudi Arabia. *Journal of family & community medicine*, *21*(2), 79–84. https://doi.org/10.4103/2230-8229.134762

Al-Nusair, H. (2017). Perceived work-related stress, job performance, social support and intention to stay among immigrant nurses in culturally diverse setting. (PhD thesis) University of Nottingham, Nottingham, UK.

Alzayyat, A., & Al-Gamal, E. (2014). A review of the literature regarding stress among nursing students during their clinical education. *International Nursing Review*, *61*, 406–415. https://doi.org/10.1111/inr.12114

American Nurses Association [ANA]. (2016). Nursing shortage. Récupéré le 13 octobre 2016 de : http://www.nursingworld.org/nursingshortage

Andrew, S., Salamonson, Y., Weaver, R., Smith, A., O'Reilly, R., & Taylor, C. (2008). Hate the course or hate to go : Semester differences in first year nursing attrition. *Nurse Education Tokay, 28*(7), 865-872. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.12.007

Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J., &Gómez-Benito, J. (2014). Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students. *Nurse Education Today, 34*(4), 520-525. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.001

Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sabado, J., & Gómez-Benito, J. (2012). Death attitudes and emotional intelligence in nursing students. *Omega, 66*(1), 39–55. https://doi.org/10.2190/om.66.1.c

Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2013). Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students. *Nurse Education Today*. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.001

Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2014). Perceived emotional intelligence in nursing : psychometric properties of the Trait Meta-Mood Scale. *Journal of clinical nursing*, *23*(7-8), 955–966. https://doi.org/10.1111/jocn.12259

Arch, J. J., & Craske, M. G. (2010). Laboratory stressors in clinically anxious and non-anxious individuals : the moderating role of mindfulness. *Behaviour research and therapy*, *48*(6), 495–505. https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.02.005

Arieli, D. P. (2013). Emotional Work and Diversity in Clinical Placements of Nursing Students. *Journal of Nursing Scholarship*, *45*(2), 192-201. https://doi.org/10.1111/jnu.12020

Artino, A. R., Jr, & Durning, S. J. (2011). It's time to explore the role of emotion in medical students' learning. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, *86*(3), 275–276. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318208437f

Assaf A. M. (2013). Stress-induced immune-related diseases and health outcomes of pharmacy students : A pilot study. *Saudi pharmaceutical journal : SPJ : the official publication of the Saudi Pharmaceutical Society*, *21*(1), 35–44. https://doi.org/10.1016/j.jsps.2012.02.006

Aubry, F & al. (2007). Recommandations pour optimiser la formation par le stage clinique, des étudiants paramédicaux. *Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales*. Provence Alpes Côte - D'azur. France.

Augusto Landa, J. M., López-Zafra, E., Aguilar-Luzón, M.delC., & de Ugarte, M. F. (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

Augusto-Landa, M., & Montes-Berges, B. (2009). Perceived Emotional Intelligence, Health and Somatic Symptomatology in Nursing Students. *Individual Differences Research, 7*(3), 197-211.

Austin, E. J. (2010). Measurement of ability emotional intelligence : Results for two new tests. *British Journal of Psychology*, 101, 563-578. https://doi.org/10.1348/000712609X474370

Austin, E. J., Saklofske, D. H., & Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, *38*(3), 547–558. https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.05.009

Austin, EJ., Evans, P., Magnus, B., & O'Hanlon, K. (2007).Une étude préliminaire de l'empathie, de l'intelligence émotionnelle et des performances d'examen chez les étudiants *MBChB. Med Educ*, 41 : 684-689. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02795.x

Ayaz-Alkaya, S., & Simones, J. (2022). Nursing education stress and coping behaviors in Turkish and the United States nursing students : A descriptive study. *Nurse Education in Practice,* 59, 103292, https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103292

Backović, D. V., Zivojinović, J. I., Maksimović, J., & Maksimović, M. (2012). Gender differences in academic stress and burnout among medical students in final years of education. *Psychiatria Danubina*, *24*(2), 175–181.

Baer, R. (2009). Self-focused attention and mechanisms of change in mindfulness-based treatment. *Cogn. Behav. Ther, 38* (1), 15–20. https://doi.org/10.1080/16506070902980703

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention : A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology, Science and Practice, 11*, 125-143. https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015

Baer, R. A., & Krietemeyer, J. (2006). Overview of mindfulness and acceptance-based treatment approaches. Dans R. A. Baer (Éd), Mindfulness-Based Treatment Approaches : *Clinician's Guide to Evidence Base and Applications* (pp. 3-27). San Diego, CA : Elsevier Academic Press.

Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report : the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment, 11*, 191–206. https://doi.org/10.1177/1073191104268029

Bandadi, L., Chamkal, N., Siham Belbachir, S., & Ahami, A. (2020). Perceived Stress among Moroccan Nurses Student : Effect of the Emotional Self-efficacy. *Journal of Medical Sciences*, *20*(8), 156-161. https://doi.org/10.3889/oamjms.2020.3899

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control*. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.

Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2000). *Mastery of your anxiety and panic* (3e éd.). *New York, NY*, Psychological Corporation.

Bar-On, R. (1997). *The Emotional Intelligence Inventory (EQ-i) : technical manual*. Toronto, Canada : Multi-Health Systems.

Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i) : A Test of Emotional Intelligence Multi Health Systems* : Toronto

Bar-On, R. (2006). The bar-on model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, *18*, 13-25.

Bauer, J., Blanchard, T., & January, T. (2010). In my flesh I see god : A neurobiological perspective on being human. *Tikkun*, *25*(1), 43-45.

Baum, K. M., & Nowicki, S., Jr. (1998). Perception of emotion : Measuring decoding accuracy of adult prosodic cues varying in intensity. *Journal of Nonverbal Behavior*, *22*(2), 89–107. https://doi.org/10.1023/A:1022954014365

Baumann, A. (2010). The impact of turnover and the benefit of stability in the nursing workforce, *International Councils for Nurses* : Geneva, Switzerland.

Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *43*(8), 667–672. https://doi.org/10.1007/s00127-008-0345-x

Bazarko, D., Cate, R. A., Azocar, F., & Kreitzer, M. J. (2013). The Impact of an Innovative Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Health and Well-Being of Nurses Employed in a Corporate Setting. *Journal of workplace behavioral health*, *28*, 107–133. https://doi.org/10.1080/15555240.2013.779518

Beauvais, A. M., Brady, N., O'Shea, E. R., & Griffin, M. T. (2011). Emotional intelligence and nursing performance among nursing students. *Nurse education today*, *31*(4), 396–401. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.07.013

Beauvais, A. M., Stewart, J. G., DeNisco, S., & Beauvais, J. E. (2014). Factors related to academic success among nursing students : a descriptive correlational research study. *Nurse education today*, *34*(6), 918–923. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.005

Bechara A. (2004). The role of emotion in decision-making : evidence from neurological patients with orbitofrontal damage. *Brain and cognition*, *55*(1), 30–40. https://doi.org/10.1016/j.bandc.2003.04.001

Beck, D. L., Hackett, M. B., Srivastava, R., McKim, E., & Rockwell, B. (1997). Perceived level and sources of stress in university professional schools. *The Journal of nursing education*, *36*(4), 180–186. https://doi.org/10.3928/0148-4834-19970401-08

Beddoe, A. E., & Murphy, S. O. (2004). Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students?. *The Journal of nursing education*, *43*(7), 305–312. https://doi.org/10.3928/01484834-20040701-07

Beilock, S. L., & Carr, T. H. (2005). When high-powered people fail : working memory and "choking under pressure" in math. *Psychological science*, *16*(2), 101–105. https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2005.00789.x

Bentler P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological bulletin*, *107*(2), 238–246. https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238

Bishop S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction?. *Psychosomatic medicine*, *64*(1), 71–83. https://doi.org/10.1097/00006842-200201000-00010

Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness : a proposed operational definition. Clinical Psychology, *Science and Practice*, *11*(3), 230–241.

BitmiŞ, MG., & Ergeneli, A. (2013). The Role of Psychological Capital and Trust in Individual Performance and Job Satisfaction Relationship : A Test of Multiple Mediation

Model, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 99,173-179. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.10.483.

Blair PL. (2013), Lateral violence in nursing. *Journal of Emergency Nursing, 39*(5) : 75-78. https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.12.006

Blangeois, E., Bonhème, M., Carré, P., Hesse, P., & Jannin, MC. (2009) Lesruptures de parcours des étudiants infirmiers en cours de formation. Amiens : OR2S.

Blickle, G., Momm, T., Liu, Y., Witzki, A., & Steinmayr, R. (2011). Construct validation of the Test of Emotional Intelligence (TEMINT) : A two-study investigation. *European Journal of Psychological Assessment, 27*(4), 282–289. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000075

Blomberg, K., Bisholt, B., Kullén Engström, A., Ohlsson, U., Sundler Johansson, A., & Gustafsson, M. (2014). Swedish nursing students' experience of stress during clinical practice in relation to clinical setting characteristics and the organisation of the clinical education. *Journal of clinical nursing*, *23*(15-16), 2264-2271.

Bodhi, B. (2000). *A comprehensive manual of Abhidhamma.* Seattle, WA : BPS Pariyatti Editions.

Boldaji, F. T., Amini, M., & Parvizi, M. M. (2022). Psychometric properties of the Persian version of System for Evaluation of Teaching Qualities by students : A tool for assessing clinical tutors from students' viewpoint. *Journal of education and health promotion*, *11*, 92. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1622_20

Bollen, KA. (1989). Structural equations with latent variables, New York, Wiley.

Bondolfi, G., Jermann, F., & Zermatten, A. (2011). Les approches psychothérapeutiques basées sur la pleine conscience (mindfulness) : Entre vogue médiatique et applications cliniques fondées sur des preuves. *Psychothérapies*, 31, 167-174. https://doi.org/10.3917/psys.113.0167

Botha, E., Gwin, T., & Purpora, C. (2015) .The Effectiveness of Mindfulness Based Programs in Reducing Stress Experienced by Nurses in Adult Hospital Settings : A Systematic Review of Quantitative Evidence Protocol. *JBI Database Syst. Rev. Implement*. Rep., 13, 21–29. https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2380

Boudoukha, A. H., Bonnaud-Antignac, A., Acier, D., & Chaillou, A. (2011). Anxiété et stress : impact de la préparation du concours de pharmacie. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 21*(3), 90-96.

Boujut, É., & Bruchon-Schweitzer, M. (2007). Rôle de certains facteurs psychosociaux dans la réussite universitaire d'étudiants de première année [Role of psychosocial factors in academic success of freshmen students]. *Orientation Scolaire et Professionnelle, 36*(2), 157–177. https://doi.org/10.4000/osp.1367

Boujut, E., Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M. (2009).La santé mentale chez les étudiants : suivi d'une cohorte en première année d'université. Ann. *Méd. Psychol,* 167 (9) : 662Ŕ668.

Boyatzis, R. E., Goleman, D., & Hay/McBer. (1999). *Emotional competence inventory*. Boston : HayGroup.

Boyatzis, R. E., Goleman, D., & Rhee, K. S. (2000). Clustering competence in emotional intelligence : Insights from the Emotional Competence Inventory. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence : Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 343–362). Jossey-Bass.

Brackett, M. A., & Mayer, J. D. (2003). Convergent, discriminant, and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*(9), 1147-1158. https://doi.org/10.1177/0146167203254596

Brackett, M.A. y Salovey, P. (2006). Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Psicothema,* 18 (Supl.). 34-41.

Brackett, MA., Rivers, SE., & Salovey, P. (2011).Intelligence émotionnelle : implications pour la réussite personnelle, sociale, académique et professionnelle. *Soc Personal Psychol Compass, 5,* 88–81. https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00334.x.

Brady, S., O'Connor, N., Burgermeister, D., & Hanson, P. (2011). The impact of mindfulness meditation in promoting a culture of safety on an acute psychiatric unit. *Perspectives in Psychiatric Care, 48*(3), 129-137. doi:http://eshproxy.esh.se:2112/10.1111/j.1744-6163.2011.00315.x

Bränström, R., Duncan, L., & Moskowitz, J. (2011). The association between dispositional mindfulness, psychological well-being, and perceived health in a Swedish population-based sample. *British Journal of Healthy Psychology, 16*(2), 300–316.

Brewer, C. S., Kovner, C. T., Greene, W., Tukov-Shuser, M., & Djukic, M. (2012). Predictors of actual turnover in a national sample of newly licensed registered nurses employed in hospitals. *Journal of advanced nursing, 68*(3), 521–538. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05753.x

Brewer, J. A., Bowen, S., Smith, J. T., Marlatt, G. A., & Potenza, M. N. (2010). Mindfulness-based treatments for co-occurring depression and substance use disorders : What can we learn from the brain ? *Addiction,105,* 1698-1706. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02890.x

Brislin R. H. (1980). Translation and content analysis of oral and written material. In : Triandis HC, Berry JW, editors. *Handbook of Cross-Cultural Psychology : Methodology*. Vol 2. Boston, Allyn and Bacon. p. 389-444.

Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness : Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry, 18*, 211– 237. https://doi.org/10.1080/10478400701598298

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present : Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(4), 822–848. https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822

Brown, L., & Holloway, I. (2008). The adjustment journey of international postgraduate students at an English university : An ethnographic study. *Journal of Research in International Education, 7*(2), 232-249. https://doi.org/10.1177/14752409080913

Budowski, M. (2015). Apprentissage coopératif et formation des médecins : entre le « formel » et « l'informel » : Expérimentation de trois dispositifs pédagogiques utilisés en sciences médicales. Thèse de doctorat. Spécialité Sciences de l'éducation .l'Université Paris-Est. Repéré à : file:///Users/macbookair/Downloads/TH2015PESC0015%20(1).pdf.

Bughi, S. A., Sumcad, J., & Bughi, S. (2006). Effect of Brief Behavioral Intervention Program in Managing Stress in Medical Students from Two Southern California Universities. *Medical education online, 11*(1), 4593. https://doi.org/10.3402/meo.v11i.4593

Bugle, L., Jackson, E., Kornegay, K., & Rives, K. (2003). Attitudes of Nursing Faculty Regarding Nursing Students with a Chemical Dependency : A National Survey. *Journal of Addictions Nursing, 14*, 125–132.

Bulmer Smith, K., Profetto-McGrath, J., & Cummings, G. G. (2009). Emotional intelligence and nursing : an integrative literature review. *International journal of nursing studies*, *46*(12), 1624–1636. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.024

Bureau International du Travail (BIT). (1993). *Stress dans le monde du travail*. Travail dans le monde, Genève. 73-85. ISBN : 92-2-208007-6

Burnard, P., Edwards, D., Bennett, K., Thaibah, H., Tothova, V., Baldacchino, D., Bara, P., & Mytevelli, J. (2008). A comparative, longitudinal study of stress in student nurses in five countries : Albania, Brunei, the Czech Republic, Malta and Wales. *Nurse education today*, *28*(2), 134–145. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.04.002

Byerly-Lamm, K. R. (2018). The impact of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on stress and affect in a community wellness group sample. Thèse de doctorat inédite, Union Institute & University. Repéré à https://search.proquest.com/openview/0921fe97b557e35fce7901abfb40a16b/1?pqorigsite=gscholar&cbl=18750&diss=y

Byrne, B.M., & Byrne, B.M. (2006). Structural Equation Modeling With EQS : Basic Concepts, Applications, and Programming, Second Edition (2nd ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203726532

Cadman, C., & Brewer, J. (2001). Emotional intelligence : A vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management, 9*(6), 321-324. https://doi.org/10.1046/j.0966-0429.2001.00261.x

Cannon, W. B. (1932). The wisdom of the body. New York, NY, US : *W W Norton & Company, Inc*.

Canouï, P., Mauranges, A., & Florentin, A. (2015). Le burn out à l'hôpital. *Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson*.

Carr, L., Iacoboni, M., Dubeau, M. C., Mazziotta, J. C., & Lenzi, G. L. (2003). Neural mechanisms of empathy in humans : A relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *100*(9), 5497-5502. https://doi.org/10.1073/pnas.0935845100.

Carvalho, V. S., Guerrero, E., Chambel, M. J., & González-Rico, P. (2016). Psychometric properties of WLEIS as a measure of emotional intelligence in the Portuguese and Spanish medical students. *Evaluation and program planning*, *58*, 152–159. https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.06.006

Carvalho, V. S., Guerrero, E., & Chambel, M. J. (2018). Emotional intelligence and health students' well-being : A two-wave study with students of medicine, physiotherapy and nursing. *Nurse education today*, *63*, 35–42. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.010

Castéran-Sacreste B. (2016). *La formation aux professions de santé en 2014*, série Statistiques, DREES, no 198, [en ligne] http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-statistiques/article/la-formation-aux-professions-de-la- sante-en-2014.

Celebioğlu, A., Akpinar, R. B., Küçükoğlu, S., & Engin, R. (2010). Violence experienced by Turkish nursing students in clinical settings : their emotions and behaviors. *Nurse education today*, *30*(7), 687–691. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.01.006

Chan, C. K., So, W. K., & Fong, D. Y. (2009). Hong Kong baccalaureate nursing students' stress and their coping strategies in clinical practice. *Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, *25*(5), 307–313. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2009.01.018

Chan, C. K., So, W. K., & Fong, D. Y. (2009). Hong Kong baccalaureate nursing students' stress and their coping strategies in clinical practice. *Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, *25*(5), 307–313. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2009.01.018

Chan, J., Sit, E., & Lau, W. (2014). Conflict management styles, emotional intelligence and implicit theories of personality of nursing students : A cross-sectional study. *Nurse Education Today, 34*, 934-939. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.10.012

Chang, E. M., Hancock, K. M., Johnson, A., Daly, J., & Jackson, D. (2005). Role stress in nurses : review of related factors and strategies for moving forward. *Nursing & health sciences*, *7*(1), 57–65. https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2005.00221.x

Chapelle, F. & Monié, B. (2007). Bon stress, mauvais stress : mode d'emploi. *Paris* : Odile Jacob.

Chase-Cantarini, S., & Christiaens, G. (2019). Introducing mindfulness moments in the classroom. *Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, *35*(5), 389–392. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.04.002

Chen, Y. W., & Hung, C. H. (2014). Predictors of Taiwanese baccalaureate nursing students' physio-psycho-social responses during clinical practicum. *Nurse education today*, *34*, 73–77. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.02.021

Chernomas, W. M., & Shapiro, C. (2013). Stress, depression, and anxiety among undergraduate nursing students. *International journal of nursing education scholarship*, *10*, /j/ijnes.2013.10.issue-1/ijnes-2012-0032/ijnes-2012-0032.xml. https://doi.org/10.1515/ijnes-2012-0032

Cheung, R. Y., & Au, T. K. (2011). Nursing students' anxiety and clinical performance. *The Journal of nursing education*, *50*(5), 286–289. https://doi.org/10.3928/01484834-20110131-08

Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people : a review and meta-analysis. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)*, *15*(5), 593–600. https://doi.org/10.1089/acm.2008.0495

Choi, S., & Kluemper, D. H. (2012). The relative utility of differing measures of emotional intelligence : Other-report EI as a predictor of social functioning. *European Review of Applied Psychology*, *62*, 121-127. https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.01.002

Chouanière, D. (2006). Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention. Documents pour le medecin du travail : *Dossier médicotechnique* [en ligne]. Disponible sur : http://www.inrs.fr.

Ciarrochi, J.V., Chan, A. y Baigar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences, 31*, 1105-1119. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00207-5

Cigolla, F., & Brown, D. (2011). A way of being : Bringing mindfulness into individual therapy. *Psychotherapy Research, 21,* 709-721. https://doi.org/10.1080/10503307.2011.613076

CII (2021). L'effet COVID-19 : les infirmières du monde entier à l'épreuve d'un traumatisme de masse, un danger immédiat pour la profession et l'avenir de nos systèmes de santé (consulté le 29/06/2021 https://www.icn.ch/fr/actualites/leffet-covid-19-les infirmieres-du-monde-entier-lepreuve-dun-traumatisme-de-masse-un)

Cleary, M., Visentin, D., West, S., Lopez, V., & Kornhaber, R. (2018). Promoting emotional intelligence and resilience in undergraduate nursing students : An integrative review. *Nurse education today*, *68*, 112–120. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.018

Clegg, A. (2001). Occupational stress in nursing : A review of the literature. Journal of Nursing Management, 9(2), 101–106. https://doi. org/10.1046/j.1365-2834.2001.00216.x

Clements, A. J., Kinman, G., Leggetter, S., Teoh, K., & Guppy, A. (2016). Exploring commitment, professional identity, and support for student nurses. *Nurse education in practice*, *16*(1), 20–26. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.06.001

Codier, E., & Odell, E. (2014). Measured emotional intelligence ability and grade point average in nursing students. *Nurse education today*, *34*(4), 608–612. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.06.007

Coelho, AT., Lorenzini, LM., Suda, EY., Rossini, S., & Reimão R. (2010). Qualité du sommeil, dépression et anxiété chez les étudiants des derniers semestres dans les cours du domaine de la santé. *Neurobiol ,73*(1) ,6-28. https://doi.org/10.1016/j.msom.2020.11.063

Coleman, E. A., Honeycutt, G., Ogden, B., McMillan, D. E., O'Sullivan, P. S., Light, K., & Wingfield, W. (1997). Assessing substance abuse among health care students and the efficacy of educational interventions. *Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, *13*(1), 28–37. https://doi.org/10.1016/s8755-7223(97)80024-5

Cordon, S., Brown, K.W., & Gibson, P. (2009). The Role of Mindfulness-Based Stress Reduction on Perceived Stress : Preliminary Evidence for the Moderating Role of Attachment Style. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*, 258 - 269.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 6*(4), 343–359. https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.4.343

Cottraux, J. (2007). *Thérapie cognitive et émotions* : la troisième vague. Paris : Elsevier Masson.

Crombie, A., Brindley, J., Harris, D., Marks-Maran, D., & Thompson, T. M. (2013). Factors that enhance rates of completion : What makes students stay ? *Nurse Education Today*, *33*(11), 1282-1287. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.03.020

Cruz, F. C., Koya, E., Guez-Barber, D. H., Bossert, J. M., Lupica, C. R., Shaham, Y., & Hope, B. T. (2013). New technologies for examining the role of neuronal ensembles in drug addiction and fear. *Nature reviews. Neuroscience*, *14*(11), 743–754. https://doi.org/10.1038/nrn3597

Culha, Y., & Acaroglu, R. (2018). The relationship amongst student nurses' values, emotional intelligence and individualised care perceptions. *Nursing ethics*, *26*(7-8), 2373–2383. https://doi.org/10.1177/0969733018796682

Dacre Pool, L., & Qualter, P. (2012). Improving emotional intelligence and emotional self-efficacy through a teaching intervention for university students. *Learning and Individual Differences*, *22*(3), 306–312. https://doi.org/10.1016/j.lindif.2012.01.010

Dahir n° 1-14-130 du 3 chaoual 1435 (31 juillet 2014). *Portant promulgation de la loi n° 80-12 relative à l'Agence nationale d'évaluation et d'assurance qualité(*) de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique*, Maroc.

Das, K. (2006). Your stress busters. *Nightingale Nursing Times*, pp.60-63.

Dasgupta, P. (2012). Effect of role ambiguity, conflict and overload in private hospitals' nurses' burnout and mediation through self-efficacy. *Journal of Health Management*, *14*(4), 513-534. https://doi.org/10.1177/0972063412468980

De Looff, P., Nijman, H., Didden, R., & Embregts, P. (2018).Burnout Symptoms in Forensic Psychiatric Nurses and Their Associations with Personality, Emotional Intelligence and Client Aggression : A Cross-Sectional Study. J. *Psychiatr. Ment. Health Nurs*, *25*, 506–516. https://doi.org/10.1111/jpm.12496

Dean, G., Flitcher, D., & Malcore, S. (2009). Workplace stress and ethical challenges experienced by nursing staff in a nursing home. *Educational Gerontology*, *32*(4) ,233-241.

Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and cognitive neuroscience reviews*, *3*(2), 71–100. https://doi.org/10.1177/1534582304267187

Décret n° 2-13-658 relatif aux Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé (ISPITS), Maroc

Del Sarto Azevedo, B., Nery, A., et Cardoso, J. (2017). Occupational stress and dissatisfaction with quality of work life in nursing. *Texto &Contexto – Enfermagem 26(1)*, 1-11. https://doi.org/10.1590/0104-07072017003940015

Delbrouck, M. & Corten, P. (2011). Comment traiter le burn-out. Bruxelles : De Boeck.

Delbrouck, M. (2011). *Comment traiter le burn-out : Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur. https://doi.org/10.3917/dbu.delbr.2011.01

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of advanced nursing*, *32*(2), 454–464. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01496.x

Di Lorenzo, R., Venturelli, G., Spiga, G., & Ferri, P. (2019). Emotional intelligence, empathy and alexithymia : a cross-sectional survey on emotional competence in a group of nursing students. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, *90*(4-S), 32–43. https://doi.org/10.23750/abm.v90i4-S.8273

Dionne, F. (2009). Nouvelles avenues en thérapie comportementale et cognitive. *Psychologie Québec*, 26(6), 20-24.

Dionne, F., & Neveu, C. (2010). Introduction à la troisième génération de thérapie comportementale et cognitive. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 15-36.

Dobkin, P. L., & Zhao, Q. (2011). Increased mindfulness--the active component of the mindfulness-based stress reduction program?. *Complementary therapies in clinical practice*, *17*(1), 22–27. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2010.03.002

Dolan, S. L., & Arsenault, A. (2009). Stress, Estime de Soi, *Santé et Travail*. PUQ.

Donnaint, É., Marchand, C., et Gagnayre, R. (2016). Formalisation d'une technique pédagogique favorisant le développement de la pratique réflexive et des compétences émotionnelles chez des étudiants en soins infirmiers. *Recherche en Soins Infirmiers*, (123), 66-76.

Driskell, J. E., Salas, E., & Johnston, J. (1999). Does stress lead to a loss of team perspective ? Group Dynamics : *Theory, Research and Practice*, *3*(4), 291-302. https://doi.org/10.1037/1089-2699.3.4.291

Duchscher, J. B. (2008). Transition shock : the initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103–1113.

Dugué M, Dosseville F (2018) Understanding Nursing Student Stress and its Consequences : A Qualitative Study in France. *BAOJ Medical and Nursing, 4*, 062, 2-8

Dugué, M., Garncarzyk, C., & Dosseville, F. (2018). Déterminants psychologiques du stress chez les étudiants en soins infirmiers, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 66, (6), 347-354. https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.09.004.

Dugué, M., & Dosseville, F. (2018) Understanding Nursing Student Stress and its Consequences : A Qualitative Study in France. *BAOJ Medical and Nursing*. 4, 062, 2-8

Dulewicz, V., & Higgs, M. (1999). Can emotional intelligence be measured and developed ? *Leadership & Organization Development Journal, 20*, 242-252. https://doi.org/10.1108/01437739910287117

Ebright, P. R., Patterson, E. S., Chalko, B. A., & Render, M. L. (2003). Understanding the complexity of registered nurse work in acute care settings. *The Journal of nursing administration*, *33*(12), 630–638. https://doi.org/10.1097/00005110-200312000-00004

Edward, K.L, Ousey, K., Payle, J. et Giandinoto, J.A. (2017) Are new nurses work ready - The impact of preceptorship. An intgrative systematic review. *Journal of Professional Nursing, 33(*5), 326–333. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.03.003

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

Eisenberg, D., Golberstein, E., & Hunt, J. (2009). Mental health and academic achievement in college", *BE Journal of Economic Analysis & Policy*, Vol. 9.

El Ghoudani, K., Pulido-Martos, M., & Lopez-Zafra, E. (2018). Measuring emotional intelligence in Moroccan Arabic : the Wong and Law Emotional Intelligence Scale / Medidas de la inteligencia emocional en árabe marroquí : la escala de inteligencia emocional de Wong y Law, *International Journal of Social Psychology*, *33* (1), 174-194, https://doi.org/10.1080/02134748.2017.1385243

El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yrondi, A., Brunault, P., Bienvenu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., Bennabi, D., Birmes, P., Sauvaget, A., Fakra, E., Prieto, N., Bulteau, S., Vidailhet, P., Camus, V., Leboyer, M., Krebs, M. O., & Aouizerate, B. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic : What are the mental health risks ?]. *L'Encephale*, *46*(3S), S73–S80. https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008

Engle, R. W. (2010). Role of working-memory capacity in cognitive control. *Current Anthropology, 51*(s1), S17–S26. https://doi.org/10.1086/650572

Kane, M. J., & Engle, R. W. (2003). Working-memory capacity and the control of attention : The contributions of goal neglect, response competition, and task set to Stroop interference. *Journal of Experimental Psychology : General, 132*(1), 47–70. https://doi.org/10.1037/0096-3445.132.1.47

Enns, A., Eldridge, G. D., Montgomery, C., & Gonzalez, V. M. (2018). Perceived stress, coping strategies, and emotional intelligence : A cross-sectional study of university students in helping disciplines. *Nurse education today*, *68*, 226–231. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.06.012

European Ministers of Education. (1999). Bologna Declaration. Retrieved from http//eceuropa.eu/education/policies/educ/ bologna/bologna.pdf.

Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, *22*(4), 716–721. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.07.005

Evans, W., & Kelly, B. (2004). Pre-registration diploma student nurse stress and coping measures. *Nurse education today*, *24*(6), 473–482. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2004.05.004

Fahssis, L., & Neggady Alami, T. (2017). L'impact de l'enseignement supérieur sur l'employabilité : perceptions des lauréats et des employeurs. *Revue Economie&Kapital, 12*, 129-135.https://doi.org/10.48395/IMIST.PRSM/rek-N12.9989

Fancher, R. E. (1985). *The Intelligence Men : Makers of the IQ Controversy*, Norton, New York.

Fédération Nationale des Étudiant.e.s en Soins Infirmiers. (2017), Mal-être des étudiant.e.s en soins infirmiers : il est temps d'agir. Dossier de presse, 1-25. Viewed 21 June 2019,

Feist, G. J., & Barron, F. (1996). Emotional Intelligence and Academic Intelligence in Career and Life Success. *Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Society*, San Francisco, CA.

Fernandez, R., Salamonson, Y., & Griffiths, R. (2012). Emotional intelligence as a predictor of academic performance in first-year accelerated graduate entry nursing students. *Journal of clinical nursing*, *21*(23-24), 3485–3492. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04199.x

Fernandez-Araoz, C. (2001). The Challenge of Hiring Senior Executives in C. Cherniss and D. Goleman (Eds) The Emotionally Intelligent Workplace : *How to Select for, Measure and Improve Emotional Intelligence in Groups and Organisations Wiley and Sons* : New York

Fernández-Berrocal, P. & Extremera, N. (2005). La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado*, *19*, 63-93.

Ferrara, M., & Gennaro, L. (2001). De combien de sommeil avons-nous besoin ? *Sommeil Med*, *5*(2), 155-79. https://doi.org/10.1053/smrv.2000.0138

Fiori, M. (2009). A new-look at emotional intelligence : A dual-process framework. *Personality and Social Psychology Review*, *13*, 21-44. https://doi.org/10.1177/1088868308326909

Fnesi, septembre. (2017). Mal être des étudiants en soins infirmiers : il est temps d'agir, **repérer en ligne https**://www.santementale.fr/2017/09/le-mal-etre-des-etudiants-en-soins-infirmiers/<http://fnesi.org/wp-content/uploads/2017/09/DP_Bien-%C3%AAtre_ESI_FNESI.pdf>.

Folkman S. (1984). Personal control and stress and coping processes : a theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*, *46*(4), 839–852. https://doi.org/10.1037//0022-3514.46.4.839

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*. N° 89.

Fornés-Vives, J., García-Banda, G., Frías-Navarro, D., Hermoso-Rodríguez, E., & Santos-Abaunza, P. (2012). Stress and neuroticism in Spanish nursing students : a two-wave longitudinal study. *Research in nursing & health*, *35*(6), 589–597. https://doi.org/10.1002/nur.21506

Fornés-Vives, J., García-Banda, G., Frías-Navarro, D., Hermoso-Rodríguez, E., & Santos-Abaunza, P. (2012). Stress and neuroticism in Spanish nursing students : a two-wave longitudinal study. *Research in nursing & health*, *35*(6), 589–597. https://doi.org/10.1002/nur.21506

Foster, K., Fethney, J., Kozlowski, D., Fois, R., Reza, F., & McCloughen, A. (2018). Emotional intelligence and perceived stress of Australian pre-registration healthcare students : A multi-disciplinary cross-sectional study. *Nurse education today*, *66*, 51–56. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.04.001

Foster, K., Fethney, J., McKenzie, H., Fisher, M., Harkness, E., & Kozlowski, D. (2017). Emotional intelligence increases over time : A longitudinal study of Australian pre-registration nursing students. *Nurse education today*, *55*, 65–70. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.05.008

Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives : Pilot of a mindfulness-based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse, 45*(1), 114-126. https://doi.org/10.5172/conu.2013.45.1.114

Francis R. (2013). *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*. London : The Stationery Office.

Freeman, S., Eddy, S. L., McDonough, M., Smith, M. K., Okoroafor, N., Jordt, H., & Wenderoth, M. P. (2014). Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 111*(23), 8410–8415. https://doi.org/10.1073/pnas.1319030111

Frisvold, M. H., Lindquist, R., & McAlpine, C. P. (2012). Living life in the balance at midlife : Lessons learned from mindfulness. *Western Journal of Nursing Research, 34*(2) 265-278. https://doi.org/10.1177/0193945911424171

Gaberson, K, B., Oermann, M, H., & Shellenbarger, T. (2015). Clinical Teaching Strategies in nursing. *4th ed. Springer Publishing Company*, Newyork. p.320.

Gaborit, B., Poac, C., & Piolot, A. (2005). Enquête auprès d'étudiants en soins infirmiers confrontés à la mort lors de leurs stages hospitaliers. *Palliative Medecine*, 4(5), 229-233.

Gabriel, P., & Liimatainen, MR. (2000). *Rapport du BIT sur la santé mentale au travail en Allemagne, aux Etats-Unis, en Finlande, en Pologne et au Royaume Uni*. Bureau International du Travail, Genève. octobre 2000. ISBN 92-2-112223-9

Galantino, M. L., Baime, M., Maguire, M., Szapary, P. O., & Farrar, J. T. (2005). Association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week mindfulness meditation program : Mindfulness in practice. *Stress and Health : Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 21*(4), 255–261. https://doi.org/10.1002/smi.1062

García-León, A., & Lopez-Zafra, E. (2009). Una revisión de los modelos e instrumentos de evaluación de la inteligencia emocional. In J. M. Augusto (Coord.), *Estudios en el ámbito de la inteligencia emocional* (pp. 17-35). Jaén, Spain : Servicio de publicaciones de la Universidad de Jaén.

Gardner, H. (1983). *Frames of mind : The theory of multiple intelligences*. New York : Basic.

Gardner, H. (1995). Reflections on multiple intelligences : Myths and messages. *Phi Delta Kappan*, *77*, 200-209.

Gardner, J., & Emory, J. (2018). Changing students' perceptions of the homeless : A community service learning experience. *Nurse education in practice*, *29*, 133–136. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.01.001

Gardulf, A., Sodertorm, M., Orton, N., Eriksson, G., & Nordstorm, N. (2005). Why do nurses at university hospitals want to quit their jobs, *Journal of Nursing Management*, 3(4), 329-337.

Gaultney J. F. (2010). The prevalence of sleep disorders in college students : impact on academic performance. *Journal of American college health : J of ACH*, *59*(2), 91–97. https://doi.org/10.1080/07448481.2010.483708

Gautier, C. & Jourdan, A. (2017). Mal-être des étudiant(e)s en soins infirmiers : il est temps d'agir. *Dossier de presse de la FNESI*. Paris : FNSEI.

Gelsema, T. I., van der Doef, M., Maes, S., Akerboom, S., & Verhoeven, C. (2005). Job Stress in the Nursing Profession : The Influence of Organizational and Environmental Conditions and Job Characteristics. *International Journal of Stress Management*, *12*(3), 222–240. https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.3.222

Gerits, L., Derksen, J. J., & Verbruggen, A. B. (2004). Emotional intelligence and adaptive success of nurses caring for people with mental retardation and severe behavior problems. *Mental retardation*, *42*(2), 106–121. https://doi.org/10.1352/0047-6765(2004)42<106:EIAASO>2.0.CO;2

Ghouati, A. (2015). Professionnalisation des formations supérieures et employabilité en Algérie. *Rapport de recherche*, IREMAM-CNRS Aix-en-Provence, juin.

Gibbons C. (2010). Stress, coping and burn-out in nursing students. *International journal of nursing studies*, *47*(10), 1299–1309. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.02.015

Gibbons, C., Dempster, M., & Moutray, M. (2011). Stress, coping and satisfaction in nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 621-632. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.22010.05495.x

Gibbons, C., Dempster, M., & Moutray, M. (2008). Stress and eustress in nursing students. *Journal of advanced nursing, 61*(3), 282–290. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04497.x

Glazer, S., & Gyurak, A. (2008). Sources of occupational stress among nurses in five countries. *International Journal of Intercultural Relations, 32*(1), 49–66. https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2007.10.003

Goldin, P., & Gross, J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83–91.

Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence : Why it can Matter More Than IQ*. Bantam Books : New York

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence.* Bantam Books, Inc.

Goleman, D. (1996). Emotional Intelligence. Why It Can Matter More than IQ. *Learning*, 24, 49-50.

Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. New York : Bantam Books.

Goleman, D. (2001). An EI-based theory of performance. In C. Cherniss & D. Goleman (Eds.), *The emotionally intelligent workplace*, pp. 27- 44. San Francisco : Jossey-Bass.

Gómez-Díaz, M., Delgado-Gómez, M. S., Gómez, S., et Rosario. (2017). Education, Emotions and Health : Emotional Education in Nursing. Procedia Social Behavioral Sciences, 237, 492-498.

Görgens-Ekermans, G., & Brand, T. (2012). Emotional intelligence as a moderator in the stress–burnout relationship : a questionnaire study on nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15-16), 2275-2285. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04171.x

Gorostidi, X. Z., Egilegor, X. H., Erice, M. J. A., Iturriotz, M. J. U., Garate, I. E., Lasa, M. B., & Cascante, X. S. (2007). Stress sources in nursing practice. Evolution during nursing training. *Nurse Education Today*, *27*(7), 777-787.

Goudarzian, A. H., Nesami, M. B., Sedghi, P., Gholami, M., Faraji, M., & Hatkehlouei, M. B. (2019). The Effect of Self-Care Education on Emotional Intelligence of Iranian Nursing Students : A Quasi-experimental Study. *Journal of Religion and Health*, *58*(2), 589-598.

Gray-Toft, P., & Anderson, J. G. (1981). Stress among hospital nursing staff : its causes and effects. *Social science & medicine. Part A, Medical sociology*, *15*(5), 639–647. https://doi.org/10.1016/0271-7123(81)90087-0

Graziani, Hautekèete, Rusinek, & Servant. (2001). *Stress anxiété et trouble de l'adaptation*. Paris ; Milan ; Barcelone : Masson.

Grebot, E., & Barumandzadeh, T. (2005). L'accès à l'Université : une situation stressante à l'origine de certaines stratégies d'ajustement dysfonctionnelles. *Ann. Méd.* Psychol,163, 561Ŕ567.

Grégoire, S., & De Mondehare, L. (2016). Enjeux liés à la définition et à la mesure de la présence attentive. Dans S. Grégoire, F. Lachance & L. Richer (Dir.), *La présence attentive mindfulness : état des connaissances théoriques, empiriques et pratiques* (pp. 9 à 24). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation : an integrative review. *Review of General Psychology*, *2*(3), 271–299.

Gross, J., & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes : implications for affect, relationships and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*(2), 348–362.

Grossman, S., & Wheeler, K. (1999). Integrating multidimensional stress management into a baccalaureate nursing curriculum. *Nursing Connections*, *12*, 23–28.

Haack, M. R., & Harford, T. C. (1984). Drinking patterns among student nurses. *The International journal of the addictions*, *19*, 577–583. https://doi.org/10.3109/10826088409057205

Hajibabaee, F., M, A. F., Ameri, Z., Salehi, T., & Hosseini, F. (2018). The relationship between empathy and emotional intelligence among Iranian nursing students. *International Journal of Medical Education*, *9*, 239-243.

Halm, M. (2017).The Role of Mindfulness in Enhancing Self-Care for Nurses. *Am. J. Crit. Care*, 26, 344–348. https://doi.org/10.4037/ajcc2017589

Hamaideh, S. H., Al-Omari, H., & Al-Modallal, H. (2017). Nursing students' perceived stress and coping behaviors in clinical training in Saudi Arabia. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, *26*(3), 197–203. https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1139067

Hamaideh, S.H., Mrayyan, M.T., Mudallal, R., Faouri, I.G., & Khasawneh, N.A. (2008). Jordanian nurses' job stressors and social support. *International Nursing Review, 55*(1) pp.40-47.

Happell, B., Pinikahana, J., & Marin, T. (2003). Stress and burnout in forensic psychiatric nursing. *Stress and Health, 19(*2), 63-68.

Hasanpour, M., Bagheri, M., & Ghaedi Heidari, F. (2018). The relationship between emotional intelligence and critical thinking skills in Iranian nursing students. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, *32*, 40. https://doi.org/10.14196/mjiri.32.40

Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., & Duffield, C. (2006). Nurse turnover : A literature review, *International Journal of Nursing Studies*, *43*(2), pp.237-263.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy, Second Edition : The process and practice of mindful change*. New York, NY : The Guilford Press.

Hayward, R., & Tuckey, M. (2011). Emotions in uniform : how nurses regulate emotion at work via emotional boundaries. Human Relations, *64*(11), 1501–1523.

Healy, C., & McKay, M. (1999). Identifying sources of stress and job satisfaction in the nursing environment. *The Australian journal of advanced nursing : a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*, *17*(2), 30-35.

Heeren, A., & Philippot, P. (2010). Les interventions basées sur la pleine conscience : une revue conceptuelle et empirique. *Revue québécoise de psychologie*, *31*(3), 37-61.

Henson, RK., & Roberts, JK. (2006). Using exploratory factor analysis in published research : Common errors and some comments on improving practice. *Educ Psychol Measur, 66,* 393-416.

Hickerson, K.A., Taylor, L.A. et Terharr, M.F. (2016). The Preparation-Practice Gap : An Integrative Literature Review. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, *47*(1), 17-23. https://doi.org/10.3928/00220124-20151230-06

Higgins, J. (2003). *Pacing Integration : Newcomer Nurses Socialization into a Perioperative Nursing Unit*. York University North York, Ontario. ED. D.

Hochschild, Arlie Russell. (2012).The Managed Heart : Commercialization of Human Feeling, Berkeley : *University of California Press*. https://doi.org/10.1525/9780520951853

Hoffmans, G. (1987). *Apprendre l'autonomie, apprendre la socialisation*, Chronique sociale, Lyon, 1987, 161 pages.

Hojat, M. (2012). *Empatía en el cuidado del paciente. Antecedentes, Desarrollo, Medición y Resultados*. México : Editorial el Manual Moderno.

Holston, E., & Taylor, J. (2016). Emotional Intelligence in Nursing Students. *International Journal of Advances in Psychology*, 5, 11-22. https://doi.org/10.14355/ijap.2016 .0 5.003

Horner, J. K, Piercy, B. S., Eure, L., & Woodard, E. K. (2013). A pilot study to evaluate mindfulness as a strategy to improve inpatient nurse and patient experiences. *Applied Nursing Research*, *27*(3), 198-201. doi:http://eshproxy.esh.se:2112/10.1016/j.apnr.2014.01.003

Houghton, C. E., Casey, D., Shaw, D., Murphy, K. (2012). Students experiences of implementing clinical skills in the real world of practice. *Journal of Clinical Nursing, 22,* 1961-1969 .https://doi.org/10.1111/jocn.12014 https://www.pedagogiemedicale.org/articles/pmed/pdf/2009/05/pmed20090330.pdf.

Hui-Hua, Z., & Schutte, N. S. (2015). Personality, emotional intelligence and other-rated task performance. *Personality and Individual Differences, 87,* 298–301. https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.013

Humpel, N. and Caputi, P. (2001). Exploring the Relationship Between Work Stress, Years of Experience and Emotional Competency Using a Sample of Australian Mental Health Nurses. *Journal of Psychiatric Mental health Nursing, 8*, 399-403

Humpel, N., Caputi, P., & Martin, C. (2001). The relationship between emotions and stress among mental health nurses. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing, 10*(1), 55–60. https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2001.00191.x

Humphrey, R. H. (2002). The many faces of emotional leadership. *The Leadership Quarterly*, *13*(5), 493-504.

Hunter, J. E., & Hunter, R. F. (1984). Validity and Utility of Alternative Predictors of Job Performance. *Psychological Bulletin*, 96, 72-98.

Hurley, J., Hutchinson, M., Kozlowski, D., Gadd, M., & van Vorst, S. (2020). Emotional intelligence as a mechanism to build resilience and non-technical skills in undergraduate nurses undertaking clinical placement. *International journal of mental health nursing*, *29*(1), 47–55. https://doi.org/10.1111/inm.12607

Idier, L., Décamps, G., Rascle, N. et al. Étude comparative de l'attirance, la fréquence et l'intensité des conduites addictives chez les étudiants et les étudiantes. *Ann. Méd. Psychol*. 2011 ; 169 (8) : 517Ŕ522.

INRS. (2015). Stress au travail. Effets sur la santé - Risques - INRS. Retrieved 24 December 2016, from http://www.inrs.fr/risques/stress/effets-sante.html

Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS). Dépister les risques psychosociaux. 48p. [en ligne]. Disponible sur : http://www.inrs.fr. (Consulté le 27 Mars 2022)

Ireland, M. J., Clough, B., Gill, K., Langan, F., O'Connor, A., & Spencer, L. (2017). A randomized controlled trial of mindfulness to reduce stress and burnout among intern medical practitioners. *Medical teacher*, *39*(4), 409–414.

Izard, C., Fine, S., Schultz, D., Mostow, A., Ackerman, B., & Youngstrom, E. (2001). Emotion knowledge as a predictor of social behavior and academic competence in children at risk. *Psychological Science,* 12(1), 18-23. Doi : 10.1111/1467-9280.00304

J. Austin, E., H. Saklofske, D., & M. Mastoras, S. (2010). *Emotional intelligence, coping and exam-related stress in Canadian undergraduate studen*ts (Vol. 62).

Jain, S., Shapiro, S., Swanick, S., Roesch, S., Mills, P., Bell, I., & Schwartz, G. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training : effects of

distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine, 33*(1), 11–21.

James Poon Teng Fatt. (2002). Emotional intelligence : For human resource managers. *Management Research News, 25*(11), 57-74.

Jebali, C., Kahloul, M., Ibn Hassine, N., Kacem, I., Hafsia, M., Jaouadi, M.-A., Cheriaa, M., Naijan, W., Chebil, N., & Mrizak N. (2019). Les conduites addictives chez les étudiants infirmiers dans un institut privé tunisien. *Rev Med Brux,* Volume 40 - n° 3, (129-192), doi 10.30637/2019.18-083

Jenkins, R., & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support : nurses in acute mental health settings, *Journal of Advanced Nursing, 48*(6), 622-631

Jha, A. P., Stanley, E. A., & Baime, M. J. (2010a). What does mindfulness training strengthen ? Working memory capacity as a functional marker of training success. *In R. Baer (Ed.), Assessing mindfulness & acceptance processes in clients*. Oakland : New Harbinger Publications.

Jimenez, C., Navia-Osorio, P. M., & Diaz, C. V. (2010). Stress and health in novice and experienced nursing students. *Journal of advanced nursing, 66*(2), 442–455. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05183.x

Jordan, P. J., Ashkanasy, N. M., Hartel C. E. J., & Hooper, G. S. (2002). Workgroup emotional intelligence scale development and relationship to team process effectiveness and goal focus. *Human Resource Management Review, 12*, 195-214. https://doi.org/10.1016/S1053- 4822(02)00046-3

Joseph, D. L., & Newman, D. A. (2010). Emotional intelligence : An integrative meta-analysis and cascading model. *Journal of Applied Psychology*, 95, 54-78. https://doi.org/10.1037/a0017286

Joseph, D. L., & Newman, D. A. (2010). Emotional intelligence : An integrative meta-analysis and cascading model. *Journal of Applied Psychology, 95*(1), 54–78. https://doi.org/10.1037/a0017286

Joseph, D. L., & Newman, D. A. (2010b) Discriminant validity of self-reported emotional intelligence : A multitrait-multisource study. *Educational and Psychological Measurement, 70*, 672-694.

Jouquan, J., Romanus, C., & Vierset, V. (2013). Promouvoir les pédagogies actives comme soutien à la pratique réflexive et à l'apprentissage en profondeur, In Parent, F. & Jouquan, J. (Eds). *Penser la formation des professionnels de la santé : une perspective intégrative (pp. 245-283)*. Bruxelles : De Boeck.

Kaaouachi A. (2007). *Assurance Qualité dans l'enseignement supérieur au Maroc : Tendances récentes et perspectives*. XXIVème congrès de l'AIPU, Montréal, 71-72.

Kabat-Zinn, J. (1982). An Outpatient Program in Behavioral Medicine for Chronic Pain Patients Based on the Practice of Mindfulness Meditation : theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*, 33-47

Kabat-Zinn, J. (1990). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience. Réduire le stress grâce à la mindfulness, programme complet en 8 semaines*. Edition française : De Boeck, 2e édition, 2014

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context : Past, present, and future. *Clinical Psychology : Science and Practice, 10*, 144-156. https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg016

Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., … Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry, 149*, 936-943. https://doi.org/10.1176/ajp.149.7.936

Kane, M., Conway, A., Hambrick, D., & Engle, R. (2007). Variation in working memory capacity as variation in executive attention and control. *In Conway, A., Jarrold, C., Kane, M., Miyake, A., & Towse, J. (Eds.), Variation in Working Memory (p. 21–48),* Oxford University Press.

Kang, Y., Choi, S., & Ryu, E. (2009). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. Nurse Education Today, 29, 538–543.

Kantar, L.D. (2008). Clinical practice of new nurse graduates in Lebanon : Challenges and perspectives throught the eyes of preceptors. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, *43*(11), 518-528. https://doi.org/10.3928/00220124-20120801-62

Karaca, A., Yildirim, N., Ankarali, H., Açikgöz, F., & Akkuş, D. (2017).Nursing students' perceived clinical stress levels, stress responses and coping behaviors. *J Psychiatr Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dern, 8* :32-39. https://doi.org/10.14744/phd.2017.22590].

Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign. *Administrative Science Quaterly, 24*, 285-308.

Karasek, R. A. et Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New york : Basic Book

Karimi, L., Leggat, S. G., Donohue, L., Farrell, G., & Couper, G. E. (2014). Emotional rescue : the role of emotional intelligence and emotional labour on well-being and job-stress among community nurses. *Journal of advanced nursing*, *70*(1), 176–186. https://doi.org/10.1111/jan.12185

Kaviani, F., Aliakbari, F., Sheikhbardsiri, H., & Arbon, P. (2022). Nursing Students' Competency to Attend Disaster Situations : A Study in Western Iran. *Disaster medicine and public health preparedness, 16*(5), 2044–2048. https://doi.org/10.1017/dmp.2021.263

Kaya, H., Şenyuva, E., & Bodur, G. (2017). Developing critical thinking disposition and emotional intelligence of nursing students : a longitudinal research. *Nurse Education Today, 48*, 72-77.

Kaya, H., Şenyuva, E., & Bodur, G. (2018). The relationship between critical thinking and emotional intelligence in nursing students : A longitudinal study. *Nurse Education Today,* 68, 26-32.

Kayiş, Satici, S. A., Yilmaz, M. F., Şimşek, D., Ceyhan, E., & Bakioğlu, F. (2016). Big five-personality trait and internet addiction : A meta-analytic review. *Computers in Human Behavior*, 63, 35–40. https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.05.012

Kear, M. E., & Bear, M. (2007). Using portfolio evaluation for program outcome assessment. *Journal of Nursing Education*, 46(3), 109-114.

Keller, A., Litzelman, K., Wisk, L. E., Maddox, T., Cheng, E. R., Creswell, P. D., & Witt, W. P. (2012). Does the perception that stress affects health matter ? The association with health and mortality. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *31*(5), 677–684. https://doi.org/10.1037/a0026743

Keune, P. M., & Forintos, D. P. (2010). Mindfulness meditation : A preliminary study on meditation practice during everyday life activities and its association with well-being. *Psychological Topics*, *19*, 373-386.

Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M., Paquin, K., & Hofmann, S. (2013). Mindfulnessbased therapy : a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *33*, 763–771.

Kim Lan, H., Rahmat, N., Subramanian, P., & Cheng Kar, P. (2014). The effects of mindfulness training program on reducing stress and promoting well-being among nurses in critical care units. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *31*(3), 22-31.

Kim, S.-H., & Shin, S. (2021). Social–Emotional Competence and Academic Achievement of Nursing Students : A Canonical Correlation Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(4), 1752.

Kleinginna Jr, P. R., & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion*, *5*(4), 345-379.

Komegay K, Bugle L, Jackson E, & Rives K (2004). Facing a problem of great concern : Nursing faculty's lived experiences of encounters with chemically dependent nursing students. *Journal of Addictions Nursing*, *15*(3), 125–132.

Kong, L., Liu, Y., Li, G., Fang, Y., Kang, X., & Li, P. (2016). Resilience moderates the relationship between emotional intelligence and clinical communication ability among Chinese practice nursing students : A structural equation model analysis. *Nurse Education Today*, *46*, 64-68.

Koochaki, G. M., Charkazi, A., Hasanzadeh, A., Saedani, M., Qorbani, M., & Marjani, A. (2011). Prevalence of stress among Iranian medical students : a questionnaire survey. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, *17*, 593–598.

Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J. et Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA, 302*(12), 1284-1293. https://doi.org/10.1001/jama.2009.1384

Ksiksou, J., Maskour, L., Sfendla, A., & Alaoui, MS. (2022). Psychometric evaluation of the Arabic version of the Perceived Stress Scale in clinical practicum : Validity and reliability in the Moroccan nursing students. *J Edu Health Promot,* 11, 327. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_598_22.

L'Observatoire national de la vie étudiante. (2017). la santé des étudiants [Internet]. Disponible à l'adresse : https://www.precarite-energie.org/wp-content/uploads/2020/11/la-sante-des-etudiants-cdv-2016.pdf

Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Al Amri, M., Fronda, D. C., & Obeidat, A. A. (2018). An integrative review on coping skills in nursing students : implications for policymaking. *International nursing review, 65*(2), 279–291. https://doi.org/10.1111/inr.12393

Labrague, LJ. (2013). Stress, stressors, and stress responses of student nurses in a government nursing school. *Health Sciences Journal, 7*(4), 424-435.

Lahlou et al. (2015). Burn out et stress chez les étudiants en médecine de Rabat, Maroc. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 63S*, S61–S89. http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2015.03.105

Lam, LT., & Kirby SL. (2002). L'intelligence émotionnelle est-elle un avantage ? Une exploration de l'impact de l'intelligence émotionnelle et générale sur la performance individuelle. *J Soc Psychol, 142*, 133-143. https://doi.org/10.1080/00224540209603891

Lamaurt, F., Estryn-Béhar, 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

Lambert, V.A., Lambert C.E., & Itano, M. (2004b). Cross-cultural comparison of workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and

mental health among hospital nurses in Japan, Thailand, South Korea and the USA (Hawaii). *International Journal of Nursing Studies, 41*(6), 671-684.

Lana, A., Baizan, E. M., Faya-Ornia, G., & Lopez, M. L. (2015). Emotional Intelligence and Health Risk Behaviors in Nursing Students. *Journal of Nursing Education*, *54*(8), 464-467.

Lane, RD., Quinlan, DM., Schwartz, GE., Walker, PA., & Zeitlin, SB. (1990).The Levels of Emotional Awareness Scale : a cognitive-developmental measure of emotion. *J Pers Assess*, 55(1-2) :124-34. https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674052.

Larose, F. (*2008*). Guide d'intervention destiné *à* la formation des mentors du Programme MIRES. Québec : Université Laval. ISBN : 2-9801377-3-1.

Larouche, M. (2009). La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience. *Psychologie Québec*, 26(6), 33-35.

Lassarre, D., Giron, C. et Paty, B. (2003) Stress des étudiants et réussite universitaire : Les conditions économiques, pédagogiques et psychologiques du succès. L'Orientation Scolaire Professionnelle, 32, 669-691. http://dx.doi.org/10.4000/osp.2642

Lassarre, D., Giron, C. et Paty, B. (2003). Stress des étudiants et réussite universitaire : Les conditions économiques, pédagogiques et psychologiques du succès. *L'Orientation Scolaire Professionnelle*, 32, 669-691. http://dx.doi.org/10.4000/osp.2642

Lavoie-Tremblay, M, Sanzone, L., Aubé, T., & Paquet, M. (2022). Sources of stress and coping strategies in undergraduate nursing students of all years. *Canadian Journal of Nursing Research* ; 54(3), 261-271. https://doi.org/10.1177/08445621211028076

Lazarus, R. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*, New York : Mac Graw Hill.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping.* Springer Publishing Company

Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). *Stress-related transactions between person and environment. In L. A. Pervin & M. Lewis (Eds.),* Perspectives in Interactional Psychology (pp. 287-327). New York : Plenum

Le Blanc, V. R., McConnell, M. M., & Monteiro, S. D. (2015). Predictable chaos : A review of the effects of emotions on attention, memory and decision-making. *Advances in Health Sciences Education*, *20*, 265–282.

LeBlanc, V. (2009). The effects of acute stress on performance : implications for health professions education. Academic Medicine, *84*(10), S25–S33.

Leedy, P., & Ormrod, J. (2001). Practical Research : Planning and Design. *7th Edition, Merrill Prentice Hall and SAGE Publications*, Upper Saddle River, NJ and Thousand Oaks, CA.

Levett-Jones, T., & Lathlean, J. (2008). Belongingness : A prerequisite for nursing students'clinical learning. *Nurse Education in Practice*, *8*(2), 103- 111

Lewis, G. M., Neville, C., & Ashkanasy, N. M. (2017). Emotional intelligence and affective events in nurse education : A narrative review. *Nurse Education Today, 53*, 34-40.

Li, Y., & Jones, C.B. (2012). A literature review of nursing turnover costs. *Journal of Nursing Management*, 21(3), pp.405-418.

Li, Y., Cao, F., Cao, D., & Liu, J. (2015). Nursing students post-traumatic growth, emotional intelligence and psychological resilience. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *22*(5), 326-332.

Lim, J., Bogossian F., & Ahern, K. (2010). Stress and coping mechanism in Singaporean nurses : A literature Review. *Nursing and Health Science*, *12*(2), 251- 258

Lin, T.C., Lin, H.S., Cheng, S.F., Wu, L.M., & Ou-Yang, M.C. (2016). Work stress, occupational burnout and depression levels : a clinical study of paediatric intensive care unit nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, *25*(7-8), 1120-1130.

Lindemann, E. (1944). The symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, *101*, 141-148.

Liu, J., Mok, E., & Wong, T. (2006). Cancer and palliative care : Caring in nursing : Investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in beijing, china. *Journal of Clinical Nursing*, *15*(2), 188-196. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01291.x

Liu, M., Gu, K., Wong, TKS., Luo, MZ., & Chan MY. (2015). Perceived stress among Macao nursing students in the clinical learning environment. *Int J Nurs Sci*, 2(2) :128–133. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.04.013

Liu, S., Xi, H. T., Zhu, Q. Q., Ji, M., Zhang, H., Yang, B. X., Bai, W., Cai, H., Zhao, Y. J., Chen, L., Ge, Z. M., Wang, Z., Han, L., Chen, P., Liu, S., Cheung, T., Hall, B. J., An, F. R., & Xiang, Y. T. (2021). The prevalence of stress among Chinese nursing students in post-COVID-19 era. *PeerJ*, *9*, e11154. https://doi.org/10.7717/peerj.11154

Livingstone, H. A., & Day, A. L. (2005). Comparing the Construct and Criterion-Related Validity of Ability-Based and Mixed-Model Measures of Emotional Intelligence. *Educational and Psychological Measurement*, 65, 757-779. https://doi.org/10.1177/0013164405275663

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. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.02251.x

Loi *No 01-00* portant organisation de l'enseignement supérieur *promulguée par le Dahir No 1.00.199 du 15 Safar 1421 (19 mai 2000) [arabe]*. Maroc. Repérer a https://www.umi.ac.ma/wp-content/uploads/2012/03/loi-n-01-00-portant-organisation-de-lenseignement-sup%c3%a9rieur.pdf

Loriol, M. (2003). Donner un sens à la plainte de fatigue au travail. *L'Année sociologique*, 53, 459-485. https://doi.org/10.3917/anso.032.0459

MacCann, C., & Roberts, R. D. (2008). New paradigms for assessing emotional intelligence : Theory and data. *Emotion, 8*, 540-551. https://doi.org/10.1037/a0012746

Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2011). Workplace Violence Against Nursing Students and Nurses : An Italian Experience. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), 203-210.

Mann, S., & Cowburn, J. (2005). Emotional labour and stress within mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *12*(2), 154-162.

Manolova, M.S., Stefanova, V.P. et Panayotov, I.V. (2012). Perceived sources of stress in fifth year dental students-a comparative study. *Folia Med*, *54* (2) : 52Ŕ 59.

Manotas, M., Segura, C., Eraso, M., Oggins, J., & McGovern, K. (2014). Association of brief mindfulness training with reductions in perceived stress and distress in Colombian health care professionals. *International Journal of Stress Management, 21*(2), 207–225. https://doi.org/10.1037/a0035150

Manoukian, A. (2009). *La souffrance au travail, les soignants face au burn-out*. Collection « Soigner et accompagner », série « Prendre soin de soi ». Éditions Lamarre (2009). 210 pp., ISBN 978-2-7573-0278-1

Marc Loriol. Travail émotionnel et soins infirmiers. *Santé Mentale*, Acte Presse, 2013, pp.60-63. ⟨hal-00925629⟩

Marvos, C., & Hale, F. B. (2015). Emotional intelligence and clinical performance/retention of nursing students. *Asia Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2(2), 63-71.

Masten, A. S., Cutuli, J. J., Herbers, J. E., & Reed, M.-G. J. (2009). Resilience in development. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 117–131). Oxford University Press.

Mathad, MD, Pradhan B, Sasidharan RK. (2017). Effect of yoga on psychological functioning of nursing students : a randomized wait list control trial. *J Clin Diagn Res, 11*(5) :KC01-KC05.

Matsumoto, D., LeRoux, J., Wilson-Cohn, C. Raroque, J., Kooken, K., Ekman, P., Yrizarry, N., Loewinger, S., Uchida,H., Yee,A., Amo, L., & Goh, A . (2000). A New Test to Measure Emotion Recognition Ability : Matsumoto and Ekman's Japanese and Caucasian Brief Affect Recognition Test. *Journal of Nonverbal Behavior, 24*, 179–209 https://doi.org/10.1023/A:1006668120583

Mauno, S., Ruokolainen, M., Kinnunen, U., & De Bloom, J. (2016). Emotional labour and work engagement among nurses : examining perceived compassion, leadership and work ethic as stress buffers. *Journal of Advanced Nursing, 72*(5), 1169-1181

Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. 2000. Models of emotional intelligence. *In Handbook of Intelligence*, ed. RJ Sternberg, pp. 396–420. Cambridge, UK : Cambridge Univ. Press

Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). What is Emotional Intelligence ? En P. Salovey y D. Sluyter (eds.): *Emotional development and emotional intelligence: educational applications* (pp. 3-31). New York : Basic Books.

Mayer, J. D., Roberts, R. D., & Barsade, S. G. (2008). Human abilities : Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology, 59,* 507–536. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093646

Mayer, J. D., Roberts, R. D., & Barsade, S. G. (2008). Human abilities : Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, 59, 507-536. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093646

Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test (MSCEIT) item booklet*.

Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional intelligence : Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197- 215. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1503_02

Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R., (2004). A Further Consideration of the issues of Emotional Intelligence. *Psychological Enquiry*, 15, 249-255

Mayer, J.D., Caruso. D. y Salovey, P. (2000). Selecting a measure of emotional intelligence : The case for ability scales. En R. Bar-On y J.D.A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence : Theory, development, assessment, and application at home, school, and the workplace* (pp.320-342). San Francisco : Jossey-Bass.

Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D.R. (2008). Emotional Intelligence New Ability or Eclectic Traits ? *American Psychologist*, 63, 503-517. https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.6.503

Mayer, J.D., Salovey, P. y Caruso, D. (1999). *Instructions manual for the MSCEIT : Mayer Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test*. Toronto : MultiHealth Systems.

Mayer, J.D., Salovey, P. y Caruso, D. (2001). *Technical Manual for the MSCEIT v. 2.0*. Toronto : MHS Publishers.

Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D. y Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V 2.0. *Emotion*, 3, 97- 105.

Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D.R., & Sitarenios, G. (2001). Emotional Intelligence as a Standard Intelligence. *Emotion*, 1, 232–242. https://doi.org/10.1037/1528-3542.1.3.232

Mayer, JD., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence ? In : Salovey P, Sluyter D, eds. Emotional development and emotional intelligence : *educational implications*. New York : Basic Books, 3–31.

Mazé, C., & Verlhiac, J.-F. (2013). Stress et stratégies de coping d'étudiants en première année universitaire : Rôles distinctifs de facteurs transactionnels et dispositionnels [Stress and coping strategies of first-year students : Distinctive roles of transactional and dispositional factors]. *Psychologie Française, 58*(2), 89–105. https://doi.org/10.1016/j.psfr.2012.11.001

Mazé, C., & Verlhiac, J.-F. (2013). Stress et stratégies de coping d'étudiants en première année universitaire : Rôles distinctifs de facteurs transactionnels et dispositionnels [Stress and coping strategies of first-year students : Distinctive roles of transactional and dispositional factors]. *Psychologie Française, 58*(2), 89–105. https://doi.org/10.1016/j.psfr.2012.11.001

Mazzella Ebstein, A. M., Sanzero Eller, L., Tan, K. S., Cherniss, C., Ruggiero, J. S., & Cimiotti, J. P. (2019). The relationships between coping, occupational stress, and emotional intelligence in newly hired oncology nurses. *Psycho-oncology*, *28*(2), 278–283. https://doi.org/10.1002/pon.4937

Mazzella Ebstein, A. M., Sanzero Eller, L., Tan, K. S., Cherniss, C., Ruggiero, J. S., & Cimiotti, J. P. (2019). The relationships between coping, occupational stress, and emotional intelligence in newly hired oncology nurses. *Psycho-oncology*, *28*(2), 278–283. https://doi.org/10.1002/pon.4937

McCarthy, B., Trace, A., O'Donovan, M., Brady-Nevin, C., Murphy, M., O'Shea, M., & O'Regan, P. (2018). Nursing and midwifery students' stress and coping during their undergraduate education programmes : An integrative review. *Nurse Education Today*, 61, 197–209. https://doi. org/10.1016/j.nedt.2017.11.029

McClelland, D. C. (1999). Identifying Competencies with Behavioural-Event Interviews. *Psychological Science*, 9(5), 331-339

McCloughen, A., & Foster, K. (2018). Nursing and pharmacy students' use of emotionally intelligent behaviours to manage challenging interpersonal situations with staff during clinical placement : A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13-14), 2699- 2709.

McConville J, McAleer R, Hahne A. (2017). Mindfulness training for health profession students-the effect of mindfulness training on psychological well-being, learning and clinical performance of health professional students : a systematic review of randomized and non-randomized controlled trials. *Explore (NY)*, 13(1) :26–45. Doi
: 10.1016/j.explore.2016.10.002.

McCurry, C. (2009). *Parenting your anxious child with mindfulness and acceptance : A powerful new approach to overcoming fear, panic, and worry using acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA : New Harbinger Publications.

McGrath, A., Reid, N., & Boore, J. (2003). Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 40(5), pp.555-565.

McGrath, J. E. (1970). *A conceptual formulation for research on stress. In J. E. McGrath (Ed.). Social and Psychological Factors in Stress (p. 10-21).* New York : Holt, Rinehart & Winston.

McKenna, L., & Plummer, V. (2013). Indonesian student nurses' perceptions of stress in clinical learning : a phenomenological study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(5), 56-64.

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 Advancing Nursing*. 61(2), 211-221.

McMillan, J. (2005). *Course change and attrition from higher education* (Vol. no. 39.). Camberwell, Vic : Australian Council for Educational Research. https://research.acer.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1042&context=lsay_research

McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing : A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), pp.633-642.

Meisenhelder, J. (1987). Anxiety : a block to clinical learning. Nurse Educator, 12(6), 27–30.

Merkling- Jacky, L. (2010). *Solange, Psychologie, Sociologie, Anthropologie : Unité d'Enseignement*, 1.1 – édition Masson, 237 pages.

Michalec, B., & Keyes, C. L. (2013). A multidimensional perspective of the mental health of preclinical medical students. *Psychology, health & medicine*, *18*(1), 89–97. https://doi.org/10.1080/13548506.2012.687825

Mikolajczak, M. (2009). Going beyond the ability-trait debate : The three-level model of emotional intelligence. *E-Journal of Applied Psychology*, 5, 25-31. doi : 10.7790/ejap.v5i2.175

Mikolajczak, M. (2014). Les compétences émotionnelles : historique et conceptualisation. Dans : Moïra Mikolajczak éd., *Les compétences émotionnelles* (pp. 1-9). Paris : Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.mikol.2014.01.0004

Mikolajczak, M., & Luminet, O. (2008). Trait emotional intelligence and the cognitive appraisal of stressful events : An exploratory study. *Personality and individual differences*, *44*(7), 1445-1453.

Mikolajczak, M., Luminet, O., Leroy, C. & Roy, E. (2007a) Psychometric Properties of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire : Factor Structure, Reliability, Construct, and Incremental Validity in a French-Speaking Population. *Journal of Personality Assessment*, 88, 338-353.

Mikolajczak, M., Menil, C., & Luminet, O. (2007b). Explaining the protective effect of trait emotional intelligence regarding occupational stress : Exploration of emotional labour processes. *Journal of Research in Personality*, 41(5), 1107-1117.

Mikolajczak, M., Petrides, KV et Hurry, J. (2009). Adolescents choisissant l'automutilation comme stratégie de régulation des émotions : le rôle protecteur du trait d'intelligence émotionnelle. *Journal britannique de psychologie clinique*, *48* (2), 181-193.

Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., & Nélis, D. (2009). *Les compétences émotionnelles*. Paris : Dunod.

Mikolajczak, M., Roy, E., Luminet, O., Fillee, C., & de Timary, P. (2007c).The moderating impact of emotional intelligence on free cortisol responses to stress. *Psychoneuroendocrinology*, 32,1000 –1012.

Mikolajczak, M., Luminet, O. & Menil, C. (2006b). Predicting Resistance to Stress : Incremental validity of Emotional Intelligence Over and Above Alexithymia and Optimism. *Psicothema*, 18 (Special issue on Emotional Intelligence), 79-88.

Ministère de santé du Maroc. (2015). Guide des Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé Direction des ressources humaines. Maroc, Repéré à https://drh.sante.gov.ma/Lists/Actualites/Attachments/180/ispits%2030%2003%202016.pdf

Mirabel-Sharron, C., Docteur, A., Sala, L., & Siobud-Dorocant, E. (2012). Mener une démarche de pleine conscience : *approches MBCT*. Paris : Dunod.

Mirlashari, J., Warnock, F., & Jahanbani, J. (2017). The experiences of undergraduate nursing students and self-reflective accounts of first clinical rotation in pediatric oncology. *Nurse education in practice*, *25*, 22–28. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.04.006

Mirzaei, T., Oskouie, F., & Rafii, F. (2012). Nursing students' time management, reducing stress and gaining satisfaction : a grounded theory study. *Nursing Health Science*, 14(1), 46-51

Mohideen, N.M. (2009). Stress management. *Nightingale Nursing Times*, 7(7), pp.36- 40.

Moisson, V. (2011). Le stress : entre surcoût financier et détresse humaine. *Humanisme & Entreprise*, 291, 49-62.

Monroe T. (2009). Addressing substance abuse among nursing students : development of a prototype alternative-to-dismissal policy. *The Journal of nursing education, 48*(5), 272–278. https://doi.org/10.3928/01484834-20090416-06

Montag, C., Jurkiewicz, M. y Reuter, M. (2010). Low self-directedness is a better predictor for problematic Internet use than high neuroticism. *Computers in Human Behavior*, 26, 1531-1535.

Montes-Berges, B., & Augusto, J. M. (2007). Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *Journal*

of psychiatric and mental health nursing, *14*(2), 163–171. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01059.x

Montes-Berges, B., & Augusto, J.-M. (2007). Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 163-171.

Moody, K., Kramer, D., Santizo, R. O., Magro, L., Wyshogrod, D., Ambrosio, J., Castillo, C., Lieberman, R., & Stein, J. (2013). Helping the helpers : Mindfulness training for burnout in pediatric oncology - A Pilot Program. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 30(5), 275-284. doi:htttp//eshproxy.esh.se:2112/10.1177/1043454213504497

Mooring, Q.E. (2016). Recruitment, advising, and retention programs – Challenges and solutions to the international problem of poor nursing student retention : a narrative literature review. *Nurse Education Today*, 40, 204-208.

Moss, M., Good, V., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessier, C, (2016). A critical care societies collaborative statement : burnout syndrome in critical care health care professional : a call for action, *American Journal of Critical Care, 25*(4), 368-376.

Moussa, M.T., Lovibond, P., Laube, R., & Megahead, H.A. (2017). Psychometric properties of an Arabic version of the depression and anxiety stress scales (DASS). S*ocial Work Practice Research, 27*, 375-386. https://doi.org/10.1177/1049731516662916

Muller, MR., & Guimarães, SS. (2007). Les troubles du sommeil ont un impact sur le fonctionnement quotidien et la qualité de vie. *Estud Psicol* ,24(4) :519-28. https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000400011

Murphy, M. C., Steele, C. M., & Gross, J. J. (2007). Signaling Threat : How Situational Cues Affect Women in Math, Science, and Engineering Settings. *Psychological Science*, *18*(10), 879–885. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01995.x

Murphy, R. J., Gray, S. A., Sterling, G., Reeves, K., & DuCette, J. (2009). A comparative study of professional student stress. *Journal of dental education*, *73*(3), 328–337.

Musselin, C., Froment, E., & Ottenwaelter, MO. (2011). Le Processus de Bologne : quels enjeux européens ? *Revue internationale d'éducation de Sèvres*, *45*, 99-110

Nakasis K. & Ouzouni C. (2008) Factors influencing stress and job satisfaction of nurses working in psychiatric units : a research review. *Health Science Journal* 2 (4), 183-195.

Needham, J., McMurray, A. & Shaban, R.Z. (2016). Best practice in clinical facilitation of undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*, 20, 131-138. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.08.003

Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T. J., & Jr. (1996). Intelligence : Knowns and Unknowns. American. *Psychologist*, 51, 77-101.

Nelwati McKenna, L., & Plummer, V. (2013). Indonesian student nurses' perceptions of stress in clinical learning : A phenomenological study. *Journal of Nursing Education and Practice* ; 3(5), 56-65.

Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., & Pfaff, H. (2009). Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy : A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 339-346.

Newbury-Birch, D., Lowry, R. J., & Kamali, F. (2002). The changing patterns of drinking, illicit drug use, stress, anxiety and depression in dental students in a UK dental school : a longitudinal study. *British dental journal*, *192*(11), 646–649. https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4801448

Nicola, S., M. Malouff, J., Thorsteinsson, E., Bhullar, N., & Rooke, S. (2007*). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health* (Vol. 42).

Nilsson, H., & Kazemi, A. (2016). Reconciling and thematizing definitions of mindfulness : The big five of mindfulness. *Review of General Psychology*, 20, 183- 193. https://doi.org/10.1037/gpr0000074

Noble, H., Reid, J., Walsh, I.K., Ellison, S.E., & McVeigh, C. (2019). Evaluating mindfulness training for medical and PhD nursing students. *Br J Nurs*, *28*(12) :798-802.

Noguchi, N., Inoue, S., Shimanoe, C, & Shinchi, K. (2016). Development and validation of the Humanitarian Aid Difficulty Scale for Japanese healthcare workers. *Nursing & health sciences*, *18*, 442–449. https://doi.org/10.1111/nhs.12290.

Nowicki, S., & Carton, J. (1993). The measurement of emotional intensity from facial expressions. *The Journal of Social Psychology*, 133, 749-750. https://doi.org/10.1080/00224545.1993.9713934

Nyklíček, I., Kuijpers, K.F. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life : is increased mindfulness indeed the mechanism ? *Ann. Behav. Med*. 35 (3), 331–340. https://doi.org/10.1007/s12160-008-9030-2

O'Brien-Pallas, L., Griffin, P., Shamian, J., Buchan, J., Duffield, C., Hughes, F., Laschinger, H.K.S., North, N., & Stone, P.W. (2006). The impact of nurse turnover on patient, nurse, and system outcomes : A pilot study and focus for a multicenter international study. Policy, *Politics and Nursing Practice, 7*(3), pp.169–179.

O'Donnell, H. (2009). The emotional impact of nursing student attrition rates. *British Journal of Nursing, 18*(12), 745-754.

O'Brien, K. M., Larson, C. M., & Murrell, A. R. (2008). Third-wave behavior therapies for children and adolescents : Progress, challenges, and future directions. Dans L. A. Greco & S. C. Hayes (Dir.), *Acceptance & Mindfulness Treatments for Children and Adolescents : A Practitioners Guide* (pp. 15-35). Oakland, CA : New Harbinger Publications.

Ofei-Dodoo, S., Cleland-Leighton, A., Nilsen, K., Cloward, J. L., & Casey, E. (2020). Impact of a Mindfulness-Based, Workplace Group Yoga Intervention on Burnout, Self-Care, and Compassion in Health Care Professionals : A Pilot Study. *Journal of occupational and environmental medicine, 62*(8), 581–587. https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001892

ONI. (2021). Les infirmiers s'interrogent sur leur avenir et souhaitent des évolutions profondes de leur métier (consulté le 29/06/2021 https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites presse/articles/les-infirmiers-sinterrogent-sur-leur-avenir-et-souhaitent-des evolutions-profondes-de-leur-metier.html)

Orak, R. J., Farahani, M. A., Kelishami, F. G., Seyedfatemi, N., Banihashemi, S., & Havaei, F. (2016). Investigating the effect of emotional intelligence education on baccalaureate nursing students' emotional intelligence scores. *Nurse Education in Practice*, 20, 64- 69.

Organisation mondiale de la Santé [OMS] (2015). Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Récupéré le 13 octobre 2016 de : http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/

Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2020). L'OMS et ses partenaires appellent à investir de toute urgence dans le personnel infirmier (consultée le 29/06/20210. https://www.who.int/fr/news/item/07-04-2020- who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses

Oulton, J. A. (2006). The global nursing shortage : an overview of issues and actions. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 7(3), 34S-39. Retrieved from https://doi.org/10.1177/1527154406293968

OVE. (2010). *Enquête Conditions de vie des étudiants*. Paris : Observatoire National de la Vie Etudiante.

Palmer, B., Gignac, G., Ekermans, G., & Stough, C. (2008). A comprehensive framework for emotional intelligence. In R. J. Emerling, V. K. Shanwal & M.K. Mandal (Eds.), *Emotional Intelligence : Theoretical and cultural perspectives*, pp. 17-38. New York : Nova Science Publishers.

Parveen, A., & Inayat, S., 2017. Evaluation of factors of stress among nursing students. *Adv Pract Nurs*, *02*(02), 2–5. https://doi.org/10.4172/2573-0347.1000136

Pascotto, AC., & Santos, BR. . (2013). Évaluation de la qualité du sommeil chez les étudiants des professions de la santé. *J Health Sci Inst, 31*(3), 306-10.

Pelaccia, T. (2016). *Comment (mieux) former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé*. Louvain-la- Neuve : De Boeck Supérieur.

Pérez, J. C., Petrides, K. V., & Furnham, A. (2005). Measuring trait emotional intelligence. *Emotional intelligence : An international handbook, 181*, 201. Hogrefe & Huber Publishers, Ashland, OH.

Peter, J. Jordan., Ashkanasy, N. M., & Charmine E. J. Hartel. (2002). Emotional Intelligence as a Moderator of Emotional and Behavioral Reactions to Job Insecurity. *The Academy of Management Review*, *27*(3), 361–372. https://doi.org/10.2307/4134384

Petrides, K. V. (2009). Psychometric properties of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue). In C. Stough, D. H. Saklofske, & J. D. A. Parker (Eds.), *Assessing emotional intelligence : Theory, research, and applications* (pp. 85–101). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-0-387-88370-0_5

Petrides, K. V., & Furnham, A. (2003). Trait emotional intelligence : Behavioural validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction. *European Journal of Personality*, *17*(1), 39–57. https://doi.org/10.1002/per.466

Petrides, K. V., & Furnham, A. (2003). Trait emotional intelligence : Behavioural validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction. *European Journal of Personality*, 17, 39-57.

Petrides, K. V., Frederickson, N., & Furnham, A. (2004). The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school. *Personality and individual differences*, *36*(2), 277-293.

Petrides, K. V., Pérez-González, J. C., & Furnham, A. (2007). On the criterion and incremental validity of trait emotional intelligence. *Cognition and Emotion*, 21, 26-55. https://doi.org/10.1080/02699930601038912

Petrides, K.V., Furnham, A. & Frederickson, N. (2004). Emotional intelligence. *Psychologist*, 17, 574-577.

Petrides, K.V., Niven, L. & Mouskounti, T. (2006). The Trait Emotional Intelligence of Ballet Dancers and Musicians. *Psicothema*, *18*, 101-107.

Petrides, K .V., Pérez-González, J.C., & Furnham, A. (2007a). Sur le critère et la validité incrémentale du trait intelligence émotionnelle. *Cognition et émotion, 21* (1), 26 55. https://doi.org/10.1080/02699930601038912

Pfeifer, J. H., Iacoboni, M., Mazziotta, J. C., & Dapretto, M. (2008). Mirroring others' emotions relates to empathy and interpersonal competence in children. *Neuroimage*, *39*(4), 2076-2085.

Phaneuf, M. (2004). Le concept de compétence comme structurant du programme de formation en soins infirmiers. Repéré à http://infiressoucres.ca

Phaneuf, M. (2012). L'apprentissage/enseignement en milieu clinique. *Advance online publication*. Repéré à http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/01/Apprentissageenseignement_clinique.pdf.

Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder : a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032–1040.

Pines, A. M., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout : From tedium to personal growth*. New York : Free Press.

Piotet, F. (2009). Métier, classification, statut, compétence : la qualification en débat. *Education et sociétés*, (23), 123-137.

Pitterman, H., & Nowicki, S., Jr. (2004). A test of the ability to identify emotion in human standing and sitting postures : The diagnostic analysis of nonverbal accuracy-2 posture test (DANVA2-POS). *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 130, 146-162. Doi : 10.3200/MONO.130.2.146-162

Pohl, S., & Galletta, M. (2017). The role of supervisor emotional support on individual job satisfaction : a multilevel analysis. *Applied Nursing Research*, 33, 61-66.

Pöhlmann, K. et Jonas, I., & Ruf, S. (2005). Stress, burnout and health in the clinical period of dental education. *Eur. J. Dent. Educ* ; 9 (2) : 78Ŕ84.

Por, J., Barriball, L., Fitzpatrick, J., & Roberts, J. (2011). Emotional intelligence : its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing students. *Nurse Education Today*, 31(8), 855-860.

Por, J., Barriball, L., Fitzpatrick, J., & Roberts, J. (2011). Emotional intelligence : its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing students. *Nurse education today*, *31*(8), 855–860. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.12.023

Potter, P., Wolf, L., Boxerman, S., Grayson, D., Sledge, J., Dunagan, C., & Evanoff, B. (2005). Understanding the cognitive work of nursing in the acute care environment. *Journal of Nursing Administration*, 35(7/8), 327–335.

Puertas-Molero, Pilar., Félix Zurita-Ortega., Ramón Chacón-Cuberos., Asunción Martínez-Martínez., Manuel Castro-Sánchez., & Gabriel González-Valero. (2018). An explanatory model of emotional intelligence and its association with stress, burnout syndrome and non-verbal communication in the university techers. *Journal Clinical Medicine*, 7: 524–35. https://doi.org/10.3390/jcm7120524

Pulido-Martos m ., Augusto-Landa j.m. & Lopez-Zafra e. (2012) Sources of stress in nursing students: a systematic review of quantitative studies. *International Nursing Review*, 59, 15–25

Purcell, S., Kutash, M., & Cobb, S. (2011). The relationship between nurses' stress and nurse staffing factors in a hospital setting. *Journal of Nursing Management*, 19(6), 714-720.

Ramezani, G., Norouzi, A., Arabshahi, S. K. S., Sohrabi, Z., Zazoli, A. Z., Saravani, S., & Pourbairamian, G. (2022). Study of medical students' learning approaches and their association with academic performance and problem-solving styles. *Journal of education and health promotion*, *11*, 252. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_900_21

Ranasinghe, P., Wathurapatha, W. S., Mathangasinghe, Y., & Ponnamperuma, G. (2017). Emotional intelligence, perceived stress and academic performance of Sri Lankan medical undergraduates. *BMC medical education*, *17*(1), 41. https://doi.org/10.1186/s12909-017-0884-5

Rayan, A. (2019). Mindfulness, self-efficacy, and stress among final-year nursing students. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(4), 49–55. https://doi.org/10. 3928/02793695-20181031-01

Raynal, F., Rieunier, A. (2014). *Pédagogie, dictionnaire des concepts clés. Apprentissage, formation, psychologie cognitive (10 e éditions).* Issy-les Moulineaux, Bielsko-Biala, Pologne : esf.

Reeve, K. L., Shumaker, C. J., Yearwood, E. L., Crowell, N. A., & Riley, J. B. (2013). Perceived stress and social support in undergraduate nursing students' educational experiences. *Nurse Education Today*, 33(4), 419–424. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.11.009

Reeves, A. (2005). Emotional intelligence : Recognizing and regulating emotions. *AAOHN Journal*, 53(4), 172-176. Doi : 10.1177/216507990505300407

Règlement intérieur ISPITS - DRH/DF/SFB - 2015), Repéré à https://drh.sante.gov.ma/PublicationDRH/Projet%20final%20-Version%20final%2022-6-15%20(1).pdf

Réveillère, C., Nandrino, J. L., Sailly, F., Mercier, C., & Moreel, V. (2001). Étude des tracas quotidiens des étudiants : liens avec la santé perçue. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 159, No. 6, pp. 460-465). Elsevier Masson.

Rhead, M.M. (1995). Stress among student nurses : is it practical or academic, *Journal of clinical nursing*, *4 6*, 369-76.

Rhéaume, A., Clément, L., & Lebel, N. (2011). Understanding intention to leave amongst new graduate Canadian nurses : a repeated cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, *48*(4), 490-500.

Riahi, S. (2011). Role stress amongst nurses at the workplace : Concept analysis. *Journal of Nursing Management*, 19(6), pp.721-731.

Ribeiro, F., Mussi, F. C., Pires, C., Silva, R., Macedo, T., & Santos, C. (2020). Stress level among undergraduate nursing students related to the training phase and sociodemographic factors. *Revista latino-americana de enfermagem*, *28*, e3209. https://doi.org/10.1590/1518-8345.3036.3209

Richer, L., & Lachance, L. (2016). Effets de la présence attentive sur le fonctionnement du cerveau : Aspects physiologiques, cognitifs, émotionnels, génétiques et neuroanatomiques. Dans S. Grégoire, F. Lachance & L. Richer (Dir.), *La présence attentive mindfulness : état des connaissances théoriques, empiriques et pratiques* (pp. 113-138). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

Ríos, J. L., Betancourt, J., Pagán, I., Fabián, C., Cruz, S. Y., González, A. M., González, M. J., Rivera-Soto, W. T., & Palacios, C. (2013). Caffeinated-beverage consumption and its association with socio-demographic characteristics and self-perceived academic stress in first and second year students at the University of Puerto Rico Medical Sciences Campus (UPR-MSC). *Puerto Rico health sciences journal*, *32*(2), 95–100.

Rivolier, J. (1989). *L'homme stressé*. Paris : Presses Universitaires de France.

Robins, C.J., Keng, S.-L., Ekblad, A.G., & Brantley, J.G. (2012). Effects of mindfulness-based stress reduction on emotional experience and expression : a randomized controlled trial. *J. Clin. Psychol*, 68 (1), 117–131. https://doi.org/10.1002/jclp.20857

Romanelli, F., Cain, J., & Smith KM. (2006) .L'intelligence émotionnelle comme prédicteur de la réussite scolaire et / ou professionnelle. *Suis J Pharm Educ* ,70 : 69. https://doi.org/10.5688/aj700369.

Romyn, D.M, Linton, N., Giblin, C., Hendrickson, B., Houger Limacher, L., Murray, C., Nordstrom, P., Thauberger, G., Vosburgh, D., Vye-Rogers, L., Weidner, A., & Zimmel, C.M. (2009). Successful Transition of the New Graduate Nurse. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), article 34. https://doi.org/10.2202/1548-923X.1802

Rosen, I. M., Gimotty, P. A., Shea, J. A., & Bellini, L. M. (2006). Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, *81*(1), 82–85. https://doi.org/10.1097/00001888-200601000-00020

Rosli, T. I., Rahman, A., Rahman SR, A., & Ramli, R. (2005). A survey of perceived stress among undergraduate dental students in Universiti Kebangsaan Malaysia. *Singapore dental journal*, *27*(1), 17-22.

Rubenfield, M.G., & Schefer, B.K. (1999). *Critical Thinking in Nursing : An Interactive Approach*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Newyork, pp. 5–15.

Rubio, D.M., Berg-Weger, M., Tebb, S.S., Lee, E.S., & Rauch, S. (2003). Objectivating content validity : conducting a content validity study in social work research. Social work research, 27 :94-104. Available from:https://rameliaz.github.io/files/kuliah/matrikulasi-mapsi/rubio.pdf

Ruíz, V.M. (2014). Habilidades para la Vida : Una Propuesta de Formación Humana. *Itiner. Educ*, 28, 61. https://doi.org/10.21500/01212753.1488

Ruiz-Aranda, D., Extremera, N., & Pineda-Galàn, C. (2014). Emotional intelligence, life satisfaction and subjective happiness in female student health professionals : the mediating effect of perceived stress. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 106-113.

Sabih, F., Siddiqui, FR and Baber, MN (2013). Assessment of stress among physical therapy students at Riphah Center of Rehabilitation Sciences. *J Pak Med Assoc*, 63 (3), 346-49.

Salovey P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185–211.

Salovey, P., & Grewal, D. (2005). La science de l'intelligence émotionnelle. *Curr Dir Psychol Sci*, 14 : 281-285. https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00381.x

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). *Emotional attention, clarity, and repair : Exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale*. In J.W. Pennebaker (Ed.), Emotion, disclosure, and health, pp. 125-154. American Psychological Association, Washington, DC. https://doi.org/10.1037/10182- 006

Sánchez Expósito, J., Leal Costa, C., Díaz Agea, J. L., Carrillo Izquierdo, M. D., & Jiménez Rodríguez, D. (2018). Socio-emotional competencies as predictors of performance of nursing students in simulated clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 32, 122- 128

Sanders, A. E., & Lushington, K. (2002). Effect of perceived stress on student performance in dental school. *Journal of dental education*, *66*(1), 75–81.

Sauer P. (2012), Do nurses eat their Young ? Truth and consequences. *Journal of Emergency Nursing* ; 38(1) : 43-46. https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.08.012

Schmeichel, B., Volokhov, R., & Demaree, H. (2008). Working memory capacity and the self-regulation of emotional expression and experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1526–1540.

Schoff, D., Wolf, O., & Smeets, T. (2009). Cold pressor stress impairs performance on working memory tasks requiring executive functions in healthy young men. *Behavioral Neuroscience*, *123*(5), 1066–1075.

Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, 167 177. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00001-4

Schutte, N.S., Malouff, J.M., Simunes, M., Hollander, S. y McKenley, J. (2002). Characteristics emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition and Emotion*, 16, 769-785.

Sears, S., Kraus, S., & Carlough, K., and Treat, E. 2011. Perceived benefits and doubts of participants in a weekly meditation study. *Mindfulness, 2*(3), 167-174. http://dx.doi:10.1007/s12671-011- 0055-4.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Preventing depression : mindfulness-based cognitive therapy*. New York, NY : Guilford.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : une nouvelle approche pour prévenir la rechute*. Paris : De Boeck.

Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York, NY, US : McGraw-Hill.

Senturk, S., & Dogan, N. (2018). Determination of the stress experienced by nursing students' during nursing education. *International journal of caring sciences*, 11(2), 896-904.

Senyuva, E., Kaya, H., Isik, B., & Bodur, G. (2014). Relationship between self-compassion and emotional intelligence in nursing students. *International Journal of Nursing Practice*, 20(6), 588-596.

Seyedfatemi, N., Tafreshi, M. and Hagani, H. (2007) Experienced Stressors and Coping Strategies among Iranian Nursing Students. *BMC Nursing*, 6, 11. https://doi.org/10.1186/1472-6955-6-11

Shaban, I. A., Khater, W. A., & Akhu-Zaheya, L. M. (2012). Undergraduate nursing students' stress sources and coping behaviours during their initial period of clinical training : a Jordanian perspective. *Nurse education in practice*, *12*(4), 204–209. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2012.01.005

Shaban, I.A., Khater, WA., & Akhu-Zaheya, LM. (2012). Undergraduate nursing students stress sources and coping behaviours during their initial period of clinical training : AJordanian perspective. *Nurse Education in Practice*, 12(4), 204–209.

Shahbazi, S., Heidari, M., Sureshjani, E. H., & Rezaei, P. (2018). Effects of problem-solving skill training on emotional intelligence of nursing students : An experimental study. *Journal of Education and Health Promotion*, 7, 156.

Shahin M. A. (2020). Emotional intelligence and perceived stress among students in Saudi health colleges : A cross-sectional correlational study. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, *15*(6), 463–470. https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2020.09.001

Shahin MA. Emotional intelligence and perceived stress among students in Saudi health colleges : A cross-sectional correlational study. *J Taibah Univ Med Sci*. 2020 Oct 10 ; 15(6) :463-470. https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2020.09.001

Shaikh, B. T., Kahloon, A., Kazmi, M., Khalid, H., Nawaz, K., Khan, N., & Khan, S. (2004). Students, stress and coping strategies : a case of Pakistani medical school. *Education for health (Abingdon, England)*, 17, 346–353. https://doi.org/10.1080/13576280400002585

Shamia, N. A., Thabet, A. A., & Vostanis, P. (2015). Exposure to war traumatic experiences, post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth among nurses in Gaza. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *22*(10), 749–755. https://doi.org/10.1111/jpm.12264

Shamsaei, F., Yaghmaei, S., Tapak, L. et Sadeghian, E. (2019). Relation entre le stress, la dépression, l'anxiété et les idées suicidaires chez les étudiants en soins infirmiers : une étude transversale. *Minerva Psichiatrica, 60* (4), 174–179. https://doi.org/10.23736/S0391-1772.19.02023-5

Shamsuddin, K., Fadzil, F., Ismail, W. S., Shah, S. A., Omar, K., Muhammad, N. A., Jaffar, A., Ismail, A., & Mahadevan, R. (2013). Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. *Asian journal of psychiatry*, *6*(4), 318–323. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.01.014

Shankman, R. (2008). The experience of samadhi : An in-depth exploration of Buddhist meditation. Boston, MA : Shambala.

Shanta, L., & Gargiulo, L. (2014). A Study of the Influence of Nursing Education on Development of Emotional Intelligence. *Journal of Professional Nursing*, 30(6), 511- 520.

Shapiro, L. E., & Tiscornia, A. (1997). *L'inteligencia emocional de los niños. México* : Vergara Editor, S.A.

Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals : Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management, 12*(2), 164–176. https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.2.164

Shapiro, S. L., Oman, D., Thoresen, C. E., Plante, T. G., and Flinders, T. (2008). Cultivating mindfulness : effects on well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 64(7), 840-862. https://doi.org/10.1002/jclp.20491

Shapiro, S., Brown, K. W., Thoresen, C., & Plante, T. (2011). The moderation of mindfulness-based stress reduction effects by trait mindfulness : results from a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 267–277.

Shapiro, S., Carlson, L., Astin, J., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373–386.

Shapiro, SL, Brown, K.W., & Biegel, G.M. (2007). Enseigner les soins personnels aux soignants : effets de la réduction du stress basée sur la pleine conscience sur la santé mentale des thérapeutes en formation. *Formation et éducation en psychologie professionnelle, 1* (2), 105–115. https://doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105

Sharon, D., & Grinberg, K. (2018). Does the level of emotional intelligence affect the degree of success in nursing studies ? *Nurse Education Today*, 64, 21-26.

Sherina, M. S., Rampal, L., & Kaneson, N. (2004). Psychological stress among undergraduate medical students. *The Medical journal of Malaysia, 59*(2), 207–211.

Sheu S, Lin HS, Hwang SL, Yu PJ, Hu WY, Lou MF. (1997). The development and testing of the perceived stress scale of clinical practice. *Nurs Res (Republic of China),* 5 (4) :341-351.

Sheu, S., Lin, H. S., & Hwang, S. L. (2002). Perceived stress and physio-psycho-social status of nursing students during their initial period of clinical practice : the effect of coping behaviors. *International journal of nursing studies, 39*(2), 165–175. https://doi.org/10.1016/s0020-7489(01)00016-5

Shirey, M.R. (2007). An evidence-based solution for minimizing stress and anger in nursing students. J. *Nurs. Educ*, 46 (12), 568–571. https://doi.org/10.3928/01484834-20071201-07

Shonin, E., & Gordon, W. (2016). The mechanisms of mindfulness in the treatment of mental illness and addiction. *International Journal of Mental Health And Addiction*, 14, 844-849. https://doi.org/10.1007/s11469-016-9653-7

Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2008). Mindfulness : What is it ? Where did it come from ? Dans F. Didona (Éd.*), Clinical Handbook of Mindfulness*. New York, NY : Springer.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.

Silverstein, S. T., & Kritz-Silverstein, D. (2010). A longitudinal study of stress in first-year dental students. *Journal of dental education, 74*(8), 836–848.

Slaviero, A. (2014). Stress et stratégies de coping chez les étudiants en médecine de première et sixième année (Thèse pour dimplôme d'état). Université Paris Diderot.

Smith, A., Ortiguera, S., Laskowski, E., Hartman, A., Mullenbach, D., Gaines, K., Larson, D., & Fisher, W. (2001). A preliminary analysis of psychophysiological variables and nursing performance in situations of increasing criticality. *Mayo Clinic Proceedings*, 76, 275–284.

Snarey, J. R., & Vaillant, G. E. (1985). How lower- and working-class youth become middle-class adults : The association between ego defense mechanisms and upward social mobility. *Child Development, 56*(4), 899–910. https://doi.org/10.2307/1130102

SNPI (2019). Infirmiers : 30% des nouveaux diplômés abandonnent dans les 5ans (consulté le 29/06/2021 http://www.syndicat-infirmier.com/Infirmiers-30-des-nouveaux diplomes-abandonnent-dans-les-5-ans.htm

Sohail N. (2013). Stress and academic performance among medical students. *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan : JCPSP, 23*(1), 67–71.

Solomon, R. C. (2000). The Philosophy of Emotions in M. Lewis & J. M. *Haviland-Jones, Handbook of Emotions* 2nd, pp. 3-15 ed Guilford Press, New York.

Song, Y., Lindquist, R., & Choi, E.J. (2010). Critical review of the effect of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on stress and health-related quality of life (QOL) [Korean]. *Korean J. Adult Nurs*, 22 (2), 121–129. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.06.010

Soussi, S., Naceur., A., & Berger, D. (2019). Vers une approche didactico-pédagogique de l'apprentissage authentique en milieu clinique. *Formation et pratiques d'enseignement en questions*, 24, 41-57.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.

Sreeramareddy, C. T., Shankar, P. R., Binu, V. S., Mukhopadhyay, C., Ray, B., & Menezes, R. G. (2007). Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. *BMC medical education, 7*, 26. https://doi.org/10.1186/1472-6920-7-26

Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype Threat and the Intellectual Test Performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 797-811

Steiger, JH. (2000). Point estimation, hypothesis testing and interval estimation using RMSEA : some comments and a response to Hayduk and Glaser. Structural equation modelling : *à multidisciplinary review*, 7, 149-162.

Stenhouse, R., Snowden, A., Young, J., Carver, F., Carver, H., & Brown, N. (2016). Do emotional intelligence and previous caring experience influence student nurse performance ? A comparative analysis. *Nurse Education Today, 43*, 1-9.

Sternberg, R. J., & Detterman, D. K. (1986). *What Is Intelligence ? Contemporary Viewpoints on Its Nature and Definition*. Ablex.

Sternberg, R.J. (1995). *Handbook of human intelligence (2nd Ed)*. New York : Simon and Schuster

Stora, J.-B. (2010). *Que sais-je ?* (Vol. 8e éd.). Retrieved from [en ligne] http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=PUF_STORA_2010_01_0003

Sundararajan, S., & Gopichandran, V. (2018). Emotional intelligence among medical students : a mixed methods study from Chennai, India. *BMC medical education*, *18*(1), 97. https://doi.org/10.1186/s12909-018-1213-3

Suresh, K. P., & Chandrashekara, S. (2012). Sample size estimation and power analysis for clinical research studies. *Journal of human reproductive sciences*, *5*(1), 7.

Suresh, P., Matthews, A., & Coyne, I. (2013). Stress and stressors in the clinical environment : a comparative study of fourth-year student nurses and newly qualified general nurses in Ireland. *Journal of clinical nursing* ; *22*(5-6), 770–779. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04145.x

Swick, H. M. (2000). Toward a normative definition of medical professionalism. *Academic Medicine*, 75, 612-616.

Swinnen, L. (2010). Burn-out : les 10 métiers à risques... (Consulté le 29/06/2021 https://references.lesoir.be/article/burn-out-les-10-métiers-à-risques/)

Szeles H. M. (2015). Developing emotional intelligence in student nurse leaders : a mixed methodology study. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, *2*(2), 89–98. https://doi.org/10.4103/2347-5625.157575

Tavakol, M., & Dennick R. (2011). Understanding Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd.

Tavolacci, M. P., Ladner, J., Grigioni, S., Richard, L., Villet, H., & Dechelotte, P. (2013). Prevalence and association of perceived stress, substance use and behavioral addictions : a cross-sectional study among university students in France, 2009-2011. *BMC public health*, *13*, 724. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-724

Tavolacci, S., Grigioni, L., Richard, G., Meyrignac, P., Dechelotte, J., & Ladner. (2014). Risque de troubles du comportement alimentaire chez les étudiants : une problématique de santé publique ? *VIe Congrès International d'Épidémiologie / Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 62S (2014) S213–S254

Tett, R. P., Fox, K. E., & Wang, A. (2005). Development and validation of a self-report measure of emotional intelligence as a multidimensional trait domain. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *31*(7), 859-888. https://doi.org/10.1177/0146167204272860

Thomas, S.P., & Burk, R. (2009), Junior nursing students' experiences of vertical violence during clinical rotations. *Nursing Outlook*, *57*(4) : 226-231. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.08.004

Thomas, CL., Cassady, JC., & Heller, ML. (2017). L'influence de l'intelligence émotionnelle, de l'anxiété liée aux tests cognitifs et des stratégies d'adaptation sur les résultats scolaires du premier cycle. *Apprenez les différences individuelles*, 55, 40-48. https://doi.org/10.1016/j.lindif.2017.03.001

Timmins, F., & Kaliszer, M. (2002). Aspects of nurse education programmes that frequently cause stress to nursing students -- fact-finding sample survey. *Nurse education today*, *22*(3), 203–211. https://doi.org/10.1054/nedt.2001.0698

Tucker, LR., & Lewis, C. A. (1973). Reliability coefficient for maximum likelihood analysis. *Psychometrika,* 38 :1-10. https://doi.org/10.1007/BF02291170

Tung, Y. J., Lo, K., Ho, R., & Tam, W. (2018). Prevalence of depression among nursing students : A systematic review and meta-analysis. *Nurse education today*, *63*, 119–129. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.009

Turner, K., & McCarthy, V. L. (2017). Stress and anxiety among nursing students : A review of intervention strategies in literature between 2009 and 2015. *Nurse Education in Practice*, *22*, 21–29. https : //doi.org/10.1016/j. nepr.2016.11.002

Vadcard, L., Tonetti, J., & Dubois, M. (2011). Développement de l'expérience en chirurgie orthopédique percutanée. *Travail et Apprentissages*, *6*, 77-92. https://doi.org/10.3917/ta.006.0077

Van der Riet, P., Levett-Jones, T., & Aquino-Russell, C. (2018).The Effectiveness of Mindfulness Meditation for Nurses and Nursing Students : An Integrated Literature Review. *Nurse Education. Today*, 65, 201–211. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.03.018

Van Ghent, D. (1953). *The English Novel : Form and Function*. New York : Harper & Row

Van Rooy, D. L., & Viswesvaran, C. (2004). Emotional intelligence : A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. *Journal of vocational Behavior*, *65*(1), 71-95. https://doi.org/10.1016/S0001-8791(03)00076-9

Vézina, M. (2002). *Stress au travail et santé psychique, rappel des différentes approches. In M. Neboit & M. Vézina (Eds.)*. Stress au travail et santé psychique (pp. 47-58), France : Octarès Éditions.

Vézina, N. (2003). Implantation de la rotation : quels sont les enjeux ? Quelles sont les balises ? *Pistes*, 5(2). http://pettnt/pistes/v5n2/articles/v5n2a9.htm

Vierset, V., Frenay, M., & Bédard, D. (2015). Quels critères utiliser pour questionner la qualité pédagogique des stages cliniques ? *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, Édition électronique URL : http://ripes.revues.org/976 ISSN : 2076-8427. Repéré à file:///Users/macbookair/Downloads/ripes-976%20 (1) .pdf.

Vignaud, P., & Prieto, N. (2020). Impact psychique de la pandémie de Covid-19 sur les professionnels soignants [Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care professionals]. *Actualites pharmaceutiques*, *59*(599), 51–53. https://doi.org/10.1016/j.actpha.2020.08.013

Voltmer, E., Kötter, T., & Spahn, C. (2012). Perceived medical school stress and the development of behavior and experience patterns in German medical students. *Medical teacher*, *34*(10), 840–847. https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.706339

Walker, M., & Mann, R. A. (2016). Exploration of mindfulness in relation to compassion, empathy and reflection within nursing education. *Nurse education today*, *40*, 188–190. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.005

Wasson, R. S., Barratt, C., & O'Brien, W. H. (2020). Effects of Mindfulness-Based Interventions on Self-compassion in Health Care Professionals : a Meta-analysis. *Mindfulness*, *11*(8), 1914–1934. https://doi.org/10.1007/s12671-020-01342-5

Watson, R., Gardiner, E., Hogston, R., Gibson, H., Stimpson, A., Wrate, R., & Deary, I. (2009). A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, *18*, 270-278.

Wauquiez, L. (2006). *La santé et la protection sociale des étudiants*. Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales [en ligne]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr

Wechsler, D. (1940). Nonintellective Factors in General Intelligence. *Psychological Bulletin, 37*, 444-445.

Wheeler, R. (2010). Mexican nurses' perceptions of their work, profession and migration. *In : Proceedings of STTI 21st International Nursing Research Congress*, Orlando, FL.

Williams, J. G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. V., Duggan, D. S., ... Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder : Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders, 107*, 275-279. https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.08.022

Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Kabat-Zinn, J. (2009). Méditer pour ne plus déprimer : la pleine conscience, une méthode pour vivre mieux. *Paris* : Odile Jacob.f

Wilson, A., Chur-Hansen, A., Marshall, A., & Air, T. (2011). Should nursing-related work experience be a prerequisite for acceptance into a nursing programme ? A study of students' reasons for withdrawing from undergraduate nursing at an Australian university. *Nurse Education Today*, 31(5), 456-460. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.09.005

Wolf, L., Stidham, A. W., & Ross, R. (2015). Predictors of stress and coping strategies of US accelerated vs. Generic Baccalaureate Nursing students : an embedded mixed methods study. *Nurse education today*, *35*(1), 201–205. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.07.005

Wolf, O. (2003). HPA axis and memory. Best Practice and Research. *Clinical Endocrinology and Metabolism*, *17*(2), 287-99

Wong, C.S., & K.S. Law. (2002). Development of an Emotional Intelligence Instrument and an Investigation of its Relationship with Leader and Follower Performance and Attitudes. *The Leadership Quarterly*, 13, 243-274.

Wu, L., & Norman, I.J. (2006). An investigation of job satisfaction, organizational commitment and role conflict and ambiguity in a sample of Chinese undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, *26*(4), 304-314.

Xie, C., Li, X., Zeng, Y., & Hu, X. (2021). Mindfulness, emotional intelligence and occupational burnout in intensive care nurses : A mediating effect model. *Journal of nursing management, 29*(3), 535–542. https://doi.org/10.1111/jonm.13193

Xie, Z., Wang, A., & Chen, B. (2011). Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1537-1546.

Yamani, N., Shahabi, M., & Haghani, F. (2014). The relationship between emotional intelligence and job stress in the faculty of medicine in Isfahan University of Medical Sciences. *Journal of advances in medical education & professionalism, 2*(1), 20–26.

Yamashita, K., Saito, M., & Takao, T. (2012). Stress and coping styles in Japanese nursing students. *International journal of nursing practice, 18*(5), 489–496. https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02056.x

Yıldırım, N., Karaca, A., Cangur, S., Acıkgoz, 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

Kim, S. Y., &Yoon, G. S. (2010). Influences of job stress and burnout on turnover intention of nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration, 16*(4), 507-516. https://doi.org/10.11111/jkana.2010.16.4.507

Young, L., Bruce, A., Turner, L., & Linden, W. (2001). Student nurse health promotion : evaluation of a mindfulness-based stress reduction (MBSR) intervention. *The Canadian Nurse, 7*(6), 23–26.

Zeidner, M., Matthews, G., & Roberts, R. D. (2009*). What we know about emotional intelligence : How it affects learning, work, relationships, and our mental health*. Cambridge, MA : MIT Press.

Zhang, P., Li, C. Z., Zhao, Y. N., Xing, F. M., Chen, C. X., Tian, X. F., & Tang, Q. Q. (2016). The mediating role of emotional intelligence between negative life events and psychological distress among nursing students : A cross-sectional study. *Nurse education today, 44*, 121–126. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.05.025

Zhao, F. F., Lei, X. L., He, W., Gu, Y. H., & Li, D. W. (2015). The study of perceived stress, coping strategy and self-efficacy of Chinese undergraduate nursing students in clinical practice. *International journal of nursing practice*, *21*(4), 401–409. https://doi.org/10.1111/ijn.12273

Zhou, Y., Li, D., Li, X., Wang, Y., & Zhao, L. (2017). Big five personality and adolescent Internet addiction : the mediating role of coping style. *Addict Behavior*. ; 64:42-8.

Annexes

Annexe 1 : Instruments d'évaluation

Échelle de stress perçu en pratique clinique de Sheu et al. (1997) destinée aux étudiants en soins infirmiers validée et adaptée dans le contexte marocain par Ksiksou *et al*. (2022)

تعليمة مقياس الضغط النفسي :يتكون المقياس من 29 عبارة، اقرأ كل منها

(×) وأجب عنها باختيار إجابة واحدة من الإجابات الأربعة الموضحة وذلك بوضع الإشارة

تحت الإجابة التي تناسبك، علما انه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما تعبر

الإجابة عن وجهة نظرك. إجابتك ستحاط بالسرية التامة ولا تطلع عليها سوى الباحث

الذي لاستخدامها في البحث العلمي

م	عوامل الضغط النفسي	لا ينطبق عليّ مطلقا =0	نادرا ما ينطبق عليّ =1	أحيانا ينطبق عليّ =2	غالبا ما ينطبق عليّ =3	دائما ما ينطبق عليّ =4
الضغط النفسي المرتبط بالعلاقات الشخصية وإرهاق العمل						
1	أشعر بضعف الاهتمام والتأطير من قبل الأساتذة					
2	أتخوف من التقييم غير المنصف من قبل الأساتذة					
3	أعاني من الضغط المرتبط بطبيعة الممارسة العيادية وجودتها					
4	أتخوف من الحصول على نقط متدنية					
5	أشعر بتجاوز متطلبات الممارسة العيادية لمستوى تحملي البدني والوجداني					
6	أشعر بتأثر حياتي العائلية والاجتماعية بسبب الممارسة العيادية المملة والجامدة					
7	أشعر بنقص تعاطف الطاقم الطبي وعدم استعداده لمساعدتي					
8	أخشى أن يكون أدائي أقل من مستوى انتظارات الأساتذة					
9	أحس أن الممارسة العيادية تأثر سلبا على مشاركتي في الأنشطة غير الدراسية (الموازية)					
10	أشعر بضغط تقييم الأساتذة أداء الطلبة بناء على المقارنة					
11	أضجر من الوسط الاستشفائي الذي تجرى فيه الممارسة العيادية					
12	أشعر بانزعاج المنافسة القائمة بين زملائي في الدراسة وفي الممارسة العيادية					
13	أجد صعوبة في التفاهم مع بقية الزملاء في المجموعة					
14	أشعر بفجوة بين النظرية والممارسة					
الضغط النفسي المرتبط بنقص مهارات التمريض						
15	أشعر بعدم التمكن من الكفايات المهنية للتمريض					
16	أشعر بعدم التمكن من مختلف أنواع التشخيص والعلاج					
17	لا أستطيع توفير الرعاية التمريضية المناسبة					
18	أشعر بنقص في الخبرة وعدم القدرة على تقديم الرعاية التمريضية وإصدار الأحكام الصحيحة					
19	أعجز عن الإلمام بالسوابق المرضية والمصطلحات الطبية وخلفياتها					

20	لا أعرف كيف أساعد المرضى الذين يعانون مشكلات جسدية ونفسية واجتماعية					
21	أعجز عن تقديم الإجابات الملائمة لأسئلة الأطباء والأساتذة والمرضى					
22	أعجز عن مناقشة الحالات المرضية مع الأساتذة والطاقم الطبي والتمريضي					
23	أعاني صعوبات في الانتقال من دور الطالب إلى دور الممرض					
24	أعجز عن التواصل مع المرضى					
25	أشعر بالتوتر بسبب الاختلافات القائمة بين تعليمات الأساتذة وتوقعاتي الشخصية					
26	لا أستأنس بمعدات "القسم" أو "الجناح"					
27	أشعر بالقلق من احتمال عدم اكتساب الثقة وتقبل المرضى أو عائلاتهم					
28	أعجز عن الاستجابة لتوقعات الآخرين					
29	اشعر بالتوتر الناجم عن التطور السلبي المتسارع لحالة المريض					

L'échelle d'intelligence émotionnelle de Wong et Law (2002) Validiée et adaptée dans le contexte marocain par El Ghoudani et al. (2017)

تعليمة مقياس الذكاء الوجداني :يتكون المقياس من 16 عبارة، اقرأ كل منها

(×) وأجب عنها باختيار إجابة واحدة من الإجابات الأربعة الموضحة وذلك بوضع الإشارة

تحت الإجابة التي تناسبك، علما انه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما تعبر

الإجابة عن وجهة نظرك. إجابتك ستحاط بالسرية التامة ولا تطلع عليها سوى الباحث

الذي لاستخدامها في البحث العلمي.

العبارات		لا اوافق بشدة 1 =	لا اوافق =2	اوافق =3	اوافق بشدة =4
1	أعرف في معظم الأحيان، لماذا تنتابني بعض المشاعر				
2	أفهم مشاعري جيدا				
3	أتفهم مشاعري فعلا				
4	أعرف دائما إن كنت سعيد أم لا				
5	أعرف دائما مشاعر أصدقائي من خلال تصرفاتهم				
6	أجيد ملاحظة مشاعر الآخرين				
7	أنا إنسان حساس تجاه مشاعر الآخرين وأحاسيسهم				
8	أتفهم مشاعر الأشخاص المحيطين بي				
9	أستطيع السيطرة على مزاجي، و التعامل مع الصعوبات بطريقة عقلانية				
10	أنا قادر على التحكم بمشاعري				
11	أستطيع الهدوء بسرعة عندما أغضب				
12	أسيطر جيدا على مشاعري				
13	أضع دائما أهدافا، ثم أبذل كل جهدي لتحقيقها				
14	أقول دائما لنفسي، إني إنسان كفأ				
15	أنا أحفز نفسي بنفسي				
16	أشجع نفسي دائما على القيام بكل ما أستطيع				

Annexe 2: Formulaires de consentement pour la participation aux études

Etude 1

Titre de la recherche : Évaluation psychométrique de la version arabe de l'échelle de stress perçu en stage clinique : Validité et fiabilité chez les étudiants infirmiers marocains.

Chers étudiants

Dans le cadre du projet de recherche sur le stress clinique chez les étudiants en soins infirmiers, la nécessité de valider un outil de mesure du stress percu en milieu clinique adapté à la culture et au contexte marocain est une réelle préoccupation. Par conséquent, nous souhaitons déterminer la validité et la fiabilité de la version arabe du PSS-CP auprès des étudiants en soins infirmiers au Maroc.

Votre contribution à cette étude nous serait très précieuse. Celle-ci requiert votre consentement, et que vous pouvez à tout instant retirer sans justification.

L'étude vous demande environ 20 minutes pour répondre de manière anonyme à un questionnaire qui vous sera proposé dans les pages suivantes.

Nous vous remercions vivement de votre participation.

Si vous souhaitez participer, nous vous prions de la valider : OUI/NON

Fait à ……...……., le ……

Nom et signature du chercheur Signature du participant

Etude 2

Titre de la recherche : La relation entre le stress perçu et l'intelligence émotionnelle chez les étudiants marocains en soins infirmiers

Chers étudiants

Dans le cadre d'une étude visant à déterminer la relation entre le stress perçu et l'IE chez les étudiants en soins infirmiers de premier cycle au Maroc. Il est donc très intéressant de se pencher sur l'impact du stress perçu et de l'IE pendant la formation clinique en soins infirmiers. En effet, une meilleure connaissance de ces deux concepts pourrait améliorer la prévention et le contrôle du stress et instaurer des stratégies pour développer les compétences émotionnelles et techniques des étudiants en sciences infirmières.

Votre participation à cette étude nous serait très précieuse. En effet, elle suppose votre consentement, que vous pouvez retirer à tout moment sans justification.

L'étude nécessite environ 30 minutes de votre temps pour répondre anonymement à deux questionnaires qui vous seront fournis dans les pages suivantes.

Nous vous remercions vivement de votre participation.

Si vous souhaitez collaborer, nous vous demandons de valider votre participation : OUI/NON

Fait à ……...……. le ……
Nom et signature du chercheur Signature du participant

Etude 3

Titre de la recherche : L'effet d'un programme de formation à la pleine conscience sur le stress perçu et l'intelligence émotionnelle chez les étudiants en soins infirmiers au Maroc : une étude pilote expérimentale.

Chers étudiants

Nous vous invitons à participer à une étude de recherche dans le domaine de la psychologie clinique. Le présent formulaire décrit en détail tous les points de cette étude. Vous pouvez prendre le temps de lire et de comprendre ces informations pour décider de votre participation. Vous pouvez demander au chercheur responsable de l'étude de vous fournir toute explication nécessaire en cas de non compréhension.

Groupe de recherche

Jamal ksiksou, Enseignant à l'ISPITS de Tétouan et doctorant en psychologie à l'université de sidi Mohamed ben Abdellah de Fès sous la direction du Pr Moulay Smail Alaoui, professeur de psychoplogie clinique rattaché au laboratoire de sociologie et de psychologie de la faculté Dhar el Mehraz de l'université de sidi Mohamed ben Abdellah de Fès.

But de l'étude

La recherche consiste en une étude sur l'effet d'un programme de formation à la pleine conscience sur le stress perçu et l'intelligence émotionnelle chez les étudiants en soins infirmiers au Maroc : une étude pilote expérimentale.

Nous allons délivrer aux étudiants des batteries de tests auto-administrés, qu'ils devront remplir et auxquels ils devront répondre avant et après une formation à la pleine conscience et ce, dans un délai maximum de 30 minutes. Cela nous permettra de comprendre quantitativement les niveaux de stress perçus liés au stage clinique et le niveau d'intelligence émotionnelle afin de déterminer comment un programme de pleine conscience permet à la fois de déstresser et de développer les niveaux d'intelligence émotionnelle de chaque étudiant.

Le déroulement de l'étude

Le programme de formation à la pleine conscience aura lieu à l'ISPITS de Tétouan. Les pré-tests seront effectués avant le début de la formation et les post-tests seront effectués 8 semaines après la fin de la formation à la pleine conscience.

Droit de retrait de la participation sans aucun préjudice

Il est bien compris que votre participation à cette étude est totalement volontaire et que vous êtes libre de vous retirer à tout moment sans avoir à justifier votre décision ni à subir un quelconque préjudice.

Confidentialité, partage et publications

Pendant votre participation à cette étude, le chercheur responsable recueillera et enregistrera des informations relatives à votre personne dans un dossier de recherche. Seules les informations nécessaires au bon déroulement du projet de recherche seront recueillies. Il peut

s'agir d'informations telles que l'âge, le sexe, le niveau d'étude, la spécialité, la nature du stage clinique et la motivation à participer à l'étude.

Toutes les informations recueillies au cours du projet de recherche resteront strictement confidentielles. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces informations, vous ne serez identifié que par un simple code. Ce code reliant votre identité à votre dossier de recherche sera conservé par le chercheur responsable du projet de recherche.

Le chercheur responsable de l'étude utilisera les données à des fins de recherche pour atteindre les objectifs scientifiques du projet de recherche tels que décrits dans le présent formulaire d'information et de consentement. Les données du projet de recherche peuvent être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes dans le cadre de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne contiendra d'informations permettant de vous identifier.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter :

Mr Jamal ksiksou, email : jamal.ksiksou@usmba.ac.ma, tél : 0667557853

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE

Je soussigné(e) …… email :…… (Nom et prénom du sujet et email), accepte de participer à l'étude «L'effet d'un programme de formation à la pleine conscience sur le stress perçu et l'intelligence émotionnelle chez les étudiants en soins infirmiers au Maroc : une étude pilote expérimentale».

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Mr Jamal ksiksou

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que les données de ma fiche d'informations relatives à l'étude soient mises à la disposition des acteurs de l'étude. Mon anonymat sera préservé à l'exception des auteurs qui utiliseront ces informations dans le strict respect de la confidentialité des informations cliniques.

J'accepte que les données nominatives me concernant recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre de renoncer à ma participation à tout moment au cours de l'étude.

Je conserve tous mes droits garantis par la loi. Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à …..... le ……

Nom et signature du chercheur Signature du participant

Annexe 3: Autorisation de receuil des donnés au niveau de l'ISPITS de Tetouan dans le cadre de cette thèse de doctorat

Royaume du Maroc
Ministère de la santé et de la protection sociale
Direction Régionale de Santé
Tanger-Tétouan-Alhoceima
Institut Supérieur des Professions Infirmières et Technique de Santé
Tétouan

المملكة المغربية
ROYAUME DU MAROC

المملكة المغربية
وزارة الصحة
والحماية الاجتماعية
المديرية الجهوية لصحة طنجة تطوان الحسيمة
المعهد العالي للمهن التمريضية
وتقنيات الصحة
تطوان

Autorisation de recueil de données au niveau l'Institut Supérieur des Professions Infirmières et des Techniques de Santé de Tétouan dans le cadre d'une thèse de doctorat

Je soussigné, Monsieur Kamal Touil, Directeur des études à l'Institut Supérieur des Professions Infirmières et Techniques de Santé à Tétouan, autorise le doctorant Monsieur. ksiksou jamal, inscrit à la faculté des lettres et des sciences humaines dhar el mahraz, Fes, laboratoire de sociologie et dc psychologie, à procéder au recueil de données pour sa thèse de doctorat intitulée "*La relation entre le stress perçu et l'intelligence émotionnelle et l'effet médiateur de la pleine conscience chez les étudiants infirmiers* " au sein de notre institut.

Fait à : Tétouan le 18 /12/2021

Nom et signature du directeur des études de l'ISPITS



Annexe 4 : Programme de formation MBSR

Méditation de la pleine conscience - Programme MBSR en 8 semaines 2022

Au profit des étudiants de l'institut supérieure des professions infirmières et techniques de santé de Tétouan (ISPITS-T)

Animé par Baaji Mustapha, docteur en neuropsychiatrie, psychothérapeute et formateur qualifié en méditation de la pleine conscience.
Ksiksou jamal, enseignant spécialisé en santé mentale et doctorant en psychologie

Semaine	Thème	Contenu et exercices de la session	Exercices à domicile, dans la nature ou en stage
Semaine 1	Séance introductive : Première expérience sur MBSR **Durée : 2h30 min**	**Introduction à la méditation** - Comment porter son attention et devenir conscient des pensées, émotions et sensations dans le moment présent - Comment prendre soin de soi (Self-care) - Attentes face au programme - Communication avec les formateurs **Mener une discussion intérieure guidée** - Qu'est-ce qui m'a amené ici ? **Susciter la motivation** Les avantages de la formation en soins infirmiers pour l'étudiant (un avenir plus agréable). - Commentaires, points de vue **Exercice du raisin** - Introduction à la méditation de pleine conscience en mangeant - Discussion de l'expérience - Comment se focaliser sur l'observation sensorielle directe : ce qui peut être vu, ressenti, senti, goûté, entendu **Introduction à la respiration abdominale** - Comment se focaliser sur la sensation de l'abdomen qui se gonfle et se dégonfle à chaque inspiration et expiration, « goûter » la respiration de la même manière que l'on a goûté le raisin **Balayage du corps guidé** - balayage du corps guidé avec les participants qui continuent à être couchés au sol ou assis dans une position confortable - Discussion de l'expérience des participants avec balayage du corps	1. Entraînement formel : - Respiration (10 minutes) au moins deux fois par jour, 6 jours par semaine. - balayage du corps (20 minutes) au moins une fois par jour, 3 fois par semaine pendant le soir, 2. Entraînement informel : - Marcher en pleine conscience au moins 2 fois par semaine
Semaine 2	Gestion des idées pour soulager l'émotion **Durée : 2h30 min**	pleine conscience des pensées, des émotions et du corps, pour s'en libérer : - Soyez conscient de ces ressentis, et aussi des pensées qui peuvent accompagner l'émotion pénible - Quand vous ressentez une émotion très forte, recentrez-vous sur votre corps. - Essayez de sentir à quel endroit votre émotion est présente. Par exemple, la peur se manifeste souvent par un resserrement au niveau de la poitrine ou de la gorge. - Essayez de rester surtout concentré sur les sensations plutôt que sur les pensées, qui vont, parfois amplifier l'émotion. - A l'issu de cet exercice de pleine conscience, vous pouvez prendre un temps de quelques grandes respirations conscientes, pour relâcher les tensions de votre corps. Discussion sur le stress - Posez-vous les questions suivantes et écrivez-les sur une feuille de papier : - Qu'est-ce que le stress ? - Comment vivons-nous les situations dans le stage clinique sur le plan physique, cognitif et émotionnel ? - Nommer des agents stressants - Qu'est-ce qui est stressant pour vous ? - Comment la pratique de la pleine conscience nous permet-elle de découvrir des perspectives nouvelles ? - Y a-t-il des alternatives ? Susciter la motivation - Les avantages de la formation en soins infirmiers pour l'étudiant (un avenir plus agréable).	1. Entraînement formel : - Respiration en pleine conscience (10 minutes) au moins deux fois par jour, 6 jours par semaine. - balayage du corps (20 minutes) au moins une fois par jour, 3 fois par semaine pendant le soir. - Pratique spirituel en pleine conscience 2. Entraînement informel : - marche en pleine conscience au moins une fois par semaine - Entrer en relation avec ses pensées - devenir conscient des réactions au stress sans essayer de les changer

		- Faire gommer les conceptions erronées - Corriger les perceptions vis avis du stage clinique - Commentaires, points de vue	
Semaine 3	Gestion des émotions par la pleine conscience **Durée : 2h30 min**	- Respiration et concentration en pleine conscience - balayage corporel - Moins d'instruction, respiration, sensations physiques, sons, pensées Discussion de groupe - Evaluation de la perception au stress et aux facteurs de stress - Noter les changements - Noter les changements dans les réactions cognitives et émotionnelles des étudiants pendant les stages cliniques. Susciter la motivation - Les atouts que présente le travail sous pression et les compétences attendues - Effacer toutes les idées erronées	1. Entraînement formel : - balayage du corps (20 minutes) au moins une fois par jour, 6 jours par semaine. - Pratique spirituel en pleine conscience 2. Entraînement informel : - notez les différences dans la façon de réagir aux évènements - Discuter de la journée de stage clinique en pleine optimisme
Semaine 4	Soyez à l'écoute de votre corps **Durée : 2h30 min**	- Marche en pleine conscience pour se connecter - Repas en pleine conscience pour le plaisir - balayage corporel dans la nature - Communication intrapersonnelle, pour arrêter la rumination mentale - médiation amour bienveillance - Ecoute consciente, pour des relations sereines	Entraînement formel : - balayage du corps (20 minutes) au moins une fois par jour, 3 jours par semaine, respiration abdominale (10) minutes au moins une fois par jour, 3 jours par semaine, - Pratique spirituel en pleine conscience - Formation informelle : la marche matinale en pleine conscience (30 minutes) 3 fois /semaine - remplir le calendrier des évènements désagréables
Semaine 5	La concentration est au cœur de de la pleine conscience **Durée : 2h30 min**	- Marche en pleine conscience pour se connecter - Respiration et concentration en pleine conscience - Repas en pleine conscience pour le plaisir - Discussion et distraction avec les participants et les formateurs pour susciter des émotions agréables	1. Formation formelle : - Ecoute consciente musique/ Couran en pleine conscience (30 minutes) au moins une fois par jour, 3 jours par semaine, - Pratique spirituel en pleine conscience - repas très préférer a la maison ou restaurant - Entrer en relation avec ses pensées - devenir conscient des réactions au stress sans essayer de les changer - informelle : la marche matinale en pleine conscience (30 minutes) 3 fois /semaine
Semaine 6	Sensibilisation aux sports **Durée : 2h30 min**	- Randonnée montagneuse (matinée) pour : - bénéficier de la nature. ... - Atteindre les sommets - Surmonter ses difficultés physiques et mentales. - refocalisez-vous sur les choses simples. ...	1. Formation formelle : - Pause de pleine conscience 30 secondes de détente au moins une fois par jour, 3 jours par semaine

		- retrouvez les mêmes personnes partageant la même vision. - Se libérer l'esprit.	- notez des différences dans vos façons de réagir aux évènements - Discuter de la formation clinique en pleine optimisme - Formation informelle : la marche matinale en pleine conscience (30 minutes) 3 fois /semaine marche matinale
Semaine 7	Exploration en pleine conscience de situations difficiles et régulation émotionnelle ; Le passage à l'action ; approfondissement **<u>Durée : 2h30 min</u>**	- Communication en plein aire, pour faire face au stress des autres - exploration en pleine conscience d'une difficulté ou d'un moment pénible, - Renforcer la confiance et la maitrise du soi	1. Formation formelle : - Prise en charge des cas difficiles en stage pour affronter les situations stressantes - Discussion en groupe des cas clinique en présence du formateur et l'équipe soignantes.
Semaine 8	Exploration en pleine conscience de situations difficiles et régulation émotionnelle Le passage à l'action ; approfondissement **<u>Durée : 2h30 min</u>**	- Communication et exploration en pleine conscience d'une difficulté ou d'un moment pénible, des expériences de stage, des obstacles et des stratégies utilisées pour y remédier afin de renforcer la confiance et la maîtrise de soi.	- Soyez pleinement conscients dans chacune de vos activités. - trois minutes de prise de conscience et d'espace de respiration chaque jour /pendant 3mois - exercice du balayage corporel chaque jour /pendant 3mois - Marche en pleine conscience pour se connecter chaque weekend/pendant 3mois

Extrait de : Stress Reduction Clinic, Licensed Curriculum ; Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) ; University of Massachusetts Medical School ; Blacker et al. (2015) ; version adaptée par Martin Lamothe