

Définition opérationnelle de l'auto-efficacité selon la méthode de Walker et Avant dans le cadre de la formation en soins infirmiers

Isabelle Ledoux ^a, inf., M.Sc, Lise Talbot ^b, Ph.D., Sylvie Jetté ^b, Ph.D.
et Vincent Grenon ^c, Ph.D.

^a Doctorante en sciences cliniques avec spécialisation en sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

^b Professeure, Faculté de médecine et des sciences de la santé, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

^c Professeur, Faculté d'éducation, Enseignement au préscolaire et primaire, Université de Sherbrooke.

Le concept analysé est l'auto-efficacité, originalement défini par Bandura (1977b) comme la conviction d'une personne en sa capacité de réussir à manifester un comportement requis pour produire des résultats donnés [Traduction libre]. Largement répandu dans les domaines de l'éducation, de la psychologie cognitive et sportive, de la sociologie, de la santé ainsi que de l'orientation, ce concept a beaucoup évolué et les multiples utilisations rendent sa compréhension plus difficile (Bandura, 2007; Giroux et Lachance, 2008). Le but de cette analyse de concept est de développer une compréhension, plus opérationnelle, du concept auto-efficacité en contexte de simulation haute-fidélité dans la formation en soins infirmiers. Une recension des écrits a permis de réaliser une analyse en respectant les étapes proposées par les auteurs Walker et Avant (2005) telles que la définition d'attributs, l'identification des antécédents et des conséquents ainsi que la définition des référents empiriques en lien avec des instruments de mesure existants. Suite à cette analyse, nous proposons un tableau synthèse du concept « auto-efficacité » incluant la description du concept, des attributs, des antécédents et des conséquents.

Mots-clés : Auto-efficacité, simulation, formation, soins infirmiers

Plusieurs défis incombent aux infirmières du 21^e siècle œuvrant dans des milieux de soins complexes comprenant une clientèle diversifiée et vieillissante avec des besoins particuliers dans une ère de chronicité (Diekelmann, 2001; Institute of medicine of the national academies, 2010). La formation des infirmières devient donc un enjeu déterminant pour le futur de cette profession en constante évolution. Confrontés à une pénurie croissante de places disponibles dans les milieux de stages, certains programmes de formation universitaire et collégiale visant à former des infirmières cherchent à remplacer les activités cliniques auprès des patients par d'autres activités pédagogiques (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009) telles que les laboratoires de simulation d'activités pratiques comprenant la simulation haute-fidélité (SHF). Cette solution s'avère être éthiquement acceptable et permet de

palier rapidement les besoins criants dans le domaine de la santé en reproduisant des situations cliniques avec un réalisme confondant et sans limites (Bremner, Aduddell, Bennett et VanGeest, 2006; Jeffries, 2005a; 2005b; Micheal, 2005; Nehring, 2010). Ce type de simulation répond à un besoin criant d'autant plus que l'examen clinique objectif structuré (ECOS) actuellement largement utilisé, et qui repose sur la participation de patients standardisés dans une série de situations pratiques présente d'importantes limites sur le plan du réalisme et de la standardisation (Mitchell, Henderson, Groves, Dalton et Nulty, 2008).

Afin de mieux comprendre l'impact du recours à la SHF dans un programme de formation en soins infirmiers à l'origine de cette analyse de concept, le modèle théorique choisi dans le présent article est celui de Bandura (1977a; 1977b; 1986). De nature néo béhavioriste, les travaux de Bandura ont

Aucune aide financière reçue dans le cadre de la rédaction de ce manuscrit. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Isabelle Ledoux, Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé, École des sciences infirmières 3001, 12e avenue Nord. Courrier électronique : Isabelle.Ledoux@USherbrooke.ca

d'abord été célèbres dans le domaine de l'apprentissage social, ils le sont davantage aujourd'hui pour ses travaux sur le concept auto-efficacité (Bandura, 1980; 1986; 1997; Simon, 2001). Ce concept, qui fera l'objet d'une analyse approfondie selon la méthode de Walker et Avant (2005) dans le cadre de cet article, fait partie d'un ensemble théorique éprouvé : la théorie sociale cognitive (TSC) (figure 1). Cette théorie s'intéressant aux interactions entre les facteurs personnels, environnementaux et des comportements est présentée sous forme de modèle de causalité triadique et réciproque (Bandura, 1986). Il inspire des recherches et des applications dans divers secteurs aussi variés que la psychologie clinique et pathologique, l'éducation, la santé, l'orientation professionnelle et le sport (Bandura, 2007; Giroux et Lachance, 2008).

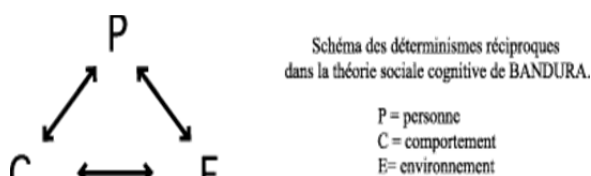


Figure 1. Modèle de causalité triadique réciproque (Bandura, 1986)

Source : François et Botteman (2002)

Le concept auto-efficacité est devenu populaire au fil des ans et son utilisation abondante dans la littérature fait en sorte que les écrits scientifiques n'arrivent pas à un consensus sur sa définition et sa mesure spécifique. De plus, les écrits offrent une description non exhaustive des opérations pour rendre le concept et ses attributs mesurables. C'est donc à l'aide d'une analyse de concept qu'il est proposé de développer une meilleure compréhension du concept auto-efficacité en lien avec l'utilisation de la SHF en comparaison avec l'ECOS dans le cadre de la formation en soins infirmiers. Pour ce faire, une mise en contexte et une démonstration de la pertinence d'une analyse de concept seront présentées. Par la suite, les huit étapes de l'analyse de concept proprement dite selon la méthode choisie de Walker et Avant (2005) seront détaillées. Enfin, une conclusion sera proposée incluant les retombées possibles de cet exercice critique.

Contexte de l'analyse de concept

Depuis près de cinq ans, le recours à la SHF s'impose dans le domaine de la formation des infirmières internationalement; elle est notamment intégrée largement dans de nombreux programmes canadien, américain, britannique et

australien (Alinier, 2008; American Association of Colleges of Nursing, 2005; American Association of Medical College, 2000; Association canadienne des écoles de sciences infirmières, 2007; National League for Nursing, 2005; Nurse Policy Branch, 2006, 2008). Nehring (2010) présente une taxonomie progressive et continue qui distingue trois degrés de fidélité dans les simulations : basse, moyenne et haute. Il est possible de classer les activités de simulation en fonction de leurs niveaux de fidélité et de réalisme. La SHF se situant dans un degré de haute-fidélité et l'ECOS dans un degré de moyenne fidélité. Originellement développé dans les années 70 par Harden et Gleeson (1979) en médecine, l'ECOS fût largement employé dans plusieurs disciplines telles que la dentisterie, la physiothérapie, l'ergothérapie et la radiologie (Nicol et Freeth, 1998; Walsh, Hill Bailey et Koren, 2009) pour évaluer l'acquisition de certaines connaissances pratiques. L'ECOS à l'avantage de permettre d'évaluer la communication et la relation d'aide dans un contexte très réaliste qui donne accès au jugement clinique de l'étudiante (OIIQ, 2009). Il permet également d'évaluer un ensemble d'habiletés complexes, d'aptitudes et de connaissances (Walsh, Hill Bailey et Koren, 2009). Il fait partie intégrante de l'examen professionnel d'admission à la profession depuis le début des années 2000 à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Pour sa part, le mannequin haute-fidélité permet de reproduire, en toute sécurité, des situations cliniques variées à l'infini et d'assurer la standardisation des enseignements et de l'apprentissage (Bradley, 2006; Fowler Durham et Alden, 2008; Henneman, Cunningham, Roche et Curnin, 2007; Lampotang, 2008; Nehring, 2010). La SHF est recommandée pour renforcer le processus d'acquisition des connaissances, favoriser le développement du jugement clinique et de la pensée critique, diminuer le niveau de stress, en plus de permettre la standardisation des processus d'évaluation et de formation (Bremner, Aduddell, Bennett et VanGeest, 2006; Jeffries, 2005a; 2005b; 2007; Nehring, Ellis et Lashley, 2001; Nehring, 2010; O'Donnell et Goode, 2008). D'après les informations recueillies, les impacts de la SHF sur les pratiques en enseignement ont été bien démontrés (Bremner, Aduddell, Bennett et VanGeest, 2006; Kardong-Edgren, Starkweather et Ward, 2008). Toutefois, peu d'études ont comparé la SHF et les ECOS et à notre connaissance aucune en lien avec l'auto-efficacité dans un contexte de formation collégiale en soins infirmiers (Alinier, Hunt et Gordon, 2004; Alinier, Hunt, Gordon et Harwood, 2006). Selon les auteurs Wayman, Yaeger, Sharek, Trotter, Wise, Flora et al. (2007), le concept d'auto-efficacité offre une façon systématique de mesurer les multiples

aspects de l'apprentissage par simulation (Goldenberg, Andrusyszyn et Iwasiw, 2005). L'objectif est de mieux comprendre ce concept en langue française dans le contexte du recours à la SHF dans la formation en soins infirmiers. Puisque l'ECOS est actuellement davantage employé, il est suggéré de comparer ce dernier avec la SHF pour être en mesure de mieux comprendre l'impact de leur utilisation sur l'auto-efficacité perçue des étudiantes en soins infirmiers, un concept déterminant sur le plan pédagogique (Galand et Vanlede, 2004).

Le concept

L'auto-efficacité est un concept fréquemment soulevé dans la littérature. C'est en 1960 que le courant de la sociologie cognitive en psychologie a d'abord énoncé le terme « *efficacy expectations* » (Bandura, 2007). Des centaines de recherches ont ensuite été menées sur l'auto-efficacité depuis plus d'un quart de siècle et ont ainsi démontré le rôle majeur qu'elle peut jouer dans de multiples activités humaines (Bandura, 2007). Ce concept est originalement défini comme suit : « une conviction qu'une personne a de réussir à manifester un comportement requis pour produire des résultats donnés » [Traduction libre] (Bandura, 1977b). Il a été démontré que le sentiment d'auto-efficacité d'une personne influence sa performance, son engagement, sa motivation, sa vulnérabilité au stress, son niveau d'efforts et de persévérance dans l'accomplissement d'une action ou d'une tâche spécifique ainsi que sa résilience face à l'adversité (Bandura, 2002).

L'auto-efficacité aussi nommée « le sentiment d'efficacité personnelle » par la traduction de Bandura (2007) de Jacques Lecompte renvoie aux croyances à propos des capacités de la personne à mobiliser la motivation, les ressources cognitives et les comportements nécessaires pour exercer un contrôle sur les événements de la vie (Bandura et Wood, 1989). Récemment, plusieurs auteurs ont repris ce concept dans divers contextes tels que le recours à la SHF dans la formation des infirmières sans toutefois clairement l'expliquer (Leigh, 2008a; 2008b; Micheal, 2005; Ravert, 2004; Tuttle, 2009; Walker, 2008). Il est important d'être en mesure de mieux en comprendre la définition afin de faciliter son utilisation à des fins de recherche notamment en comparant l'impact de deux types de simulation, SHF et ECOS, sur la formation des étudiantes en soins infirmiers.

Pertinence de l'analyse de concept

Afin d'avoir une meilleure compréhension du concept auto-efficacité, une analyse de concept nous a paru essentielle dû à la complexité et l'usage multiple de ce dernier. La méthode d'analyse proposée par Walker et Avant (2005) fût

retenue pour sa simplicité, sa facilité d'utilisation ainsi que pour son pragmatisme dans la démarche systématique qu'elle propose (Townsend et Scanlan, 2011; Walker et Avant, 2005). De plus, puisque le concept auto-efficacité est largement utilisé dans la littérature scientifique, une méthode quantitative de type wilsonienne nous a paru appropriée pour en faire une analyse approfondie (De Montigny et Lacharité, 2005). En effet, les méthodes wilsoniennes suivent une étape à la fois et s'appliquent bien aux analyses de concept dans le domaine de la pédagogie (De Montigny et Lacharité, 2005; Wilson, 1963). Une compréhension plus opérationnelle du concept auto-efficacité permettra de faciliter l'intégration de ce concept dans les études portant sur la formation ayant recours à la simulation en soins infirmiers. De plus, ces connaissances permettront de réaliser des recherches dans ce domaine ainsi que de développer des instruments de mesure valides et fidèles qui à leur tour favoriseront une meilleure compréhension du recours à la simulation dans la formation des infirmières.

Méthode d'analyse de concepts : Walker et Avant

La méthode d'analyse de Walker et Avant (2005) propose huit étapes à réaliser dans un processus itératif et dynamique (Annexe 1). Comme le recommande l'approche de Walker et Avant (2005), nous avons procédé à une recension des écrits qui s'est déroulée en deux étapes. La première a été effectuée en février 2011 à l'aide de cinq bases de données distinctes : EBSCO, MEDLINE, CINAHL, PUBMED et PsychINFO en langue française et anglaise. Les mots-clés recherchés furent les suivants : « auto-efficacité », « performance », « enseignement », « stress » et « simulation ». Quarante et un articles datant de 1999 à 2011 furent recensés et sept d'entre eux furent retenus pour une lecture et compréhension plus approfondie (Goldenberg, Andrusyszyn et Iwasiw, 2005; Leigh, 2008a; 2008b; Lodewyk et Winne, 2005; Madorin et Iwasiw, 1999; McConville et Lane, 2006; Pike et O'Donnell, 2010; Rebok et Balcerak, 1989). Les critères de sélection ont été la pertinence du sujet de l'étude, le type d'étude réalisé, la méthodologie de l'étude et la langue employée par les auteurs (français ou anglais). Huit thèses de doctorat américaines (2004-2010) traitant de la SHF furent également consultées par la suite. Une deuxième étape de recension des écrits a été réalisée début juin 2011 à l'aide de sept banques de données distinctes : CINAHL, MEDLINE, Education research complet, PsychINFO, Psychological and behavioral sciences collection, SocINDEX full text et EBSCO.

Un nombre de trente et un articles depuis la première recherche fut ressorti pour lecture et une compréhension plus approfondie. L'article de Townsend et Scanlan paru durant l'été 2011 a également été inclus dans le cadre de cet article.

Sélection du concept

Le modèle théorique de Bandura (2007) spécifie qu'en tant qu'indicateur d'acquisition de compétences, la performance est fortement influencée par les perceptions de l'auto-efficacité. Ce concept est donc d'un grand intérêt pour évaluer les impacts du recours à la SHF sur les étudiantes du programme collégial en soins infirmiers (Galand et Vanlede, 2004). Il est suggéré de poursuivre la recherche dans le domaine de l'éducation afin de mieux comprendre l'efficacité de l'approche pédagogique de la SHF avant son implantation définitive dans les milieux éducationnels en soins infirmiers (Ravert, 2004). L'auto-efficacité est apparentée aux termes suivants : « compétence », « empowerment », « leadership », « motivation », « estime de soi » et « auto-contrôle » (Bandura, 1986; 2007; Glossaire multilingue de santé publique, 2010). Parmi ces termes, « empowerment » et « leadership » sont des concepts largement utilisés dans la littérature, et nécessitent une analyse plus exhaustive. D'autres termes apparentés, tels que « compétence » et « motivation » peuvent être considérés comme des conséquents de l'auto-efficacité (Bandura, 1977a; 1977b, 1986; Leigh, 2008a; 2008b; Madorin et Iwasiw, 1999; Pike et O'Donnell, 2000; Stajkovic et Luthans, 1998).

Déterminer buts et objectifs

Cette analyse du concept auto-efficacité servira dans le cadre d'un projet d'étude doctorale où nous proposons de mesurer l'impact de l'examen clinique objectif structuré (ECOS) et la simulation haute-fidélité (SHF) sur l'auto-efficacité, le niveau d'anxiété ainsi que le niveau de performance perçus d'étudiantes en soins infirmiers. Sur la base de la recension des écrits résumée précédemment, la question centrale de l'analyse de concept proposée vise les objectifs suivant : 1) avoir une compréhension plus approfondie du concept; 2) clarifier la notion d'auto-efficacité par l'identification de ses attributs, antécédents et conséquents et; 3) obtenir une définition plus opérationnelle en lien avec la SHF dans le cadre de la formation en soins infirmiers.

Identifier tous les usages

Au cours de son évolution, le concept auto-efficacité semble s'être précisé dans les ouvrages réalisés par Bandura (1977a; 1977b; 1986; 2007). Il est également possible de voir une distinction

entre deux définitions proposées par le même auteur au fil du temps. La première définition proposée est celle du : « Jugement d'une personne dans ses capacités à organiser et à exécuter une action donnée afin d'atteindre un certain niveau de performance » [Traduction libre] (Bandura, 1986, p. 391). Une vingtaine d'années plus tard, Bandura définit le concept comme suit : « L'efficacité personnelle perçue n'est pas une mesure des aptitudes d'une personne, mais une croyance relative à ce qu'elle peut faire dans diverses situations, quelles que soient ses aptitudes » (Bandura, 2007, p. XII). Plusieurs auteurs ont ensuite repris une ou l'autre de ces mêmes définitions de manière distincte en fonction du domaine d'étude ainsi que de la période historique choisie. En effet, la littérature scientifique des domaines de l'éducation, de la psychologie, de la psychologie de l'éducation et sportive, de la sociologie et de la santé, de l'orientation professionnelle et de l'adaptation scolaire abondent sur le sujet de l'auto-efficacité (Bandura, 2007; Giroux et Lachance, 2008). D'autres définitions plus complètes provenant de dictionnaires, de livres de référence, d'articles scientifiques ainsi que de la littérature traitant du sujet de la SHF en sciences infirmières sont présentées, mais diffèrent les unes des autres (Annexe 2).

Dans un contexte d'intégration de SHF dans la formation des infirmières, McConville et Lane (2006) interprètent ce concept comme étant : « Un niveau de confiance d'individus dans leurs capacités à exécuter des actions ou à atteindre des objectifs de performance spécifiques » [Traduction libre]. Cette définition correspond aux définitions retrouvées dans la littérature par les auteurs Townsend et Scanlan (2011). Le concept d'auto-efficacité est donc de nature subjective et adaptable à différents contextes tels que l'éducation, la santé, la psychologie, le sport, l'administration et la politique (Bandura, 2007). C'est une « Capacité productrice au sein de laquelle les sous-compétences cognitives, sociales, émotionnelles et comportementales doivent être organisées et orchestrées efficacement pour servir d'innombrables buts » (Bandura, 2007, p. 63). Il nécessite toutefois une meilleure compréhension due à la diversité de sa définition et de son utilisation.

Définir les attributs

Les attributs correspondent aux caractéristiques essentielles à la définition du concept auto-efficacité (Walker et Avant, 2005). Dans la seule analyse de concept recensée en langue française à ce sujet, les auteurs De Montigny et Lacharité (2005) définissent quatre attributs apparentés au concept : 1) les croyances

personnelles; 2) la capacité et le pouvoir; 3) l'organisation et l'exécution des actions ou; 4) les actions spécifiques à une situation donnée. Ceux-ci correspondent également à ceux identifiés en langue anglaise par Towsend et Scanlan (2011). Selon ces auteurs, cela signifie qu'il faut d'abord que l'individu croie être en mesure de réaliser une tâche donnée, à la capacité et le pouvoir de le faire par l'organisation et l'exécution d'actions concrètes spécifiquement attribuable à une situation donnée pour être en mesure de réaliser la tâche donnée avec un sentiment d'auto-efficacité suffisamment élevé (Towsend et Scanlan, 2011). Les attributs relevés soulignent donc l'importance des croyances de l'individu dans un contexte donné. La notion de performance pourrait également être ajoutée comme cinquième attribut après une recension des écrits exhaustive à ce sujet (Giroux et Lachance, 2008). Il n'y pas de consensus à ce propos, mais Bandura (2005) suggère que la définition du concept auto-efficacité demeure axée uniquement sur : 1) les croyances de l'individu dans sa 2) capacité à exécuter une tâche donnée afin d'être en mesure de référer à un plus grand nombre de 3) contextes possible dans son utilisation. À la compréhension de ces attributs, la perception d'auto-efficacité à l'aide de l'approche SHF en soins infirmiers peut être définie comme : « Les croyances que les étudiants et les étudiantes possèdent quant aux tâches qu'ils peuvent exécuter à l'aide d'un mannequin haute-fidélité dans le cadre de leur formation en soins infirmiers ». Plusieurs cas modèles permettent d'illustrer cette définition du concept auto-efficacité comme suit.

Construire un cas modèle

La construction d'un cas modèle permet d'illustrer les attributs du concept auto-efficacité (Walker et Avant, 2005). Comme la SHF, dans le cadre de la formation en soins infirmiers est un sujet novateur, aucun exemple de cas réel ne fut identifié dans la littérature en langue française à ce propos. Un exemple issu du livre original de Bandura (1986) fut choisi pour illustrer le concept : « Madame Duval croit qu'elle sera en mesure de faire un saut d'une hauteur de six pieds de par son antécédent qui est l'entraînement assidu et ses réussites antérieures en athlétisme. Elle anticipe avec succès cette action et comme conséquent elle aspire à une grande reconnaissance sociale par des applaudissements de la foule, la remise d'un trophée et de l'auto-satisfaction pour une bonne performance. Madame Duval réalise une réussite inégalée au cours de ce saut de par son haut degré d'auto-efficacité devenant un attribut. Les athlètes semblent avoir régulièrement recours à ce mode de pensée afin de bien performer dans

leur domaine de prédilection » [Traduction et adaptation libre] Bandura (1986).

Ce cas permet de bien comprendre l'application concrète du concept d'auto-efficacité dans le domaine du sport. Chaque attribut y est présenté : 1) la croyance de Madame Duval d'être en mesure de faire un saut d'une hauteur de six pieds; 2) les capacités de Madame Duval et son pouvoir d'exécution du saut en hauteur; 3) la réussite inégalée du saut en hauteur de six pieds et; 4) un contexte de compétition d'athlétisme requérant un certain niveau de performance dans le saut en hauteur. Afin de bien illustrer les attributs qui définissent le concept auto-efficacité, la construction d'autres cas selon la méthode d'analyse de concept de Walker et Avant (2005) est proposée à titre comparatif avec celui de Mme Duval. La construction d'autres cas permet d'énoncer d'autres caractéristiques propres au concept auto-efficacité.

Construire d'autres cas

La construction d'autres cas contraires ou limites permet de préciser le choix des attributs qui définissent le concept (Walker et Avant, 2005). Bandura (1977b) propose l'exemple de la peur provoquant des réactions imprévisibles comme un exemple qui affecte négativement l'auto-efficacité et les comportements qui en résultent face à un événement donné, car la personne ne se croit pas apte à affronter la situation. Exemples : peur de voyager à l'étranger, l'agoraphobie, la peur des serpents ou la crainte des sports extrêmes. À force d'être confrontés à des situations provoquant la peur, les mécanismes de défense ou de protection qui en résultent s'élimineront avec le temps (Bandura, 1977b). Prenons l'exemple fictif de François, un étudiant finissant en soins infirmiers qui a observé un épisode de réanimation cardio-vasculaire auprès de l'une de ces patientes lors d'un stage en cardiologie il y a quelques mois. Figé par la peur de commettre une erreur, il s'est alors senti impuissant et n'a pu intervenir avec l'équipe présente lors de cet événement tel qu'il l'aurait souhaité. François est aujourd'hui candidat à l'exercice de la profession infirmière et est responsable d'une équipe soignante composée d'une infirmière auxiliaire et d'un préposé aux bénéficiaires. Il a reçu une formation au sujet de la réanimation cardio-vasculaire afin d'intervenir avec l'équipe en cas de crise sur son unité de soins. Il ne se sent toutefois pas encore apte à faire face à cette situation due à la peur qu'il a ressentie la première fois que cela s'est produit. Chaque fois qu'un tel événement survient sur l'unité de soins, François s'affaire à d'autres activités et préfère délégués d'autres membres de l'équipe soignante pour intervenir dans le cadre d'une réanimation cardio-vasculaire. Avec le temps s'en suivit un

désintéressement pour ce type d'activité et une forme de manque de confiance en lui qui se reflète dans d'autres aspects de sa pratique infirmière. Ce cas illustre bien une diminution du sentiment d'auto-efficacité où il n'est pas possible de valider la présence de la totalité des attributs auprès de cet étudiant, car il ne reconnaît sans doute pas toutes les composantes de la peur qui l'habite au moment où il doit intervenir pour une réanimation cardio-vasculaire sur son unité de soins. Son inexpérience peut expliquer cet élément en partie, mais aussi la peur qui est une émotion provoquée par la prise de conscience d'un danger réel ou imaginé par la personne (Legendre, 1993). La peur est générée par les comportements spécifiques de l'évitement et de la fuite (Ôhman, 2000). Étant souvent inconsciente, la peur a donc un impact négatif sur l'auto-efficacité qui s'est trouvée diminuée, qui a son tour peut entraîner des conséquences négatives telles que l'altération de la pratique infirmière de François. La SHF pourrait s'avérer être une solution prometteuse pour permettre à François de contrer sa peur et performer davantage dans un tel contexte.

Identifier les antécédents et les conséquents

Plusieurs éléments permettent de clarifier le contexte social dans lequel le concept auto-efficacité est présent (Walker et Avant, 2005). Certains éléments sont précurseurs du développement de l'auto-efficacité que l'on qualifie d'antécédent et d'autres éléments sont la résultante d'une augmentation ou d'une diminution de l'auto-efficacité identifiée comme des conséquents (Walker et Avant, 2005). Les antécédents et les conséquents mentionnés ici-bas résultent de la littérature recensée sur le sujet.

Tous les auteurs sont unanimes au sujet des antécédents attribués au concept auto-efficacité : 1) l'expérience active de maîtrise d'un apprentissage; 2) les expériences vicariantes c'est-à-dire l'observation d'autrui; 3) la persuasion verbale et la rétroaction positive, ainsi que 4) les états physiologiques et émotionnels tels que l'anxiété et le stress (Bandura, 2007; De Montigny et Lacharité, 1996 ; Galand et Vanlede, 2004; Leigh, 2008a; 2008b; Madorin et Iwasiw, 1999; Pike et O'Donnell, 2000; Stajkovic et Luthans, 1998; Townsend et Scanlan, 2011). Ces quatre éléments comportent des facteurs personnels, sociaux, situationnels, circonstanciels et temporels qui affectent la façon dont la personne perçoit cognitivement la situation (Bandura, 2007). D'autres éléments reliés aux antécédents ont été identifiés dans la littérature, mais ne furent toutefois pas retenus par manque de consensus à leur sujet : 1) les attentes envers ses propres capacités; 2) le contexte social, situationnel et temporel; 3) le niveau d'engagement; l'auto-

perception dans les capacités d'apprentissages; 4) les retombées envisagées; 5) la motivation et; 6) les capacités auto-régulatrices (Bandura, 1977a; 1977b; Lodewyk et Winne, 2005; Zimmerman, 1995). Certains d'entre eux peuvent correspondre aux quatre antécédents retenus ainsi qu'au modèle théorique de Bandura.

Les conséquents du concept auto-efficacité sont nombreux et il n'existe pas de réel consensus à ce sujet dû à la diversité des contextes auxquels ce concept peut s'appliquer. L'augmentation ou la diminution de l'auto-efficacité peut avoir des impacts positifs ou négatifs sur le plan physique, émotionnel et social (Bandura, 1986). Plusieurs éléments sont proposés à ce sujet dans la littérature. Voici ceux retenus au sujet de l'augmentation de l'auto-efficacité favorisant ainsi : 1) le développement d'une attitude optimiste; 2) la persévérance scolaire; 3) la performance; 4) la résilience à l'adversité par le développement de stratégies de *coping*; 5) l'amélioration de la qualité de vie; 6) l'amélioration des choix de vie et des réalisations; 7) l'augmentation de la motivation et du bien-être et; 8) la réalisation de plus d'accomplissements (Bandura, 1986, 2005; Leigh, 2008a; 2008b; Lodewyk et Winne, 2005; Madorin et Iwasiw, 1999, Townsend et Scanlan, 2011; Zimmerman, 1995).

Certains auteurs mentionnent que l'amélioration des saines habitudes de vie telles que la perte de poids, l'augmentation de l'exercice physique et la cessation du tabagisme peut résulter de l'augmentation de l'auto-efficacité (Strecher, Devillis, Becker et Rosenstock, 1986). Plusieurs impacts au niveau scolaire peuvent également être réalisés avec l'augmentation de l'auto-efficacité telle que l'amélioration des résultats scolaires et la performance académique, les meilleurs choix de filière d'étude, des choix professionnels plus judicieux ainsi qu'une diminution de l'impact d'échecs mineurs (Bandura, 1977a; 1977b; François et Botteman, 2002 Galand et Vanlede, 2004; Joët et Bressoux, 2007). Toujours dans le domaine éducationnel, avec une amélioration du sentiment d'auto-efficacité perçue, il est possible de dénombrer moins de recours aux spécialistes pour les enfants présentant des troubles de comportements ainsi que la manifestation d'attitudes plus positives à l'égard de l'implantation de nouvelles pratiques pédagogiques ayant ainsi un effet significatif sur la nature et la qualité de l'enseignement offert (Dussault, Villeneuve et Deaudelin, 2001). Sur le plan des organisations, l'augmentation du sentiment d'auto-efficacité améliore la productivité, l'adaptabilité à la technologie avancée, la génération d'idées managériales et l'acquisition de nouvelles compétences (Stajkovic et Luthans, 1998).

En ce qui concerne le recours à la SHF en sciences infirmières, plusieurs études ont évalué l'impact de l'utilisation de cette approche pédagogique sur le sentiment d'auto-efficacité (Goldenberg, Andrusyszyn et Iwasiw, 2005; Leigh, 2008a, 2008b; Pike et O'Donnell, 2010). Une augmentation significative du niveau d'auto-efficacité fut constatée auprès d'étudiantes infirmières ayant participé à une séance de SHF (Leigh, 2008a, 2008b; Pike et O'Donnell, 2009). L'augmentation de l'auto-efficacité a pour sa part eu des effets bénéfiques sur l'augmentation de la performance académique et de l'intérêt pour un sujet donné, l'amélioration de la compétence clinique, l'augmentation de la motivation ainsi que de la confiance dans les apprentissages réalisés par les étudiantes (Goldenberg, Andrusyszyn et Iwasiw, 2005; Pike et O'Donnell, 2010). La mesure de l'auto-efficacité est complexe, les résultats sont donc variables d'une étude à l'autre. À ce propos, comme le soulignent Skunk et Pajares (2009), les erreurs de mesure de l'auto-efficacité continuent de poser problème dans plusieurs études. En effet, les chercheurs ne parviennent pas toujours à établir une correspondance entre l'auto-efficacité et les résultats (outcomes) attendus, ils évaluent l'auto-efficacité à des niveaux inappropriés de spécificité, ils utilisent des items qui ressemblent davantage à l'estime de soi ou ne tiennent pas compte des principes édictés par Bandura (2006) au regard de la mesure de ce concept (Bong, 2006). Après une révision des antécédents et des conséquents au sujet du concept auto-efficacité, il est important de mieux comprendre la manière de le mesurer opérationnellement dans un contexte bien précis.

Référents empiriques

L'objectif de la définition des référents empiriques est de mesurer le concept auto-efficacité (Walker et Avant, 2005). Pour ce faire, il existe bon nombre d'instruments de mesure quantitatifs essentiellement sous forme de questionnaires qui tentent de mesurer l'auto-efficacité dans un contexte spécifique avec la notion du niveau de confiance (Leigh, 2008a; 2008b). Les instruments de mesure proposés tentent d'évaluer les croyances qu'ont les individus quant aux capacités à effectuer une action ou avoir un comportement donné dans un contexte spécifique (Bandura, 2005; Leigh, 2008a; 2008b).

La méthode quantitative servant à mesurer l'auto-efficacité dans un contexte spécifique consiste en un questionnaire auto-administré tel que celui de l'Auto-efficacité Généralisée de Dumont, Schwarzer et Jerusalem (2000). Le questionnaire comprend une dizaine de questions avec échelle de Likert à quatre points allant de « pas du tout vrai » à « totalement vrai » pour un

score global totalisant quarante points. Cet instrument de mesure fut développé par Schwarzer et Jerusalem en 1979 puis révisé par la suite en vingt-six langues, dont l'anglais et le français. Il comprend une bonne consistance interne (alpha de Cronbach de : 0,86) et culturelle (Scholz, Guiterrez Dona, Sud et Schwarzer, 2002). D'autres questionnaires du même type permettent de déterminer un niveau de confiance de 0-100 en ses capacités à effectuer une action ou à avoir un comportement donné par des échelles de mesure auto-rapportées et traduites en langue française le plus souvent à l'aide de la méthode de Vallerand (1989) (Bandura, 2005; Dussault, Villeneuve et Deaudelin, 2001; Leigh, 2008a; 2008b). Voici quelques exemples d'échelles de mesure auto-rapportées : échelle de mesure de l'auto-efficacité des enfants, l'auto-efficacité à effectuer des exercices et l'auto-efficacité à avoir de bonnes habitudes de vie (Bandura, 2005; Leigh, 2008a; 2008b). Des liens peuvent être établis avec les attributs du concept, mais ils ne sont pas clairement explicités dans la littérature et varient beaucoup d'un instrument de mesure auto-rapporté à l'autre.

Une autre méthode consiste en une liste d'adjectifs que la personne doit cocher et s'attribuer dans le cadre d'une situation donnée (Strein, 1995). Chaque adjectif est associé à une catégorie qui ensuite définit un concept spécifique en lien avec l'auto-efficacité perçue par le répondant dans une situation donnée (Strein, 1995).

Une méthode quantitative pour mesurer le concept d'auto-efficacité est le Q-sort qui consiste en une série de cartes divisées en plusieurs catégories de celles qui s'intitulent « ce qui me ressemble le plus » à celles qui se nomment « ce qui me ressemble le moins ». Celles-ci permettent de décrire la personne avec des qualificatifs précis dans une situation donnée (Strein, 1995). La personne doit alors choisir la carte qui correspond le plus à sa description et la disposer dans la catégorie de son choix.

Il existe également d'autres méthodes qualitatives avec entrevues comprenant des questions ouvertes permettant à la personne d'exprimer librement son opinion au sujet de sa capacité à effectuer une tâche dans un contexte spécifique (Strein, 1995). Toutefois, ces méthodes sont moins populaires dans les recherches scientifiques par l'absence d'une définition opérationnelle claire du concept. Les instruments de mesure actuellement utilisés pour évaluer l'auto-efficacité sont donc très variés et comportent beaucoup de différences dans les questions posées par le contexte de son utilisation. Il est alors difficile de faire un choix d'autant plus que cette mesure est de nature subjective faisant appel

au jugement d'un individu. La réalisation d'un instrument de mesure qualifié de « généraliste » pourrait être tentante afin d'uniformiser les prises de mesure de ce concept. Bandura (2005) n'est toutefois pas de cet avis, car ce type d'instrument de mesure aurait sans doute une moindre valeur exploratoire et prédictive, il serait peu applicable à tous les domaines d'étude confondus qui en font l'usage. Selon cet auteur, les échelles de mesure auto-rapportées doivent être adaptées au contexte d'utilisation des données recueillies de l'objet d'intérêt (Bandura, 2005). Elles doivent également demeurer axées sur les croyances d'individus dans l'exécution d'activités spécifiques traitant de facteurs qui détermineront la qualité du fonctionnement de cette personne dans un contexte donné par la suite (Bandura, 2005).

Conclusion

Comme le mentionne Walker et Avant (2005) une analyse de concept ne peut être un produit final en soi. Dans l'introduction d'un livre dédié à l'auto-efficacité en soins infirmiers, Shortridge-Baggett (2002) insiste sur le fait que « The development of valid and reliable instruments to measure self-efficacy has been, and remains, an ongoing challenge » (p. 4). Il est donc nécessaire de poursuivre cette analyse dans un deuxième temps de manière plus approfondie afin d'augmenter son niveau de compréhension réelle du concept auto-efficacité. Cette première analyse en langue française a permis d'identifier nombre d'écrits sur le sujet sans compter le recours à plusieurs dictionnaires, livres, thèses et autres éléments récents de la littérature grise pour compléter la compréhension du concept. Les résultats de cette analyse de concept nous amènent à définir l'auto-efficacité comme étant : « Les croyances personnelles d'un individu dans la capacité et le pouvoir d'organiser et d'exécuter des actions spécifiques à une situation donnée ». Quatre antécédents au concept auto-efficacité furent identifiés : 1) l'expérience active de maîtrise; 2) les expériences vicariantes; 3) la persuasion verbale et la rétroaction positive ainsi que; 4) les états physiologiques et émotionnels (Bandura, 2007; De Montigny et Lacharité, 1996 ; Galand et Vanlede, 2004; Leigh, 2008a; 2008b; Madorin et Iwasiw, 1999; Pike et O'Donnell, 2000; Stajkovic et Luthans, 1998; Townsend et Scanlan, 2011). L'analyse a permis de recenser huit principaux conséquents à la présence d'une bonne auto-efficacité : 1) le développement d'une attitude optimiste; 2) la persévérance scolaire; 3) la performance; 4) la résilience à l'adversité par le développement de stratégies de *coping*; 5) l'amélioration de la qualité de vie; 6) l'amélioration

des choix de vie et des réalisations; 7) l'augmentation de la motivation et du bien-être et; 8) la réalisation de plus d'accomplissements (Bandura, 1986, 2005; Leigh, 2008a; 2008b; Lodewyk et Winne, 2005; Madorin et Iwasiw, 1999, Townsend et Scanlan, 2011; Zimmerman, 1995). Enfin, les référents empiriques furent présentés avec le recours à des mesures auto-rapportées subjectives précises. Nous proposons un tableau synthèse du concept « auto-efficacité » incluant la description du concept, des attributs, des antécédents et des conséquents (Annexe 3).

L'analyse du concept auto-efficacité permet une meilleure compréhension du concept en soi, mais également de son utilisation dans les instruments de mesure qui traite de ce sujet. Il est toutefois important de poursuivre l'analyse du concept auto-efficacité dans d'autres contextes en langue française et de comparer les éléments retrouvés pour être en mesure de dégager l'essence de sa définition opérationnelle. Enfin, cette analyse de concept permet de donner une nouvelle perspective à la recherche pédagogique pour la formation des infirmières.

Définitions

Concept : constituent des représentations mentales qui visent à décrire et à mieux comprendre un phénomène ou un groupe de phénomènes (Bell, Goulet, St-Cyr-Tribble, Paul et Polomeno, 1996; Meleis, 1991).

Patients standardisés : qui simulent, à l'aide de jeu de rôle, une série de situations pratiques, lesquelles sont évaluées à l'aide d'une grille d'observation adaptée (Mitchell, Henderson, Groves, Dalton et Nulty, 2008; Nicol et Freeth, 1998).

Références

- Alinier, G. (2008). La simulation comme projet d'excellence universitaire : l'exemple de l'Université de Hertfordshire en Angleterre. *La Revue des SAMU-Médecine D'Urgence, Numéro spécial simulation*, 30, 349-354.
- Alinier, G., Hunt, W. G., Gordon, R. et Harwood, C. (2006). Effectiveness of intermediate-fidelity simulation training technology in undergraduate education. *Journal of Advance Nursing*, 54(3), 359-369.
- American Association of Colleges of Nursing (2005). *Faculty shortages in baccalaureate and graduate nursing programs: the scope of the problem and strategies for expanding the supply*. Washington D.C. : White Paper.
- American Association of Medical College (2000). *2010 scenarios : education*. Washington D.C.: White Paper.

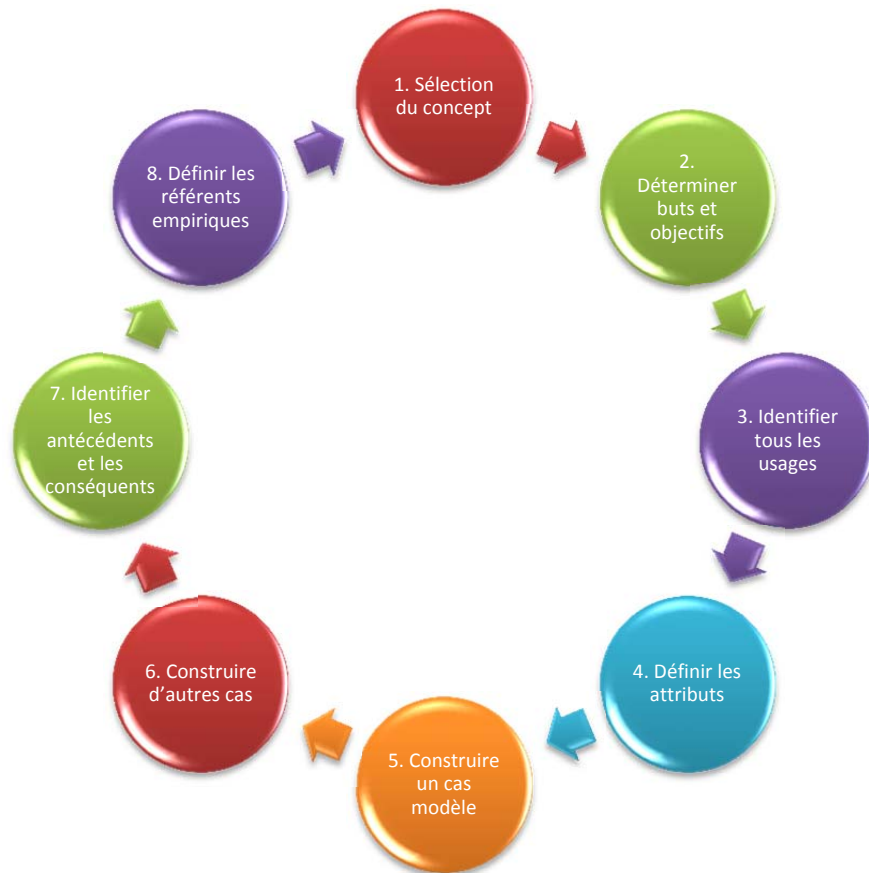
- Association canadienne des écoles en sciences infirmières (2007). *Project 3: Inventory of the Use of Simulated Clinical Learning Experiences and Evaluation of their Effectiveness*. Ottawa : Association canadienne des écoles de sciences infirmières.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1980). (trad. J. Rondal). *L'apprentissage social*. Bruxelles : Mardaga.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control*. New York : Freeman.
- Bandura, A. (2002). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : De Boeck.
- Bandura, A. (2005). Guide for constructing self-efficacy scale. Dans G. V. Caprara, *La valutazione dell 'autoefficacia [The assessment of self-efficacy]* (pp. 15-37). Trento, Italie: Erickson.
- Bandura, A. (2006). Guide for creating self-efficacy scales. Dans F. Pajares et T. Urban, *Self efficacy beliefs of adolescents* (pp. 307-338). Greenwich, CT: Information Age.
- Bandura, A. (2007). (trad. J. Lecomte). *Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle* (2^e éd.). Paris : De Boeck.
- Bandura, A., et Wood, R. E. (1989). [Effect of perceived controllability and performance standards on self-regulation of complex decision-making](#). *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 805-814.
- Bell, L., Goulet, C., St-Cyr Tribble, D., Paul, D. et Polomeno, V. (1996). Une analyse du concept d'attachement parents-enfant. *Recherche en soins infirmiers*, 46, 4-13.
- Bong, M. (2006). Asking the right question: How confident are you that you could successfully perform these tasks? Dans F. Pajares et T. Urban, *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 287-306). Greenwich, CT: Information Age.
- Bradley, P. (2006). The history of simulation in medical education and possible future directions. *Medical Education*, 40, 254-262.
- Bremner, N. H., Aduddell, K., Bennett, D. et VanGeest, J. B. (2006). The use of human patient simulators : Best practices with novice nursing students. *Nurse Education*, 31, 170-174.
- De Montigny, F. et Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy : concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 49(4), 387-396.
- Diekelmann, N. (2001). Narrative pedagogy : Heideggerian hermeneutical analysis of lived experiences of students, teachers and clinicians. *Advances in nursing science*, 23(3), 52- 71.
- Dumont, M., Schwarzer, R. et Jerusalem, M. (2000). *Sentiment d'autoefficacité. Traduction française du "Generalized Self-Efficacy Scale" développée par Schwarzer (1993)*. Repéré à : <http://userpage.fuberlin.de/~health/french.html>
- Dussault, M., Villeneuve, P. et Deaudelin, C. (2001). L'échelle d'auto-efficacité des enseignants : validation canadienne-française du Teacher efficacy scale. *Revue des sciences de l'éducation*, 27(1), 181-194.
- Fowler Durham, C. et Alden, K. R. (2008). Enhancing Patient Safety in Nursing Education Through Patient Simulation. Dans R. G. Hughes, *Patient Safety and Quality : An Evidence-Based Handbook for Nurses*. (pp. 221-260). Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality: U.S. Department of Health and Human Services.
- François, P-H. et Botteman, A. E. (2002). Théorie sociale cognitive de Bandura et bilan de compétences : applications, recherches et perspectives critiques. *Carriérologie*, 8(3-4), 519-543.
- Galand, B. et Vanlede, M. (2004). Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'apprentissage et la formation : quel rôle joue-t-il ? D'où vient-il ? Comment intervenir ? *Savoirs*, 5(hors série), 91-116.
- Giroux, P. et Lachance, L. (2008). Élaboration et validation de l'échelle de la perception et du sentiment d'auto-efficacité en vidéocommunication (ÉPAV). *Revue internationale des technologies en pédagogie universitaire*, 5(2), 6-20.
- Glossaire multilingue de santé publique (2010). *Dictionnaire*. Repéré à : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire>
- Goldenberg, D., Andrusyszyn, M-A. et Iwasiw, C. (2005). The effect of classroom simulation on nursing students' self-efficacy related to health teaching. *Journal of Nursing Education*, 44(7), 310-314.
- Harden, R. M. et Gleeson, F. A. (1979). Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Medical Education*, 13, 41-54.
- Henneman, E. A., Cunningham, H., Roche, J. P. et Curmin, M. E. (2007). Human Patient Simulation : Teaching Student to Provide Safe Care. *Nurse Educator*, 32(5), 212- 217.
- Institute of medicine of the national academies (2010). *The Future of Nursing : Focus on Education*. Repéré à : <http://www.iom.edu/Reports/2010/The-Future-of-NursingLeading-ChangeAdvancing-Health/Report-Brief-Education.aspx>
- Jeffries, P. R. (2005a). Technology trends in nursing education : next steps. *Journal of Nursing Education*, 44(1), 3-4.

- Jeffries, P. R. (2005b). A Framework for Designing Implementing and Evaluating Simulations Used as Teaching Strategies in Nursing. *Nursing Education Perspectives*, 26(2), 96-103.
- Jeffries, P. R. (2007). *Simulation in nursing education : From conceptualization to evaluation*. New York : National League for Nursing.
- Joët, G. et Bressoux, P. (2007). *Persuasions sociales et auto-efficacité*. Congrès international AREF 2007 : Actualités de la recherche en éducation et en formation. n.d. 1-11.
- Kardong-Edgren, S. E., Starkweather, A. R. et Ward, L. D. (2008). The Integration of Simulation into a Clinical Foundations of Nursing Course : Student and Faculty Perspectives. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5(1), 1-16.
- Lampotang, S. (2008). Medium and high integration mannequin patient simulator. Dans R. H. Riley, *Manuel of Simulation in Healthcare* (pp. 51-64). New York : Oxford University Press.
- Le nouveau petit Robert version électronique (2011). *Dictionnaire*. Repéré à : <http://pr.bvdep.com.ezproxy.usherbrooke.ca/version-1/pr1.asp>
- Legendre, R. (1993). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (10^e éd.). Montréal : Guérin.
- Leigh, G. T. (2008a). High-fidelity patient simulation and nursing students' self-efficacy : a review of the literature. *International Journal of Nursing education scholarship*, 5(1), 1-17.
- Leigh, G. T. (2008b). *Examining the relationship between participation in simulation and the levels of self-efficacy reported by nursing student*. Thèse de doctorat en sciences infirmières, Université Case Western Reserve, États-Unis.
- Lodewyk, K. R. et Winne, P. H. (2005). Relations among the structure of learning tasks, achievement, and changes in self-efficacy in secondary students. *Journal of Educational Psychology*, 97(1), 3-12.
- Madorin, S. et Iwasiw, C. (1999). The effects of computer-assisted instruction on the self-efficacy of baccalaureat nursing students. *Journal of Nursing Education*, 38(6), 282-285.
- McConville, S. A. et Lane, A. M. (2006). Using on-line video clips to enhance self-efficacy toward dealing with difficult situations among nursing students. *Nurse Education Today*, 26, 200-208.
- Meleis, A. I. (1991). *Theoretical nursing development and progress*. Philadelphie : JB Lippincott.
- Micheal, J. L. (2005). *Measuring perceived self efficacy after simulation instruction*. Thèse de doctorat en philosophie, Université des femmes du Texas, Denton, États-Unis.
- Mitchell, M. L., Henderson, A., Groves, M., Dalton, M. et Nulty, D. (2008). The objective structured clinical examination (OSCE) : optimizing its value in the undergraduate nursing curriculum. *Nurse Education Today*, 29,398-404.
- Nehring, W. M. (2010). History of Simulation in Nursing. Dans W. Nehring et F. R. Lashley, *High-Fidelity Patient Simulation in Nursing Education* (pp. 3-19). Sudbury : Jones and Bartlett Publishers.
- Nehring, W., Ellis, W. et Lashley, F. (2001). Human Patient Simulators in Nursing Education : An Overview. *Simulation & Gaming*, 32(2), 194-204.
- Nicol, M. et Freeth, D. (1998). Assessment of clinical skills : a new approach to an old problem. *Nurse Education Today*, 18, 601-609.
- National League for Nursing (2005). *Transforming nursing education*. New York : National League for Nursing.
- Nurse Policy Branch (2006). *Prepare Nurses for the Future-Phase 1: Report*. Melbourne : Nurse Policy Branch, Victorian Government Department of Human Services.
- O'Donnell, J. M. et Goode Jr., J. S. (2008). Simulation in nursing education and practice. Dans R. H. Riley, *Manuel of Simulation in Healthcare* (pp. 241-276). New York : Oxford University Press.
- Ôhman, A. (2000). Fear and anxiety : Evolutionary, cognitive, and clinical perspectives. Dans M. Lewis et J. M. Haviland-Jones, *Handbook of emotions* (pp.573-593). New York : The Guilford Press.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2009). *Recommandations sur les stages cliniques dans la formation infirmière*. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Pike, T. et O'Donnell, V. (2010). The impact of clinical simulation on learner self-efficacy in pre-registration nursing education. *Nurse Education Today*, 30, 405-410.
- Ravert, P. K. M. (2004). *Use of human patient simulator with undergraduate nursing students : a prototype evaluation of critical thinking and self-efficacy*. Thèse de doctorat en philosophie, Université de l'Utah, États-Unis.
- Rebok, G. W. et Balcerak, L. J. (1989). Memory self-efficacy and performance differences in young and old adults : the effect of mnemonic training. *Developmental Psychology*, 25(5), 714-721.
- Scholz, U., Guitierrez Dona, B., Sud, S. et Schwarzer, R. (2002). Is general self- efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242-251.

- Schwarzer, R. et Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-efficacy scale. Dans J. Weinman, S. Wright et M. Johnston, *Measures in health psychology : A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp.35-57). Windsor, UK : NFER-NELSON.
- Shortridge-Baggett, L.M. (2002). Self-Efficacy: Measurement and Intervention in Nursing. Dans E. R. Lenz et L. M. Shortridge-Baggett, *Self-Efficacy in Nursing. Research and Measurement Perspectives* (pp. 3-8). New York : Springer.
- Simon, S. D. (2001). *From neo-behaviorism to social constructivism? The paradigmatic non-evolution of Albert Bandura*. Thèse en éducation, Université Emory, États-Unis.
- Skunk, D. H. et Pajares, F. (2009). Self-Efficacy Theory. Dans K. R. Wentzel et A. Wigfield, *Handbook of Motivation at School* (pp. 35-54). New York : Routledge.
- Stajkovic, A. D. et Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performance : a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 124(2), 240-261.
- Strecher, V. J., Devillis, B., Becker, M. H. et Rosenstock, I. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13(1), 73-79.
- Strein, W. (1995). Assessment of self-concept. Dans W. Schafer, *Assessment in counseling and therapy* (pp. 31-32). Repéré à : ERIC/CASS Digest (ERIC Document No. ED389962)
- Townsend, L. et Scanlan, J. M. (2011). Self-Efficacy Related to Student Nurses in the Clinical Setting : A Concept Analysis. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 8(1), 1-15.
- Tuttle, R. E. (2009). *The impact of simulation in nursing education on the self-efficacy and learner satisfaction of nursing education*. Thèse de doctorat en philosophie, Université Capella, Minneapolis, États-Unis.
- Vallerand, R. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Psychologie canadienne*, 30(4), 662-672.
- Walker, S. (2008). *A comparison of perceived self-efficacy and learner satisfaction between human patient and standardized patient simulations*. Thèse de doctorat en philosophie, Université du Texas, États-Unis.
- Walker, L. O. et Avant, K. C. (2005). *Strategies for theory construction in nursing*. (4^e éd.). New Jersey : Pearson Prentice Hall.
- Walsh, M., Hill Bailey, P. et Koren, I. (2009). Objective structured clinical evaluation of clinical competence : an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1584-1595.
- Wayman, K., Yeager, P., Sharek, S., Wise, L., Floria, J. et Halamek, L. (2007). Simulation-based medical error disclosure training for pediatric healthcare professionals. *Journal for Healthcare Quality*, 29(4), 12-19.
- Wilson J. (1963). *Thinking with Concepts*. Cambridge : Cambridge University Press
- Zummerman, B. J. (1995). Self-efficacy and educational development. Dans A. Bandura, *Self-efficacy in changing societies* (pp. 202-231). New York : Cambridge University Press.

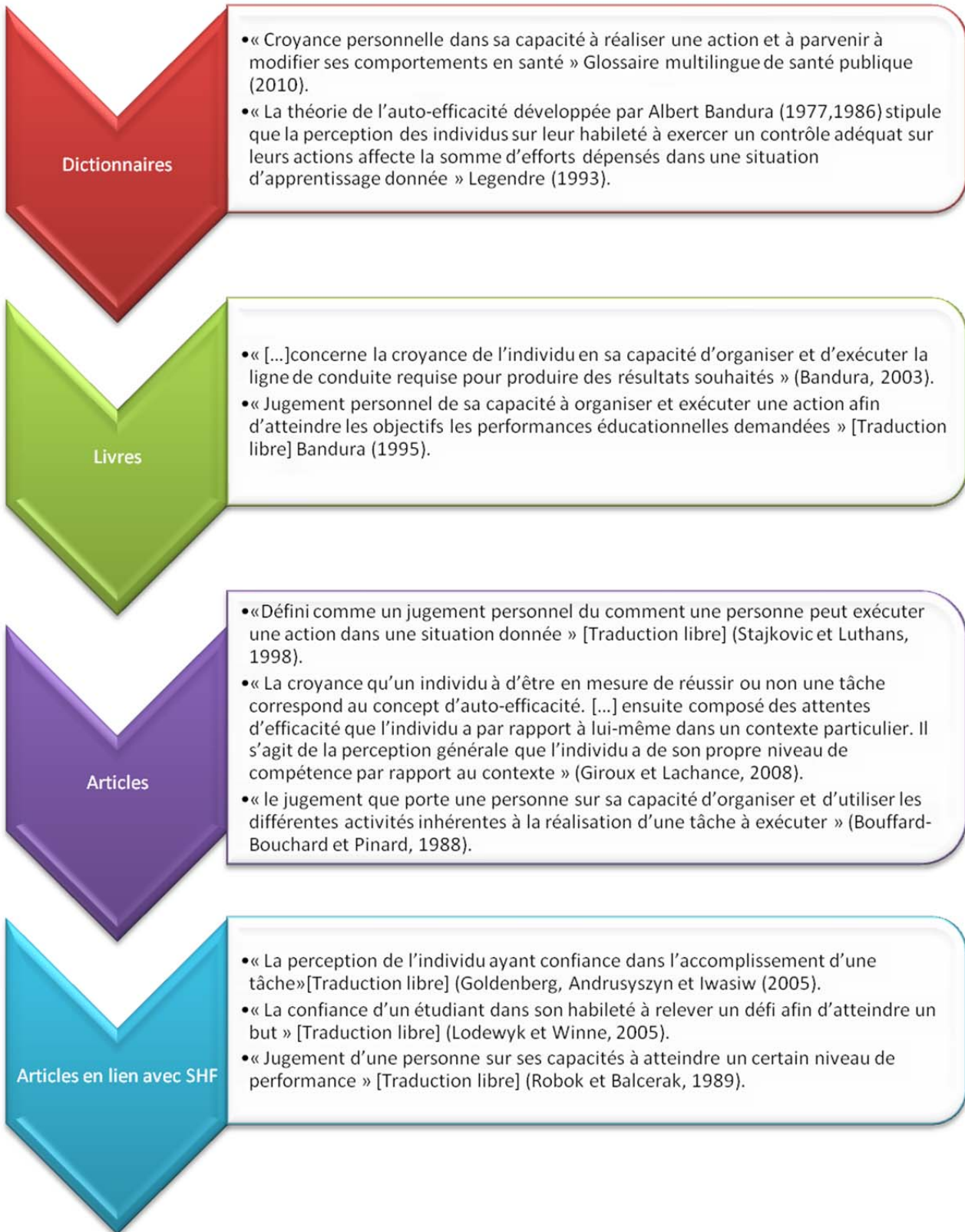
Annexe

1. Étapes de l'analyse de concept de Walter et avant (2005)



Adaptation libre Ledoux (2011)

2. Définitions du concept auto-efficacité



3. Synthèse du concept auto-efficacité



Adaptation libre Ledoux (2011)