

## Exploration des leviers psychopédagogiques : compréhension qualitative des facteurs promouvant le bien-être chez les étudiants en médecine

### *Exploring psychoeducational levers: qualitative understanding of factors promoting well-being in medical students*

Alice SCHITTEK<sup>1</sup>, Hélène GIVRON<sup>2,3,\*</sup>, et Martin DESSEILLES<sup>2,3,4</sup>

<sup>1</sup> Institut de recherche en sciences psychologiques, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique

<sup>2</sup> Département de psychologie, Faculté de médecine, Université de Namur, Namur, Belgique

<sup>3</sup> Institut Transitions, Université de Namur, Namur, Belgique

<sup>4</sup> Clinique psychiatrique des Frères Alexiens, Château de Ruyff, Henri-Chapelle, Belgique

Manuscrit soumis à la rédaction le 12 mai 2023 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 27 septembre 2023 et le 4 mars 2024 ; accepté pour publication le 8 mars 2024

**Résumé - Contexte :** Cette étude a été réalisée à la suite d'une étude quantitative ayant montré les effets positifs d'une intervention psychopédagogique de quinze heures visant au bien-être d'étudiants en troisième année de médecine préclinique. **But :** Explorer ce qui, selon les étudiants, est à l'origine de ces effets positifs observés sur leur bien-être. **Méthodes :** Une analyse qualitative thématique a été réalisée sur 192 textes envoyés par 192 étudiants. **Résultats :** Le contenu qualitatif émanant des textes rejoint et clarifie les effets positifs observés lors de l'étude quantitative. Différents processus ont pu être identifiés comme étant potentiellement à l'origine de ces effets. Les facteurs influençant le bien-être des étudiants se regroupent en trois domaines : à un niveau intrapersonnel, la découverte du processus d'autorégulation, ainsi que le contenu et les outils appris par l'intervention ; à un niveau interpersonnel, le développement d'une culture de partage de vulnérabilités entre étudiants ; au niveau de l'environnement, les attitudes du formateur ainsi que le rythme et l'espace sûr de l'intervention semblent expliquer les effets positifs observés sur les étudiants. **Conclusion :** L'étude qualitative nous a permis d'aller un pas plus loin en identifiant, au sein des textes des étudiants, des processus potentiellement à l'origine des bénéfices identifiés de façon quantitative sur leur bien-être. Des études quantitatives ultérieures permettraient de tester de façon significative ces processus identifiés afin d'aider les pédagogues en santé à identifier les leviers permettant de veiller au bien-être de leurs étudiants.

**Mots-clés :** bien-être, santé mentale, étudiants en médecine, intervention psychopédagogique, autorégulation, vulnérabilités, attitudes

**Abstract. Context:** This study followed a quantitative study that showed the positive effects of a 15-hour psychoeducational intervention aimed at the wellbeing of 3rd year pre-clinical medical students. **Aim:** To explore what students believe to be the source of these observed positive effects on their wellbeing. **Methods:** A thematic qualitative analysis was conducted on 192 texts sent by 192 students. **Results:** The qualitative content of the texts is consistent with and clarifies the positive effects observed in the quantitative study. Different processes could be identified as potentially causing these effects. The factors influencing the students' wellbeing can be grouped into three areas: at an intrapersonal level, the discovery of the self-regulation process and the content and tools learned through the intervention; at an interpersonal level, the development of a culture of sharing vulnerabilities among students; at the environmental level, the trainer's attitudes and the pace and safe space of the intervention seem to explain the positive effects observed on the students. **Conclusion:** The qualitative study allowed us to go one step further by identifying, within the students' texts,

\*Correspondance et offprints : Hélène Givron, Département de psychologie, Faculté de médecine, Université de Namur, Rue de Bruxelles, 61 B-5000 Namur, Belgique. Téléphone : 00 32 081 72 41 59.

Mailto : [helene.givron@unamur.be](mailto:helene.givron@unamur.be)

processes that may be responsible for the benefits identified quantitatively on their wellbeing. Further quantitative studies would allow us to meaningfully test these identified processes in order to help health educators identify the levers to ensure the wellbeing of their students.

**Keywords:** wellbeing, mental health, medical students, psychoeducational intervention, self-regulation, vulnerabilities, attitudes

## Introduction

### Contexte et problématique

Le bien-être des étudiants est de plus en plus investigué en recherche, particulièrement depuis la pandémie de Covid-19. Des études menées pendant cette période soulignent à quel point le bien-être des étudiants a été compromis, notamment par une augmentation des taux de dépression, d'anxiété, des pensées suicidaires [1], du stress perçu [2], de consommation d'alcool, cannabis et tabac [3], de problèmes d'externalisation, de problèmes d'attention [4] et d'une diminution de comportements de santé, comme l'activité physique [2].

De plus, le fait d'être étudiant dans une filière médicale semble accentuer la prévalence des indicateurs de maladies tant somatiques que psychiques et ce, bien avant l'arrivée de la pandémie. La littérature souligne que lorsque les étudiants entreprennent des études médicales, leur bien-être diminue [5] et que ceci persisterait lors de l'entrée dans le monde professionnel [6]. Ce constat semble assez généralisable, puisqu'il a été observé dans différents pays [7].

Les solutions à envisager pour répondre à ce « mal-être » peuvent être d'ordre programmatique (mise en place d'un dispositif pédagogique outillant les étudiants) ou consister en une offre de soutien (mise en place d'un système de tutorat/mentorat, par exemple)

Cependant, bien que le bien-être diminue au cours des études et de l'entrée dans le monde professionnel, la demande d'aide n'augmente pas [6]. Les étudiants auraient plutôt tendance à n'informer personne de la faculté en cas de difficultés [8] et à cacher les problèmes vécus [9]. La tendance à cacher le mal-être pourrait être due à plusieurs facteurs, comme ne pas savoir à qui demander de l'aide, la peur que la demande d'aide ait des implications professionnelles (futurs), ou la stigmatisation liée au fait d'être un étudiant « malade » en filière médicale [10]. Cette tendance à ne pas demander de l'aide semble sous-tendue par une culture du « blâme » [11] présente dans le monde médical, selon laquelle il faudrait cacher ses difficultés et vulnérabilités.

La santé des praticiens est essentielle pour leur bien-être intrapersonnel, la relation avec leurs patients et le bon fonctionnement des établissements de santé. Lorsqu'un médecin n'est pas en bonne santé, cela peut perdurer à long terme tant pour des problématiques somatiques que psychiques et ceci influence sa performance au travail [12]. Les médecins en bonne santé prennent plus le temps de promouvoir des comportements de santé avec leurs

patients que les médecins en moins bonne santé [13]. En outre, parfois, ce n'est pas le traitement « pharmacologique » qui a un effet sur la santé du patient, mais le praticien lui-même [14], en fonction de la confiance instaurée entre le praticien et son patient : s'il n'y a pas un effort pour bien communiquer, la confiance ne suivra pas [15]. La confiance entre un praticien et son patient a des effets sur la santé de ce dernier, en augmentant la récupération, réduisant les rechutes et améliorant l'adhésion au traitement [16]. Cependant, la qualité de la communication et donc de la confiance établie est fonction de l'état de santé du médecin, l'épuisement professionnel diminuant la qualité de la communication des médecins avec leurs patients, la réponse aux besoins des patients et la communication avec d'autres professionnels [17]. La littérature souligne donc l'importance d'instaurer des réflexes de promotion de santé chez les praticiens et même chez les étudiants en filière médicale afin de prévenir le développement de problèmes de santé chez le médecin et, *in fine*, améliorer la qualité des soins.

### Dispositif pédagogique

Pendant l'année académique 2021–2022, un cours pratique de quinze heures a été créé à l'Université de Namur (Belgique) afin de travailler spécifiquement le bien-être des étudiants en médecine [18]. Trois grandes ressources ont été présentées aux étudiant·e·s : les ressources psychologiques, sociales et biologiques, selon les modèles d'Engel [19] et Dodge [20]. L'intervention « psychoéducatrice » s'est tenue sur cinq séances de deux heures chacune. La première séance a permis de présenter la définition du bien-être [19,20] et l'acquisition de ressources psychologiques relatives à la régulation émotionnelle [21]. La deuxième séance s'est centrée sur une stratégie de prise de recul : la défusion cognitive [22]. La troisième séance a permis de présenter les ressources sociales : la relation à autrui *via* la communication non violente [23] et la relation à soi *via* l'autocompassion et la gratitude [24]. La quatrième séance s'est focalisée sur les ressources biologiques, notamment comment améliorer le sommeil, l'alimentation et l'exercice physique [25]. Enfin, le stress étudiantin et le *burnout* professionnel ont été abordés lors de la dernière séance. Après chaque séance, les étudiant·e·s devaient réaliser à domicile un exercice obligatoire d'application de la théorie vue en séance (par exemple, un exercice de pleine conscience). Ces cinq devoirs, réalisés à domicile, représentaient un total de cinq heures de travail. Ainsi, les étudiants ont pratiqué de façon

régulière différentes techniques visant leur bien-être entre septembre et décembre 2021 (*cf.* étude [18] pour plus de précisions).

Ce dispositif de formation initiale a été élaboré à la suite d'un mal-être des étudiants en médecine qui nous a été relayé, au département de psychologie, de la part des services d'aide mis à disposition de nos étudiants en médecine ainsi que des étudiants eux-mêmes. Au niveau du contexte institutionnel, le département de psychologie est mandaté pour donner les cours de psychologie générale et psychologie médicale aux étudiants de la faculté de médecine. Pour donner suite à ce constat, nous avons rencontré le service de pédagogie universitaire et d'aide à la réussite (recevant nos étudiants en souffrance) ainsi que des délégués étudiants afin de partir de leurs besoins pour créer le contenu de l'intervention. En outre, la réalité de leur future activité professionnelle (difficultés actuelles recensées par les soignants eux-mêmes, particulièrement prégnantes dans cette ère « post-covid ») a été intégrée à la réflexion pour finaliser la création du contenu de cours. Un dossier a été constitué comprenant les demandes chiffrées, besoins identifiés et projet de dispositif pédagogique y répondant. Il a été soumis au Conseil de la faculté de médecine. Lors de la réforme suivante, des heures de cours ont pu être dégagées – notamment d'autres unités d'enseignement – afin d'aboutir à la création de ces 15 heures de travaux pratiques visant le bien-être de l'étudiant en médecine.

Dans un souci de vérifier que ces heures obtenues répondent bien aux besoins identifiés, cette intervention a été évaluée. Une première étude quantitative de type expérimental a comparé un groupe expérimental (étudiants ayant bénéficié d'intervention psychopédagogique) à un groupe contrôle (étudiants n'en ayant pas bénéficié). Les résultats ont montré que l'intervention psychoéducatrice a permis de ralentir l'augmentation des niveaux de stress, de dépression et de *burnout* et d'améliorer de façon significative une sous-composante de l'empathie (c.-à-d., la capacité de prise de perspective) des étudiants. Aucun effet n'a été observé pour le soutien social perçu des étudiants et un effet de « réduction » des compétences émotionnelles intrapersonnelles a été observé.

## Objectif

La présente étude qualitative a été réalisée dans le but de mieux comprendre les processus sous-jacents qui expliqueraient les résultats positifs significatifs de l'intervention psychopédagogique réalisée chez nos étudiants en médecine. Pour ce faire, une approche inductive a été adoptée, suivant laquelle aucune hypothèse *a priori* n'a été émise. Ainsi, la question de recherche de cette étude était : « Quelle(s) variable(s) de l'intervention psychopédagogique a ont eu un effet significativement positif sur le groupe expérimental ? »

## Méthodes

### Participants

Les textes produits par les étudiants dans le cadre de leurs devoirs à domicile, prescrits dans le cadre du

dispositif pédagogique, ont constitué le matériel d'étude. Seuls les textes des étudiants ayant pris part à l'intervention psychopédagogique ont été analysés. Au total, 192 textes de 192 étudiants ont été examinés en utilisant l'analyse thématique principale. Ces textes dactylographiés ont été envoyés par les étudiants sur la plateforme en ligne de l'université et constituaient un corpus total de 398 pages à analyser.

## Procédure

Chaque étudiant a envoyé son texte après la fin de l'intervention psychopédagogique en le postant sur la plateforme universitaire utilisée pour transmettre du matériel de cours aux étudiants (syllabus, devoirs, etc.). L'envoi de ce texte répondait au devoir de clôture obligatoire pour les étudiants ayant participé à l'intervention psychopédagogique. La consigne était de décrire les freins rencontrés à la mise en place des outils testés les semaines précédentes, les avantages et les éventuels effets identifiés chez eux à la suite de cette utilisation. Ils s'engageaient enfin à en sélectionner un à utiliser par la suite. Si le devoir était obligatoire, la question posée pour notre recherche à la fin de celui-ci leur a été présentée comme optionnelle (ils étaient libres de choisir la quantité de détails et d'informations partagées) et il leur était précisé que leur réponse à cette question n'aurait aucune incidence sur leur note finale. La question qui a été posée aux étudiants était la suivante : « Qu'est-ce que m'apporte l'intervention psychopédagogique ? »

## Analyses

La méthode inductive (sans catégorisation thématique *a priori*) employée pour analyser les données qualitatives est basée sur la méthode de Braun et Clarke [26]. Les étapes sont les suivantes :

- familiarisation avec les textes : lecture de tous les textes une fois, afin d'avoir une idée globale du contenu et identification des éléments de réponse à la question de recherche ;
- création des codes : analyse systématique des données qualitatives en créant des codes. Les codes sont des étiquettes qui synthétisent des concepts vastes et qui répondent à la question de recherche. Le texte qui ne répond pas à la question de recherche n'est pas codé. Les codes sont d'abord notés à la main dans les textes. Un livre-code (*codebook*) est également utilisé afin de garder une trace de tous les codes qui sont générés ;
- recherche des thèmes : après avoir codé tous les textes, une recherche de thèmes est initiée. Les thèmes synthétisent les codes ; il y a donc généralement moins de thèmes que de codes. Une investigation des liens entre thèmes est aussi initiée ;
- examen des thèmes : ce processus est récursif, dans le sens où les chercheurs : 1) comparent les thèmes à tous les codes afin de s'assurer qu'ils soient adaptés et 2) comparent les thèmes à tous les textes afin de s'assurer que les thèmes capturent la totalité des données ;

**Tableau I.** Exemples des codes générés à la suite de la lecture des 192 textes.

Code	Exemple d'extrait de texte
Thématiques abordées aux cours	« Les thèmes du sommeil, de l'alimentation et de l'exercice physique m'ont beaucoup plu »
Apprentissage de nouvelles connaissances utiles	« Les exercices faits pendant le cours, m'ont permis d'essayer de nouvelles choses et de me rendre compte si cela pouvait devenir une piste utile pour moi ou non »
Gestion du stress	« (Les cours) Ils m'apportent des outils pour gérer le stress »
Gestion des émotions	« Les cours m'ont permis de découvrir des techniques pour gérer mes émotions »
Introspection	« (Les cours) Ils m'ont permis d'en apprendre un peu plus sur moi-même »
Prendre soin de soi	« (L'apprentissage) du fait de prendre le temps plusieurs fois par semaine pour me concentrer sur moi et sur comment je vais, plutôt que d'être constamment angoissé à l'idée de travailler plus et plus vite »
Développement de nouvelles ressources	« Les cours m'ont permis de développer un arsenal de ressources au moment où j'en avais le plus besoin »
Partage entre les étudiants	« (Les cours) m'ont permis d'échanger avec d'autres étudiants sur certains outils »
Soutien entre les étudiants	« Ces cours nous ont permis aussi de nous rapprocher pour certains »
Sentiment d'appartenance	« (Les cours) m'ont au-delà de l'apprentissage visé, également donné un sentiment d'appartenance et de réconfort »
Vulnérabilités et partage des difficultés vécues	« J'ai découvert que ce stress était en fait un problème que nous avons collectivement »
Non-jugement du formateur	« La professeure nous accompagne tout au long de ces cours et nous demande notre avis sur certaines expériences sans nous juger »
Écoute active du formateur	« J'ai beaucoup apprécié ces cours, car la professeure était dynamique et à l'écoute »
L'attention portée au bien-être des étudiants	« (...) je pense que ces cours sont un véritable avantage pour les étudiants en médecine qui, parfois, ne demandent qu'à être un petit peu écoutés »
Rythme et apaisement apporté par le cours	« Cela fait du bien d'avoir un cours plus relaxant dans la semaine »
Espace sûr	« Les cours sont devenus un <i>safe space</i> pour m'exprimer »
Espace bienveillant	« (...) l'ambiance durant les cours était bienveillante et agréable »

*Note.* Dans les extraits de texte, les mots « travaux pratiques » employés par les étudiants ont été changés en « cours » afin de faciliter la lecture et la compréhension du lecteur. *Safe space*: espace/lieu où une personne se sent en sûreté.

- dénomination des thèmes : définition en quelques mots de chaque thème, pour ensuite leur attribuer un nom ;
- description des résultats et analyse de ceux-ci.

L'analyse thématique a été réalisée jusqu'à la troisième étape par un seul chercheur, selon la méthode de Braun et Clarke [26]. Les codes créés ont ensuite été discutés avec un autre chercheur afin d'aboutir à un consensus sur l'élaboration des thèmes (étapes 4 et 5). Notons que puisque la thématique générale de l'étude (améliorer le bien-être des étudiants en médecine) est foncièrement clinique, de même que les questionnaires standardisés utilisés pour réaliser l'analyse quantitative, ainsi que la formation des personnes ayant analysé les textes (psychologues cliniciens), l'analyse qualitative et les codes et thèmes qui en émergent sont forcément empreints de ce prisme clinique.

## Résultats

Les codes qui ont été identifiés après lecture des textes sont les suivants : thématiques abordées au cours, apprentissage de nouvelles connaissances utiles, gestion

du stress, gestion des émotions, introspection, prendre soin de soi, développement de nouvelles ressources, partage et soutien entre les étudiants, sentiment d'appartenance, vulnérabilités et partage des difficultés vécues, non-jugement du formateur, écoute active du formateur, l'attention portée au bien-être des étudiants, rythme et apaisement apporté par le cours, espace sûr et bienveillant. Les codes et des exemples issus des verbatims des étudiants sont repris dans le [Tableau I](#).

Ensuite, une synthèse des codes a été faite, ce qui a mené à des thèmes qui répondaient à notre question de recherche. Les thèmes qui ont émergé sont les suivants : le contenu et les outils appris par l'intervention, la découverte du processus d'autorégulation, le développement d'une culture de partage de vulnérabilités entre étudiants, les attitudes du formateur, le rythme et l'espace sûr de l'intervention. La définition de chaque thème se trouve dans le [Tableau II](#) ci-dessous.

L'analyse thématique révèle que, globalement, l'intervention psychopédagogique a eu un effet positif en touchant différents aspects de la vie des étudiants. Au

**Tableau II.** Définition des thèmes émergents.

Thème	Définition	Niveau concerné
Contenu et outils appris par l'intervention	Toute expression reflétant : les thèmes abordés lors du cours (les plus cités étant : la pleine conscience, la régulation des émotions, la communication non violente) ; les exercices réalisés et les apprentissages concrets permis par ce cours. Ce thème est composé des codes suivants : thématiques abordées au cours et apprentissage de nouvelles connaissances utiles	Niveau intrapersonnel
Découverte du processus d'autorégulation	Reflété par l'expression de l'apprentissage et l'engagement de l'étudiant à vouloir apprendre à réguler ce qui se passe à l'intérieur de lui ; et ce, en termes d'émotions, de pensées et de comportements. Ce thème est composé des codes suivants : gestion du stress, gestion des émotions, introspection, prendre soin de soi, développer de nouvelles ressources	
Le développement d'une culture de partage de vulnérabilités entre étudiants	Toute description exprimant la création de nouveaux liens entre les étudiants, l'impression que la difficulté vécue est partagée. Ce thème est composé des codes suivants : partage entre les étudiants, soutien entre les étudiants, sentiment d'appartenance, vulnérabilités et partage des difficultés vécues	Niveau interpersonnel
Attitudes du formateur	Toute expression décrivant l'encadrement du cours, le soutien du formateur perçu par les étudiants et leur sentiment d'être au centre de l'attention et de l'écoute. Ce thème est composé des codes suivants : non-jugement du formateur, écoute active du formateur, l'attention portée au bien-être des étudiants	Environnement
Rythme et l'espace sûr de l'intervention	Fait référence au rythme perçu comme étant plus lent, apaisant lors du cours ou au cadre sûr créé. Ce thème est composé des codes suivants : rythme et apaisement apporté par le cours, espace sûr, cadre bienveillant	

niveau intrapersonnel, l'intervention a favorisé des mécanismes et des processus facilitant la régulation de soi, comme la capacité à mieux réguler son stress, ses émotions, l'introspection et à s'accorder du temps pour prendre soin de sa santé, et le développement de nouvelles ressources permettant de surmonter plus facilement les difficultés. Ainsi, le contenu de l'intervention en lui-même a favorisé le bien-être en enseignant des connaissances sur ce sujet jugées utiles par les étudiants et en présentant des outils concrets considérés comme étant facilement applicables par ces derniers. Au niveau interpersonnel, la culture de partage de vulnérabilités qui s'est instaurée entre les étudiants a contribué à leur bien-être par la création ou le renforcement de leurs liens, l'instauration d'un lieu de partage de vulnérabilités, et la création d'un sentiment d'appartenance. Enfin, au niveau de l'environnement, il semblerait que le formateur ait également eu un effet sur le bien-être des étudiants par son attitude non jugeante et son écoute active lors des moments de partage. Le rythme lent, l'attention mise sur le bien-être des étudiants et l'espace sûr mis en place dans cette intervention semblent également avoir eu un effet apaisant sur les étudiants.

## Discussion

### Principaux résultats

Le but de cette étude qualitative était de mieux comprendre les processus par lesquels l'intervention psychopédagogique axée sur le bien-être des étudiants a présenté des résultats positifs. L'analyse thématique réalisée sur 192 textes a permis d'identifier trois facteurs ayant joué un rôle dans l'amélioration du bien-être des étudiants : à un niveau intrapersonnel, la découverte du processus d'autorégulation, du contenu et les outils qui ont été appris grâce à l'intervention ; à un niveau interpersonnel, le développement d'une culture de partage de vulnérabilités entre étudiants et au niveau de l'environnement, les attitudes du formateur ainsi que le rythme et l'espace sûr de l'intervention.

Au niveau intrapersonnel, le fait que les étudiants aient eu l'impression d'être dans un processus d'apprentissage semble avoir directement influencé leur bien-être. Csikszentmihalyi [27] indique que quand l'apprentissage est intrinsèquement motivé et vécu comme une récompense, il peut devenir source d'émotions positives. L'aspect utile et le contenu de l'intervention centré sur eux ont pu

généraliser des effets positifs sur le bien-être, car cet apprentissage a été vécu par les étudiants comme étant une récompense pour leur santé. De plus, nos résultats corroborent les résultats d'études quantitatives précédentes qui ont montré que tant les pratiques de soin de soi que l'apprentissage de la gestion et la régulation de soi [28] ont un effet incident sur le bien-être et ce, spécifiquement chez les étudiants en médecine et les médecins [29]. Le fait d'apprendre à gérer les émotions, les pensées et les comportements permet aux individus d'atteindre des niveaux de bien-être souhaités, tout en apprenant à se protéger face à de nouveaux stressseurs [30]. L'analyse thématique a révélé que des capacités acquises d'autorégulation et de gestion de soi sont des facteurs décisifs dans le bien-être des étudiants. Savoir réguler le stress et les émotions est une nécessité dans un parcours d'études demandant autant d'effort et d'adaptation. Bien que les textes dactylographiés aient souligné une augmentation des capacités de gestion de soi et de régulation, l'étude quantitative a toutefois relevé un effet inverse. À la suite de l'intervention psychopédagogique, les compétences émotionnelles intrapersonnelles étaient quantitativement réduites. Une hypothèse que nous pouvons avancer pour expliquer cet écart entre les résultats quantitatifs qui montrent une diminution des compétences émotionnelles et les résultats qualitatifs qui soulignent une augmentation serait que lorsque les étudiants ont répondu aux questionnaires quantitatifs, ils ont surestimé leurs compétences au premier temps rendant leur niveau de compétences émotionnelles initial erroné. Ils ont ensuite jugé leurs compétences à un niveau plus proche de la réalité au second temps de mesure. Ne sachant pas quel était leur niveau initial réel, il se pourrait que les étudiants aient amélioré leurs compétences de gestion de soi, comme ils l'ont largement souligné dans leurs textes dactylographiés même si, quantitativement, on observe l'inverse. Ce biais dans l'auto-évaluation de ses compétences a déjà été observé par Jaeken *et al.* [31] et souligne l'importance de combiner une approche qualitative à une approche quantitative afin de mieux comprendre et interpréter les résultats.

Le partage de vulnérabilités qui s'est produit entre les étudiants a eu un effet sur leur bien-être. La perception de soutien [32], la perception de partage, et la capacité de verbaliser les difficultés [33] sont des aspects qui ont largement été reliés à des indicateurs de bien-être. À l'inverse, il a été observé qu'en faculté de médecine, les difficultés ne sont pas facilement partagées [8]. Créer un espace d'ouverture et de partage entre les étudiants permettrait de remplacer cette culture du blâme et de la compétition en promouvant une culture de la transparence et de l'acceptation de ses vulnérabilités. Par ailleurs, dans l'étude quantitative qui a précédé la présente étude, aucun résultat significatif n'a été observé quant à l'effet de l'intervention sur le soutien social perçu par les étudiants. Cette incohérence entre les résultats des deux études peut s'expliquer par la différence entre ce qui a été mesuré quantitativement et ce qui a été relevé qualitativement. Dans l'étude quantitative, le soutien perçu a été mesuré

avec l'échelle de Zimet *et al.* [34] nommée *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*, qui est trifactorielle, mesurant le soutien perçu par la famille, par le couple et par les amis. Or, dans la présente étude, les étudiants rapportent avoir créé des liens entre eux. La création de liens n'est pas un aspect mesuré par l'échelle de Zimet [34], ce qui explique la différence de résultats entre les deux études. Ainsi, l'approche qualitative indique l'importance de tisser des liens entre étudiants, ce qui devrait être mesuré de façon quantitative dans des études ultérieures.

La création d'un espace sûr bienveillant avec un rythme de travail plus lent a eu un effet bénéfique sur le bien-être de nos étudiants. Selon leurs écrits, le moment de la semaine (c.-à-d., le vendredi) aurait également favorisé la bonne intégration du contenu. Concernant le rythme d'apprentissage plus lent, nos résultats concordent avec la littérature selon laquelle un environnement non stressant permet d'atteindre une performance académique supérieure, et ce même si l'étudiant s'est trouvé initialement dans une situation d'échec [35]. Cependant, le lien entre l'ambiance détendue et l'apprentissage est fragile, car lorsque l'étudiant est épuisé, cet effet disparaît [36], d'où l'importance d'être attentif à plusieurs indicateurs de santé dans les études quantitatives.

Quant au type de relation qui s'est établie entre le formateur et les étudiants lors de l'intervention psychopédagogique, elle s'apparente à celle mise en place dans les groupes de soutien, lors desquels un pont est fait entre le partage des expériences personnelles des étudiants et les connaissances d'un professionnel [37]. Pouvoir partager le vécu personnel face à un formateur non jugeant et pratiquant l'écoute active [38] pourrait générer une perception de soutien et d'entraide, favorisant le bien-être des étudiants. Par sa formation de psychologue clinicien, le formateur a été particulièrement attentif à offrir un cadre de travail bienveillant et de non-jugement, ce qui a influencé le déroulement des activités proposées.

En conclusion, les résultats de l'analyse thématique précisent les différentes sphères de la vie des étudiants touchées par l'intervention psychopédagogique, expliquant les effets bénéfiques diffus observés dans l'étude quantitative précédente [18].

### Limites et perspectives

Au niveau méthodologique, deux limites doivent être soulevées. Premièrement, notre analyse thématique ne répond pas à tous les critères de rigueur d'une recherche qualitative. Les données ont été récoltées *via* un questionnaire en ligne, ne permettant pas de vérifier notre bonne compréhension des propos des répondants ni d'obtenir leur validation; des interviews structurées en face à face auraient permis d'augmenter la fiabilité des données récoltées et analysées. Concernant l'analyse des données, une analyse thématique faite par plusieurs chercheurs travaillant indépendamment suivie d'une triangulation aurait permis une plus grande fiabilité et transférabilité de nos résultats. La deuxième limite, inhérente à la méthode qualitative de notre étude, est qu'elle ne permet pas la

généralisation des résultats à un autre échantillon. Néanmoins, son but était d'étayer les résultats quantitatifs observés dans une étude précédente. Cette étude ouvre la porte à l'investigation quantitative de nouveaux modèles chez les étudiants en soin de santé, notamment la quantification des variables et l'évaluation des liens entre celles-ci, par exemple en utilisant la méthode de *Structural Equation Modeling* afin de tester des modèles plus complexes permettant d'estimer plusieurs liens à la fois. Ceci devrait être fait tout en privilégiant des méthodes plus robustes comme l'allocation aléatoire d'étudiants dans des groupes (expérimental et contrôle), plusieurs temps de mesure (avant et après l'intervention) et le contrôle de variables sociodémographiques (comme le genre, l'âge, le statut socio-économique et la filière d'étude dans les soins de santé). De plus, la recherche académique se focalise naturellement sur des effets significatifs mais, à l'avenir, il pourrait être intéressant d'investiguer de façon qualitative pourquoi certains liens se sont révélés non significatifs ou pourquoi certaines interventions n'apportent pas les effets attendus. Dans cette étude, la question qui a été posée aux étudiants orientait leur réponse en leur demandant explicitement pourquoi l'intervention avait été bénéfique; poser une seconde question demandant ce qui l'a moins été doit être envisagé. Enfin, une comparaison entre interventions devrait être réalisée, afin de comprendre la plus-value de l'intervention psychopédagogique par rapport à d'autres interventions moins directives (par exemple, groupe de soutien sans thèmes prévus) et plus directives (par exemple, recevoir une brochure regroupant des outils visant au bien-être sans bénéficier d'un espace de rencontre et de parole).

Pour finir, comme toute étude se focalisant sur un dispositif pédagogique mis en place dans une université, la transférabilité de nos résultats et conclusions est limitée. Toutefois, nous tenons à partager notre expérience à d'autres pédagogues désireux de mettre en place de nouveaux contenus dans des curriculums bien établis. S'il existe bien sûr des contraintes institutionnelles (telles que le nombre limité d'heures d'enseignement), notre expérience montre que faire évaluer nos dispositifs d'enseignement est puissant. Soutenir ses propos en conseil facultaire avec des preuves publiées à l'appui a du poids dans les discussions et négociations. Nous invitons les enseignants à évaluer les dispositifs qu'ils développent. Ceci peut avoir une triple portée: vérifier les effets des dispositifs concernés (à la fois leur non-nuisance et les pistes d'amélioration), partager les dispositifs efficaces avec la communauté scientifique pour inspirer d'autres pédagogues et accumuler des preuves permettant de faire évoluer les curriculums «traditionnels» en médecine. Lorsque l'on s'intéresse au développement de compétences spécifiques (comme les compétences communicationnelles ou émotionnelles), les cours exclusivement magistraux ont des portées limitées et deux contraintes sont à prévoir lors de la mise en place d'ateliers pratiques: le manque de locaux et d'encadrement. À nouveau, nous

invitons les pédagogues à justifier auprès des instances et sur la base de preuves scientifiques la nécessité de ressources pour promouvoir ces développements.

### Conflits d'intérêts

Aucun auteur ne déclare de conflit d'intérêts en lien avec le contenu de cet article.

### Contribution des auteurs

Alice Schitteck a participé au recueil des données, aux analyses et à l'écriture du manuscrit. Hélène Givron à l'interprétation des résultats et à la révision du manuscrit. Au regard de leur niveau de contribution identique, Alice Schitteck et Hélène Givron sont à considérer toutes deux comme co-premières auteures. Martin Desselles a supervisé la procédure de sollicitation d'approbation éthique du projet de recherche et a participé à la conception du protocole de recherche et à la révision du manuscrit.

### Approbation éthique

L'étude a été préenregistrée sur Open Science Framework ([https://osf.io/q68df/?view\\_only=ac017ff0ac204e2a59bd7c5f67fce](https://osf.io/q68df/?view_only=ac017ff0ac204e2a59bd7c5f67fce)). Elle a été approuvée par le comité d'éthique local des Cliniques universitaires de l'Université catholique de Louvain (UCLouvain)-Mont-Godinne (Belgique) et a été menée conformément à la déclaration d'Helsinki.

### Références

1. Wang X, Hegde S, Son C, Keller B, Smith A, Sasangohar F. Investigating mental health of US college students during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional survey study. *J Med Internet Res* 2020;22:e22817.
2. Wilson OW, Holland KE, Elliott LD, Duffey M, Bopp M. The impact of the COVID-19 pandemic on US college students' physical activity and mental health. *J Phys Act Health* 2021;18:272-8.
3. Busse H, Buck C, Stock C, Zeeb H, Pischke CR, Fialho PMM, *et al*. Engagement in health risk behaviours before and during the COVID-19 pandemic in German university students: results of a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:1410.
4. Copeland WE, McGinnis E, Bai Y, Adams Z, Nardone H, Devadanam V, *et al*. Impact of COVID-19 pandemic on college student mental health and wellness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2021;60:134-41.
5. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clin Proc* 2005;80:1613-22.
6. Tyssen R, Røvik JO, Vaglum P, Grønvold NT, Ekeberg Ø. Help-seeking for mental health problems among young physicians: is it the most ill that seeks help? A longitudinal and nationwide study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:989-93.
7. Slavin SJ, Schindler DL, Chibnall JT. Medical student mental health 3.0: improving student wellness through curricular changes. *Acad Med* 2014;89:573.
8. Roberts LW, Warner TD, Rogers M, Horwitz R, Redgrave G, Care CRGoMSH. Medical student illness and impairment: a vignette-based survey study involving 955 students at 9 medical schools. *Compr Psychiatry* 2005;46:229-37.

9. Berrewaerts J, Desseilles M. État des lieux du stress et de la dépression chez les étudiants de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année de médecine. *Acta Psychiatr Belg* 2015;116:16-26.
10. Brooks SK, Gerada C, Chalder T. Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed? *J Ment Health* 2011;20:146-56.
11. Sklar DP. Recognizing and eliminating shame culture in health professions education. *Acad Med* 2019;94:1061-3.
12. Baldwin P, Dodd M, Wrate R. Young doctors' health—I. How do working conditions affect attitudes, health and performance? *Soc Sci Med* 1997;45:35-40.
13. Carlos S, Rico-Campà A, de la Fuente-Arrillaga F C, Echavarri M, Fernandez-Montero A, Gea A, *et al.* Do healthy doctors deliver better messages of health promotion to their patients?: Data from the SUN cohort study. *Eur J Public Health* 2020;30:438-44.
14. Schnelle C, Clark J, Mascord R, Jones MA. Is there a doctors' effect on patients' physical health, beyond the intervention and all known factors? A systematic review. *Ther Clin Risk Manag* 2022;721-37.
15. Petrocchi S, Iannello P, Lecciso F, Levante A, Antonietti A, Schulz P. Interpersonal trust in doctor-patient relation: Evidence from dyadic analysis and association with quality of dyadic communication. *Soc Sci Med* 2019;235:112391.
16. Harbishettar V, Krishna K, Srinivasa P, Gowda M. The enigma of doctor-patient relationship. *Indian J Psychiatry* 2019;61:S776.
17. Fernando BMS, Samaranyake DL. Burnout among postgraduate doctors in Colombo: prevalence, associated factors and association with self-reported patient care. *BMC Med Educ* 2019;19:1-9.
18. Givron H, Schitteck A, Desseilles M. Viser le bien-être des étudiant·e·s en médecine : résultats d'une intervention psychoéducatrice de 15h implémentée auprès de 448 étudiant·e·s inscrit·e·s en Faculté de médecine. *Pédagogie Médicale* 2024. <https://doi.org/10.1051/pmed/2024003>.
19. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
20. Dodge R, Daly A, Huyton J, Sanders L. The challenge of defining wellbeing. *Int J Community Wellbeing* 2012;2:222-35.
21. Mikolajczak M, Desseilles M. *Traité de régulation des émotions*. Bruxelles: Deboeck, 2012.
22. Gross JJ. Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *J Pers Soc Psychol* 1998;74:224-37.
23. Rosenberg M. *Les mots sont des fenêtres ou des murs*. Genève: Jouvence, 2013.
24. Kotsou I. *Petit cahier d'exercices d'intelligence émotionnelle*. Genève: Editions Jouvence, 2011.
25. Huffman K, Dowdell K, Sanderson CA, Boulard A, Desseilles M, Ferrera A, *et al.* *Introduction à la psychologie*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2020.
26. Braun V, Clarke V. Thematic analysis. In: Association AP (ed.). *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*, 2012:57-71.
27. Csikszentmihalyi M. Learning, "Flow," and Happiness. In: Csikszentmihalyi M (ed.). *Applications of Flow in Human Development and Education: The Collected Works of Mihaly Csikszentmihalyi*. Netherlands: Springer, 2014:153-72.
28. van Genugten L, Dusseldorp E, Massey EK, van Empelen P. Effective self-regulation change techniques to promote mental wellbeing among adolescents: a meta-analysis. *Health Psychol Rev* 2017;11:53-71.
29. Gagnon M-CJ, Durand-Bush N, Young BW. Self-regulation capacity is linked to wellbeing and burnout in physicians and medical students: Implications for nurturing self-help skills. *Int J Community Wellbeing* 2016;6.
30. Zimmerman BJ. Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. *Handbook of self-regulation*. London: Elsevier, 2000:13-39.
31. Jaeken M, Zech E, Brison C, Verhofstadt L, Van Broeck N, Mikolajczak M. Helpers' self-assessment biases before and after helping skills training. *Front Psychol* 2017;8:1377.
32. Alsubaie MM, Stain HJ, Webster LAD, Wadman R. The role of sources of social support on depression and quality of life for university students. *Int J Adolesc Youth* 2019;24:484-96.
33. Tuck NL, Adams KS, Consedine NS. Does the ability to express different emotions predict different indices of physical health? A skill-based study of physical symptoms and heart rate variability. *Br J Health Psychol* 2017;22:502-23.
34. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess* 1988;52:30-41.
35. Samuel W, Baynes K, Sabeh C. Effects of initial success or failure in a stressful or relaxed environment on subsequent task performance. *J Exp Soc Psychol* 1978;14:205-16.
36. Combs AW, Snygg D. *Individual behavior: A perceptual approach to behavior (Revised edition)*. New York: Harper & Row, 1959.
37. Lavoie F. Les groupes de soutien et les groupes d'entraide. La psychologie communautaire et le changement social. In: Dufort F, Guay J. *Agir au coeur des communautés. La psychologie communautaire et le changement social*. Québec: Presses de l'Université Laval Editors, 2001:157-85.
38. Rogers C. *L'approche centrée sur la personne (trad. HG Richon)*. Lausanne: Randin, 2001.

**Citation de l'article** : Schitteck A, Givron H, Desseilles M. Exploration des leviers psychopédagogiques : compréhension qualitative des facteurs promouvant le bien-être chez les étudiants en médecine. *Pédagogie Médicale*, <https://doi.org/10.1051/pmed/2024007>