



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



ANNÉE 2024 - N° 014

Etude d'une formation au mentorat à destination des praticiens hospitaliers

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **13/02/2024**
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Vanina ARIGAULT

Née le 28/03/1993 à Chambray-lès-tours

Sous la direction du Professeur Christophe PIGACHE,
professeur associé de Médecine Générale

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTÉ

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO

Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE
Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat et de l'Education (INSPE)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département - composante Génie Électrique et des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFA

30 septembre 2022

Faculté de médecine Lyon-Est Liste des enseignants 2022/2023

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe Exceptionnelle – Echelon 2

BLAY	JEAN-YVES	Cancérologie - Radiothérapie
BORSON-CHAZOT	FRANCOISE	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques – Gynécologie médicale.
CHASSARD	DOMINIQUE	Anesthésie-réanimation – Médecine d’urgence
CLARIS	OLIVIER	Pédiatrie
COLIN	CYRILLE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	THIERRY	Psychiatrie d’adulte – Addictologie
DOUEK	CHARLES PHILIPPE	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	CHRISTIAN	Chirurgie viscérale et digestive
FINET	GERARD	Cardiologie
GAUCHERAND	PASCAL	Gynécologie-obstétrique – Gynécologie médicale
HONNORAT	JEROME	Neurologie
LACHAUX	ALAIN	Pédiatrie
LINA	BRUNO	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
MIOSSEC	PIERRE	Immunologie
MORNEX	JEAN-FRANÇOIS	Pneumologie - Addictologie
MOULIN	PHILIPPE	Nutrition
NIGHOGHOSSIAN	NORBERT	Neurologie
OBADIA	JEAN-FRANÇOIS	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
PONCHON	THIERRY	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
REVEL	DIDIER	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	MICHEL	Cancérologie - Radiothérapie

VANDENESCH	FRANCOIS	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
ZOULIM	FABIEN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 1

ARGAUD	LAURENT	Réanimation – Médecine intensive
BADET	LIONEL	Urologie
BERTRAND	YVES	Pédiatrie
CHEVALIER	PHILIPPE	Cardiologie
COTTIN	VINCENT	Pneumologie - Addictologie
DELAHAYE	FRANCOIS	Cardiologie
DENIS	PHILIPPE	Ophtalmologie
DI FILIPPO	SYLVIE	Cardiologie
DUMONTET	CHARLES	Hématologie - Transfusion
DURIEU GUEDON	ISABELLE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie
EDERY	CHARLES PATRICK	Génétique
FAUVEL	JEAN-PIERRE	Thérapeutique – Médecine de la douleur - Addictologie
FROMENT	CAROLINE	Physiologie
GUEYFFIER	FRANCOIS	Pharmacologie fondamentale – Pharmacologie clinique – Addictologie.
JULLIEN	DENIS	Dermatologie - Vénérologie
KODJIKIAN	LAURENT	Ophtalmologie
MABRUT	JEAN-YVES	Chirurgie générale
MERTENS	PATRICK	Anatomie
MORELON	EMMANUEL	Néphrologie
RODE	GILLES	Médecine physique et de réadaptation
SCHAEFFER	LAURENT	Biologie cellulaire
SCHOTT PETHELAZ	ANNE-MARIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TRUY	ERIC	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	FRANCIS	Radiologie et imagerie médicale

VUKUSIC	SANDRA	Neurologie
---------	--------	------------

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

ADER	FLORENCE	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
AUBRUN	FREDERIC	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d’urgence
BERTHEZENE	YVES	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	JEAN-LOUIS	Biologie cellulaire
BOUSSEL	LOIC	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	GAMZE YESIM	Hématologie - Transfusion
CALENDER	ALAIN	Génétique
CHAPURLAT	ROLAND	Rhumatologie
CHARBOTEL COING BOYAT	BARBARA	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	MARC	Urologie
COTTON	FRANCOIS	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	JEAN-STEPHANE	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d’urgence
DEVOUASSOUX	MOJGAN	Anatomie et cytologie pathologiques
DUBERNARD	GIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
DUBOURG	LAURENCE	Physiologie
DUCLOS	ANTOINE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUMORTIER	JEROME	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
FANTON	LAURENT	Médecine légale
FELLAHI	JEAN-LUC	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d’urgence
FERRY	TRISTAN	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
FOURNERET	PIERRE	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	MARC	Neurochirurgie
GUIBAUD	LAURENT	Radiologie et imagerie médicale
HOT	ARNAUD	Médecine interne
HUISSOUD	CYRIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
JACQUIN COURTOIS	SOPHIE	Médecine physique et de réadaptation

JARRAUD	SOPHIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
JAVOUHEY	ETIENNE	Pédiatrie
JUILLARD	LAURENT	Néphrologie
KROLAK-SALMON	PIERRE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie
LEJEUNE	HERVE	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
LEVRERO	MASSIMO	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MERLE	PHILIPPE	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MICHEL	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	PIERRE-YVES	Chirurgie infantile
NICOLINO	MARC	Pédiatrie
PERETTI	NOËL	Nutrition
PICOT	STEPHANE	Parasitologie et mycologie
PONCET	GILLES	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	EMMANUEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
RAVEROT	GERALD	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques - Gynécologie médicale
RAY-COQUARD	ISABELLE	Cancérologie - Radiothérapie
RICHARD	JEAN-CHRISTOPHE	Réanimation – Médecine d'urgence
ROBERT	MAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROMAN	SABINE	Physiologie
ROSSETTI	YVES	Physiologie
ROUVIERE	OLIVIER	Radiologie et imagerie médicale
ROY	PASCAL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	MOHAMED	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
THAUNAT	OLIVIER	Néphrologie
VANHEMS	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
WATTEL	ERIC	Hématologie - Transfusion

Seconde classe

BACCHETTA	JUSTINE	Pédiatrie
BOUVET	LIONEL	Anesthésiologie-réanimation - Médecine péri opératoire
BUTIN	MARINE	Pédiatrie
CHARRIERE	SYBIL	Nutrition
CHENE	GAUTIER	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	SOPHIE	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	CYRILLE	Rhumatologie
COUR	MARTIN	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	SEBASTIEN	Urologie
CUCHERAT	MICHEL	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie Clinique - Addictologie
DI ROCCO	FEDERICO	Neurochirurgie
DUCRAY	FRANCOIS	Neurologie
DURUISSEAUX	MICHAEL	Pneumologie - Addictologie
EKER	OMER	Radiologie et imagerie médicale
GILLET	YVES	Pédiatrie
GLEIZAL	ARNAUD	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	FITSUM	Néphrologie
HARBAOUI	BRAHIM	Cardiologie
HENAINE	ROLAND	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
JANIER	MARC	Biophysique et médecine nucléaire
LEMOINE	SANDRINE	Physiologie
LESCA	GAETAN	Génétique
LOPEZ	JONATHAN	Biochimie et biologie moléculaire
LUKASZEWICZ NOGRETTE	ANNE-CLAIRE	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MEWTON	NATHAN	Cardiologie
MEYRONET	DAVID	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	ANTOINE	Chirurgie vasculaire - Médecine vasculaire

MOHKAM	KAYVAN	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	OLIVIER	Chirurgie viscérale et digestive
NATAF	SERGE	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
PIOCHE	MATHIEU	Gastroentérologie
RHEIMS	SYLVAIN	Neurologie
RIMMELE	THOMAS	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
SAINTIGNY	PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
THIBault	HELENE	Cardiologie
VENET	FABIENNE	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	CLAIRE	Neurochirurgie

Professeur des universités

Classe exceptionnelle 1

PERRU	OLIVIER	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
-------	---------	---

Professeur des universités – Médecine Générale

Classe exceptionnelle 1

LETRILLIART	LAURENT
-------------	---------

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	THIERRY
LAINÉ	XAVIER
PIGACHE	CHRISTOPHE

Professeurs associés d'autres disciplines

GAZARIAN	ARAM	Chirurgie orthopédique
CHVETZOFF	GISELE	Médecine palliative
LOMBARD-BOHAS	CATHERINE	Cancérologie

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers

Hors Classe

BENCHAIB	MEHDI	Biologie et médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
CHALABREYSSE	LARA	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON	GREGOIRE	Immunologie

HERVIEU	VALERIE	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP SARDA	MARIE-NATHALIE	Immunologie
MENOTTI	JEAN	Parasitologie et mycologie

PLOTTON	INGRID	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RABILLOUD-FERRAND	MURIEL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
STREICHENBERGER	NATHALIE	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	VERONIQUE	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	ANNE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière

Maitres de conférences – Praticiens hospitaliers

Hors Classe – Echelon Exceptionnel

BRINGUIER	PIERRE	Cytologie et histologie
PERSAT	FLORENCE	Parasitologie et mycologie
PIATON	ERIC	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	DOMINIQUE	Biophysique et médecine nucléaire

Maitres de conférences – Praticiens hospitaliers

Première classe

BONTEMPS	LAURENCE	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	JEAN-SEBASTIEN	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
COUTANT	FREDERIC	Immunologie
CURIE	AUORE	Pédiatrie
ESCURET PONCIN	VANESSA	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
HAESEBAERT	JULIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
JACQUESSON	TIMOTHEE	Anatomie
JOSSET	LAURENCE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
VASILJEVIC	ALEXANDRE	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK GUILLEM	VIRGINIE	Biochimie et biologie moléculaire

Maitres de conférences – Praticiens hospitaliers

Seconde classe

BAUDIN	FLORENT	Pédiatrie
--------	---------	-----------

BITKER (stagiaire)	LAURENT	Médecine intensive de réanimation
BOUCHIAT SARABI	CORALIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
BOUTY-LECAT	AUORE	Chirurgie infantile
CORTET	MARION	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COUTIER-MARIE	LAURIANNE	Pédiatrie
DOREY	JEAN-MICHEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
DUPONT	DAMIEN	Parasitologie et mycologie
HAESEBAERT	FREDERIC	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
KOENIG	ALICE	Immunologie
LACON REYNAUD	QUITTERIE	Médecine interne - Gériatrie - Addictologie
LILOT	MARC	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
NGUYEN CHU	HUU KIM	Pédiatrie
PASQUER	ARNAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROUCHER BOULEZ	FLORENCE	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	THOMAS	Biologie cellulaire
VILLANI	AXEL	Dermatologie - Vénérologie

Maitres de conférences

Hors classe

GOFFETTE	JEROME	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
VIGNERON	ARNAUD	Biochimie, biologie

Maitres de conférences

Classe normale

DALIBERT	LUCIE	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
LASSERRE	EVELYNE	Ethnologie, préhistoire et anthropologie biologique
LECHOPIER	NICOLAS	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
NAZARE	JULIE-ANNE	Physiologie
PANTHU	BAPTISTE	Biologie cellulaire
VINDRIEUX	DAVID	Physiologie

Maitres de conférences de Médecine Générale

CHANELIERE	MARC
------------	------

LAMORT-BOUCHE	MARION
---------------	--------

Maîtres de conférences associés de Médecine Générale

BREST	ALEXANDRE
DE LA POIX DE FREMINVILLE	HUMBERT
PERROTIN	SOFIA
ZORZI	FREDERIC

Maîtres de conférences associés Autres disciplines

TOURNEBISE	HUBERT	Médecine physique et de réadaptation
------------	--------	--------------------------------------

Professeurs émérites

BEZIAT	JEAN-LUC	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
COCHAT	PIERRE	Pédiatrie
DALIGAND	LILIANE	Médecine légale et Droit de la santé
DROZ	JEAN-PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
ETIENNE	JEROME	Bactériologie-Virologie - Hygiène hospitalière
FLORET	DANIEL	Pédiatrie
GHARIB	CLAUDE	Physiologie
GUERIN	CLAUDE	Médecine intensive de réanimation
GUERIN	JEAN-FRANCOIS	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction - Gynécologie médicale
LEHOT	JEAN-JACQUES	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
LERMUSIAUX	PATRICK	Chirurgie vasculaire
MAUGUIERE	FRANCOIS	Neurologie
MELLIER	GEORGES	Gynécologie - Obstétrique
MICHALLET	MAURICETTE	Hématologie - Transfusion
MOREAU	ALAIN	Médecine générale
NEGRIER	CLAUDE	Hématologie - Transfusion
NEGRIER	MARIE-SYLVIE	Cancérologie - Radiothérapie
PUGEAT	MICHEL	Endocrinologie et maladies métaboliques

RUDIGOZ	RENE-CHARLES	Gynécologie - Obstétrique
SINDOU	MARC	Neurochirurgie
TOURAINÉ	JEAN-LOUIS	Néphrologie
TREPO	CHRISTIAN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
TROUILLAS	JACQUELINE	Cytologie et Histologie

SD_LISTE UCBL - UFR LYON EST 11 10 2022

Serment du médecin

issue de la déclaration de Genève

EN QUALITÉ DE MEMBRE DE LA PROFESSION MÉDICALE

JE PRENDS L'ENGAGEMENT SOLENNEL de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

JE CONSIDÉRERAI la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;

JE RESPECTERAI l'autonomie et la dignité de mon patient ;

JE VEILLERAI au respect absolu de la vie humaine ;

JE NE PERMETTRAI PAS que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

JE RESPECTERAI les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient ;

J'EXERCERAI ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ;

JE PERPÉTUERAI l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

JE TÉMOIGNERAI à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

JE PARTAGERAI mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ;

JE VEILLERAI à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;

JE N'UTILISERAI PAS mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiques, même sous la contrainte ;

JE FAIS CES PROMESSES sur mon honneur, solennellement, librement.

REMERCIEMENTS

Merci au Pr Sébastien Couraud pour avoir accepté de présider mon jury de thèse, pour vos retours et vos conseils. Merci aux Pr Maxime Ducret et Dr Donata Marra pour avoir accepté de compléter le jury.

Aux personnes qui m'ont aidé à réaliser cette thèse :

Merci au Pr Christophe Pigache pour avoir accepté de diriger ma thèse, de m'avoir aidé à relativiser les problèmes et voir les solutions.

Merci au Dr Sophie Pelloux pour la mise en contact, l'aide pour la méthodologie et pour m'avoir écouté les jours de doute.

Merci à Suzanne Stock pour sa disponibilité dans la préparation de l'étude et le recueil de données, et de m'avoir fait sentir intégré au groupe. Merci également à Frédéric Golinski pour son enthousiasme et sa gentillesse. Moi aussi j'ai appris beaucoup de choses pendant cette formation !

Merci aux Dr Romain Bricca et Dr Etienne Baldysiak pour avoir organisé cette formation, pour leur engagement en faveur des étudiants et leur disponibilité avant, pendant et après la formation.

Merci au Pr Rebecca Shankland qui nous a apporté des concepts de sciences humaines qui ont permis d'apporter un autre regard sur le sujet.

Merci à ma collègue Dr Emmanuelle Guimaraes pour ses conseils et son soutien, et merci au Dr Benoit Blaes pour la relecture de mes conclusions.

J'aimerais profiter de la conclusion de ces années d'études pour dédier cette thèse :

A ma mère, pour son amour inconditionnel. J'ai fait médecine parce que je voulais comprendre ce qui nous était arrivé, et pour soigner les gens à mon tour, le faire correctement. J'ai été aidante, soignée puis soignante, ces trois expériences sont indissociables et nourrissent tous les jours ma pratique de la médecine. D'une histoire qui pourrait être perçue comme tragique, j'en ai tiré une vocation qui me rend heureuse. Ma maman n'est pas là pour me voir conclure ces dix ans d'étude, mais je sais qu'elle déborderait de fierté.

A Antoine, merci pour tes longues soirées d'écoute, de relecture, de remise en question et de conseils toujours très pertinents. Merci pour ton soutien sans faille et ton amour depuis maintenant dix ans. Je suis heureuse de clôturer ce chapitre de notre vie dédié aux études à la remise de cette thèse et d'en débiter un autre rempli de beaux projets avec toi.

A ma famille, aussi grande et compliquée soit elle, qui m'a soutenu depuis le début de mes études. Ils et elles ont toujours répondu présent quand j'en avais besoin, et pour ça je leur en suis très reconnaissante.

Merci à mes ami(e)s, d'hier et d'aujourd'hui, qui m'ont accompagné pendant cette longue route.

Une pensée particulière pour toutes les belles rencontres que j'ai pu faire au sein de l'ISNAR-IMG et du Syrel. Ces deux ans et demi d'engagement syndical intensif auront pris une part très importante dans ma vie et dans mon parcours d'interne, mais elles m'auront fait grandir, gagner en compétences, et nouer de belles amitiés qui j'espère perdureront le plus longtemps possible.

Et pour finir, à mes collègues du centre de santé communautaire et planétaire, qui m'auront soutenue grâce à leur écoute pendant pendant l'écriture de cette thèse. Merci pour votre patience, vos réassurances, vos conseils. Merci pour votre bienveillance quant ma thèse a pris du retard et pour votre adaptation aux contraintes administratives liées à mon statut de médecin non thésée. C'est une très grande fierté pour moi de travailler à vos côtés et d'apporter mes pierres à ce si bel édifice. J'ai hâte de pouvoir m'y consacrer à temps plein.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	16
ABRÉVIATIONS	18
I- Introduction	19
A - Le modèle français de pédagogie médicale	19
1- L'apprentissage par les pairs au coeur du cursus médical	19
2- Des formations à la pédagogie existantes en France... ..	19
3- .. Insuffisante pour combler les attentes	21
4- Le contexte de prise de conscience des risques psycho-sociaux chez les étudiants en santé	23
5- Une volonté politique d'amélioration du système pédagogique	24
B - Le mentorat : une piste méconnue très développée à l'étranger	26
1- Généralités	26
2- Quelle différence entre tutorat et mentorat ?	27
3- Formats et applications du mentorat à l'étranger.....	28
a. Exemple concret d'application du mentorat en médecine générale	29
b. Formations au mentorat	30
3- Origine et mise en place d'une formation au mentorat pour des praticiens hospitaliers	30
II- Méthode	31
A- Recherches bibliographiques	31
B- Description de l'étude	32
1. Objectifs de l'étude.....	32
2- Population	32
a. Nombre de participants éligibles	32
b. Critères d'inclusion et d'exclusion	33
c. Recrutement.....	33
d. Considérations éthiques.....	33
e. Questionnaire socio-démographiques.....	33
3- La formation en pratique	34
a- Dates et lieu de formation	34
b- Modalités pédagogiques et supports de formation	34
c- Déroulé des journées de formation	34
C- Le choix de la méthodologie pour l'objectif primaire	37
1- Evaluer une formation : le modèle de Kirkpatrick	37
2- Les contraintes méthodologiques	38
3- La théorie de l'autodétermination et du climat motivationnel	40
4- Le questionnaire du climat motivationnel.....	43
5- Modalités de l'étude du climat motivationnel	44
D- Objectif secondaire : attentes des participants.....	45
E- Objectif secondaire : satisfaction des participants.....	45

III- Résultats	47
A- Flow chart des participants.....	47
B- Résultats socio-démographiques	48
C- Objectif primaire : étude de l'évolution du climat motivationnel.....	49
1- Comportements soutenant l'autonomie	49
2- Comportements menaçant l'autonomie	50
D- Objectif secondaire : attentes des participants.....	51
1- Attentes générales	51
2- Le sens du mot "mentor"	52
3- L'utilité du mentorat.....	52
4- Les difficultés du mentorat	53
E- Objectif secondaire : étude du questionnaire de satisfaction des participants	54
1- Données quantitatives	54
a- Satisfaction globale	54
b- Locaux et supports pédagogiques	55
c- Relations avec les formateurs	56
d- Période d'intersession.....	56
2- Données qualitatives.....	57
a- Ce que les participants ont apprécié.....	57
b- La mise en application	57
c- Les axes d'amélioration de la formation	58
F- Les retours "à chaud" des participants et formateurs	58
IV- Discussion	60
A- Principaux résultats	60
1- Sur le recrutement	60
2- Sur l'objectif primaire	60
3- Sur les objectifs secondaires	60
B- Forces et limites de l'étude.....	61
1- Forces de l'étude	61
2- Limites de l'étude	62
C- Comparaison à la littérature	63
1- Concernant l'objectif primaire de la formation et le choix de l'échelle d'évaluation	63
2- Concernant l'analyse des attentes des médecins.....	64
3- Concernant l'analyse de la satisfaction de la formation	65
D- Perspectives d'avenir	66
V- Conclusion	68
Bibliographie	69
Annexes	74

ABRÉVIATIONS

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

CLGE : Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CUMG : Collège Universitaire de Médecine Générale

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DMG : Département de Médecine Générale

DU : Diplôme Universitaire

GEP : Groupe d'Échange de Pratiques

HCL : Hospices Civils de Lyon

HNO : Hôpitaux Nord-Ouest

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine
Générale

ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes

MSU : Maître de Stage des Universités

RPS : Risques Psycho-Sociaux

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SSU : Service de Santé Universitaire

I- Introduction

A - Le modèle français de pédagogie médicale

1- L'apprentissage par les pairs au coeur du cursus médical

En France, les étudiants en médecine sont très souvent amenés à enseigner aux étudiants de niveaux inférieurs présents sur un même terrain de stage, en complément des praticiens seniors les encadrant. Cette compétence a même été formalisée dans la législation, dans l'arrêté du 21 avril 2017 (1) portant sur la réforme du troisième cycle : "L'étudiant inscrit en troisième cycle participe à l'accompagnement des étudiants de deuxième cycle accueillis au sein de l'équipe où il accomplit sa formation en stage". Ainsi, la très grande majorité des étudiants en médecine français sont amenés à partager leur savoir à un moment ou à un autre de leurs études.

Bien qu'il existe une littérature évaluant l'efficacité de l'enseignement par les pairs, il est difficile de statuer de manière définitive sur ses bénéfices, les recherches se limitant à des études de perception ou de suivi de courte durée. On peut cependant noter un faisceau d'arguments montrant une amélioration du niveau de confiance des étudiants et de la perception de leurs compétences (2).

Sur le plan international, l'apprentissage par les pairs est également très répandu : une enquête (3) menée en 2020 dans 61 pays a montré que 67% des étudiants sont impliqués dans l'enseignement, et seulement 40% d'entre eux ont déjà bénéficié d'une formation à la pédagogie. Il s'agissait très souvent de formations optionnelles, courtes, ponctuelles et réservées aux étudiants seniors.

De plus en plus d'institutions recommandent d'inclure l'apprentissage de l'enseignement dans la formation initiale des futurs médecins. C'est notamment le cas du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada qui a intégré les rôles d'enseignant, de mentore et de rôle model dans son Référentiel de compétences pour les médecins CanMEDS (4).

2- Des formations à la pédagogie existantes en France...

Durant les études médicales, il n'y a aucune formation obligatoire à la pédagogie pour les étudiants en cours de cursus, mais plusieurs possibilités de formations facultatives existent. Les Diplôme Universitaire (DU) ou Inter-Universitaire (DIU) de Pédagogie médicale (5) ou de sciences de la santé sont proposés dans vingt-trois des vingt-huit subdivisions françaises. Les subdivisions Antilles-Guyane, Clermont-Ferrand, Dijon, Océan Indien (ouverture rentrée 2024) et Reims n'ont à notre connaissance pas encore investi ce champ. Ces formations se déroulent sur une période de six mois à un an et nécessitent un investissement personnel et financier important, ce qui les rendent très peu accessibles. De plus, il n'est pas obligatoire de suivre ce type de cursus pour accéder à des responsabilités académiques ou administratives, seuls les personnes les plus intéressées décident de le faire. En effet, une étude marocaine (6) publiée en 2022 a montré que la très grande majorité des participants qui se sont engagés dans le DIU de pédagogie médicale l'ont fait pour le plaisir et la satisfaction personnelle liée à la recherche de l'excellence dans leur profession.

Par ailleurs, il existe plusieurs expérimentations pour intégrer la pédagogie dans la formation initiale, comme le SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) Pédagogique. Ce stage de six mois réalisé en troisième année d'internat de Médecine Générale vise à initier les étudiants à la pédagogie à la fois sur le terrain de l'enseignement au Département de Médecine Générale (DMG) et dans leur stage de médecine générale. Ces SASPAS Pédagogiques sont actuellement expérimentés par les DMG de Rennes (7) et de Lyon.

Une fois les études terminées, il existe une différence de traitement entre les médecins accueillant des étudiants en stage selon s'ils exercent en milieu hospitalier ou ambulatoire.

Les médecins généralistes ambulatoires souhaitant accueillir des étudiants, appelés Maître de stage des Universités (MSU) doivent obtenir un agrément qui est accessible uniquement après avoir validé le parcours pédagogique prodigué par la branche Formation du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) (8). Ce parcours pédagogique se fait en cinq étapes, chacune durant une journée, qui permettent d'accueillir les différents niveaux d'étudiants :

- S1 "Initiation à la maîtrise de stage" : obligatoire pour déposer une demande d'agrément pour recevoir des internes de niveau 1
- S2 "Encadrement des étudiants en 2e cycle" : obligatoire pour recevoir des externes
- S3 "Supervision directe en maîtrise de stage" : à réaliser pendant la première année après obtention de l'agrément

- S4 “ Supervision indirecte en maîtrise de stage” : à réaliser pendant la première année après obtention de l’agrément
- S5 SASPAS : obligatoire pour accueillir des internes de niveau 2

Pour les médecins hospitaliers encadrant des étudiants sur leur terrain de stage, y compris pour les responsables pédagogiques des services hospitaliers, il n’existe aucune formation obligatoire. Ainsi, toute personne diplômée d’une faculté de médecine est considérée comme apte à enseigner.

Pour remédier à cette situation, le CLGE (Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants) a proposé pendant plusieurs années la formation “Encadrer les internes de médecine générale en service hospitalier”, aux médecins hospitaliers. Ces formations se déroulaient sur une journée, et avaient pour objectif de s’approprier les choix pédagogiques du Diplôme d’Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale pour encadrer efficacement les internes en stage hospitalier. Une thèse qualitative (9) de 2018 a montré que ces formations ont permis aux participants de repenser la place de l’interne dans les services, avec une mise en autonomie plus progressive et un enseignement plus normé à chaque semestre.

3- .. Insuffisante pour combler les attentes

Cette offre de formation est souvent qualifiée d’insuffisante au sein de la communauté médicale française, et le caractère “inné” du statut de médecin enseignant est régulièrement remis en question, en particulier par les jeunes générations. Plusieurs études ont mis en évidence des attentes importantes des étudiants et jeunes médecins.

En 2021 à Rennes s’est tenu trois focus group (groupes de discussion) d’internes de médecine générale (10) invités à réfléchir sur leurs attentes en termes de formation à la pédagogie durant leur cursus. Tous les participants ont exprimé le besoin d’acquérir les compétences pédagogiques du médecin grâce à la maîtrise de la relation d’apprentissage. Les sujets mis en avant par les internes étaient notamment l’apprentissage de la communication, le savoir-être de l’enseignant et la réflexivité. Sur la forme, les étudiants préféraient un enseignant provenant du monde médical, avec des échanges libres et une formation rationalisée sur les besoins réels et de proximité des étudiants. Concernant les modalités d’évaluation de cet enseignant, les étudiants réclamaient des échanges rétroactifs avec l’enseignant et pourquoi pas avec le patient, en intégrant l’autoévaluation et la satisfaction de l’étudiant. Les internes ont demandé que cette évaluation soit non certifiante. Ils étaient néanmoins en désaccord sur le caractère obligatoire ou non de cette formation.

Une autre étude qualitative (11) réalisée à Lyon en 2013 s'est attachée à recueillir les représentations et attentes des maîtres de stage universitaire (MSU) en matière de formation à la pédagogie.

Parmi les attentes formulées, les médecins généralistes souhaitaient une formation interactive, avec beaucoup d'échanges et des jeux de rôle. Sur le fond, ils souhaitaient une formation pratique, centrée sur la résolution de problèmes, avec des thématiques axées sur la communication et l'animation.

Les MSU admettaient pour la plupart avoir une représentation négative des journées de formations à la maîtrise de stage avant d'y participer, craignant un contenu inintéressant qualifié de "perte de temps". Cependant, la totalité des MSU participants à cette étude avaient finalement qualifié la formation pédagogique d'utile, leur ayant permis de se rassurer et d'apporter le cadre nécessaire pour se positionner vis-à-vis des étudiants. Une majorité d'entre eux a estimé que la formation a influencé directement leurs pratiques de MSU et a modifié leurs représentations de leur rôle et de la pédagogie. Enfin, la plupart des MSU ont jugé indispensable le caractère obligatoire de cette formation.

Au-delà des attentes de formation à la pédagogie médicale, on retrouve également une demande d'accompagnement qui se veut personnalisée et sur la durée, se rapprochant du mentorat. En 2013, le Collège Québécois des Médecins de Famille (CQMF), via le Comité sur les cinq premières années, avait pour projet de développer un programme formel de mentorat à destination des médecins de famille diplômés depuis moins de 5 ans. Une enquête (12) a donc été réalisée pour évaluer leurs besoins. 56% des médecins interrogés ont déclaré ne pas avoir eu de mentor ou de rôle model à leur entrée en pratique, et 75% auraient souhaité participer à un programme de mentorat si l'opportunité leur avait été offerte. Ils attendaient du programme de mentorat un coaching, un soutien professionnel, une plus grande confiance dans la réussite professionnelle/personnelle et du réseautage.

Grâce à l'ensemble de ces travaux, nous percevons un changement de paradigme qui semble se produire en pédagogie médicale. Historiquement, n'importe quel diplômé d'une faculté de médecine était considéré comme capable d'enseigner. La remise en question de ce paradigme est venu en premier lieu du milieu universitaire, avec l'apparition entre autres du développement professoral (13). Cependant, les dernières études montrent une volonté de généralisation de ce changement au milieu clinique et notamment hospitalier.

Comment expliquer un tel changement de perspective avec le temps ?

Dans son guide "Comment (mieux) superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche", Thierry PELACCIA (14) propose une approche générationnelle à la supervision des étudiants, qui permettrait d'éviter les tensions

intergénérationnelles pouvant interférer à la fois sur la qualité de la formation et sur la qualité et l'efficacité des soins.

Les générations représentées actuellement dans les études de médecine (le plus communément désignées comme générations Y et Z, soit celles nées après 1995) ont des besoins et attentes très différentes de leurs aînées. Notamment, les étudiants issus de ces générations ont plus tendance à considérer le travail comme secondaire par rapport aux loisirs et à la vie personnelle. Ils sont en quête de sens dans leur activité professionnelle, ont une volonté d'effacement des paliers hiérarchiques et ressentent un besoin de rétroaction très fréquent.

Selon Mr Pelaccia, Il est important d'avoir conscience de ces spécificités pour améliorer la qualité de la relation.

On peut observer que le système pédagogique en France, bien que de nombreuses avancées ont été effectuées, évolue moins rapidement que les aspirations des jeunes générations. Le fait de ne pas prendre en considération ces nouvelles attentes et de persister à appliquer les mêmes méthodes pédagogiques de génération en génération peut contribuer aux risques psychosociaux des étudiants comme des enseignants.

4- Le contexte de prise de conscience des risques psychosociaux chez les étudiants en santé

En France, la prise en considération des risques psycho-sociaux (RPS) n'est que très récente par rapport aux autres pays européens (15). On peut constater son apparition comme sujet d'intérêt important entre les années 2006 et 2008, suite à des séries de suicides dans le secteur privé. En comparaison, en Europe du Nord les premières actions en faveur du bien être au travail remontent aux années 1970/1980, tandis que les premiers rapports internationaux sur le sujet ont été publiés dans les années 1990. (15)

Un retard sur les autres pays donc, mais également un retard dans le secteur de la santé par rapport aux autres secteurs. En effet, il a fallu attendre 2016 pour qu'un ministre de la santé s'exprime pour la première fois publiquement sur le sujet de la santé mentale des soignants, et 2018 pour qu'il y ait une première mission interministérielle. (15)

En 2016, un rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) (16) dédié aux RPS des personnels médicaux mettait en évidence l'importance du rôle du management dans la survenue des RPS, et recommandait l'introduction de la formation au management dans la formation initiale et continue des médecins.

En 2017, l'enquête santé mentale (17) réalisée par les trois syndicats représentatifs des étudiants en médecine (ISNAR-IMG, ANEMF et ISNI), a montré que 66% des étudiants en médecine du 2e et 3e cycle souffraient d'anxiété et 27,7% de dépression. Ces chiffres sont bien au-delà de ceux de la population générale, respectivement 26% pour l'anxiété et 10% pour la dépression. Les facteurs de risque mis en évidence étaient la violence psychologique et la fatigue. A contrario, les facteurs protecteurs retenus étaient le soutien des supérieurs hiérarchiques, un temps d'échange dans le service et le soutien des pairs.

Cette enquête santé mentale (18) a été renouvelée en 2021 et montre une aggravation de ses chiffres avec 75% des étudiants en médecine souffrant d'anxiété et 39% de dépression. De nouveaux indicateurs sur les violences vécues par les étudiants dans le cadre de leur étude ont été intégrés : 25% des étudiants rapportaient avoir déjà été victime de harcèlement, 23% d'humiliation, et 4% d'agression sexuelle. Les médecins thésés représentaient 60% des auteurs des violences commises.

Ces différents travaux montrent l'importance des RPS chez les étudiants et accroissent l'intérêt d'une formation au management et à l'encadrement qui pourrait participer à leur prévention et les atténuer.

Les pouvoirs publics se sont saisis du sujet et plusieurs rapports et initiatives politiques ont été produits ces dernières années pour améliorer le système pédagogique dans les études médicales.

5- Une volonté politique d'amélioration du système pédagogique

En 2018, missionnée par le Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation et par le Ministère de la Santé et des solidarités, Dr Donata Marra, médecin psychiatre, remettait son rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé (19). L'un des points prioritaires d'action recommandés était la formation des enseignants à la prévention, détection et évaluation des étudiants en difficulté : "former au management collaboratif devrait être un prérequis pour tous professionnels de santé responsables d'une équipe, en particulier les chefs de clinique et assistants".

Suite à ce rapport, le Centre National d'Appui (CNA) a été créé, et des formations de sensibilisation ont pu être réalisées par Dr Marra, en priorité aux coordonnateurs de DES, entre 2019 et 2021.

Puis, suite à l'Enquête Santé Mentale de 2021 montrant une aggravation des indicateurs de santé mentale des étudiants, de nombreuses réactions institutionnelles ont été observées.

Les deux ministères de tutelle ont publié un communiqué de presse commun (20), nommé "tolérance zéro, engagement total", dans lequel ils invitent "l'ensemble de la communauté universitaire et hospitalière à faire évoluer l'ensemble de leurs processus et de leurs outils, afin d'aller vers plus de protection, plus de bienveillance et plus de fermeté.

La charte des Maîtres de Stage universitaires (21) mise à jour la même année par le CNGE et l'ISNAR-IMG intègre dans le parcours pédagogique des MSU des questions relatives aux RPS, aux droits des internes, et aux violences sexistes et sexuelles.

Ces problématiques ont ensuite intégré la législation dans l'arrêté du 22 décembre 2021 fixant les objectifs pédagogiques de la formation pour l'obtention de l'agrément de maîtres de stage des universités (22). Cet arrêté demande à ce que les MSU soient capable d'appréhender les éléments de la relation pédagogique, comme l'écoute active et bienveillante, le repérage des situations à risques psychosociaux et de violences sexistes et sexuelles, la communication persuasive, les techniques de débriefing et de feed-back, etc...

La Conférence des Doyens (CDD), quant à elle, publiait fin 2021 son "Plan de lutte contre le malaise des internes et des étudiants" (23), élaboré suite à une conférence de concertation. Ce plan prévoit notamment de former et d'informer les différents acteurs pour faire évoluer les cultures professionnelles. Pour cela, il était prévu de rendre obligatoire pour les chefs de service une offre de formation adaptée et personnalisée, de former les étudiants dès le début de leur cursus sur leurs droits, et de faire évoluer le DU de pédagogie pour y intégrer les notions de bienveillance et de management.

En 2022, l'IGAS a sorti un nouveau rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé (QVES) (24). Les auteurs recommandent une nouvelle fois une formation obligatoire des chefs de service, encadrants et maîtres de stage à la bienveillance, au management des étudiants, aux propos à éviter et au "wording" (exclure les propos sexistes, insultants, dévalorisants). Ils recommandent également d'intégrer le bien-être des étudiants dans les objectifs managériaux des encadrants.

Plus localement à Lyon, en 2021, un poste de chargée de mission Santé et Bien-être des internes, cofinancé par les Hospices Civiles de Lyon (HCL) et le Service de Santé Universitaire (SSU) a été créé. Ce poste est depuis occupé par le Dr Sophie Pelloux, ancienne assistante universitaire de médecine générale. Parmi les actions réalisées (25), au-delà de proposer une consultation de prévention systématique à tous les internes de première année, on peut citer

la mise en place de formations “Prendre sa juste place d’interne en médecine” et la réalisation de l’enquête BASIL “Baromètre Santé des Internes de la subdivision de Lyon”.

B - Le mentorat : une piste méconnue très développée à l’étranger

1- Généralités

Le terme “mentorat” est défini selon le MeSH par “l’art et la pratique de former, guider, conseiller et soutenir une personne moins expérimentée, formée ou informée”.

Le terme de “mentors” quant à lui désigne des “professionnels séniors qui fournissent des conseils, une orientation et un soutien aux personnes désireuses de progresser dans leur carrière sur leur poste académique, administratif ou autres.”

Le Collège des Médecins de Famille du Canada (équivalent du CNGE), qui travaille de manière proactive sur le sujet depuis 2013, a proposé sa propre définition (12) : “le mentorat est un processus d’accompagnement dans le cadre duquel une personne d’expérience, hautement estimée et empathique (le mentor) guide une autre personne (le mentoré ou mentée) à élaborer et à réexaminer ses propres idées, son apprentissage et son développement personnel et professionnel. Le mentor s’acquitte de sa tâche dans le cadre d’entretiens confidentiels avec le mentoré.”

L’étymologie (26) du terme mentor vient de la mythologie grecque et du récit l’Odyssée d’Homère. Dans cet ouvrage, Ulysse aurait confié l’éducation de son fils Télémaque à son ami d’enfance Mentor, pendant son absence. C’est à la fin du XVIIIe siècle que le terme rentre dans notre vocabulaire avec la publication du livre “Les aventures de Télémaque” écrit par Fénelon, qui décrit le rôle du mentor tel qu’on le conçoit aujourd’hui.

Le mentorat est un concept largement utilisé dans le milieu de la santé, dans de nombreux pays, et en particulier dans le cadre des études de médecine. La recherche bibliographique retrouve un grand nombre d’articles provenant d’Amérique du Nord (Canada, Etats-Unis), de Nord-Afrique (Tunisie, Maroc), mais également d’Asie (Singapour, Inde, Chine). La prévalence du mentorat dans les études médicales varie énormément d’une étude à l’autre. Une revue de la littérature internationale (27) réalisée en 2006 estimaient que moins de 50% des étudiants en médecine avaient un mentor.

En France, bien que le mentorat se développe dans le secteur privé, ce terme n'est pas encore utilisé dans le cadre des études médicales, au profit du tutorat qui est bien plus développé. Il n'existe à notre connaissance aucune littérature française évoquant le mentorat dans le cadre de la santé.

Bien qu'il soit difficile de quantifier les effets du mentorat, plusieurs études (27) (28) (29) ont montré des bénéfices pour le mentoré comme pour le mentor, notamment une amélioration de leur communication, de leur performance au travail, de leur développement personnel, une réduction de leur stress et une augmentation de leur capacité d'adaptation au changement.

2- Quelle différence entre tutorat et mentorat ?

En France, le tutorat est un principe pédagogique essentiel du DES de médecine générale (30). Il repose sur l'interaction entre un interne de médecine générale (le tuteur), et un médecin généraliste enseignant (le tuteur), qui est désigné en début de DES.

Le tutorat, contrairement au mentorat, est **centré sur l'apprenant et les apprentissages**.

Il vise à promouvoir, à partir de situations authentiques vécues par l'interne au cours de ses stages, un processus de questionnement systématisé et supervisé. Les discussions au cours des Groupes d'Échanges de Pratiques (GEP) incluant le tuteur et son groupe de tutorés, permet aux internes un soutien, une réflexion et un apprentissage solidaire en commun.

La position du tuteur se veut avant tout académique, car au-delà d'apporter un soutien et des conseils à ses tutorés, il a un pouvoir d'évaluation et de certification auprès de la faculté pour attester que cet interne est désormais un professionnel compétent.

A contrario, le mentorat est principalement **centré sur la relation entre le mentor et le mentoré**. Celle-ci se veut volontaire, et ne doit pas aboutir à un processus académique d'évaluation : elle peut se faire de manière informelle en dehors de la faculté. Cependant, la littérature insiste sur l'importance d'une structuration formelle des programmes de mentorat pour la réussite du processus (29).

	Tutorat	Mentorat
Niveau d'engagement impliqué	Intermédiaire (temps nécessaire pour développer une relation d'enseignement)	Elevé (support psychosocial et accompagnement personnel)
Type d'engagement	Imposé	Volontaire
Durée de l'interaction	Longueur variable selon la planification du curriculum, d'une session à quelques années	Orientée vers le futur Peut évoluer vers l'amitié à long terme
Nature transactionnelle	Guidée par le résultat et l'acquisition de compétences	Personnalisée à chaque relation
Support psychosocial	Fournir des commentaires constructifs sur la compétence professionnelle	Fournir une rétroaction constructive sur les compétences professionnelles et les problèmes personnels
Contrôle	Dirigé par le tuteur	Dirigé par le mentor et le menté
Compétences requises	Techniques d'apprentissage +++ Ecoute + Conseils +- Gestion du stress +	Techniques d'apprentissage ++ Ecoute +++ Conseil +++ Gestion du stress ++

Tableau 1 : Caractéristiques résumées du tutorat et du mentorat (29)

Ainsi, le rôle du mentor est plus large, plus profond et s'inscrit dans une temporalité plus longue que celle du tuteur. Le mentor doit donner des conseils, et non des solutions. Une relation mentorale réussie est synergique ou en symbiose, dans laquelle les 2 parties trouvent leur intérêt : le mentoré par l'accompagnement et le mentor par la satisfaction personnelle de partager ses compétences et expériences avec un apprenant volontaire avide de connaissances (31).

3- Formats et applications du mentorat à l'étranger

Plusieurs revues internationales de la littérature (32) (33) ont cherché à recenser les différents programmes de mentorat existants dans le monde dans l'objectif de déterminer un programme de mentorat type validé scientifiquement. Ces études ont montré que l'hétérogénéité entre les programmes était trop importante dans leur construction, leur contenant et leurs objectifs pour aboutir à une conclusion satisfaisante. Le manque de données disponibles et leur hétérogénéité ne permettaient donc pas de démontrer la supériorité d'un modèle sur les autres.

a. Exemple concret d'application du mentorat en médecine générale

Depuis 2013, le Collège des Médecins de Famille du Canada (CMFC) et son Comité sur les cinq premières années de pratique de la médecine familiale s'intéressent à la question du mentorat.

Suite à une analyse des besoins réalisée entre 2013 et 2016 (12), le "Programme de mentorat certifié de 12 mois du Collège québécois des médecins de famille" est créé et mis en place (34). Celui-ci est coordonné par le Comité de programme de mentorat, grâce à l'embauche à mi-temps d'une coordinatrice dédiée. A noter que la participation au programme permet aux mentors comme aux mentorés de valider des crédits de formation continue.

La durée du programme est de 12 mois, et comporte 3 caractéristiques principales :

- Des dyades (binômes) mentoré-mentor formées par un **appariement volontaire** initiés par les mentorés. Ce point est important car l'assignation automatique a montré un impact négatif sur la relation (35) Le comité peut cependant jouer un rôle de soutien pour faciliter le jumelage. Les modalités futures de la relation sont laissées libres à l'appréciation de la dyade.
- Des **moyens de soutien** aux mentors : un webinaire de formation au début du programme est réalisé, ainsi que des contacts réguliers avec la coordinatrice du programme. Des communautés de pratique virtuelle sont également à la disposition des mentors afin de pouvoir échanger sur leur expériences.
- Les modalités d'échanges se veulent **le plus libres possible** afin de favoriser la participation indépendamment de la provenance géographique du mentor et du mentoré. Les échanges verbaux sont cependant recommandés.

Un premier article d'évaluation (34) a été publié en 2019, après trois années d'activité du programme au cours desquelles 22 dyades ont été accompagnées. Pour expliquer ce faible nombre, les auteurs évoquent un manque de publicité faite autour de ce programme.

En voici les principaux enseignements :

- Les dyades mentor-mentoré réalisaient entre 2 et 10 échanges par an.
- Le thème d'échange le plus récurrent dans les dyades concernait la conciliation entre vie professionnelle, vie familiale et vie personnelle.
- 58% des mentorés et 50% des mentors estimaient avoir totalement atteint les objectifs fixés.
- L'appréciation globale du mentorat était d'environ 83%, pour les deux rôles.
- 60% des mentorés avaient l'intention de poursuivre la relation avec leur mentor à la fin du programme.
- La mise en place de ce programme n'aurait pas été possible sans l'emploi à mi-temps d'une coordinatrice dédiée.

Ce programme avec engagement de 12 mois est toujours actif au Canada, mais il existe également une version plus allégée appelée le mentorat web JUMO (36), qui permet à de jeunes médecins de famille d'entrer en contact avec des médecins plus expérimentés, volontaires, à la fréquence et selon la méthode de communication souhaitée. Il n'existe actuellement pas d'études évaluant cette modalité souple.

b. Formations au mentorat

Plusieurs programmes de mentorat proposaient une formation pour accéder à la fonction de mentor. Ces formations sont très hétérogènes sur les modalités, mais il existe une certaine homogénéité dans leur contenu (29). Les sujets abordés sont notamment les compétences en communication, l'alignement des attentes, les rôles et responsabilités des mentors et mentorés et la rétroaction constructive.

Une revue de la littérature (33) publiée en 2013 a étudié les modalités de 18 programmes de mentorat américain. Au total, 5 d'entre eux proposaient une formation aux futurs mentors : par des ateliers et séminaires de formation, avec la mise à disposition de livres et manuels sur le mentorat, et pour l'un d'eux un coaching personnalisé. Le contenu de ces formations n'avaient pas pu être étudiés faute de données.

3- Origine et mise en place d'une formation au mentorat pour des praticiens hospitaliers

Depuis 2021, la société de coaching AMNEO et sa fondatrice Suzanne Stock réalisent annuellement plusieurs formations à destination des nouveaux internes lyonnais, intitulées

“Prendre sa juste place d’interne” (37). Ces formations d’une journée sont organisées par le Service de Santé Universitaire de l’université Lyon 1, via sa chargée de mission Santé Dre Sophie Pelloux et financées par les Hospices Civils de Lyon (HCL). Elles ont notamment pour objectif d’aider les internes à distinguer leur fonction d’interne de leur identité propre, de mieux gérer leurs émotions comme la peur ou la colère, ou encore d’apprendre à dire non et poser ses limites. Une thèse (38) évaluant cette formation a montré une amélioration significative des scores de résilience, de stress et d’affirmation de soi chez les participants, un mois après la formation.

Suite au succès de cette formation et aux résultats encourageants de cette thèse, des médecins hospitaliers travaillant aux Hôpitaux Nord-Ouest (HNO) de Villefranche-sur-Saône ont demandé à bénéficier d’une formation similaire, réalisée par la même coach et à destination des médecins référents pédagogiques du CH. Après concertation entre Suzanne Stock, Dre Sophie Pelloux et Dr Romain Bricca, responsable pédagogique des HNO, l’axe du mentorat fut choisi car il permettait d’évoquer des notions comme la communication, le management et le cadre relationnel. Cette formation fut financée en intégralité par les HNO, dans le cadre du budget de formation alloué aux professionnels de santé.

L’objectif de cette formation AMNEO “Être mentor dans les études médicales” (39), créée spécialement pour l’occasion, était de comprendre son rôle de mentor et trouver sa juste posture pour pouvoir accompagner sainement un mentoré/interne dans son développement professionnel.

AMNEO (40) est un cabinet lyonnais de formation et coaching créé en 2007 par Suzanne STOCK et composé à ce jour de dix consultants et coachs.

Pour cette étude, notre question principale était de savoir si cette formation de deux jours et demi sur le thème de l’apprentissage du mentorat pouvait avoir un effet bénéfique sur les compétences relationnelles de médecins hospitaliers accueillant des internes et étudiants en médecine en stage.

II- Méthode

A- Recherches bibliographiques

Les recherches bibliographiques ont été réalisées à partir de : PubMed, CiSMEF, SUDOC, Cochrane, Google et Google Scholar. Le moteur de recherche Sherlock de l'Université Lyon a également été utilisé.

Un rendez-vous d'aide à la recherche bibliographique a été sollicité et réalisé avec Mr SORET David, bibliothécaire à la Bibliothèque Universitaire Rockefeller.

Les mots-clés anglophones utilisés pour la recherche, définis avec l'outil HeTOP étaient : « mentor* », « mentoring », « supervisor », « hospital* », « education », « training », « teaching skills », « education method* », « management », « communication », « medic* ».

Les mots-clés francophones utilisés pour la recherche étaient : « formation », « médecin* », « hospitalier », « hôpital », « pédagogie », « motivation », « mentorat », « mentor », « tutorat ».

Ces mots-clés étaient combinés avec les opérateurs booléens « AND » et « OR ».

Pour chaque article retrouvé, une lecture du résumé était réalisée avec sélection des articles les plus pertinents. Ceux-ci étaient ensuite lus dans leur intégralité. La bibliographie des articles était également analysée pour recherche de nouvelles références. Le logiciel Zotero® a été utilisé pour l'exploitation bibliographique.

B- Description de l'étude

1. Objectifs de l'étude

Notre hypothèse de travail était que la formation au mentorat améliore les compétences relationnelles des médecins à court et moyen terme.

Pour le démontrer, l'objectif principal était d'évaluer l'effet de la formation sur le score de climat motivationnel instauré par les médecins hospitaliers en stage.

Les objectifs secondaires étaient :

- Déterminer quelles étaient les attentes des participants vis-à-vis de la formation
- Évaluer leur satisfaction suite à la formation

2- Population

a. Nombre de participants éligibles

La formation était initialement prévue pour 20 médecins hospitaliers, répartis en deux groupes de 10 personnes, soit deux sessions de formations. La participation se faisait sur la base du volontariat.

Devant le nombre insuffisant d'inscriptions, la deuxième session de formation a dû être annulée.

La formation était gratuite pour les participants, financée intégralement par les HNO, dans le cadre du programme de formation professionnelle continue.

b. Critères d'inclusion et d'exclusion

Afin de pouvoir participer à la journée de formation, il était nécessaire de :

- Travailler en tant que médecin hospitalier aux Hôpitaux Nord-Ouest de Villefranche-sur-Saone, peu importe le service.
- Être disponible durant les deux jours et demi de formation

c. Recrutement

Le recrutement des participants a été réalisé par le Dr Romain BRICCA, médecin hospitalier à l'initiative de cette formation. Le recrutement s'est déroulé du 04/04/2022 au 02/06/2022 principalement par email. Initialement, le recrutement était limité aux référents pédagogiques des différents services. Il s'est ensuite élargi à tous les médecins hospitaliers des HNO. Le programme de la formation avait été transmis aux participants par email (annexe 1).

Il est à noter que l'investigatrice principale de l'étude a été recrutée le 12 mai 2022, soit après le début du recrutement.

d. Considérations éthiques

Les participants à la formation ont tous été informés au préalable de la présence d'une interne en médecine durant la formation, en vue d'un travail de thèse.

Le matin du premier jour de la formation, une lettre d'information a été remise aux participants, rédigée sur la base du modèle fourni par le Collège Universitaire de Médecine Générale (CUMG) (annexe 2).

Ils ont par la suite accepté de participer à l'étude en signant le formulaire de consentement, conçu également sur la base du modèle du CUMG.

e. Questionnaire socio-démographiques

Un premier questionnaire a été diffusé au début de la formation, juste après le recueil du consentement. Celui-ci était anonyme, et avait pour objectif de recueillir des données socio-démographiques, afin de permettre une analyse du profil des médecins hospitaliers participants. Les données recueillies comprenaient l'âge, le genre, leur spécialité, leur statut ou non de référent pédagogique de leur service et les formations à la pédagogie déjà réalisées. (annexe 3)

3- La formation en pratique

a- Dates et lieu de formation

La session de formation s'est déroulée sur deux journées et demi, les 20 octobre 2022, le 17 novembre 2022 et l'après-midi du 5 décembre 2022. Les horaires étaient de 9h à 17h30 pour les deux premières journées, avec un accueil café le matin à partir de 8h30 et une pause déjeuner prévue d'une heure et demie. La dernière demi-journée s'est déroulée le 5 décembre de 14h à 17h30.

La formation s'est déroulée au centre de formation de la CCI Beaujolais, au 92 rue Henri Dépaigneux, à Limas (69400).

La formation était co-animée sur toute sa durée par Suzanne Stock et Frédéric Golinski, tous deux coachs travaillant pour la société AMNEO.

Dans le cadre de ce travail de thèse, j'ai participé en tant qu'observatrice à la première journée ainsi qu'à la dernière. J'ai été absente lors de la deuxième journée de formation le 17 novembre.

b- Modalités pédagogiques et supports de formation

Un diaporama était diffusé tout au long des journées de formation comme support visuel et explicatif. Celui-ci a ensuite été diffusé aux participants par email.

Sur le plan pédagogique, les formateurs ont eu recours à des techniques interactives diverses : ateliers de réflexion en groupe, partage et analyse d'expériences personnelles, mises en situation, jeux de rôle et mise en lien avec le quotidien des participants.

c- Déroulé des journées de formation

Première journée, matin :

Contexte et prérequis

- 8h30- 9h : café d'accueil
- Présentation du programme de formation
- "Faisons connaissance" : moments de présentation de chaque participants, avec un exemple de trame de présentation
- Discussions autour des attentes et des inquiétudes des participants
- Explicitation des bases de communication à utiliser pendant la formation : confidentialité, réactivité, co-responsabilité, usage de la première personne

Première journée, après-midi :

1^{ère} partie de la formation : "Exploration du mentorat"

- Histoire du mentorat et explicitation du rôle de mentor.
- Présentation de ce que n'est pas le mentorat : ni conseil, ni tutorat, ni coaching, ni formation, ni parrainage.
- Enjeux et bénéfices du mentorat.
- Présentation et travail autour de la charte du mentorat : diffusion d'un exemple basé sur la charte mentorale EMCC France et AFIME (charte nationale du mentorat entrepreneurial État-AFIME) (41).
- Travail en petit groupe pour co-construire une charte adaptée aux spécificités de l'univers médical. La charte proposée devait couvrir les aspects suivants : la compétence, le contexte, la gestion des limites, l'intégrité et le professionnalisme.

Deuxième journée, matin :

1^{ère} partie de la formation, suite et fin

2^{ème} partie de la formation : "Savoir transmettre ses compétences et expériences"

- Retour sur la première journée de formation et sur la période d'intersession.
- Présentation du triangle dramatique de Karpman : modèle permettant de comprendre la façon dont une relation entre deux personnes dysfonctionne, en montrant que chacune peut adopter l'une des trois postures du triangle, celle de victime, persécuteur ou sauveteur (42).
- Présentation du concept de Boucle Pouvoir et Responsabilité, reposant sur la notion que toute asymétrie entre pouvoir et responsabilité provoque des réactions comportementales typées, schématisée par quatre types d'attitudes : a plus cohérente et saine étant l'attitude proactive qui augmente la motivation des subordonnées (43).
- Bilan de la 1^{ère} partie et introduction de la 2^{ème} partie : "Savoir transmettre ses compétences et expériences".

- Présentation des étapes clés du mentorat avec le cycle de l'autonomie : 1) Identification, 2) Croissance, 3) Séparation, 4) Réciprocité.
- Partage d'expériences personnelles en binôme : chaque participant devait raconter une situation de relation difficile, et une situation de relation constructive.
- Travail sur la notion de confiance, sur les socles de la confiance et comment les stimuler : la dimension organisationnelle (en posant un cadre via le contrat), et la dimension relationnelle et émotionnelle (en travaillant sur soi-même pour être en confiance et inspirer confiance).

Deuxième journée, après-midi :

3^{ème} partie de la formation : "Développer votre posture et qualités du mentor"

- Présentation des compétences du mentor : comportementales, managériales, métiers et opérationnelles.
- Présentation de la première phase du cycle de l'autonomie : Identification et dépendance.
- Début du travail sur les émotions primaires, en commençant par la peur : ateliers "dire ses peurs", en confrontant les participants à leurs peurs de comportement d'interne.
- Présentation de la deuxième phase du cycle de l'autonomie : Croissance et contre-dépendance.
- Poursuite du travail sur les émotions primaires avec la colère : ses raisons et comment gérer la colère des autres, jeu de rôle.
- Présentation de la troisième phase du cycle de l'autonomie : Séparation et Indépendance.
- Présentation de la quatrième phase du cycle de l'autonomie : Réciprocité et interdépendance.
- Clôturer le mentorat par un temps de feed-back et de célébration : atelier "La chaise du roi".
- Temps de synthèse de cette 3^{ème} partie.

Troisième journée, après-midi:

Travail sur le feed-back et notions de communication non violente

Bilan et synthèse

- Savoir donner une rétroaction constructive et mettre en confiance : bilan entre doute et confiance, différences entre critiques sur l'être et le faire. Travail sur le ratio de positif et de négatif.
- Présentation de l'échange assertif, savoir dire les choses difficiles et donner des critiques négatives : remise d'une fiche aux participants reprenant les grandes étapes de l'échange assertif et jeux de rôle.

- En cas d'échec de la méthode assertive : présentation de la méthode FOCA (partir des faits, demander l'opinion, questionner le changement, exiger des actions et engagements).
- Synthèse, tour de table avec les conclusions et retours à chaud de chaque participant.

C- Le choix de la méthodologie pour l'objectif primaire

1- Evaluer une formation : le modèle de Kirkpatrick

Le modèle de Kirkpatrick a été créé dans les années 1950 par l'économiste et universitaire américain Donald Kirkpatrick.

Celui-ci permet de réfléchir à une méthodologie pour évaluer les effets des formations.

Le modèle est basé sur quatre niveaux d'évaluation, dans lesquels évaluer un niveau N présuppose d'avoir évalué le niveau N-1 :

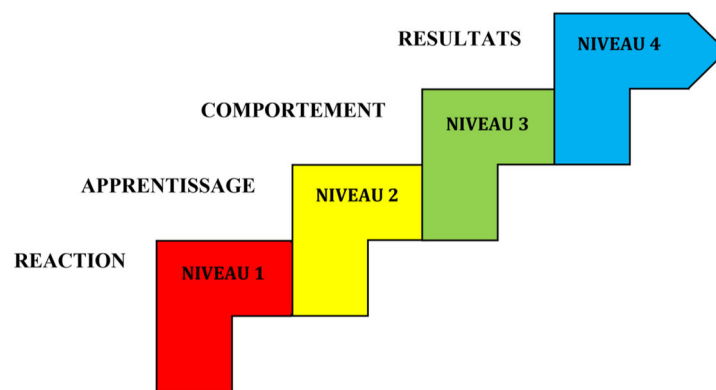


Figure 1 : Schéma d'évaluation d'une formation, selon le modèle de Kirkpatrick (38)

Chaque niveau d'évaluation a un objectif différent (44) (38) :

- Le niveau 1 vise à évaluer la **réaction** : niveau de satisfaction des participants, et pertinence ressentie. Il s'agit du niveau le plus simple à mettre en place, nécessitant simplement la diffusion d'un questionnaire de satisfaction.

Dans notre étude, une analyse des questionnaires de satisfaction a été effectuée.

- Le niveau 2 vise à évaluer l'**apprentissage** : évaluation de l'acquisition de compétences et connaissances par rapport aux objectifs de la formation. Possible au travers de questionnaires ou par la réalisation d'une évaluation par le formateur pendant ou en fin de formation.

Dans notre contexte, il était inapproprié de réaliser une évaluation des connaissances et compétences acquises. En effet, les notions enseignées touchaient au

développement personnel et le but de la formation était de mettre à disposition des outils pouvant être librement utilisés ou non par les participants. Néanmoins, à chaque début de demi-journée, un rappel des notions précédentes était réalisé en demandant aux participants ce qu'ils avaient retenu jusqu'alors et éventuellement s'il y avait eu mise en application.

- Le niveau 3 vise à évaluer le **comportement** : évaluation de la mise en œuvre effective des concepts théoriques exposés pendant la formation et du niveau d'appropriation des apprentissages.

Notre volonté était d'atteindre ce niveau d'évaluation, en observant l'évolution du comportement des participants à plusieurs instants : avant, pendant et après la formation.

- Le niveau 4 vise à évaluer les **résultats** : évaluation des résultats concrets et bénéfiques tirés.

Dans notre contexte, il s'agissait de réaliser l'évaluation en interrogeant les étudiants des médecins formés, pour observer s'il existe une différence avant/après ou entre deux groupes d'étudiants ayant comme référent des médecins formés ou non formés. Cela n'a malheureusement pas été possible.

2- Les contraintes méthodologiques

Démarrage et contraintes temporelles

Comme mentionné dans la partie recrutement, l'investigatrice principale de l'étude a été investie alors que le recrutement avait déjà débuté : le délai de recherche et de développement autour de la méthodologie était donc limité dans le temps.

La méthodologie a été élaborée en collaboration avec le Dr Sophie Pelloux, qui a facilité l'organisation de cette formation, la formatrice Suzanne Stock, ainsi que deux des médecins participants à la formation dont le Dr Romain Bricca.

Nous avons également fait appel à la Pr Rebecca Shankland, professeure des Universités en psychologie du développement à l'Université Lumière Lyon 2, pour son expertise concernant les échelles d'évaluation que nous pouvions utiliser.

Réflexions sur la méthodologie qualitative ou quantitative :

Une co-thèse était initialement envisagée pour réaliser une étude qualitative en parallèle, mais l'étudiant recruté s'est désisté avant le début de la formation, laissant un délai trop restreint pour recruter une nouvelle personne.

Compte tenu de l'existence d'une étude qualitative récente réalisée à Lyon autour d'une formation à la pédagogie à destination des maîtres de stages hospitaliers (9), nous avons décidé de conserver la méthodologie prévue.

Bien que nous savions que le nombre de participants serait restreint (vingt-deux personnes maximum), la volonté était de décrire au mieux l'expérimentation réalisée afin d'en tirer une première tendance, la perspective d'avenir étant ensuite de proposer cette formation à une population plus grande permettant la réalisation d'une étude plus solide.

Réflexions sur la possibilité de réaliser une évaluation de niveau 4 selon le modèle de Kirkpatrick

Il fut initialement envisagé d'interroger les internes du terrain de stage des médecins formés. Cependant, les dates de formation fixées se situaient entre octobre et décembre, soit pendant le changement d'internes qui se fait en novembre. Il était donc impossible de réaliser une étude longitudinale évaluant les évolutions du stage au fil de la formation en se basant sur le vécu des internes au cours d'un seul et même stage.

Nous aurions pu réaliser malgré tout une étude longitudinale, avec des internes différents en début et fin de formation. Cette possibilité a été écartée en raison des biais a priori trop importants, les vécus des internes étant très disparate d'un semestre à l'autre, en raison de l'organisation du stage, de l'effectif d'internes qui fluctue d'un semestre à l'autre, du profil émotionnel des étudiants, ou encore des changements possibles d'encadrants.

L'autre possibilité envisagée était de réaliser cette évaluation via les internes en utilisant un groupe contrôle parmi les internes des services dans lesquels aucun médecin n'aurait participé à la formation. Cette possibilité n'a également pas été retenue en raison des biais a priori trop importants. En effet nous avons émis l'hypothèse que les praticiens volontaires pour faire cette formation seraient ceux ayant naturellement un attrait pour la pédagogie et ayant la volonté de s'améliorer (6). Il était donc probable que ces médecins soient de base des encadrants appréciés par les étudiants, et qu'à contrario les médecins des services dans lesquels les étudiants sont en difficulté soient moins représentés dans la formation, que ce soit par manque d'intérêt ou en raison d'un sous-effectif ne permettant pas à un médecin de s'absenter du service durant deux journées et demi.

Devant ces biais trop importants, nous avons jugé qu'une évaluation de niveau 4 basée sur le vécu des internes était impossible en l'état.

Il fut ainsi décidé de se tourner vers une évaluation par auto-évaluation des participants.

Afin de s'approcher du niveau 3 du modèle de Kirkpatrick (évaluation du comportement suite à la formation), nous avons eu l'idée de réaliser une étude longitudinale, afin d'observer s'il existe une évolution dans le temps des comportements des participants.

Choix de l'échelle : questionnaire du climat motivationnel

La difficulté était ensuite de trouver l'échelle adaptée. La Professeure Rebecca Shankland nous a accompagnés dans cette recherche, et nous avons finalement décidé d'utiliser le questionnaire du climat motivationnel. Celui-ci a été conçu initialement pour un contexte scolaire. Avec l'aide du Pr Shankland, nous avons adapté le questionnaire au contexte de stage.

Le questionnaire du climat motivationnel utilisé repose sur la théorie de l'autodétermination, que nous avons trouvé particulièrement appropriée après présentation par le Pr Shankland. Il convient cependant de décrire la théorie de l'autodétermination pour comprendre l'usage de ce questionnaire et de l'analyse réalisée ensuite.

3- La théorie de l'autodétermination et du climat motivationnel

Notre analyse de la littérature a mis en évidence que le mentorat pourrait améliorer les compétences communicationnelles, les performances au travail et de manière générale le bien-être au travail. Un facteur intéressant à étudier dans ce contexte est donc la **motivation**, des mentors comme des mentorés.

De nombreuses études en sciences humaines ont pour objet l'analyse des processus de la motivation dans un cadre professionnel (45) ou scolaire (46), et la théorie de l'autodétermination en particulier propose un cadre utile pour comprendre et stimuler la motivation au travail.

Cette théorie a été élaborée principalement par deux chercheurs américains, Edward Deci et Richard Ryan (47). Elle présente cinq types de motivation, représentés sous la forme d'un "continuum" d'autodétermination allant de la forme la moins autodéterminée à la plus autodéterminée.

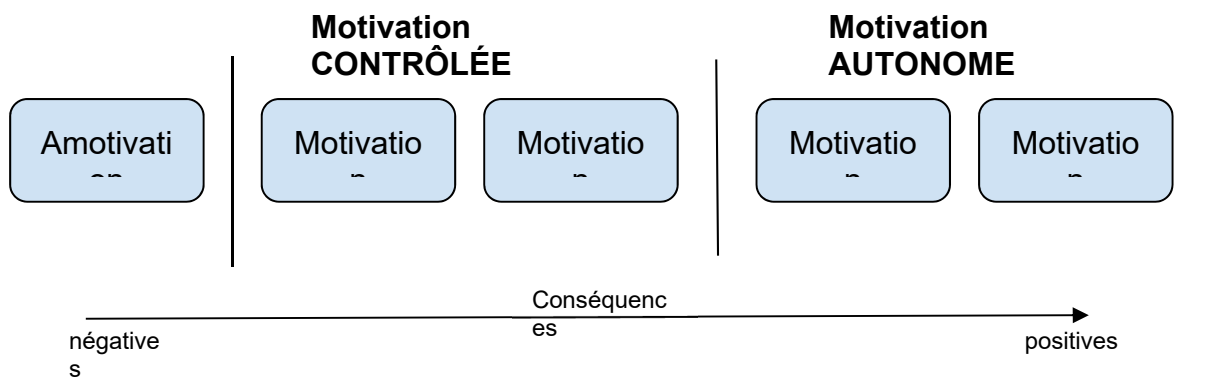


Figure 2 : Différents types de motivation placée sous la forme d'un continuum.

Les cinq formes de motivation sont décrites ainsi :

- La **motivation intrinsèque**, qui représente la forme de motivation la plus autodéterminée, fait référence au fait d'accomplir une ou plusieurs tâches par intérêt, par plaisir, ou encore par satisfaction inhérente.
- La **motivation identifiée** fait référence aux tâches qui sont réalisées par conviction personnelle, parce qu'elles sont jugées importantes par l'individu ou qu'elles correspondent à ses valeurs. Ce ne sont pas des tâches nécessairement agréables, mais il est important pour la personne de les réaliser.

⇒ Ces deux motivations constituent la **motivation autonome**

- La **motivation introjectée** est en lien essentiellement avec l'engagement de l'ego et la valeur personnelle contingente à la performance. Les personnes ayant majoritairement une motivation introjectée considèrent que leur valeur personnelle variera de manière synchrone avec leurs performances au travail. On retrouve notamment ces procédés dans les métiers de la vente.
- La **motivation extrinsèque** est celle qui implique d'agir par conformité ou pour la recherche de récompenses externes, ou encore par évitement de punitions. La motivation extrinsèque répond à la fonction économique du travail (avoir un salaire), ce qui n'est pas problématique en soi, mais il s'agit d'observer quelle importance y est accordée.

⇒ Ces deux motivations constituent la **motivation contrôlée**

- Pour finir, **l'amotivation** désigne tout simplement le manque de motivation. Elle se manifeste entre autres par des degrés d'énergie relativement bas, une absence de régulation comportementale et un non-engagement dans le travail.

De nombreuses études (45) (48) se sont attachées à décrire les **conséquences** relatives aux motivations autonome et contrôlée, et la **présence en majorité de sources de motivation autonome au travail a démontré sa supériorité** sur de nombreux plans de la santé :

- Psychologiques : plus de bien-être, moins de détresse, moins d'épuisement professionnel, plus de concentration et de plaisir au travail, plus d'engagement affectif
- Physiques : plus d'énergie et de vitalité, moins de somatisation
- Comportementales : plus de partage d'information, plus d'entraide, plus de performances intra- et extra-rôle, intention de partir (ou départ) plus faible
- Économiques : moins d'absences de courte et de longue durées, moins de présentéisme.

Il est à noter que la relation de causalité inverse a également été démontrée pour tous ces éléments, à savoir que la présence en majorité de sources de motivation contrôlée entraîne une dégradation des capacités psychologiques, physiques, comportementales et économiques.

La théorie de l'autodétermination consiste ensuite à questionner ce qui permet de stimuler la motivation autonome et de diminuer la motivation contrôlée. A cette fin, la théorie s'appuie sur la notion des **trois besoins psychologiques innés et universels** (49). Un besoin psychologique est un élément qui stimule le bien-être lorsqu'il est satisfait et diminue ou met en péril la santé mentale lorsqu'il est insatisfait ou frustré. Ces trois besoins psychologiques fondamentaux sont :

- **L'autonomie** : se sentir libre d'initier et de réguler ses propres comportements, en plus d'agir en conformité avec ses valeurs.
- **La compétence** : se sentir efficace dans l'atteinte de ses buts.
- **L'affiliation sociale** : avoir des contacts sociaux enrichissants, sentir que l'on appartient à un groupe.

La littérature scientifique a mis en évidence **trois grandes sources de satisfaction des besoins psychologiques** :

- La rémunération,
- L'organisation du travail,
- **Le soutien à la satisfaction des besoins psychologiques dans les relations hiérarchiques**. Ce dernier point est particulièrement développé dans les documentations car directement modifiables grâce à une formation des supérieurs.

L'idée est que les supérieurs hiérarchiques appliquent des **comportements "soutenant l'autonomie"** de ses subordonnées, visant à favoriser la satisfaction des besoins psychologiques et dans le même temps à **éviter les comportements "contrôlant"** pouvant nuire à la satisfaction de ses besoins.

On peut par exemple citer dans les comportements soutenant :

- L'empathie : être capable de reconnaître et accepter les sentiments et émotions de son subordonné
- Expliquer les raisons derrière chaque demande et règle
- Offrir des choix

Et à l'inverse, éviter les comportements contrôlants tels que :

- Faire ressentir de la culpabilité
- Avoir recours aux menaces
- Manipuler en offrant des récompenses soumises à condition
- Donner des ordres de façon autoritaire

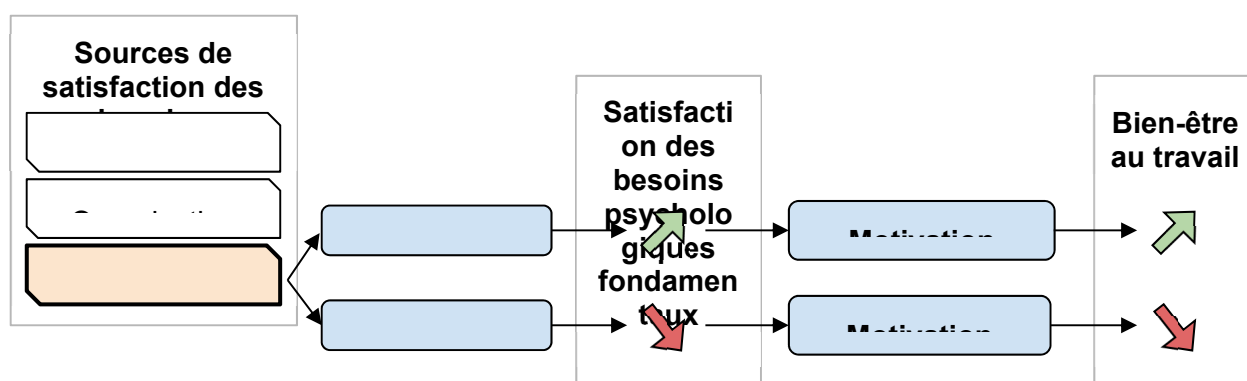


Figure 3 : Synthèse de la théorie de l'autodétermination

Ainsi, selon cette théorie, réaliser une formation à destination des encadrants de stage leur apportant des clés de communication visant à soutenir l'autonomie et éviter les comportements contrôlants permettrait d'améliorer la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux, de mieux solliciter la motivation autonome des étudiants, et par conséquent d'augmenter leur bien-être au travail.

Comme vu précédemment, nous ne pouvons vérifier cette hypothèse auprès des étudiants. A défaut, nous tâcherons d'analyser si la formation a permis aux participants de mettre en œuvre plus de comportements soutenant l'autonomie et moins de comportements contrôlant.

4- Le questionnaire du climat motivationnel

Le questionnaire du climat motivationnel en classe reprend et complète le questionnaire de satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux, qui fut validé en 2021 dans sa version française (50).

Il a été conçu pour être réalisé dans un contexte scolaire, nous l'avons donc légèrement modifié pour l'adapter au contexte de stage hospitalier. Ces modifications ont été réalisées et validées sous la supervision du Pr Rebecca Shankland. (annexe 4)

L'avantage de ce questionnaire est qu'il permet de produire deux mesures : d'une part le climat motivationnel soutenant les besoins psychologiques, et d'autre part le climat motivationnel menaçant ces besoins.

Cela nous permet d'analyser les résultats dans les deux sens.

En pratique, le questionnaire est constitué de 24 items : 14 évaluant les comportements soutenant les besoins et 10 évaluant les comportements menaçant les besoins, les deux catégories de questions étant mélangées. Les items décrivent des situations liées à l'encadrement d'étudiants en stage, pour lesquelles le participant doit répondre sur une échelle de fréquence allant de 1 (jamais) à 7 (toujours).

Par exemple, l'un des items évaluant les comportements soutenant était formulé ainsi :

“Je propose des choix et des options aux étudiants”.

De la même manière, voici un exemple d'item évaluant les comportements menaçants : “Il m'arrive de menacer les étudiants de sanction quand ils ne veulent pas réaliser les tâches demandées”.

5- Modalités de l'étude du climat motivationnel

Afin de pouvoir analyser les effets de la formation sur le long terme, nous avons demandé aux participants de remplir le questionnaire du climat motivationnel en stage à trois instants :

- Le matin du premier jour, soit le 20/10/2022, après avoir signé les fiches de consentement et avant le début de la formation. Pour plus de simplicité, les participants ont rempli le questionnaire au format papier.
- Lors du dernier jour de formation, le 05/12/2022, afin d'obtenir une mesure intermédiaire en cours de formation. Le questionnaire était également au format papier.
- Trois mois après le dernier jour de formation pour la mesure finale, le 26/02/2023. Pour des raisons pratiques, le remplissage du questionnaire a été réalisé à distance via la plateforme LimeSurvey. Le lien du questionnaire a été transmis aux participants par email.

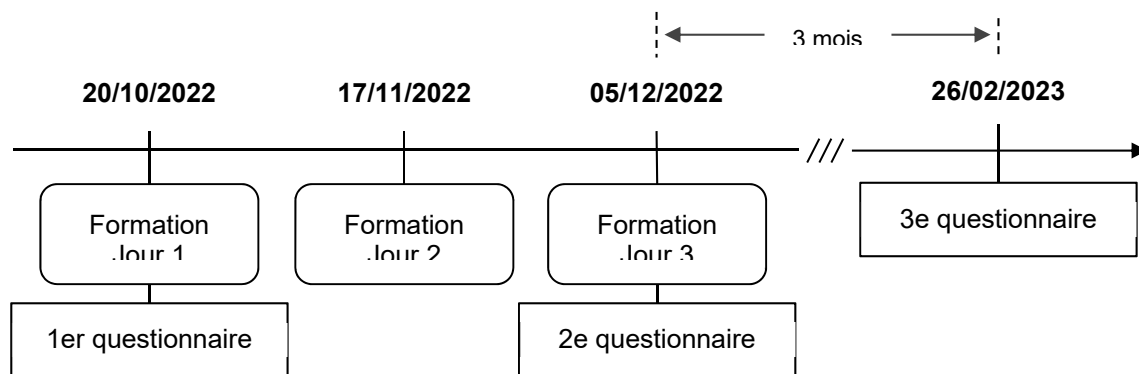


Figure 4 : Chronologie montrant les jours de formation et la diffusion des questionnaires de climat motivationnel

Afin de limiter le biais d'analyse, une anonymisation des questionnaires a été effectuée. Chaque participant s'est vu attribuer un nombre aléatoire à trois chiffres. Seule l'interne en charge de l'étude était en possession du tableau de correspondance reliant les numéros des participants et leurs noms. Pour éviter toute erreur pouvant conduire à une perte de données, il a été décidé que les participants n'aient pas à mémoriser ce chiffre, l'investigatrice principale devait donc distribuer les questionnaires directement avec le numéro attribué. Seule l'analyse a donc pu être faite en aveugle.

Cette procédure a permis de réaliser des analyses appariées.

L'étude statistique a été réalisée en utilisant le logiciel BiostatTGV, et les graphiques ont été produits en utilisant le logiciel Excel. En raison du très petit effectif, il était prévu d'utiliser le test de Wilcoxon pour données appariées, la répartition normale des données ne pouvant être garantie. Le seuil de significativité a été fixé à 5%, soit $p < 0,05$.

D- Objectif secondaire : attentes des participants

Le recueil des attentes des participants a été réalisé en deux temps.

Un premier questionnaire contenant uniquement des questions ouvertes (annexe 5) a été envoyé par e-mail le 6 juin 2022 par la formatrice Suzanne Stock aux participants inscrits. Le recueil des réponses s'est poursuivi jusqu'au début de la formation, par retour d'e-mail à la formatrice.

Ces échanges ont été transmis à l'investigatrice a posteriori, une fois le consentement écrit des participants obtenu. A noter que parmi les retours obtenus, ceux des personnes s'étant finalement désistées de la formation ont été écartés lors de l'analyse des données.

Un second recueil des attentes a été réalisé le matin du premier jour de la formation, sous la forme d'un tour de table oral avec prise de note par l'investigatrice et les deux formateurs.

Pour maintenir la confidentialité pré-requise par la formation, il n'y a pas eu d'enregistrement audio réalisé.

Une analyse qualitative des données a ensuite été réalisée, en utilisant le logiciel Excel.

E- Objectif secondaire : satisfaction des participants

La satisfaction des participants a été recueillie via un questionnaire envoyé par e-mail aux participants à la fin de la dernière journée de la formation par Suzanne Stock. Ce questionnaire, sous format Gform, correspond au questionnaire classique utilisé par la société AMNEO pour chaque formation (annexe 6). Il répond à la norme Qualiopi (garantie attestée par des organismes d'accréditation validés par le COFRAC, en lien avec un référentiel national de qualité). Ce questionnaire comporte des questions établies selon une échelle de Likert à 4 modalités, ainsi que quelques questions ouvertes.

Les questionnaires étaient remplis de manière anonyme.

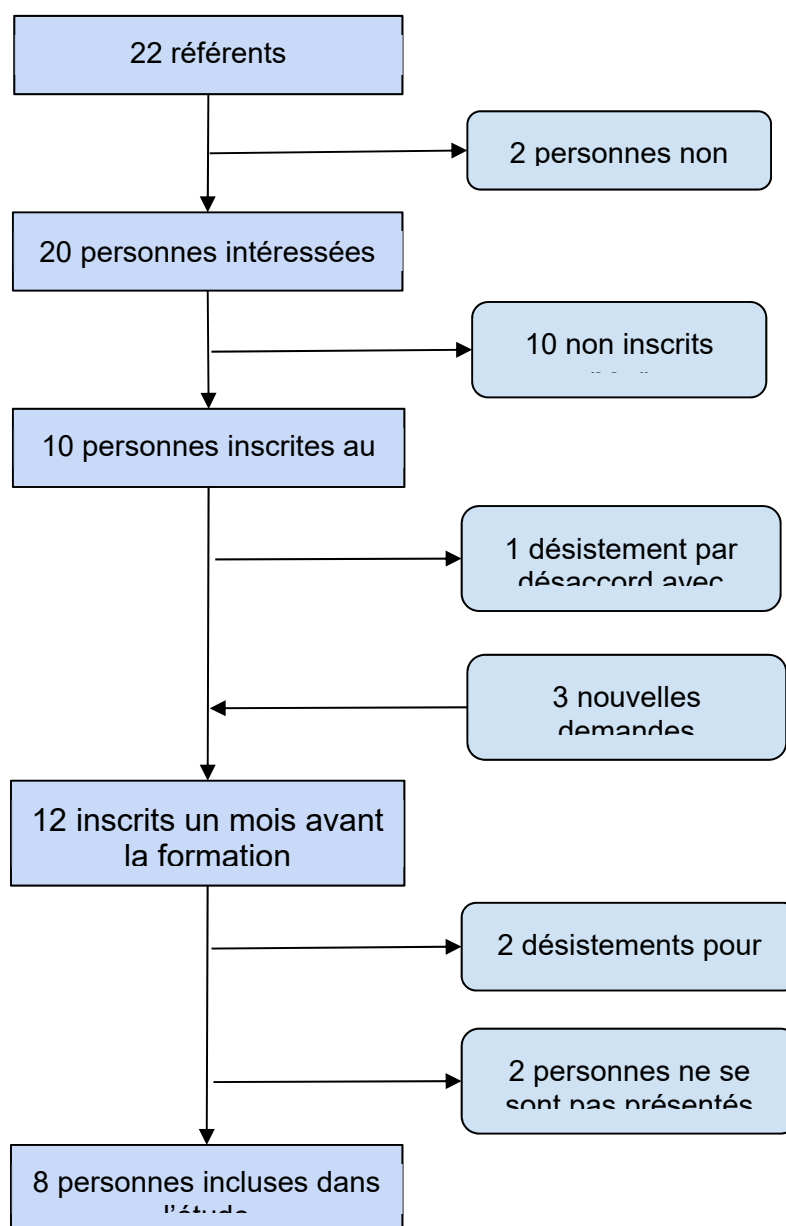
Suzanne Stock s'est ensuite chargée du partage des données recueillies pour l'analyse de l'étude.

Les éléments évalués étaient :

- La satisfaction globale des participants (accueil, locaux, matériel, communication)
- Le déroulé de la formation (durée, formateurs, contenu)
- Ce que les participants ont particulièrement apprécié, et leurs projets d'application sur leur lieu de travail.
- Les axes d'amélioration de la formation.
- La pertinence du choix d'étaler les deux jours et demi de formation sur six semaines.

III- Résultats

A- Flow chart des participants



(*) : désistement du fait du caractère privée des organisateurs (coaching)

Figure 5 : Diagramme de flux détaillant la période de recrutement des participants

Malgré un nombre suffisant de personnes intéressées par la formation, les incompatibilités d'agenda ont limité de façon importante le nombre d'inscriptions.

Le premier jour de formation, seuls huit participants étaient présents.

Tous les participants à la formation ont accepté de participer à l'étude et signé le recueil de consentement.

B- Résultats socio-démographiques

Le questionnaire anonyme distribué en début de formation a permis d'établir le profil des participants à la formation.

Cinq hommes et trois femmes ont participé à la formation, dont les âges étaient compris entre 30 et 41 ans, l'âge médian étant de 32 ans. Les médecins formés étaient donc en grande majorité en début de carrière.

En termes de spécialité, on note une surreprésentation des médecins urgentistes puisqu'ils étaient trois participants. Les autres spécialités représentées étaient la médecine infectieuse, la gastro-entérologie, la pédiatrie, la cardiologie et l'anesthésie-réanimation. En dehors d'un médecin anesthésiste, les spécialités chirurgicales n'étaient pas représentées.

Tous les participants ont déclaré être référents pédagogique de leur service, et seulement deux d'entre eux ont déclaré avoir déjà reçu une formation à la pédagogie médicale par le passé ("formation en simulation médicale" et "Generic Instructor Course").

Il est intéressant à noter que, bien que travaillant dans le même hôpital, les participants ne se connaissaient pas tous les uns les autres, et plusieurs personnes ont d'ailleurs mentionné ne connaître aucun des collègues présents à la formation.

Caractéristiques de la population (n = 8)		
Genre	Homme	5
	Femme	3
	Autre	0
Âge	30-35 ans	7
	Plus de 35 ans	1
Spécialité médicale	Médecine d'urgence	3
	Gastro-entérologie	1
	Médecine infectieuse et tropicale	1
	Cardiologie	1
	Pédiatrie	1
	Anesthésie-réanimation	1
Réfèrent pédagogique	Oui	8
	Non	0
Formation antérieure à la pédagogie médicale	Oui	2
	Non	6

Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques des participants

C- Objectif primaire : étude de l'évolution du climat motivationnel

Pour analyser les résultats de l'objectif primaire, il était initialement prévu d'utiliser le test de Wilcoxon pour données appariées, en utilisant un seuil de significativité de 5%.

Hors, compte tenu de la taille de l'échantillon plus faible que prévu (n = 8), ces tests de significativité ne semblent plus pertinents. Il nous a paru plus opportun lors de l'analyse d'observer l'évolution de la moyenne des scores des participants.

Les tests statistiques ont cependant été réalisés et ont été inclus dans les résultats. Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que ces résultats doivent être interprétés avec précaution.

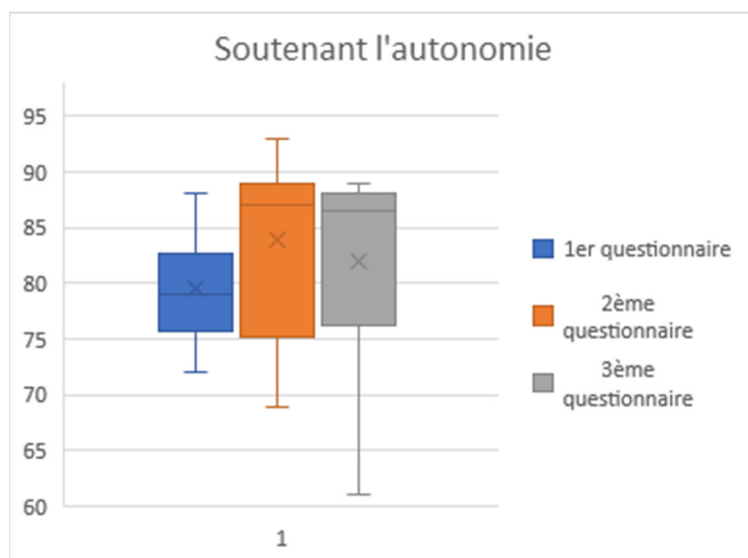
1- Comportements soutenant l'autonomie

Concernant le score soutenant l'autonomie, notre hypothèse était que le score obtenu par les participants après la formation serait en augmentation par rapport à celui obtenu en amont.

La moyenne était de 79,5/98 pour le premier questionnaire réalisé avant la formation et 83,9/98 lors de la mesure intermédiaire, ce qui fait une **augmentation de 5,53%**. Trois mois après la fin de la formation, la moyenne était à 82/98, soit une **augmentation de 3,14%**.

Le test de Wilcoxon pour données appariées n'a pas retrouvé de différence statistique significative entre la première mesure et les deuxième et troisième mesures (respectivement $p=0,21$ et $p=0,40$).

Ces résultats sont donc très modestes et ne peuvent pas permettre de conclure.



*Figure 6 : Comparaison des scores soutenant l'autonomie avant, au milieu et après formation
(x = moyenne, barre = médiane)*

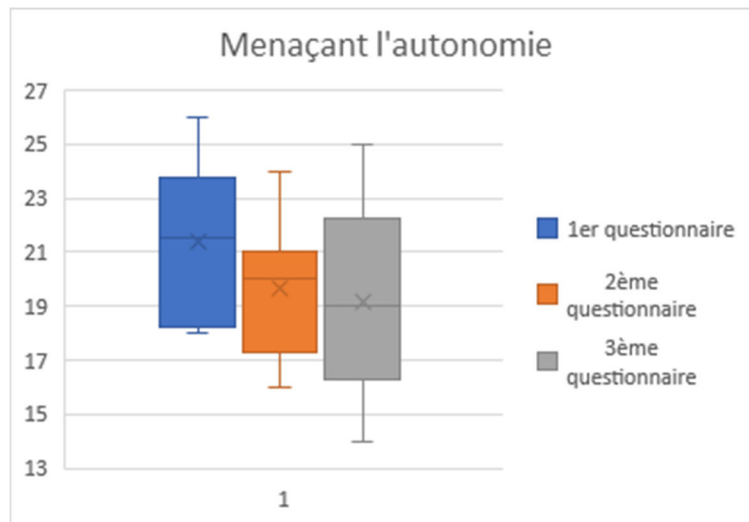
2- Comportements menaçant l'autonomie

Pour les éléments du questionnaire évaluant les comportements menaçant l'autonomie, notre hypothèse était que le score obtenu par les participants après la formation serait en diminution à celui retrouvé en amont.

La moyenne obtenue en début de formation était de 21,4/70 et la moyenne lors de la mesure intermédiaire à 19,6/70, ce qui fait une **diminution de 8,41%**. Trois mois après la formation, la moyenne est à 19,1/70, soit une **diminution de 10,74%**.

Le test de Wilcoxon pour données appariées retrouve une différence significative entre la première mesure et la deuxième mesure ($p=0,040$), et une différence non significative mais relativement proche entre la première et la troisième mesure ($p=0,074$).

Ces chiffres, bien qu'ils restent modestes, semblent dessiner une tendance encourageante, qui reste à confirmer sur un échantillon plus large.



*Figure 7 : Comparaison des scores menaçant l'autonomie avant, au milieu et après formation.
(x = moyenne, barre = médiane)*

D- Objectif secondaire : attentes des participants

Les attentes ont été recueillies par mail envoyés aux participants plusieurs mois avant la formation par Suzanne Stock, la formatrice. Seulement six des huit participants ont répondu à ce mail. Ces données ont été complétées oralement par un tour de table des huit participants réalisé le matin du premier jour de formation.

1- Attentes générales

A la question "Quelles sont vos attentes par rapport à cette formation?", cinq thèmes principaux se sont dégagés des réponses :

1. Apprendre à **mieux communiquer** avec ses étudiants :
 - "Apprendre à transmettre une information pour qu'elle soit comprise et intégrée sans froisser la personne"
 - "Savoir être constructif dans l'analyse de leur travail"
2. En savoir plus sur les **notions de pédagogie médicale** :

- “Connaître les spécificités de la pédagogie médicale par rapport aux autres professions”
 - “Améliorer mes compétences en pédagogie pour optimiser la formation théorique et pratique des étudiants”
3. Savoir comment **accompagner au mieux** les étudiants:
- “Leur permettre d’acquérir une autonomie”
 - “Les aider à trouver leur place”
 - “Leur permettre une progression en toute confiance”
 - “Apprendre à cibler les attentes des internes”
4. Acquérir des **notions de psychologie** :
- “Préciser la psychologie des internes et les différences générationnelles”
 - “Comment reconnaître certains profils d’internes pour adapter ma façon d’être”
5. Générer des conséquences bénéfiques sur leurs **conditions de travail** :
- “Améliorer le fonctionnement du service”
 - “Les intégrer dans des projets de recherche clinique”

2- Le sens du mot “mentor”

A la question “**Être mentor, que cela signifie-t-il pour vous?**”, cinq mots clés sont ressortis :

1. **Enseignement** : “compagnonnage”, “encadrement”, “englobe le savoir-être avec le savoir-faire”
2. **Guide** : “Leur donner les clés pour avancer dans leurs questionnements et leurs difficultés”, “savoir guider et orienter sans être directif”, “apprendre aux internes à se défendre, à dire non, à gérer les conflits”
3. **Partage** : “savoir susciter l’intérêt”, “partager un peu de notre “passion””
4. **Relation** : “écoute”, “personne de confiance”, “respecter ses choix”

Quatres personnes ont déclaré avoir un mentor ou une relation modélisante avec un référent. Une personne a répondu avoir plus ou moins ce type de relation, et une personne a déclaré ne pas avoir de mentor, avec pour raisons “ne jamais avoir eu l’occasion”.

Les personnes ayant un mentor ont décrit une “relation amicale et professionnelle évoluant depuis de nombreuses années”, “une sorte de “modèle” médical”, et une relation fondée sur “le respect, l’émulation et la confiance mutuelle”.

3- L'utilité du mentorat

A la question "**Qu'est-ce qu'un bon mentor selon vous?**", quatre mots sont principalement revenus :

1. **Enseignement** : "encadrement", "fixer et atteindre des objectifs"
2. **Écoute** : "échange régulier", "disponibilité", "place pour la discussion"
3. **Encouragement** : "quelqu'un qui puisse être un "moteur""
4. **Confiance** : "placement juste", "laisser évoluer selon sa personnalité et son vécu l'étudiant tout en l'encadrant et le sécurisant", "mettre de côté l'aspect hiérarchique"

A la question "**A quoi reconnaissez-vous que la relation avec le mentoré est au bon endroit ?**", les deux principales notions qui sont ressortis sont :

1. **La relation de confiance** : "une place pour chacun", "relation de confiance permettant à l'étudiant de s'épanouir en partageant ses difficultés avec le mentor"
2. **La progression mutuelle** : "impression de progression du mentoré", "impression de progression du mentor"

Concernant la clôture de la relation mentor/mentoré, trois personnes ont dit ne pas savoir comment clôturer la relation, deux personnes ont évoqué une fin de relation sous la forme de projets ou d'ouverture pour la suite, et une personne a répondu que "la relation n'est jamais réellement clôturée".

4- Les difficultés du mentorat

A la question "**Quelle est selon vous votre plus grande difficulté pour être un mentor en plus de votre statut actuel ?**", les réponses étaient orientés ainsi :

- Sensation de **manque de légitimité** :
 - "Manque d'expérience"
 - "Risque de mal accompagner l'étudiant"
 - "Je ne me considère pour le moment pas encore "mentor"
- Fixer un **cadre** de travail :
 - "Donner un cadre de travail"
 - "Respecter le cadre de travail"
- Y accorder du **temps** suffisant :
 - "Manque de temps"
 - "Temps disponible"

- Avoir une **capacité d'adaptation** suffisante :
 - “Accompagner l'évolution de l'étudiant”
 - “Adaptation à la personne en face”
 - “Différences entre les générations”
 - “Difficulté à identifier les problématiques du mentoré”

La question suivante demandait les **besoins** des participants pour se sentir à l'aise dans la posture d'un mentor. Les réponses tournaient essentiellement autour des **notions de communication** :

- “Conseils pour être “proche” tout en restant “professionnel” et à notre place”
- “Mieux savoir appréhender les jeunes générations en terme de communication, d'attentes et d'objectifs”
- “Outils pour encadrer les profils différents sur le plan de l'autonomie, sans qu'ils le ressentent comme une faiblesse et que ça n'entraîne des difficultés de relation entre internes et dans leur image de soi”

Pour finir, la formatrice a demandé aux participants les solutions concrètes qui peuvent parfois être difficiles à gérer pour eux en tant que mentor.

- **Non-respect du cadre** par l'étudiant :
 - “Apprendre à poser les limites et les tenir, et comment gérer les réactions négatives en face”
 - “Interne qui ne respecte pas les procédures”
 - “Procrastination et dédain pour l'apprentissage de la part du mentoré”
- **Etudiant en difficulté** :
 - “élève en échec mais qui n'a pas conscience de ses difficultés”
 - “Réussir à dire “ça ne va pas”, et en même temps “on va t'aider, ça va aller””
- **Problèmes relationnels** :
 - “difficultés de communication avec l'étudiant”
 - “manque de confiance”
 - “manque d'investissement dans une relation”
- Sensation de **manque de légitimité** :
 - “impression de n'avoir rien à apporter au mentoré”
 - “pas encore d'expérience”

E- Objectif secondaire : étude du questionnaire de satisfaction des participants

Le soir même de la formation, un questionnaire de satisfaction a été envoyé aux participants de la formation par mail par la formatrice Suzanne Stock. Malgré plusieurs relances, seulement six des huit participants ont répondu à ce questionnaire.

1- Données quantitatives

a- Satisfaction globale

Les participants ont été globalement satisfaits de la formation, avec cinq personnes répondant “tout à fait” et une personne “satisfaisant”.

Quatre personnes ont répondu “tout à fait” sur le fait que les objectifs de la formation étaient précisément identifiés en début de formation, les deux autres ayant répondu “satisfaisant”.

Le contenu de la formation a “tout à fait” répondu à leurs attentes pour trois d’entre eux, et de manière “satisfaisante” pour les trois autres.

Les connaissances personnelles ont été “tout à fait” prises en compte pour cinq participants, et de manière “satisfaisante” pour une personne.

La durée de la formation était jugée “tout à fait” adaptée pour trois participants, et “satisfaisante” pour les trois autres.



Figure 8.1



Figure 8.2

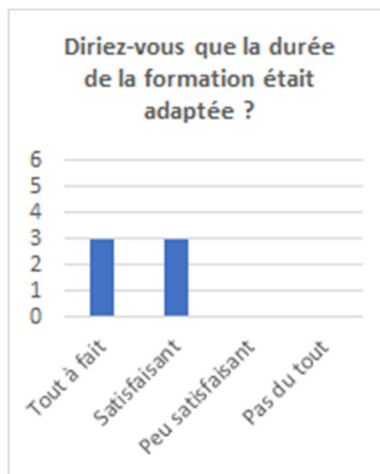


Figure 8.3

Figure 8.1 à 8.3 : satisfaction des participants

b- Locaux et supports pédagogiques

Les locaux étaient évalués comme “tout à fait” agréables par la totalité des participants, et “tout à fait” fonctionnels et pratiques par cinq d’entre eux (une personne les ayant trouvé “satisfaisant”).

Le matériel et les équipements étaient jugés comme “tout à fait” suffisants pour trois participants, “satisfaisant” pour les trois autres.

Cinq participants étaient “tout à fait” satisfaits des supports pédagogiques remis, et un participant s’est dit satisfait. Une remarque a été laissée en lien avec cette question, d’ordre logistique “Afficher le powerpoint derrière les intervenants si possible”, ce que l’agencement de la salle de formation ne permettait pas sur le moment.

c- Relations avec les formateurs

La totalité des participants ont jugé les formateurs “tout à fait” à l’écoute.

Cinq personnes ont estimé leurs explications “tout à fait” claires, une personne les ayant trouvées “satisfaisantes”.

A la question “Le formateur maîtrisait-il selon vous son sujet ?”, cinq personnes ont répondu “tout à fait”, une personne a répondu être satisfaite.

Cinq personnes se sont dites “tout à fait” satisfaites des contacts et relations avec les formateurs, tandis qu’une personne s’est dite satisfaite.

d- Période d’intersession

Plusieurs questions étaient destinés à étudier si la période entre chaque journée de formation était bénéfique (28 jours entre le premier et le deuxième jour, et 18 jours entre le deuxième et le troisième jour).

A la question “Pendant la période en intersession, votre N+1 vous a-t-il soutenu dans la mise en œuvre de vos expérimentations ?”, une personne a répondu “tout à fait”, quatre personnes de manière “satisfaisante”, et une personne “pas du tout”.

Cette période de mise en pratique a “tout à fait” permis de mieux s’approprier les outils, concepts et postures pour quatre participants, et de manière “satisfaisante” pour deux participants.

Enfin, à la question “Cette intersession de formation vous a permis de réfléchir davantage sur vos acquisitions, sur les difficultés résiduelles et ainsi de mieux bénéficier des apprentissages en session 2 ou 3”, trois personnes ont répondu “tout à fait”, et trois personnes “satisfaisant”.



Figure 9.1

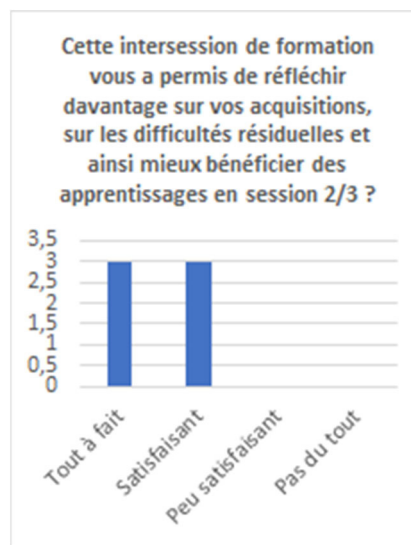


Figure 9.2

Figure 9.1 et 9.2 : réponses aux questions sur la période d’intersession

2- Données qualitatives

a- Ce que les participants ont apprécié

A la question ouverte “Qu’avez-vous particulièrement apprécié ?”, les participants ont mis en avant les points suivants :

- **L’attention portée à leurs attentes** et la volonté d’y répondre correctement :
 - “l’adaptation du contenu par rapport à nos attentes et nos pratiques”
 - “l’adaptation des thèmes abordés aux souhaits formulés”

- **L’ambiance bienveillante** au sein du groupe :
 - “climat de confiance au sein du groupe”
 - “j’ai également beaucoup apprécié le groupe, qui nous a permis de nous sentir à l’aise pour nous exprimer sans jugement”
 - “une formation sous le signe de la bienveillance, sentiment éprouvé à chaque session”

- **L'aspect pratique** des enseignements :
 - “méthode pour la vie de tous les jours”
 - “toutes les clefs fournies pour améliorer mes capacités de communication”
 - “j’ai beaucoup apprécié également tous les exemples fournis par les formateurs et les mises en situation”

b- La mise en application

A la question “quels points allez-vous mettre en œuvre dès demain?”, les réponses portaient sur deux axes principaux :

- Mise en place d’un **cadre à la relation** avec les internes :
 - “Améliorer la définition du contrat et les attentes mutuelles interpersonnelles”
 - “Mettre en place un rétroplanning de concertation et de mise au point, instauré un espace de temps dédié régulier pour confronter les problèmes”
 - “Les techniques de cadrage et de recadrage”

- Les différentes **techniques de communication** évoquées :
 - “les techniques de debriefing”
 - “comment aborder un sujet difficile avec un mentoré”
 - “techniques de communication et gestion de ses émotions avant un entretien/discussion”
 - “relativiser dans une situation de communication difficile et essayer de trouver des solutions”

c- Les axes d’amélioration de la formation

Concernant les axes d’amélioration de la formation, les participants en ont relevé plusieurs :

- Au sujet des **ressources pédagogiques** : “indiquer les sources”, “conseils de lecture complémentaire pour pousser la réflexion”
- Des **sujets n’ont pas pu être abordé** : “aborder les relations intergénérationnelles, comprendre les codes de communication pour mieux aborder les incompréhensions et mé-communication”
- Plusieurs participants ont mentionné le **temps limité** de la formation : “l’ensemble des axes mais il aurait fallu plus de temps”, “il pourrait être envisagé une 4ème session dans quelques mois”, “on aurait aimé que ça continue”

F- Les retours “à chaud” des participants et formateurs

A la fin du dernier jour de formation, un tour de table final a été organisé pour produire un premier bilan de la formation. Les propos des participants ont été pris en note et analysés.

- Les participants ont apprécié **la forme** de la formation :
 - Trois personnes ont parlé de la bonne complémentarité du duo de formateurs : **“Très bon duo”**
 - Ils mettent en avant une “bonne mise en confiance” et salué la “construction du groupe”
 - Une personne a apprécié que le lieu soit en dehors de l'hôpital
 - Une personne a parlé d'une “bonne progression sur les trois jours”

- Ils ont mis en avant que la **formation était très riche sur le plan théorique**
 - “Pleins d'outils très utiles”
 - “C'est surtout sur la communication que j'ai appris pleins de trucs à appliquer au quotidien”
 - “On a toutes les bases et outils pour mieux communiquer dans la vie pro et perso”

- Également **riche sur le plan émotionnel** :
 - “ La formation nous fait grandir sur le plan du savoir être avec nos internes”
 - “Je retiens la définition de nos ressentis et émotions, c'est le point majeur à prendre en considération auprès des internes”
 - “ça nous amène à l'émotion, on n'a pas l'habitude, ça a été difficile à gérer au début. C'est la particularité de cette formation”

- Mais **le cadre du mentorat ne leur a pas semblé adapté** :
 - “Le cadre du mentorat est trop rigide et peu applicable”
 - “Doute sur les possibilités de mise en pratique des théories enseignés, à voir”
 - “Le mentorat n'est pas applicable dans le contexte d'un stage d'internat”
 - Les arguments mis en évidence étaient la temporalité trop courte des stages d'internat (six mois) et la position difficile des “mentors” qui ont également un rôle de supervision et de formation, car ils sont les supérieurs hiérarchiques des internes

- Une proposition du groupe est ressortie pour aller plus loin :

- “Ce serait bien de faire un **groupe de pairs à distance** entre nous pour rediscuter de la théorie et de la mise en pratique”

Ce fut ensuite au tour des **deux formateurs** de réaliser un premier bilan.

Après avoir remercié le groupe et affirmé avoir “**pris beaucoup de plaisir** à animer cette formation”, ils ont expliqué que l'idée de base était de réaliser une formation au management et à la communication, mais devant la connotation négative de ces termes, ils ont estimé que l'axe du mentorat permettrait d'attirer plus de participants. Les participants ont suggéré des idées d'intitulé plus adapté, comme “la pédagogie dans le milieu médical”, ou encore “la communication bienveillante dans le milieu médical”.

Ils ont ensuite apporté quelques éléments de réponse aux remarques des participants sur le mentorat :

- “On vous a donné ce qui se fait de mieux en terme de mentorat, à vous d'utiliser ces outils à votre guise”
- “Si vous acceptez d'être mentor, la relation va au delà du stage”
- “Il y aura peut-être une seule personne dans votre vie qui vous demandera d'être son mentor, mais le jour où elle le fera vous serez là”

IV- Discussion

A- Principaux résultats

1- Sur le recrutement

La formation pouvait initialement accueillir vingt participants en deux sessions. Faute d'inscriptions ce chiffre a été réduit à douze sur une seule session. Finalement, seules huit personnes ont participé à la formation, la grande majorité des personnes initialement intéressées ne se sont pas inscrites en raison d'incompatibilité d'agenda.

2- Sur l'objectif primaire

Concernant l'objectif primaire, nous avons retrouvé une diminution intéressante des comportements menaçant l'autonomie de 10,74% entre le début et trois mois après la formation. Cette variation tend d'ailleurs à s'accroître sur le long terme puisque la différence était de 8,41% en fin de formation. Les tests statistiques, bien qu'à prendre avec précaution compte tenu du très faible effectif, montre une significativité de cette différence ($p=0,040$).

L'évolution des comportements soutenant l'autonomie est moins visible, avec une augmentation de 5,53% entre le début et la fin de la formation, et de 3,14% trois mois après la formation.

Pour rappel, notre hypothèse de travail était que la formation au mentorat améliore les compétences relationnelles des médecins à court et moyen terme. Notre étude ne nous permet pas de conclure sur la validité ou non de l'hypothèse, mais nous observons néanmoins une tendance allant dans le sens de notre hypothèse. Des études plus solides avec un échantillon plus large sont nécessaires pour confirmer cette tendance.

3- Sur les objectifs secondaires

Les attentes des participants étaient les suivantes :

- Mieux communiquer avec les internes grâce à des outils de communication et des notions de psychologie adaptés
- Connaître des notions de pédagogie médicale
- Accompagner au mieux les internes dans leur apprentissage et leur travail
- Savoir gérer les situations difficiles avec les internes : étudiant en difficulté ou ne respectant pas le cadre du stage

Le niveau de satisfaction était bon pour l'essentiel des points évalués :

- Une prise en compte et des réponses adaptées aux attentes des participants
- Dans un cadre adapté
- Avec des formateurs à l'écoute, maîtrisant leur sujet et fournissant des explications claires
- Un rythme des sessions adapté avec des périodes d'intersession permettant un temps de mise en application et de mieux bénéficier des apprentissages des sessions suivantes.
- Les points que les participants comptaient mettre en application étaient les techniques de communication et le cadre de relation avec les internes

Il est à noter que les participants ont exprimé oralement à la fin de la formation que **le cadre du mentorat présenté ne leur semblait pas adapté au système français** des stages d'internat. Ils ont estimé la temporalité semestrielle des stages trop courte pour mettre en place une relation mentorale, et ont émis comme frein majeur la problématique d'être à la fois le mentor et l'encadrant/supérieur hiérarchique des internes.

B- Forces et limites de l'étude

1- Forces de l'étude

Notre volonté en réalisant cette étude, et ce qui en fait sa principale force, était de produire une connaissance nouvelle sur un **sujet innovant en France**. L'innovation se retrouve dans plusieurs aspects de cette étude.

Tout d'abord, le thème du mentorat, qui est très développé et étudié à l'étranger, est peu connu en France. Nous avons pu retrouver quelques articles français provenant de sciences humaines comme la sociologie, mais aucun concernant le mentorat dans le milieu médical. Cette étude a permis de décrire le concept et son utilisation à l'étranger, mais également d'avoir des premiers retours de médecins hospitaliers français sur le mentorat.

Ensuite, l'idée de réaliser une formation visant à améliorer les compétences relationnelles des praticiens hospitaliers grâce à la **transdisciplinarité**, en faisant appel à des coachs professionnels, est également innovante. Habituellement, ces compétences sont transmises au sein même du milieu médical, entre pairs, avec peu d'ouverture aux autres milieux. La transdisciplinarité a permis d'apporter aux participants une vision de la communication et une méthode d'enseignement différente de ce à quoi ils sont habitués, ce qui a été apprécié. A

notre connaissance, il n'existe pas d'autres initiatives de ce type ayant été décrites dans la littérature.

Cette étude est également **innovante de par sa méthodologie**. Nous avons fait le choix d'une étude mixant des données quantitatives et qualitatives pour tenter de décrire au mieux l'expérimentation. Il existait en effet déjà plusieurs études qualitatives réalisées à Lyon autour des formations prodiguées par le CLGE, et nous souhaitons nous différencier et apporter un point de vue différent.

Enfin, malgré les nombreuses limites, cette étude a permis de montrer une diminution intéressante des comportements perçus comme nuisibles à la motivation des étudiants selon la théorie de l'auto-détermination.

2- Limites de l'étude

La limite la plus importante de cette étude est le **très faible nombre de participants**. Malgré un nombre de médecins initialement intéressé par la formation conséquent (une vingtaine), seulement huit personnes se sont présentées le jour de la formation. La grande majorité des désistements concernent des incompatibilités d'agenda, liées à la difficulté pour les médecins hospitaliers de se libérer de leurs obligations de service, bien que les formations entrent dans le cadre de leur poste et sont financées par le centre hospitalier.

Parmi les **freins** identifiés pouvant expliquer ce manque de participation, on peut citer le problème de déficit d'effectif des médecins hospitaliers, rendant compliqué pour eux de s'absenter de leur service durant 2 jours et demi. De plus, la formation s'est déroulée pendant l'automne 2022 alors qu'une triple épidémie covid, grippe et bronchiolite étaient en cours, mettant les effectifs des services hospitaliers sous tension (51). Ce facteur a pu expliquer certains désistements.

Enfin, une personne s'est désistée de la formation après avoir appris que celle-ci était réalisée par un organisme privé.

Ce faible nombre de participants a été mal anticipé dans l'élaboration de l'étude, et la méthodologie choisie n'était pas adaptée pour un si petit groupe. A ce problème s'ajoute un biais lié aux **perdus de vue** pour les objectifs secondaires, puisqu'il manque deux réponses aux questionnaires des attentes et de satisfaction.

Cette étude a également été victime d'un **biais de sélection** important, puisque l'inscription à la formation se faisait sur la base du volontariat. La population de médecins ainsi recrutée n'était donc pas représentative de la population cible, car au vu des nombreux freins relevés

dans le paragraphe précédent, seuls les plus motivés ont finalement assisté à la formation. Nous pouvons faire l'hypothèse que les médecins recrutés sont ceux ayant déjà une certaine volonté de bien faire leur travail d'enseignant et sont donc prédisposés à être de bons pédagogues. Ainsi, il est possible que les scores de climat motivationnel obtenus en début de formation étaient déjà très bons et meilleurs que ceux de la population cible. Les chances de montrer une variation significative de ces scores étaient donc possiblement réduites.

Une autre limite de ce travail est le **biais de mesure**, puisque l'objectif primaire a été mesuré par des auto-questionnaires remplis par les participants lors de la formation, il existe donc un biais de subjectivité majeur. De même, la satisfaction des participants, évaluée par un questionnaire transmis directement par la formatrice, a pu être sur-estimée pour ne pas vexer les formateurs.

C- Comparaison à la littérature

1- Concernant l'objectif primaire de la formation et le choix de l'échelle d'évaluation

En raison de ses biais et en particulier du trop faible effectif, cette étude ne permet pas de conclure à une efficacité de cette formation sur les compétences relationnelles des maîtres de stage hospitaliers. Cependant, des études similaires réalisées aux Etats-Unis ont montré des résultats concluants.

Une étude californienne (52) s'est attachée à évaluer un programme de formation au mentorat, dont les participants provenaient du milieu de la recherche. Ce programme était conçu sous la forme de séminaires d'une demi-journée mensuelle durant 5 mois, soit le même nombre d'heures que d'heures de formation dans notre étude mais plus étalées dans le temps. Un sondage envoyé aux participants avant et après la formation a mis en évidence une augmentation significative de leur niveau de confiance dans leurs compétences de mentor. Cette étude a été renouvelée trois ans plus tard (53) afin d'évaluer les effets à long terme de la formation. Les participants déclaraient alors toujours un niveau de confiance élevé en leurs compétences de mentor et rapportaient en majorité que cette responsabilité jouait un rôle significativement positif dans la satisfaction de leur carrière.

Une autre étude randomisée américaine (54) a montré que le groupe de mentor ayant participé à une formation de 8h sur le mentorat avait de meilleurs résultats à l'échelle Mentoring Competency Assessment (MCA), que le groupe contrôle n'y ayant pas participé.

Concernant le choix de l'échelle d'évaluation, nous avons eu beaucoup de difficultés à trouver un questionnaire dont les questions nous semblaient adaptées au contexte. Nous avons finalement choisi le questionnaire du climat motivationnel car nous le trouvions le plus pertinent, bien qu'il soit peu étayé dans la littérature (55) (56).

Concernant le questionnaire du climat motivationnel utilisé, nous n'avons pas retrouvé d'autres études utilisant cette échelle permettant de comparer les résultats. Une méta-analyse des outils d'évaluation du mentorat en médecine (57) publiée en 2020 révélait que la plupart des outils échouaient à prendre en compte la nature évolutive du mentorat, ne fournissant que de simples instantanés du processus.

Une échelle a cependant bénéficié d'études plus solides de validation : La Mentoring Competency Assessment (MCA) (58). Initialement validée en 2013 (59), elle fut retravaillée et validée sur un échantillon de plus grande échelle en 2022 (60). Il s'agit d'un outil de 26 items (diminué à 21 suite à la revalidation de 2022) utilisant une échelle de type Likert comme celle utilisée dans le questionnaire du climat motivationnel. Cette échelle n'a cependant jamais bénéficié d'une traduction validée en français.

2- Concernant l'analyse des attentes des médecins

Notre analyse des attentes des participants met en avant principalement le souhait d'apprendre à mieux communiquer avec les étudiants et à gérer les étudiants en difficulté ou ne respectant pas les règles du service.

Notre recherche bibliographique a mis en évidence plusieurs articles relatant le manque de connaissances et de préparation ressenties des étudiants et des médecins amenés à encadrer des étudiants. Plusieurs auteurs arrivent à la conclusion que ce type d'enseignement est à généraliser et la plupart recommandent même que cela devienne une formation obligatoire enseignée tout au long du cursus d'études médicales (2). Selon les articles, cela est mentionné comme des formations au management (61) (62), à la pédagogie médicale (63) (64), à la communication ou au mentorat. Cependant, en analysant le contenu des recommandations nous remarquons que ces dernières concernent souvent les mêmes notions : émettre et planifier des objectifs, élaborer des retours constructifs, leadership et résolution de conflits.

Ces sujets sont nouveaux pour les médecins, qui comprennent cependant bien leur intérêt. Il est donc pertinent dans ce cadre d'apporter des notions de sciences sociales. De plus, des études (62) ont montré que les compétences des médecins cadres en matière de leadership ont une influence sur le bien-être des médecins qu'ils dirigent.

Quant à la gestion des étudiants en difficulté dans le raisonnement clinique, qui représentent selon les études 10 à 15% des étudiants, une étude canadienne (65) a montré que les médecins enseignants étaient souvent motivés pour aider ces étudiants en difficulté, mais qu'ils émettaient de sincères doutes quant à l'efficacité de leurs démarches pédagogiques.

3- Concernant l'analyse de la satisfaction de la formation

Notre étude a montré un taux de satisfaction immédiatement après la formation très satisfaisant. Un taux de satisfaction similaire a été observé dans la thèse (66) qui évaluait la formation "Prendre sa juste place d'interne", animée par les deux mêmes formateurs que pour notre formation.

Un an après la formation "Être mentor dans les études médicales", la satisfaction est toujours importante selon Dr Romain Bricca, médecin instigateur de la formation, contacté durant la rédaction de cette thèse.

Celui-ci rapporte que les 8 participants à la formation se sont retrouvés au cours d'un moment convivial pour faire un bilan six mois après la formation. Tous les participants se seraient déclarés très satisfaits des enseignements transmis, la formation les aurait aidé dans leur relationnel avec les étudiants, la gestion de conflit et la posture à adopter. Le bilan collectif à long terme transmis par le Dr Bricca est donc très positif.

Pour ce dernier, l'une des principales forces de cette formation réside dans le fait qu'elle était animée par des personnes ne travaillant pas dans le milieu de la santé et partageant leurs savoirs et expériences personnelles sur des notions de communication, selon un format d'échange transdisciplinaire et non de manière descendante. Dr Bricca a également grandement apprécié les mises en situation, jeux de rôle et tour de parole réalisés les deuxième et troisième jours, permettant à chacun d'exprimer ses émotions et difficultés, donnant du sens à la théorie enseignée.

Pour ce qui est des points négatifs, et toujours selon Dr Bricca, aucun des participants n'a pu mettre en place un programme de mentorat au sein de leur service six mois après la formation, confirmant que le cadre du mentorat n'est selon eux pas approprié au contexte d'un stage hospitalier nécessitant une supervision de l'interne.

Cette limite a également été décrite dans un article explorant la pratique du mentorat en soins primaires en Grande-Bretagne (28) il y est mentionné que le mentoring peut être difficile si le mentor est en position de sénior, et d'autant plus s'il est impliqué dans le futur du cursus professionnel du mentoré.

D- Perspectives d'avenir

Depuis la formation réalisée entre octobre et décembre 2022, plusieurs autres initiatives visant à mieux former les médecins à la pédagogie ont été mises en place à Lyon.

En novembre 2022, les Hospices Civils Lyonnais (HCL) ont annoncé le recrutement du Dr Donata Marra, médecin psychiatre et autrice du *Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé*, publié en 2018. Sa mission au sein des HCL est de développer des actions pour améliorer la qualité de vie des étudiants des HCL : via des interventions sur le sujet de la santé mentale auprès des étudiants en médecine du premier au troisième cycle, mais également via des formations à destination des personnes encadrant les étudiants. L'approche réalisée au cours de ces formations se veut transdisciplinaire et s'appuie en partie sur les sciences humaines et sociales. L'objectif est de réaliser de la prévention primaire en santé mentale tout en valorisant le bien-être au travail.

Ces interventions réalisées par Dr Marra s'adressent dans un premier temps aux médecins, mais toutes les personnes amenées à encadrer des étudiants en stage sont invitées à participer. Elles sont dispensées gratuitement sur les différents sites des HCL et dans les établissements hospitaliers à proximité, comme les centres hospitaliers de Vienne, Givors, Bourg-en-Bresse, Villefranche-sur-Saône...

Les interventions se déroulent selon trois temporalités d'action :

- Courte :
 - Réalisation en 2023 d'une tournée d'interventions brèves d'une heure en présentiel sur l'ensemble des sites des HCL, de 12h45 à 14h, sur le thème "Accompagner les étudiants en santé dans leur formation. Séminaire sur la qualité de vie des étudiants en santé".
 - Projet d'un programme de visioconférence sur des thèmes de prévention de la santé mentale des étudiants, au rythme d'une soirée par semestre.
 - Déplacement possible sur les différents sites de la subdivision lyonnaise sur demande des centres hospitaliers, déjà réalisés sur les sites de Bourg-en-Bresse, Villefranche-sur-Saône et Vienne.
- Moyenne :
 - Séminaire d'une journée à la faculté de médecine de Lyon "Apprendre à apprendre : accompagner les étudiants en santé dans la réussite de leur projet professionnel", en partenariat avec le Comité de Coordination des Etudes Médicales (CCEM). Une première édition de ce séminaire ouvert aux personnels des HCL, de l'enseignement supérieur et aux représentants d'étudiants a eu lieu en mai 2023. Le séminaire était prévu pour soixante

personnes et il fut rapidement complet. Devant la forte demande, ce type de séminaire sera renouvelé plusieurs fois par an.

- Longue :
 - Ouverture à partir de la rentrée 2024/2025 d'un Diplôme Universitaire "Apprendre à apprendre : réussite et bien-être des étudiants" (67), placé sous la responsabilité du Dr Donata Marra et du Pr Martine Wallon.

Ces interventions n'ont pas encore bénéficié d'évaluation. La population touchée étant beaucoup plus large, des études plus complètes permettraient de mieux en démontrer les effets. Une évaluation de niveau 4 selon le modèle de Kirkpatrick, observant l'évolution des comportements des enseignants en interrogeant les étudiants en stage pourrait être intéressante. Une étude d'impact de ces interventions sur le bien-être des étudiants et des encadrants pourrait également être réalisée.

Un autre type d'action en dehors des formations pourrait être intéressant, et évoqué rapidement dans notre étude : la mise en place de communauté de pratique, aussi appelée groupes d'échanges de pratique, entre médecins enseignants (68). Il s'agit de groupes de cliniciens enseignants se réunissant régulièrement pour partager leurs expériences et échanger sur leurs difficultés avec leurs étudiants.

Ce concept bien connu au Canada commence à se développer ailleurs, avec notamment à Lyon la mise en place de groupes d'échanges de pratiques entre tuteurs de médecine générale, pour discuter de leurs pratiques pédagogiques et de leurs difficultés.

Cette demande de groupe dédiés aux enseignants est également mentionnée dans une thèse (69) interrogeant les tuteurs de médecine générale niçois. Ceux-ci ont majoritairement affirmé vouloir participer à des réunions entre tuteurs pour notamment rompre leur sensation d'isolement et mieux s'approprier les outils pédagogiques du tutorat.

Ce type de groupes d'échange pourrait être expérimenté dans le milieu hospitalier parmi les référents pédagogiques des différents services d'un même hôpital.

V- Conclusion

Nous avons pu démontrer qu'il existe une demande grandissante de formation à la pédagogie au sein du cursus médical français, formulée à la fois par les médecins et par les institutions politiques. Cette demande s'inscrit dans le désir de rendre les études médicales plus bienveillantes, notamment en améliorant les compétences relationnelles et communicationnelles des personnes encadrant les étudiants. Le mentorat, encore très mal connu en France mais très fréquent à l'international, est l'axe de formation qui a été choisi dans le cadre de notre expérimentation.

Malgré des résultats mitigés, cette étude a permis de mettre en avant plusieurs éléments intéressants.

Cette formation proposée aux médecins sur la base du volontariat n'a pas réussi à réunir l'effectif attendu. Le frein à la participation principalement avancé étant les incompatibilités d'agenda, nous pouvons déduire que le format de deux journées et demie n'était pas adapté. Il est aussi possible que le terme de mentor n'est pas déclenché chez les participants un intérêt suffisant, peut-être par méconnaissance de ce terme.

Du fait notamment du très petit échantillon, cette étude n'a pas permis d'apporter des éléments concluants concernant l'effet de cette formation sur les compétences relationnelles des médecins. Nous avons pu néanmoins observer une tendance à l'atténuation des comportements pouvant nuire à la motivation des étudiants. Cette tendance est néanmoins à confirmer sur une population plus large.

Les participants ont en majorité été très satisfaits de la formation, et ont principalement apprécié les notions théoriques et pratiques de communication. Ils ont cependant remis en cause le cadre du mentorat, qui leur a paru difficilement applicable dans le système actuel des études médicales.

Nous recommandons donc à l'avenir de privilégier le thème de la communication dans le cadre des formations à destination des maîtres de stage, qui semble plus attractif et répondant mieux aux besoins.

Bibliographie

1. Légifrance [Internet]. 2017 [cité 21 août 2023]. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000034508240
2. Nendaz M. Apprentissage entre pairs : enseigner aux étudiants en médecine à enseigner. *Pédagogie Médicale*. 2023;24(2):129-133.
3. Wenlock RD, Bath MF, Bashford T, Kohler K, Hutchinson PJ. The global variation of medical student engagement in teaching: Implications for medical electives. *PLOS ONE*. 24 févr 2020;15(2):e0229338.
4. Whalley L. Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins. 2015;
5. Université Claude Bernard Lyon 1 [Internet]. Offre de formations : DU Pédagogie Médicale. Disponible sur: <https://offre-de-formations.univ-lyon1.fr/parcours-728/pedagogie-medicale.html>
6. Wakrim S, Lahlou L, Chakiri R, Bouskraoui M. Motivation à enseigner : enquête auprès des participants du diplôme inter-universitaire en pédagogie médicale de la Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech: Motivation to teach: a survey of the participants of the Inter-University Diploma in medical education at the Faculty of Medicine and Pharmacy of Marrakech. *Pédagogie Médicale*. oct 2022;23(4):193-203.
7. DMG Rennes. Le SASPAS en pédagogie au DMG de Rennes [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://dmg-rennes.fr/uploads/dd8319f29710672bf5e11f54812294d247630051.pdf>
8. CNGE Formation. CNGE Formation. 2008 [cité 1 janv 2024]. Le parcours pédagogique des MSU. Disponible sur: https://www.cnge-formation.fr/le_parcours_pedagogique_des_msu
9. Florine B. Formation pédagogique auprès des maitres de stage hospitalier encadrant des internes de médecine générale, intérêt et ressentis des maitres de stage d'après 14 entretiens semi-dirigés. :93.
10. Dillinger F. Quelles sont les attentes des internes de médecine générale concernant une formation à la pédagogie durant leur cursus ? Une étude pour étayer l'analyse de besoins [Thèse d'exercice]. Rennes 1; 2021.
11. Lorin J. Représentations et attentes des maîtres de stage des universités en matière de formation à la pédagogie: étude qualitative à partir de 14 entretiens semi-dirigés de MSU lyonnais [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013.
12. Hernandez-Lee J, Pieroway A. Mentorat pour les médecins de famille en début de carrière: Le Comité sur les cinq premières années de pratique de la médecine familiale et le CMFC ont-ils un rôle à jouer à cet égard ? *Can Fam Physician*. 1 nov 2018;64(11):e509-11.
13. Mclean M, Cilliers F, M. Van Wyk J. Développement professoral : hier, aujourd'hui et demain *Guide AMEE n°36*. *Pédagogie Médicale*. août 2014;15(3):183-237.
14. Pelaccia T. Comment (mieux) superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche ? *De Boeck Supérieur*. 2018. 388 p.

(Guides pratiques).

15. Maury M, Taourel P. Les médecins ont aussi leurs maux à dire. érès. 2019. 280 p. (Questions de société).
16. Desailly-Chanson MA, Siahmed H. IGAS - Inspection Générale des Affaires Sociales. 2016. Etablissements de santé Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/Etablissements-de-sante-Risques-psychosociaux-des-personnels-medicaux.html>
17. ISNAR-IMG, ANEMF, ISNI. Enquête santé mentale jeunes médecins [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/ESMJM_Dossier_de_presse.pdf
18. ISNAR-IMG, ANEMF, ISNI. Dossier de presse - Dépression, burn-out, humiliation et harcèlement : La santé mentale des futurs médecins en danger ! [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/DP-Sante-mentale2021-int.pdf>
19. Marra D. Rapport sur la Qualité de vie des étudiants en santé. 2018.
20. Véran O, Vidal F. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. 2021 [cité 22 août 2023]. « Tolérance zéro, engagement total » : Olivier Véran et Frédérique Vidal rappellent leur mobilisation face à la maltraitance et au harcèlement des étudiants en santé. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/tolerance-zero-engagement-total-olivier-veran-et-frederique-vidal-rappellent-leur-mobilisation-face-46854>
21. CNGE. Collège National des Généralistes Enseignants. 2021 [cité 22 août 2023]. La charte des maîtres de stage universitaires (MSU). Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_s tage_universitaires_msu/
22. Arrêté du 22 décembre 2021 fixant les objectifs pédagogiques de la formation à l'accueil, à l'encadrement et à l'évaluation d'un étudiant de deuxième ou de troisième cycle des études de médecine pour l'agrément des praticiens maîtres de stage des universités - Légifrance [Internet]. [cité 22 août 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044554464>
23. Propositions de la conférence des DG : Lutte contre le malaise des internes et des étudiant(e)s [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.dg-chru.fr/wp-content/uploads/2021/04/00_Propositions_V2.pdf
24. Dahan M, Wiitkar F. La qualité de vie des étudiants en santé (QVES) [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://igas.gouv.fr/La-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante-QVES.html>
25. Brouet MÈ. Prendre soin des étudiants en santé : quels moyens aux HCL ? TONIC, le magazine interne des hospices civils de Lyon. avr 2023;(193):2-3.
26. Mentorat Québec [Internet]. Le mentorat : définition et origine. Disponible sur: <https://mentoratquebec.org/definition-mentorat/>
27. Sambunjak D, Straus SE, Marušić A. Mentoring in Academic Medicine A Systematic Review. JAMA. 6 sept 2006;296(9):1103-15.
28. MacLeod S. The challenge of providing mentorship in primary care. Postgrad Med J. 1

mai 2007;83(979):317-9.

29. Halayem S, Cheikhrouhou S, Zgueb Y, Fekih-Romdhane F, Damak R, Wissal C, et al. Similitudes et divergences entre tutorat et mentorat dans les études médicales. *Tunis Médicale*. mai 2021;99(5):506-10.
30. CUMG. DES de médecine générale LYON : Guide du tutorat 2022-2023 [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://lyon-est.univ-lyon1.fr/formation/medecine/3eme-cycle/des-medecine-generale/tutorat>
31. Gurnani B, Kaur K, Bhandari S, Gireesh P, Sisodia P. Mentor-mentee relationship in ophthalmology - Following the footsteps of stalwarts. *Indian J Ophthalmol*. sept 2022;70(9):3416-8.
32. Sheri K, Too JYJ, Chuah SEL, Toh YP, Mason S, Radha Krishna LK. A scoping review of mentor training programs in medicine between 1990 and 2017. *Med Educ Online*. 1 janv 2019;24(1):155-435.
33. Kashiwagi DT, Varkey P, Cook DA. Mentoring Programs for Physicians in Academic Medicine: A Systematic Review. *Acad Med*. juill 2013;88(7):1029.
34. Côté L, Deschênes D, Hudon É, Galarneau S, Bolduc G. Le nouveau programme formel de mentorat du Collège québécois des médecins de famille. *Can Fam Physician*. 1 nov 2019;65(11):e475-80.
35. Straus SE, Chatur F, Taylor M. Issues in the Mentor–Mentee Relationship in Academic Medicine: A Qualitative Study. *Acad Med*. janv 2009;84(1):135.
36. Collège québécois des médecins de famille [Internet]. Perspective mentors-es. Disponible sur: <https://www.cqmf.qc.ca/soutien-a-la-pratique/mentorat/mentore/>
37. Amneo. Formation Prendre sa juste place d'interne [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.amneo-potentiels.com/wp-content/uploads/2022/12/Prendre-sa-juste-place-dinterne-en-medecine-1.pdf>
38. Alonso C. Développer les compétences psychosociales des étudiants en médecine: évaluation d'une formation-action destinée aux internes de premier semestre de la subdivision de Lyon [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]; 2022 [cité 14 nov 2023]. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m6sq9066>
39. Amneo. Formation Etre mentor dans l'univers médical [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.amneo-potentiels.com/wp-content/uploads/2022/12/Etre-Mentor-dans-lunivers-medical.pdf>
40. Amneo - Conseil en Management [Internet]. [cité 5 janv 2024]. Amneo - Conseil en Management. Disponible sur: <https://www.amneo-potentiels.com/>
41. Charte nationale du mentorat entrepreneurial Etat - AFIME [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.af-ime.fr/wp-content/uploads/2017/03/Charte-du-mentorat-entrepreneurial.pdf>
42. Ammiar B, Kohneh-Chahri O. Outil 15. Le triangle de Karpman. In: *La boîte à outils du coaching* [Internet]. Paris: Dunod; 2019 [cité 8 oct 2023]. p. 58-61. (BàO La Boîte à Outils; vol. 3e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-du-coaching--9782100791408-p-58.htm>
43. Gros P. Pouvoir et Responsabilité : quand le burn-out émane de l'organisation elle-même [Internet]. *Growinup*. 2019 [cité 8 oct 2023]. Disponible sur:

<https://growinup.be/bpr/>

44. Kirkpatrick Partners, LLC. [Internet]. [cité 6 oct 2023]. The Kirkpatrick Model. Disponible sur: <https://www.kirkpatrickpartners.com/the-kirkpatrick-model/>
45. Crevier-Braud L, Forest J, Gagné M. Mieux comprendre la motivation au travail [Internet]. 2009 [cité 7 oct 2023]. Disponible sur: <https://carrefourrh.org/ressources/revue-rh/archives/mieux-comprendre-la-motivation-au-travail>
46. Sarrazin P, Tessier D, Trouilloud D. Climat motivationnel instauré par l'enseignant et implication des élèves en classe : l'état des recherches. *Rev Fr Pédagogie Rech En Éducation*. 1 déc 2006;(157):147-77.
47. Forest J, Mageau G. La motivation au travail selon la théorie de l'autodétermination. *Psychol Qué* [Internet]. sept 2008;25(05). Disponible sur: http://www.mapageweb.umontreal.ca/mageaug/articles/forest_mageau_2008_dissemination%20paper.pdf
48. Heutte J. La théorie des besoins psychologiques de base : clarifier les sources du climat motivationnel (Deci & Ryan, 2002, 2008) [Internet]. 2011 [cité 7 oct 2023]. Disponible sur: <http://jean.heutte.free.fr/spip.php?article160>
49. Forest J, Dagenais-Desmarais V, Crevier-Braud L, Bergeron É, Girouard S. Le lien entre la santé mentale et la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale. *Gestion*. 2010;35(3):20-6.
50. Chevrier B, Lannegrand L. Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale (BPNSFS) : validation de l'adaptation française auprès d'étudiants de première année. *Psychol Fr*. 1 sept 2021;66(3):289-301.
51. Saura C. Bulletin Santé Publique France pour la région Auvergne Rhône-Alpes. Covid-19, grippe et bronchiolite : bilan des épidémies 2022-2023 [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/index.php/media/115728/download?inline>
52. Feldman MD, Huang L, Guglielmo BJ, Jordan R, Kahn J, Creasman JM, et al. Training the Next Generation of Research Mentors: The University of California, San Francisco, Clinical & Translational Science Institute Mentor Development Program. *Clin Transl Sci*. juin 2009;2(3):216-21.
53. Feldman MD, Steinauer JE, Khalili M, Huang L, Kahn JS, Lee KA, et al. A Mentor Development Program for Clinical Translational Science Faculty Leads to Sustained, Improved Confidence in Mentoring Skills. *Clin Transl Sci*. août 2012;5(4):362-7.
54. Pfund C, House SC, Asquith P, Fleming MF, Buhr KA, Burnham EL, et al. Training Mentors of Clinical and Translational Research Scholars: A Randomized Controlled Trial. *Acad Med*. mai 2014;89(5):774.
55. Iglesias García M, Maulana R, Fernández-García CM, García-Pérez O. Teacher as Social Context (TASC) Questionnaire in the Spanish Setting: Teacher Version. *Psicol Educ*. 1 nov 2019;26:000-000.
56. Tessier D, Sarrazin P, Ntoumanis N. The Effect of an Intervention to Improve Newly Qualified Teachers' Interpersonal Style, Students Motivation and Psychological Need Satisfaction in Sport-Based Physical Education. *Contemp Educ Psychol*. 1 oct 2010;35:242-53.

57. Ng YX, Koh ZYK, Yap HW, Tay KT, Tan XH, Ong YT, et al. Assessing mentoring: A scoping review of mentoring assessment tools in internal medicine between 1990 and 2019. PLOS ONE. 8 mai 2020;15(5):e0232511.
58. Mentoring Competency Assessment (MCA) - University of Wisconsin-Madison [Internet]. [cité 7 janv 2024]. Disponible sur: https://uwmadison.co1.qualtrics.com/jfe/form/SV_5jMT4fhemifK01n
59. Fleming M, House S, Hanson VS, Yu L, Garbutt J, McGee R, et al. The Mentoring Competency Assessment: Validation of a New Instrument to Evaluate Skills of Research Mentors. Acad Med. juill 2013;88(7):1002-8.
60. Hyun SH, Rogers JG, House SC, Sorkness CA, Pfund C. Revalidation of the Mentoring Competency Assessment to evaluate skills of research mentors: The MCA-21. J Clin Transl Sci. janv 2022;6(1):e46.
61. Rotenstein LS, Huckman RS, Cassel CK. Making Doctors Effective Managers and Leaders: A Matter of Health and Well-Being. Acad Med. mai 2021;96(5):652.
62. Botbol R, Truong MK, Schmid T. Stratégies pour améliorer la satisfaction professionnelle et le bien-être du médecin en 2018. Rev Médicale Suisse. 2018;14(620):1690-4.
63. Cohen A, Steinert Y, Ruano Cea E. Teaching Medical Students to Teach: A Narrative Review and Literature-Informed Recommendations for Student-as-Teacher Curricula. Acad Med. juin 2022;97(6):909-22.
64. Dory V, Audétat MC. « Ils sont carrément incurables » : comment les métaphores des cliniciens enseignants révèlent leur malaise dans la gestion des difficultés de raisonnement clinique de leurs internes. Pédagogie Médicale. mai 2013;14(2):83-97.
65. Audétat MC, Faguy A, Jacques A, Blais JG, Charlin B. Étude exploratoire des perceptions et pratiques de médecins cliniciens enseignants engagés dans une démarche de diagnostic et de remédiation des lacunes du raisonnement clinique. Pédagogie Médicale. 1 févr 2011;12:7-16.
66. Alonso C. Développer les compétences psychosociales des étudiants en médecine: évaluation d'une formation-action destinée aux internes de premier semestre de la subdivision de Lyon [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]; 2022 [cité 15 nov 2023]. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m6sq9066>
67. Marra D, Wallon M. DU Apprendre à apprendre : réussite et bien être des étudiants [Internet]. 2023 [cité 5 nov 2023]. Disponible sur: <https://offre-de-formations.univ-lyon1.fr/parcours-1740/apprendre-a-apprendre--reussite-et-bien-etre-des-etudiants.html>
68. Savard I, Côté L. Optimiser le potentiel d'une communauté de pratique auprès de professionnels en santé : des clés de succès. Pédagogie Médicale. 2021;22(1):43-52.
69. Bouffard Lépine LD de thèse Université C d'Azur (Nice, soutenance 2020-) Organisme de soutenance Université Côte d'Azur Faculté de médecine Organisme de. Vécu du tutorat par les tuteurs du département d'enseignement et de recherche de médecine générale de Nice [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]; 2021 [cité 18 nov 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03543177>

Annexes

ANNEXE 1 : Programme de la formation AMNEO “Être mentor dans l’univers médical

amneō

PROGRAMME DE FORMATION

Être MENTOR dans l’univers médical



Le mentorat est une relation professionnelle entre 2 personnes qui souhaitent avancer ensemble, en s’inspirant du parcours de celui qui a l’expérience et en se nourrissant des échanges mutuels.

Le mentorat est un puissant levier de développement professionnel et personnel aux bénéfices mutuelles.

Le mentorat est particulièrement précieux dans les situations suivantes :

- développement personnel et professionnel
- intégration lors d’une prise de poste
- élargissement de compétences
- gestion de la relève
- réduction du turnover
- transmission intergénérationnelle
- ...

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

Comprendre son rôle de mentor et trouver sa juste posture pour pouvoir accompagner sainement un mentoré/interne dans son développement professionnel

APPROCHE PEDAGOGIQUE

Animation interactive avec alternance d’apports théoriques & d’expérimentations

PROGRAMME sur 2,5 jours :

Recueillir les attentes des apprenants en tout début de formation

Jour 1 & 2 :

1 – Exploration du mentorat :

- Définir le mentorat comme l'action de transfert des compétences et de l'expérience
- Différencier le mentorat d'autres modèles d'accompagnement que sont le coaching, le tutorat, le parrainage
- Mettre en lumière les enjeux et les bénéfices pour le mentor, le mentoré, le service, la structure
- Poser les bases déontologique et éthique du mentorat

2 – Savoir transmettre ses compétences et son expérience :

- Les clés de succès de la pédagogie pour adulte (notion de sens, de confiance, d'alliance)
- Les étapes clés du mentorat
- La notion de contrat mutuel d'accompagnement Mentor/Mentoré : le cadre, les modalités d'interaction, les besoins des 2 parties, les compétences à acquérir ou à renforcer (métier, savoir être)
- Le plan de progression personnalisé

3 – Développer votre posture et les qualités du mentor :

- La stabilité émotionnelle
- La capacité à recadrer positivement et donner des feed-backs apprenants
- La communication en vérité et bienveillante
- La notion d'intégrité et d'alignement personnelle

Synthèse : Plan d'actions individualisé

Demi-journée

1 – Retour d'expérience et compléments sur les apports des jours 1 et 2 de formation

2 – Apports complémentaires en fonction des besoins des membres du groupe

3 – Training et ancrage des apprentissages

Clôture : Rebouclage avec les attentes individuelles de chacun

Synthèse de la formation et tour de table sur plan d'actions de chacun

Pour chaque objectif, il y aura des temps d'apports pédagogiques et des mises en situation

ANNEXE 2 : Lettre d'information remise aux participants



LETTRE D'INFORMATION POUR PARTICIPATION À UNE RECHERCHE

TITRE DE LA RECHERCHE : Evaluation de l'effet de la formation "Être mentor dans les études médicales" sur le climat motivationnel instauré par les Maîtres de Stage Hospitaliers

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche concernant l'évaluation d'une formation.

Cette lettre d'information détaille en quoi cette étude consiste.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations, pour réfléchir à votre participation, et pour demander au responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

BUT DE L'ÉTUDE : Évaluer de manière prospective l'effet de la formation « Être mentor dans les études médicales » sur le climat motivationnel instauré par les Maîtres de Stages Hospitaliers, analyser leurs attentes vis-à-vis de ce type de formation et évaluer leur satisfaction.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE :

Cette étude se réalisera en plusieurs temps de recueils de données :

- Un recueil rétrospectif de vos réponses au questionnaire de Suzanne Stock, qui vous a été envoyé par mail en juin 2022 sera réalisé, si vous l'acceptez
- Le matin du 1er jour de la formation (20/10/2022), nous vous demanderons de remplir deux questionnaires papier distincts : l'un visant à recueillir des données sociodémographiques (âge, genre, fonction, formation antérieure à la pédagogie), l'autre étant le questionnaire de climat motivationnel.
- Le matin du dernier jour de la formation (05/12/2022), nous vous demanderons de remplir à nouveau le même questionnaire évaluant le climat motivationnel.
- A distance de la formation (entre 1 et 3 mois plus tard), nous vous demanderons de remplir une troisième et dernière fois le questionnaire évaluant le climat motivationnel.
- Nous recueillerons également les réponses au questionnaire de satisfaction qui vous sera transmis par Suzanne Stock par email en fin de formation.

Votre anonymat sera garanti par un numéro qui vous sera attribué aléatoirement au début de la formation et qui restera le même durant la période d'évaluation. Seule l'étudiante menant l'étude, Vanina ARIGAULT, aura en sa possession le tableau de correspondance avec vos identités, et ceci afin de limiter les erreurs d'attribution. Elle se chargera d'anonymiser vos questionnaires remplis en version papier, vous n'aurez donc pas à retenir votre numéro d'identification.

RISQUES POTENTIELS (effets indésirables possibles) : aucun.

FRAIS FINANCIERS

Votre collaboration à ce protocole de recherche n'entraînera pas de participation financière de votre part.

ANNEXE 3 : Questionnaire pour recueil des données socio-démographiques

Evaluation de la formation "Être mentor dans les études médicales" Questionnaire n°2 : recueil de données socio-démographiques des participant.e.s

Quel est votre âge :

Quel est votre genre : Homme / Femme / Autre

Êtes-vous référent.e pédagogique de votre service ? OUI / NON

Avez-vous déjà suivi une formation relative à la pédagogie dans les études médicales, et si oui laquelle ?

.....
.....

ANNEXE 4 : Questionnaire du climat motivationnel en stage modifié

A l'aide de l'échelle de 1 à 7 ci-dessous, indiquez la réponse qui vous correspond
Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, mettez vraiment ce que vous pensez.

En stage...	Jamais	Rarement	Parfois	1 fois sur 2	Souvent	La plupart du temps	Toujours
1. ... je propose des choix et des options aux étudiant·e·s	1	2	3	4	5	6	7
2. ... les explications/consignes que je donne aux étudiant·e·s sont claires et détaillées	1	2	3	4	5	6	7
3. ... il m'arrive de menacer les étudiant·e·s de sanction quand ils ne veulent pas réaliser les tâches demandées	1	2	3	4	5	6	7
4. ... je suis proche de mes étudiant·e·s	1	2	3	4	5	6	7
5. ... il m'arrive de mal expliciter ce que j'attends des étudiant·e·s	1	2	3	4	5	6	7
6. ... il m'arrive de ne pas apprécier les étudiant·e·s	1	2	3	4	5	6	7
7. ... j'encourage mes étudiant·e·s à donner leur avis à propos de ce que je leur enseigne	1	2	3	4	5	6	7
8. ... je donne des conseils adaptés aux difficultés de mes étudiant·e·s	1	2	3	4	5	6	7
9. ... il m'arrive de perdre patience quand les étudiant·e·s ne comprennent pas	1	2	3	4	5	6	7
10. ... il m'arrive de ne pas faire de retours constructifs à mes étudiant·e·s	1	2	3	4	5	6	7
11. ... je me soucie du bien-être de mes étudiant·e·s	1	2	3	4	5	6	7

12. ... il m'arrive de me moquer des étudiant·e·s	1	2	3	4	5	6	7
13. ... je tiens compte des envies et intérêts de mes étudiant·e·s	1	2	3	4	5	6	7
14. ... je différencie mon enseignement pour tenir compte de l'hétérogénéité de mes étudiant·e·s	1	2	3	4	5	6	7
15. ... il m'arrive d'être « contrôlant » avec les étudiant·e·s	1	2	3	4	5	6	7
16. ... je suis chaleureux(se) avec mes étudiant·e·s	1	2	3	4	5	6	7
17. ... il m'arrive de parler aux étudiant·e·s de façon sèche voire agressive	1	2	3	4	5	6	7
18. ... j'écoute les propositions de mes étudiant·e·s concernant la manière dont ils veulent faire les choses	1	2	3	4	5	6	7
19. ... je fais des retours constructifs pour aider mes étudiant·e·s à progresser	1	2	3	4	5	6	7
20. ... j'apprécie le temps passé avec mes étudiant·e·s	1	2	3	4	5	6	7
21. ... il m'arrive de crier sur les étudiant·e·s	1	2	3	4	5	6	7
22. ... j'explique à mes étudiant·e·s pourquoi ce que je leur enseigne est important	1	2	3	4	5	6	7
23. ... je valorise mes étudiant·e·s quand ils progressent	1	2	3	4	5	6	7
24. ... je suis distant avec les étudiant·e·s	1	2	3	4	5	6	7

Pour calculer le climat motivationnel soutenant les besoins :

- Style – Soutien : 1 ; 7 ; 13 ; 18 ; 22
- Style – Structure : 2 ; 8 ; 14 ; 19 ; 23
- Style – Implication : 4 ; 11 ; 16 ; 20

Pour calculer le climat motivationnel menaçant les besoins :

- Style – Contrôlant : 3 ; 9 ; 15 ; 24
- Style – Chaos : 5 ; 10
- Style – Hostilité : 6 ; 12 ; 17 ; 21

ANNEXE 5 : Questionnaire recueillant les attentes des participants, envoyé par email par Suzanne Stock, formatrice.

« Bonjour à tous,

Je suis ravie de pouvoir animer, cette fin d'année, la formation « Être mentor dans l'univers médical » - Programme en fichier joint.

Afin de préparer au mieux cette formation, ce serait très utile que vous puissiez me répondre par un mail m'étant uniquement adressé (pour garantir la confidentialité) sur les quelques

questions suivantes (Répondez spontanément, directement dans le corps du mail, toutes vos réponses seront intéressantes pour nous) :

L'attendu : Quelles sont vos attentes par rapport à cette formation ?

Le Sens :

- 1- Être Mentor, que cela signifie -t-il pour vous?
- 2- Avez-vous vous-même un mentor, ou une relation modélisante avec un référent ?
 - 2bis - Si oui : comment vivez-vous la relation ?
 - 2ter : Si non : pourquoi ?

L'utilité :

- 1- Qu'est-ce qu'un bon mentor selon vous?
- 2- A quoi reconnaissez-vous que la relation avec le mentee est au bon endroit ?
- 3- Comment clôturez-vous la relation mentor/mentee?

Les difficultés :

- 1- Quelle est selon vous votre plus grande difficulté pour être un Mentor en plus de votre statut actuel ?
- 2- De quoi avez-vous besoin pour être à l'aise dans la posture d'un Mentor ?
- 3 – Qu'est ce qui pourrait vous mettre mal à l'aise ? Quelles sont les situations concrètes qui peuvent, parfois, être difficile pour vous en tant que Mentor ? (Lister simplement ces situations)

Merci infiniment pour vos retours précieux

Je reste à votre entière disposition si besoin ! »

ANNEXE 6 : Questionnaire de satisfaction envoyé aux participants

ÉVALUATION DE VOTRE FORMATION

vanina.arigault@gmail.com [Changer de compte](#)



Non partagé

* Indique une question obligatoire

A votre avis...

L'accueil était-il satisfaisant ? *

- Tout à fait
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas du tout

Le niveau d'information préalable à la formation a-t-il été satisfaisant ? *

- Tout à fait
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas du tout

Le niveau d'information sur l'offre de formation, ses délais d'accès et ses résultats, accessible via le site amneo-potentiels.com est-il satisfaisant ? *

- Tout à fait
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas du tout

Formation en présence du formateur

Locaux

Les locaux étaient-ils agréables ? Espace, propreté... ? *

- Tout à fait
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas du tout

Les locaux étaient-ils fonctionnels et pratiques ? *

- Tout à fait
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas du tout

Vos remarques pour améliorer nos services

Votre réponse

LE MATÉRIEL ET LES EQUIPEMENTS

Le matériel et les équipements étaient-ils suffisants ? *

- Tout à fait
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas du tout

Concernant les supports pédagogiques remis, êtes-vous satisfait ? *

- Tout à fait
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas du tout

Vos remarques pour améliorer nos services

Votre réponse

DÉROULEMENT DE LA FORMATION

Les objectifs de la formation ont-ils été précisément identifiés en début de formation ? *

- Tout à fait
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas du tout

Diriez-vous que le contenu de la formation correspondait à vos attentes ? *

- Tout à fait
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas du tout

Diriez-vous que la durée de la formation était adaptée ? *

- Tout à fait
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas du tout

Diriez-vous que la formation a pris en compte vos connaissances personnelles ? *

- Tout à fait
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas du tout

Les explications du formateur étaient-elles claires ? *

- Tout à fait
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas du tout

Le formateur était-il à votre écoute ? *

- Tout à fait
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas du tout

Le formateur maîtrisait-il selon vous son sujet ? *

- Tout à fait
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas du tout

Concernant les contacts et les relations avec le formateur, vous êtes plutôt satisfait ? *

- Tout à fait
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas du tout

SATISFACTION GLOBALE

Etes-vous globalement satisfait de la formation ? *

- Tout à fait
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas du tout

Qu'avez-vous particulièrement apprécié ? *

Votre réponse

Quels points allez-vous mettre en œuvre dès demain ? *

Votre réponse

Remarques : Axes d'amélioration de la formation Quels points auraient pu être davantage développés ?

Votre réponse

Votre progression pendant la formation a-t-elle été évaluée (Mises en situation pendant la formation, Questionnaire d'entrée en formation et questionnaire de sortie de formation) ? *

- Oui
- Non

Votre parcours de formation prévoyait-il une mise en œuvre en situation professionnelle ou personnelle entre 2 sessions de formation ? *

- Oui
- Non

PÉRIODE DE MISE EN ŒUVRE EN ENTREPRISE

Pendant cette période en intersession, votre N+1 vous a-t-il soutenu dans la mise en œuvre de vos expérimentations ? *

- Tout à fait
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas du tout

Cette période de mise en pratique vous a-t-elle permis de mieux vous approprier les outils, concepts, postures en question ? *

- Tout à fait
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas du tout

Cette intersession de formation vous a permis de réfléchir davantage sur vos acquisitions, sur les difficultés résiduelles et ainsi mieux bénéficier des apprentissages en session 2 ou 3 ? *

- Tout à fait
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas du tout

Vos remarques pour améliorer nos services

Votre réponse _____

Vanina ARIGAULT

Etude d'une formation au mentorat à destination des praticiens hospitaliers

RÉSUMÉ

Introduction : En France, alors que les médecins généralistes doivent obligatoirement suivre une formation à la pédagogie médicale pour pouvoir accueillir des étudiants, les médecins hospitaliers sont considérés comme directement apte à enseigner aux étudiants une fois leur diplôme obtenu. A l'international, la pratique du mentorat dans le cadre des études médicales est très répandue et a démontré ses effets bénéfiques. Cette méthode d'accompagnement est peu connue en France au profit du tutorat. En fin d'année 2022, la formation "Être mentor dans les études médicales" a été proposée aux praticiens du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône. Réalisée sur deux journées et demie, celle-ci était animée par deux coachs professionnels.

Méthode : L'objectif primaire de cette étude était de mesurer grâce à des auto-questionnaires l'impact de cette formation sur le climat motivationnel en stage instauré par les participants. Les objectifs secondaires étaient l'étude des attentes des participants et de leur satisfaction.

Résultats : Seulement 8 praticiens ont participé à la formation, pour un effectif attendu de 22. Une tendance positive a pu être observée avec une diminution de 10% des comportements nuisibles à la motivation des étudiants. Les participants souhaitaient être mieux formés en communication via des conseils pratiques. Les participants étaient en majorité très satisfaits par la formation.

Conclusion : Cette étude, du fait de son très petit échantillon, permet seulement d'observer une tendance et non de conclure sur l'effet de la formation. Une étude plus large est nécessaire pour confirmer cette hypothèse.

MOTS CLÉS :

mentor, mentorat, pédagogie médicale, médecins hospitaliers, stage

JURY

Président : Monsieur le Professeur Sébastien COURAUD

Membres : Monsieur le Professeur Christophe PIGACHE

Monsieur le Professeur Maxime DUCRET

Madame le Docteur Donata MARRA

DATE DE SOUTENANCE 13/02/2024