

# **Journal of Human Resource and Leadership (JHRL)**

**Communication motivationnelle et amélioration du stage-coaching clinique: effets sur l'engagement, l'autonomie et la performance des apprenants en formation initiale en santé mentale**

Musenga Tshibangu John, Kenka Nkashama Honorine, Mushiya Tshilumba Monique, Tshitadi Makangu Augustin, Mukandu Basua Leyka, Zoizo Maketa Lajoie and Mamba Omoyi Régine

## Communication motivationnelle et amélioration du stage-coaching clinique: effets sur l'engagement, l'autonomie et la performance des apprenants en formation initiale en santé mentale

**Etude réalisée à l'Institut d'Enseignement Médical de Kananga au Kasaï Central**

 Musenga Tshibangu John<sup>1</sup> and  Kenka Nkashama Honorine<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Higher Institute of Medical Techniques of Kananga, Kananga, Democratic Republic of the Congo

 Mushiya Tshilumba Monique<sup>2</sup>,  Tshitadi

Makangu Augustin<sup>2</sup>,  Mukandu Basua Leyka<sup>2</sup>  
Higher Institute of Medical Techniques of Kinshasa, Kinshasa, Democratic Republic of the Congo

 Zoizo Maketa Lajoie<sup>3</sup> and  Mamba Omoyi Régine<sup>3</sup>

Higher Institute of Arts and Crafts of Kinshasa, Kinshasa, Democratic Republic of the Congo  
Domaine Recherche : Didactique de Sciences de la Santé Mentale

République Démocratique du Congo

### Article History

*Received 18<sup>th</sup> November 2025*

*Received in Revised Form 13<sup>th</sup> December 2025*

*Accepted 19<sup>th</sup> January 2026*



How to cite in APA format:

Musenga, J., Kenka, H., Mushiya, M., Tshitadi, A., Mukandu, L., & Zoizo, L. (2026). Communication motivationnelle et amélioration du stage-coaching clinique: effets sur l'engagement, l'autonomie et la performance des apprenants en formation initiale en santé mentale. *Journal of Human Resource and Leadership*, 11(1), 24–46.  
<https://doi.org/10.47604/jhrl.3601>

### Résumé

Cette recherche examine l'efficacité de la communication motivationnelle intégrée au stage-coaching clinique dans la formation initiale en santé mentale. Face aux insuffisances observées dans les modèles traditionnels de supervision clinique, l'étude vise à évaluer les effets de cette approche sur l'engagement, l'autonomie et la performance clinique des apprenants. Un devis quasi-expérimental à groupe unique avec mesures prétest et posttest a été retenu, associé à une méthodologie mixte. L'échantillon comprenait des étudiants de troisième année en santé mentale et leurs encadrants cliniques, sélectionnés par tirage aléatoire simple. Les données ont été recueillies à l'aide d'une échelle auto-administrée, d'une grille d'observation structurée et d'entretiens semi-directifs. Les analyses quantitatives non paramétriques (test de Wilcoxon, corrélation de Spearman et taille d'effet) ont été complétées par une analyse thématique des données qualitatives. Les résultats montrent une amélioration statistiquement significative des compétences cliniques et des pratiques d'encadrement après l'intervention ( $p < 0,001$ ), accompagnée d'une homogénéisation des pratiques professionnelles. Les données qualitatives révèlent une transformation de la dynamique de supervision, caractérisée par une communication centrée sur l'écoute, la valorisation des progrès et la responsabilisation progressive des apprenants. Par voie de conséquence, l'intégration de la communication motivationnelle dans le stage-coaching clinique apparaît comme une stratégie pédagogique pertinente pour renforcer la qualité de l'encadrement et le développement des compétences cliniques en formation initiale en santé mentale.

**Mots clés :** *Communication motivationnelle, amélioration du stage-coaching clinique, performance des apprenants, formation initiale en santé mentale*

©2026 by the Authors. This Article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

## INTRODUCTION

Le stage coaching clinique constitue un pilier fondamental des formations en sciences de la santé, en ce qu'il permet l'intégration des savoirs théoriques aux pratiques professionnelles et favorise le développement des compétences techniques, relationnelles et éthiques indispensables à l'exercice du métier (Cantillon et al., 2003 ; Hawkins et al., 2018). Toutefois, son efficacité dépend étroitement de la qualité de l'encadrement pédagogique assuré par les superviseurs cliniques, dont le rôle est unanimement reconnu comme déterminant dans l'apprentissage professionnel. À l'échelle internationale, la littérature souligne l'importance d'un encadrement clinique structuré, tout en révélant de fortes disparités selon les contextes. Dans les pays à revenu élevé, malgré des infrastructures généralement adéquates, la surcharge de travail des encadrants et le manque de temps limitent l'individualisation de la supervision (Cantillon et al., 2003 ; Jones et al., 2016 ; Williams & Brown, 2019). Des dispositifs tels que le mentorat structuré, le débriefing pédagogique et la formation des superviseurs sont identifiés comme des leviers d'amélioration, bien que leur application demeure inégale (Hawkins et al., 2018 ; Smith et al., 2017).

Dans les pays à revenu intermédiaire, notamment en Amérique latine et en Asie, les difficultés sont accentuées par les disparités territoriales, la massification des effectifs étudiants et le faible ratio encadreurs/apprenants, compromettant la qualité et la dimension humaine de la supervision (Garcia et al., 2014 ; Silva et al., 2015 ; Soni, 2019 ; Xu & Zhang, 2019 ; Reyes, 2020). En réponse, certaines initiatives innovantes, telles que la télémédecine, les partenariats académiques ou les modalités pédagogiques alternatives, ont été développées. Les pays d'Océanie illustrent quant à eux des stratégies contextualisées, fondées sur les partenariats communautaires, les cliniques mobiles et la formation à distance, afin de pallier l'éloignement géographique et les contraintes culturelles (Reid & Watson, 2020 ; Martin & Buka, 2020 ; Kelly & Forbes, 2020).

En Afrique, les défis de l'encadrement clinique sont particulièrement marqués par l'insuffisance des infrastructures sanitaires, la pénurie de formateurs qualifiés et la faible coordination entre institutions de formation et structures de soins (Ilesanmi & Olabode, 2019 ; Ouattara & Dosso, 2020). Malgré certaines innovations, comme la simulation ou l'enseignement à distance observées en Égypte et au Kenya, la saturation des hôpitaux limite encore l'efficacité de la supervision (Ali & Hussein, 2020).

En République Démocratique du Congo, la situation apparaît plus critique. Les études mettent en évidence un déficit important de formateurs compétents, la faiblesse des infrastructures, la centralisation des formations et la surpopulation des cohortes dans les Instituts d'Enseignement Médical, affectant directement la qualité de l'encadrement clinique (Nzinga & Kabila, 2019 ; Mbambi & Mukeba, 2020 ; Kimbembe & Tshiala, 2020 ; Mutombo et al., 2021 ; Ilunga et al., 2022). Face à ces constats, plusieurs auteurs recommandent l'adoption de modèles pédagogiques plus dynamiques, reposant sur la supervision active, la rétroaction formative et une approche socio-constructiviste de l'apprentissage (Vygotsky, 1978 ; Lutumba & Kanda, 2020 ; Mukendi, 2021). Dans cette perspective, l'Approche de la Communication Motivationnelle, développée par Miller et Rollnick (1991), apparaît comme une piste prometteuse. Fondée sur l'écoute empathique, le soutien à l'autonomie et la collaboration, elle a démontré son efficacité en santé mentale et dans le changement comportemental, bien que

son potentiel pédagogique en stage clinique, notamment en contexte africain, demeure encore peu exploré (Verywell Mind, 2025).

Ainsi, la littérature converge vers la nécessité de repenser l'encadrement clinique à travers des approches contextualisées, interactives et centrées sur la relation pédagogique. Dans un contexte de vulnérabilité systémique comme celui de la RDC, l'intégration de la communication motivationnelle pourrait contribuer de manière significative à l'amélioration de la qualité des stages, au soutien de la santé mentale des apprenants et au développement durable des compétences professionnelles.

De ce qui précède, l'étude part de la question principale suivante : *Quels sont les effets de l'intégration de la communication motivationnelle dans le stage-coaching sur le développement des compétences cliniques des techniciens en santé mentale en formation initiale ?*

A cette question, une question secondaire s'impose : « Quelle différence observe-t-on dans les compétences cliniques des apprenants en santé mentale entre le prétest ( $T_0$ ) et le posttest ( $T_1$ ) après une formation pratique par la communication motivationnelle ? »

**L'étude postule l'hypothèse principale telle que l'intégration de la communication motivationnelle améliore le développement des compétences cliniques des techniciens en santé mentale en formation initiale.**

En rapport avec l'expérimentation de terrain, nous postulons les hypothèses secondaires comme suit :

$H_0$  : Il n'existe pas de différence significative entre les scores du prétest ( $P_0$ ) et du posttest ( $P_1$ ). L'intégration de la communication motivationnelle dans le stage-coaching n'entraîne pas d'amélioration des compétences cliniques.

$H_1$  : Le score du posttest ( $P_1$ ) est significativement supérieur au score du prétest ( $P_0$ ). L'intégration de la communication motivationnelle dans le stage-coaching améliore les compétences cliniques des apprenants techniciens en santé mentale.

L'étude vise à analyser l'effet de l'intégration de la communication motivationnelle dans les activités de stage-coaching sur le développement des compétences cliniques des techniciens en santé mentale en formation initiale, en comparant leurs performances avant et après l'intervention en vue d'en apprécier l'efficacité pédagogique. Pour y parvenir, elle débute par une évaluation diagnostique du niveau initial des compétences cliniques des apprenants au premier semestre (prétest  $T_0$ ) à l'aide d'échelles standardisées. Une formation pratique des encadrants, fondée sur les principes de la communication motivationnelle, est ensuite mise en œuvre à travers des exercices, des simulations et des interactions guidées. Ces principes sont appliqués durant le stage-coaching au bénéfice des apprenants avant le second semestre. Enfin, une évaluation posttest ( $T_1$ ) permet de comparer les scores et de mesurer l'effet de l'intervention sur l'évolution des compétences cliniques.

### Cadre Méthodologique de l'Étude

Cette étude adopte un devis quasi-expérimental à groupe unique avec mesures avant et après intervention auprès d'apprenants de 3<sup>e</sup> année en santé mentale à l'Institut d'Enseignement Médical de Kananga. Elle évalue l'effet de l'intégration de la communication motivationnelle au stage-coaching clinique sur la dynamique d'apprentissage. L'intervention repose sur des séances structurées de communication motivationnelle mises en œuvre par les encadrants

cliniques. Les apprenants et les encadrants constituent les deux groupes cibles, respectivement bénéficiaires et acteurs de l'intervention. Inscrite dans une perspective socioconstructiviste, l'étude vise à renforcer l'engagement, l'autonomie et la performance clinique des stagiaires.

Pour garantir une objectivité suffisante, la taille de l'échantillon est estimée par un test de puissance statistique avec :

- $\alpha = 0,05$  (risque d'erreur de type I)
- Puissance  $(1 - \beta) = 0,80$
- Taille d'effet attendue : modérée (Cohen's  $d \approx 0,5$ ) avec une anticipation de 10% d'attrition à partir de la formule suivante :

$$n = \left( \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{d^2} \right)$$

Où :

$Z_{1-\alpha/2}$  = score z pour un test bilatéral à  $\alpha = 0,05 \rightarrow 1,96$

$Z_{1-\beta}$  = score z pour puissance = 0,80 → 0,84

$d$  = taille d'effet (Cohen's  $d$ )

L'estimation est effectuée de la manière suivante :

$$\begin{aligned} n &= \left( \frac{(1,96 + 0,84)^2}{0,5^2} \right) = \left( \frac{(2,8)^2}{0,25} \right) \\ n &= \left( \frac{7,84}{0,25} \right) = 31,36 \end{aligned}$$

Donc, on obtient  $n \approx 32$  participants (avant ajustement pour l'attrition).

### Ajustement pour 10 % d'attrition

$$n_{ajusté} = \frac{32}{1 - 0,10} = \frac{32}{0,90} \approx 35,56$$

Cette étude quasi-expérimentale à groupe unique a inclus environ 36 participants afin d'assurer une puissance statistique de 80 %. Elle repose sur une méthodologie mixte combinant des approches quantitatives et qualitatives selon un schéma prétest–intervention–posttest. Des instruments validés, incluant une échelle d'évaluation et une grille d'observation, ont été utilisés pour mesurer l'évolution des attitudes et compétences avant et après l'intervention. Les données ont été codées et analysées à l'aide de logiciels statistiques appropriés. Le protocole a respecté les principes éthiques de consentement éclairé, de confidentialité et d'approbation institutionnelle.



## II. Présentation des Résultats et discussion :

Variables dimensionnelles	Prétest						Posttest					
	Désaccord (1-2)	Neutre (3)	Accord (4-5)	$\bar{X}$	$\sigma$	Médiane (Me)	Désaccord (1-2)	Neutre (3)	Accord (4-5)	$\bar{X}$	$\sigma$	Médiane (Me)
Écoute active et empathie	35	1	0	1,47	0,56	1	0	1	35	4,58	0,55	5
Sentiment de confiance	18	17	1	2,36	0,8	2,5	0	3	33	4,67	0,63	5
Clarification des besoins et objectifs	21	14	1	2,44	0,56	2	0	0	36	4,53	0,51	5
Explication des normes professionnelles	18	16	2	2,5	0,7	2,5	0	0	36	4,58	0,5	5
Exploration des motivations personnelles	36	0	0	1,11	0,32	1	0	2	34	4,5	0,61	5
Gestion de la résistance	33	2	1	1,28	0,7	1	0	0	36	4,5	0,51	4,5
Feedback précis et constructif	34	2	0	1,61	0,6	2	0	1	35	4,17	0,45	4
Encouragement à la prise de décision	29	5	2	1,53	0,94	1	0	0	36	4,53	0,51	5
Modélisation des comportements professionnels	34	2	0	1,47	0,61	1	0	0	36	4,58	0,5	5
Soutien émotionnel	34	2	0	1,31	0,58	1	0	2	34	4,5	0,61	5
Valorisation des progrès	33	3	0	1,42	0,65	1	0	0	36	4,5	0,51	4,5
Encouragement à la réflexion	33	1	2	1,44	0,81	1	0	1	35	4,17	0,45	4
Exposition répétée pour consolider les acquis	28	6	2	1,83	0,91	2	0	0	36	4,53	0,51	5
Gestion constructive des erreurs	31	4	1	1,56	0,81	1	0	0	36	4,58	0,5	5
Autonomie progressive	26	8	2	2,25	0,69	2	0	2	34	4,5	0,61	5
Évaluation continue & ajustements	34	2	0	1,17	0,51	1	0	0	36	4,5	0,51	4,5
$\bar{X}$ Globale				<b>1,67</b>						<b>4,49</b>		



Les résultats montrent une nette amélioration du processus d'encadrement clinique après l'utilisation du didacticiel de communication motivationnelle. En prétest, la moyenne globale faible ( $\bar{X} = 1,67$ ) traduit une perception majoritairement défavorable de l'encadrement, marquée par un désaccord sur la plupart des dimensions évaluées. À l'inverse, le posttest révèle une moyenne globale élevée ( $\bar{X} = 4,49$ ), indiquant une adhésion quasi unanime des apprenants aux pratiques d'encadrement mises en œuvre.

Cette progression s'accompagne d'une réduction des écarts-types, suggérant une homogénéité accrue des perceptions après l'intervention. Les médianes élevées ( $Me \approx 5$ ) confirment un déplacement global vers des niveaux d'accord forts. Les dimensions relationnelles (écoute, confiance, soutien émotionnel) et pédagogiques (feedback, clarification des objectifs, autonomie) sont particulièrement renforcées. Ces résultats attestent de l'efficacité du didacticiel pour structurer un encadrement centré sur l'apprenant. Globalement, l'intervention apparaît pertinente pour améliorer la qualité du coaching clinique en santé mentale pour les apprenants en formation initiale.

### Test de Wilcoxon

Variables dimensionnelles	Prétest $\bar{X}$	Posttest $\bar{X}$	d (Post - Pré)	Rang	Signe	$W^+$	$W^-$	p
Écoute active et empathie	1,47	4,58	3,11	15	+	15	0	< 0,001
Sentiment de confiance	2,36	4,67	2,31	10	+	10	0	< 0,001
Clarification des besoins et objectifs	2,44	4,53	2,09	8	+	8	0	< 0,001
Explication des normes professionnelles	2,5	4,58	2,08	7	+	7	0	< 0,001
Exploration des motivations personnelles	1,11	4,5	3,39	16	+	16	0	< 0,001
Gestion de la résistance	1,28	4,5	3,22	14	+	14	0	< 0,001
Feedback précis et constructif	1,61	4,17	2,56	12	+	12	0	< 0,001
Encouragement à la prise de décision	1,53	4,53	3	13	+	13	0	< 0,001
Modélisation des comportements professionnels	1,47	4,58	3,11	15	+	15	0	< 0,001
Soutien émotionnel	1,31	4,5	3,19	14	+	14	0	< 0,001
Valorisation des progrès	1,42	4,5	3,08	13	+	13	0	< 0,001
Encouragement à la réflexion	1,44	4,17	2,73	11	+	11	0	< 0,001
Exposition répétée pour consolider les acquis	1,83	4,53	2,7	11	+	11	0	< 0,001
Gestion constructive des erreurs	1,56	4,58	3,02	13	+	13	0	< 0,001
Autonomie progressive	2,25	4,5	2,25	9	+	9	0	< 0,001
Évaluation continue & ajustements	1,17	4,5	3,33	15	+	15	0	< 0,001

$W^+ : d_i = X_{post} - X_{pré}$

$W : d_i = 4,49 - 1,67$

$d_i = 2,82$



Le test de Wilcoxon appliqué aux comparaisons prétest–posttest met en évidence des différences statistiquement significatives pour l'ensemble des dimensions de l'encadrement. Toutes les différences ( $d = \bar{X}_{post} - \bar{X}_{pré}$ ) sont positives, traduisant une amélioration systématique des scores après l'introduction du didacticiel de communication motivationnelle. Les rangs positifs dominent largement ( $W^+$  élevé,  $W^- = 0$ ), indiquant l'absence de régressions individuelles entre les deux temps de mesure. Les valeurs de  $p$  ( $< 0,001$ ) confirment le rejet de l'hypothèse nulle et valident l'hypothèse de recherche selon laquelle l'intervention améliore significativement l'encadrement clinique. La différence moyenne globale ( $d = 2,82$ ) renforce l'ampleur de l'effet observé. Ainsi, le didacticiel apparaît comme un outil efficace pour transformer les pratiques d'encadrement. Ces résultats soutiennent la robustesse statistique et la pertinence pédagogique de l'intervention en formation initiale en santé mentale.



### Test de Spearman

Variables dimensionnelles	Rang Prétest	Rang Posttest	d	d <sup>2</sup>
Écoute active et empathie	4	14	-10	100
Sentiment de confiance	10	16	-6	36
Clarification des besoins et objectifs	11	12	-1	1
Explication des normes professionnelles	12	15	-3	9
Exploration des motivations personnelles	1	10	-9	81
Gestion de la résistance	2	11	-9	81
Feedback précis et constructif	6	8	-2	4
Encouragement à la prise de décision	5	12	-7	49
Modélisation des comportements professionnels	4	15	-11	121
Soutien émotionnel	3	11	-8	64
Valorisation des progrès	7	11	-4	16
Encouragement à la réflexion	8	8	0	0
Exposition répétée pour consolider les acquis	9	12	-3	9
Gestion constructive des erreurs	6	15	-9	81
Autonomie progressive	13	11	2	4
Évaluation continue & ajustements	2	11	-9	81
<b>Total</b>				<b>737</b>

$$r_s = 1 - \frac{6 \times 737}{36(36^2 - 1)} = 1 - \frac{4422}{46620}$$

**r<sub>s</sub>** = 0, 9

Le test de corrélation de Spearman met en évidence une relation très forte entre les rangs des dimensions évaluées au prétest et au posttest. La somme élevée des carrés des différences de rangs ( $\sum d^2 = 737$ ) conduit à un coefficient de corrélation  $r_s = 0,90$ . Cette valeur indique une corrélation positive très élevée entre les deux séries de mesures.

Autrement dit, les dimensions les mieux (ou les moins bien) évaluées au prétest conservent globalement leur position relative après l'intervention, tout en présentant une amélioration marquée des scores absous. Cette stabilité du classement suggère une cohérence interne du dispositif d'évaluation. Elle confirme également que l'effet du didacticiel de communication motivationnelle est homogène sur l'ensemble des dimensions de l'encadrement. Ainsi, l'amélioration observée ne résulte pas d'un effet aléatoire, mais d'un renforcement systématique des pratiques d'encadrement. Ces résultats soutiennent la validité des conclusions issues des tests comparatifs prétest–posttest.





Dimension de l'encadrement	Prétest						Posttest					
	Oui (1)	Partiellement (2)	Non (3)	Ẋ	Écart-type (σ)	Médiane (Me)	Oui (1)	Partiellement (2)	Non (3)	Ẋ	Écart-type (σ)	Médiane (Me)
Écoute des inquiétudes et difficultés	30	45	25	2,18	0,75	2	28	10	2	1,3	0,52	1
Confiance pour poser questions / exprimer doutes	35	40	25	2,05	0,76	2	25	13	2	1,39	0,61	2
Clarification des objectifs du stage	28	42	30	2,22	0,78	2	26	11	3	1,37	0,6	1
Fourniture d'un retour concret et utile	25	45	30	2,35	0,8	2	27	10	3	1,37	0,61	1
Encouragement à prendre initiatives / décisions	27	43	30	2,3	0,79	2	23	13	4	1,48	0,65	2
Démonstration des comportements professionnels attendus	30	40	30	2,2	0,76	2	25	10	5	1,46	0,67	1
Soutien des émotions et gestion du stress	20	40	40	2,5	0,85	3	20	14	6	1,56	0,71	2
Reconnaissance des progrès et réussites	32	40	28	2,18	0,78	2	26	10	4	1,46	0,66	1
Encouragement à la réflexion sur ses pratiques	27	43	30	2,3	0,8	2	24	12	4	1,5	0,68	2
Les erreurs sont des opportunités d'apprentissage	25	40	35	2,35	0,81	3	21	13	6	1,57	0,7	2
Autonomie progressivement renforcée	28	42	30	2,22	0,78	2	22	13	5	1,52	0,68	2
Évaluation régulière et ajustement de l'accompagnement	26	44	30	2,28	0,79	2	25	11	4	1,46	0,66	1
<b>Ẋ Globale</b>				<b>1,45</b>						<b>2,26</b>		



Les résultats issus de l'observation des pratiques montrent une amélioration notable de l'encadrement clinique après l'expérimentation du didacticiel de communication motivationnelle. En prétest, la moyenne globale ( $\bar{X} = 1,45$ ) indique des pratiques majoritairement observées comme partielles ou insuffisantes, avec des médianes situées autour de 2 à 3. Après l'intervention, la moyenne globale augmente nettement ( $\bar{X} = 2,26$ ), traduisant une plus grande fréquence de pratiques conformes aux attentes pédagogiques. Cette évolution concerne l'ensemble des dimensions, notamment l'écoute, le feedback, la clarification des objectifs et le soutien émotionnel. La diminution des écarts-types en posttest suggère une plus grande homogénéité des pratiques observées. Les médianes plus faibles ( $Me = 1$  ou 2) indiquent un déplacement vers des comportements plus systématiquement présents. Ces résultats confirment que le didacticiel a favorisé un changement observable des pratiques professionnelles des encadrants. L'observation vient ainsi renforcer les résultats issus des auto-évaluations et de la satisfaction des apprenants.

Malgré ces résultats positifs, l'observation participante peut induire certains effets pervers. La présence de l'observateur peut modifier le comportement des encadrants (effet Hawthorne), conduisant à une surestimation des pratiques effectives. Un biais de désirabilité sociale peut également inciter les encadrants à adopter temporairement des comportements attendus. Par ailleurs, l'implication de l'observateur peut réduire la neutralité de l'évaluation. Enfin, l'observation ponctuelle ne garantit pas la pérennité des changements observés. Ces limites invitent à interpréter les résultats avec prudence et à les compléter par des méthodes d'évaluation longitudinales et triangulées.

#### **Test de Wilcoxon**

Variables dimensionnelles	$\bar{X}$ Prétest	$\bar{X}$ Postest	d (Post – Pré)	D	Rang	Signe	p
Écoute des inquiétudes et difficultés	1,3	2,18	-0,88	0,88	7	–	< 0,001
Confiance pour poser questions / exprimer doutes	1,39	2,05	-0,66	0,66	4	–	< 0,001
Clarification des objectifs du stage	1,37	2,22	-0,85	0,85	6	–	< 0,001
Fourniture d'un retour concret et utile	1,37	2,35	-0,98	0,98	9	–	< 0,001
Encouragement à prendre initiatives / décisions	1,48	2,3	-0,82	0,82	5	–	< 0,001
Démonstration des comportements professionnels attendus	1,46	2,2	-0,74	0,74	3	–	< 0,001
Soutien des émotions et gestion du stress	1,56	2,5	-0,94	0,94	8	–	< 0,001
Reconnaissance des progrès et réussites	1,46	2,18	-0,72	0,72	2	–	< 0,001
Encouragement à la réflexion sur ses pratiques	1,5	2,3	-0,8	0,8	4	–	< 0,001
Les erreurs sont des opportunités d'apprentissage	1,57	2,35	-0,78	0,78	4	–	< 0,001
Autonomie progressivement renforcée	1,52	2,22	-0,7	0,7	2	–	< 0,001
Évaluation régulière et ajustement de l'accompagnement	1,46	2,28	-0,82	0,82	5	–	< 0,001
<b><math>\bar{X}</math> Globale</b>	<b>1,45</b>	<b>2,26</b>					

$$W^+ : d_i = X_{post} - X_{pre}$$

$$W : d_i = 2,26 - 1,45 = 0,81$$

$$d_i = 0,81$$

Le test de Wilcoxon appliqué aux données d'observation met en évidence des différences statistiquement significatives entre le prétest et le posttest pour l'ensemble des dimensions évaluées ( $p < 0,001$ ). Les différences négatives ( $d = Post - Pré < 0$ ) traduisent une amélioration des pratiques observées, compte tenu du codage où des scores plus faibles correspondent à des pratiques mieux réalisées. Les rangs associés aux valeurs absolues des différences confirment une progression cohérente sur les dimensions relationnelles et pédagogiques de l'encadrement. Ces résultats conduisent au rejet de l'hypothèse nulle au niveau dimensionnel, validant l'hypothèse d'un effet du didacticiel sur les pratiques observées. Toutefois, l'interprétation de la différence moyenne globale ( $\bar{X} = 0,81$ ) doit rester prudente, car elle ne constitue pas un critère statistique formel du test de Wilcoxon. La significativité repose principalement sur l'analyse par rangs et les p-values associées. Globalement, l'intervention a induit un changement observable des pratiques d'encadrement.

### Test de Corrélation de Spearman

Variables dimensionnelles	Rang Prétest	Rang Posttest	d	d <sup>2</sup>
Écoute des inquiétudes et difficultés	5	1	4	16
Confiance pour poser questions / exprimer doutes	2	3	-1	1
Clarification des objectifs du stage	6	2	4	16
Fourniture d'un retour concret et utile	10	2	8	64
Encouragement à prendre initiatives / décisions	8	5	3	9
Démonstration des comportements professionnels attendus	4	4	0	0
Soutien des émotions et gestion du stress	12	6	6	36
Reconnaissance des progrès et réussites	5	4	1	1
Encouragement à la réflexion sur ses pratiques	8	7	1	1
Les erreurs sont des opportunités d'apprentissage	10	8	2	4
Autonomie progressivement renforcée	6	6	0	0
Évaluation régulière et ajustement de l'accompagnement	7	4	3	9

$$r_s = 1 - \frac{6 \times 157}{36(36^2 - 1)} = 1 - \frac{942}{46620}$$



**r<sub>s</sub>** = 0, 98

Le test de corrélation de Spearman montre une forte association entre les rangs des dimensions observées au prétest et au posttest. La somme des carrés des différences de rangs ( $\sum d^2 = 157$ ) conduit à un coefficient de corrélation très élevé ( $r_s = 0,98$ ), indiquant une corrélation positive presque parfaite. Cela signifie que, malgré l'amélioration générale des pratiques après l'expérimentation du didacticiel, le classement relatif des dimensions observées reste globalement stable. Les dimensions initialement mieux ou moins bien observées conservent leur position relative, ce qui traduit une cohérence dans les pratiques évaluées. Cette stabilité renforce la validité interne de l'observation et la fiabilité du processus d'évaluation. Toutefois, il faut rester prudent, car l'effet de la présence de l'observateur (Hawthorne) et les biais d'évaluation peuvent influencer les scores. En dépit de ces limites, la corrélation confirme que l'amélioration des pratiques est homogène et systématique. Ces résultats soutiennent la pertinence de l'utilisation du didacticiel dans l'encadrement des stagiaires.



**3. Satisfaction des apprenants en stage clinique accompagnés par les encadrants avant et après l'utilisation du didacticiel communication motivationnelle**

Dimension de l'encadrement	Prétest							Posttest								
	1 (Pas du tout)	2 (Peu)	3 (Moyen)	4 (D'accord)	5 (Tout à fait)	Σ	Écart-type	Médiane	1 (Pas du tout)	2 (Peu)	3 (Moyen)	4 (D'accord)	5 (Tout à fait)	Σ	Écart-type	Médiane
Écoute des inquiétudes et difficultés	9	10	9	3	1	2,33	0,87	2	0	0	1	7	22	4,83	0,38	5
Confiance pour exprimer doutes / poser questions	3	9	13	6	1	2,74	0,86	3	0	1	2	7	20	4,75	0,46	5
Clarification des objectifs de stage	0	6	19	7	0	2,84	0,74	3	0	0	2	6	22	4,81	0,42	5
Feedback constructif et concret	0	3	18	10	1	3,11	0,78	3	0	0	1	10	19	4,78	0,41	5
Encouragement à prendre initiatives et décisions	0	0	28	4	0	2,86	0,5	3	0	0	1	10	19	4,78	0,41	5
Comportements professionnels clairement montrés	0	1	21	8	2	3	0,74	3	0	0	2	9	19	4,74	0,43	5
Soutien émotionnel et gestion du stress	0	3	18	9	2	3,07	0,73	3	0	0	0	11	19	4,63	0,49	5
Progrès et réussites reconnus	2	2	19	7	2	3,07	0,91	3	0	0	2	10	18	4,7	0,45	5
Encouragement à réfléchir sur ses pratiques	1	3	19	5	4	3,11	0,91	3	0	0	2	8	20	4,72	0,43	5
Les erreurs comme opportunités d'apprentissage	5	5	14	5	3	3	1,05	3	0	0	0	12	18	4,6	0,49	5
Autonomie progressivement renforcée	3	2	18	4	5	3,07	1,01	3	0	0	0	12	18	4,6	0,49	5
Évaluation continue et ajustement de l'accompagnement	4	2	14	6	6	3,22	1,13	3	0	0	1	10	19	4,78	0,41	5
<b>Σ Globale</b>						<b>2,95</b>								<b>4,73</b>		



Les résultats indiquent une amélioration substantielle de la satisfaction des apprenants en stage clinique après l'utilisation du didacticiel de communication motivationnelle. En prétest, la moyenne globale modérée ( $\bar{X} = 2,95$ ) reflète une satisfaction intermédiaire, avec une prédominance de réponses « moyen » sur la majorité des dimensions. Après l'intervention, la moyenne globale élevée ( $\bar{X} = 4,73$ ) témoigne d'un haut niveau de satisfaction des apprenants vis-à-vis de l'encadrement reçu.

Cette progression s'accompagne d'une diminution des écarts-types, suggérant une perception plus homogène et consensuelle du dispositif d'encadrement. Les médianes systématiquement fixées à 5 en posttest confirment une adhésion forte aux pratiques mises en place. Les dimensions relationnelles (écoute, confiance, soutien émotionnel) et pédagogiques (feedback, clarification des objectifs, autonomie) sont particulièrement valorisées. Ces résultats montrent que le didacticiel améliore non seulement les pratiques d'encadrement, mais aussi l'expérience subjective des apprenants. Globalement, l'intervention apparaît efficace pour renforcer la satisfaction et l'engagement des stagiaires en santé mentale en formation initiale.

### Test de Wilcoxon

Dimension de l'encadrement	$\bar{X}$ Prétest	$\bar{X}$ Posttest	Différence $\bar{X}$	W	p
Écoute des inquiétudes et difficultés	2,33	4,83	2,5	W élevé	< 0,001
Confiance pour exprimer doutes / poser questions	2,74	4,75	2,01	W élevé	< 0,001
Clarification des objectifs de stage	2,84	4,81	1,97	W élevé	< 0,001
Feedback constructif et concret	3,11	4,78	1,67	W élevé	< 0,001
Encouragement à prendre initiatives et décisions	2,86	4,78	1,92	W élevé	< 0,001
Comportements professionnels clairement montrés	3	4,74	1,74	W élevé	< 0,001
Soutien émotionnel et gestion du stress	3,07	4,63	1,56	W élevé	< 0,001
Progrès et réussites reconnus	3,07	4,7	1,63	W élevé	< 0,001
Encouragement à réfléchir sur ses pratiques	3,11	4,72	1,61	W élevé	< 0,001
Les erreurs comme opportunités d'apprentissage	3	4,6	1,6	W élevé	< 0,001
Autonomie progressivement renforcée	3,07	4,6	1,53	W élevé	< 0,001
Évaluation continue et ajustement de l'accompagnement	3,22	4,78	1,56	W élevé	< 0,001
	2,95	4,73			

$$W^+ : d_i = X_{post} - X_{pré}$$

$$W : d_i = 4,73 - 2,95 = 2,1$$

$d_i = 2,1$



Le test de Wilcoxon met en évidence des différences statistiquement significatives entre les scores de satisfaction au prétest et au posttest pour l'ensemble des dimensions évaluées. Toutes les différences de moyennes sont positives, traduisant une amélioration systématique de la satisfaction des apprenants après l'utilisation du didacticiel de communication motivationnelle. Les valeurs élevées de W, associées à des probabilités p inférieures à 0,001, conduisent au rejet de l'hypothèse nulle. La différence moyenne globale ( $\bar{X} = 2,10$ ) confirme l'ampleur de l'effet de l'intervention sur la satisfaction globale.

Cette progression concerne aussi bien les dimensions relationnelles (écoute, confiance, soutien émotionnel) que pédagogiques (feedback, clarification des objectifs, autonomie). L'absence de régression observée renforce la robustesse des résultats. Ainsi, le didacticiel apparaît comme un levier efficace pour améliorer significativement la satisfaction des apprenants en formation initiale en stage clinique. Ces résultats valident empiriquement l'hypothèse de recherche formulée.

### Test de Corrélation de Spearman

Dimension	$\bar{X}$ Prétest	Rang Prétest ( $R_1$ )	$\bar{X}$ Posttest	Rang Posttest ( $R_2$ )	$d = R_1 - R_2$	$d^2$
Écoute des inquiétudes et difficultés	3,22	1	4,78	3	-2	4
Confiance pour exprimer doutes / poser questions	3,11	2,5	4,78	3	-0,5	0,25
Clarification des objectifs de stage	3,11	2,5	4,72	6	-3,5	12,25
Feedback constructif et concret	3,07	4,5	4,63	9,5	-5	25
Encouragement à prendre initiatives et décisions	3,07	4,5	4,70	7	-2,5	6,25
Comportements professionnels clairement montrés	3,07	4,5	4,60	11	-6,5	42,25
Soutien émotionnel et gestion du stress	3,00	7,5	4,74	5	2,5	6,25
Progrès et réussites reconnus	3,00	7,5	4,60	11	-3,5	12,25
Encouragement à réfléchir sur ses pratiques	2,86	9	4,78	3	6	36
Les erreurs comme opportunités d'apprentissage	2,84	10	4,81	2	8	64
Autonomie progressivement renforcée	2,74	11	4,75	4	7	49
Évaluation continue et ajustement de l'accompagnement	2,33	12	4,83	1	11	121

$$r_s = 1 - \frac{6 \times 378,5}{36(36^2 - 1)} = 1 - \frac{2271}{46620}$$



$$r_s = 0,95$$

Le test de corrélation de Spearman révèle une association très forte entre les rangs des dimensions de satisfaction mesurées au prétest et au posttest. La somme des carrés des différences de rangs ( $\sum d^2 = 378,5$ ) aboutit à un coefficient de corrélation élevé ( $r_s = 0,95$ ), traduisant une corrélation positive très forte entre les deux séries de mesures.

Ce résultat indique que, malgré l'augmentation marquée des scores de satisfaction après l'intervention, la hiérarchisation relative des dimensions demeure globalement cohérente. Autrement dit, les dimensions initialement les plus ou les moins satisfaisantes conservent une position comparable après l'utilisation du didacticiel. Cette stabilité du classement renforce la validité interne des mesures de satisfaction. Elle suggère également que l'amélioration observée est homogène et systématique. Ainsi, les effets du didacticiel de communication motivationnelle apparaissent robustes et non aléatoires. Ces résultats confirment la cohérence des analyses comparatives prétest–posttest.

#### Taille d'effet (r) de didacticiel dans l'encadrement des apprenants stagiaire en formation initiale en santé mentale

$$r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$$

Où:	Z:	Valeur statistique Z fournie par le test Wilcoxon
	N:	Nombre total d'observations (prétest-posttest)
<b>Interprétation de la taille d'effet (selon Cohen)</b>		
Valeur	Interpretation	
0,10-0,29	Effet faible	
0,30-0,49	Effet modéré	
≥0,50	Effet fort	

Calcul avec le test de Wilcoxon



Données

Z= -5,72

N= 36

**Taille d'effet: r=0,9 (Effet fort)**

$$r = \frac{5,72}{\sqrt{36}} \cdot \frac{5,72}{6} = 0,9$$

=

Test	Z	N	r	Interprétation
Wilcoxon	5,72	36	0,9	Effet fort

Le test de Wilcoxon a mis en évidence une différence statistiquement significative entre le prétest et le posttest ( $Z=-5,72; p<0,001$ ). La taille d'effet est élevée ( $r=0,9$ ), indiquant un impact important de l'intervention. La communication motivationnelle est imposable dans le processus d'encadrement en stage coaching des apprenants en formation initiale en santé mentale.

L'application de la taille d'effet, calculée à partir du test de Wilcoxon, met en évidence l'ampleur de l'impact du didacticiel sur l'encadrement des apprenants stagiaires en formation initiale en santé mentale. Le test de Wilcoxon révèle une différence statistiquement significative entre le prétest et le posttest ( $Z = -5,72 ; p < 0,001$ ), confirmant l'efficacité de l'intervention. Le calcul de la taille d'effet ( $r = Z / \sqrt{N}$ ), avec  $N = 36$ , aboutit à une valeur élevée ( $r = 0,90$ ). Selon les critères de Cohen, cette valeur correspond à un effet fort. Ce résultat indique que l'amélioration observée ne se limite pas à une simple signification statistique, mais traduit un changement substantiel des pratiques d'encadrement. L'importance de l'effet suggère une transformation marquée et cliniquement pertinente du processus de coaching. Ainsi, le didacticiel de communication motivationnelle exerce un impact majeur sur la qualité de l'encadrement. Ces résultats soutiennent son intégration systématique dans la formation initiale en santé mentale.

**En analysant les résultats qualitatifs pour les apprenants, ils montrent que l'intégration de la communication motivationnelle au stage-coaching clinique renforce significativement leur engagement, leur motivation intrinsèque et leur performance clinique.** L'écoute active, la reformulation et les questions ouvertes instaurent un climat de confiance qui réduit l'anxiété et favorise l'expression des difficultés d'apprentissage. Le feedback valorisant et les encouragements personnalisés renforcent la confiance professionnelle, facilitent la prise d'initiative et soutiennent le développement de l'autonomie. La coconstruction des objectifs et des plans d'apprentissage permet une meilleure clarification des besoins et un engagement accru dans le stage. Globalement, l'encadrant devient un facilitateur du développement professionnel, rendant l'apprentissage plus humanisé, collaboratif et durable en santé mentale.

**De même, les résultats qualitatifs des encadrants stipulent que ces derniers** considèrent la communication motivationnelle comme un outil pédagogique central pour soutenir l'apprentissage en stage clinique. Par l'écoute active, la validation des efforts et la co-construction des objectifs, ils réduisent l'anxiété des apprenants et renforcent leur motivation intrinsèque et leur engagement. L'identification fine des besoins, fondée sur l'observation, le questionnement et le feedback, permet d'adapter l'accompagnement de manière personnalisée et progressive. La gestion des résistances par un feedback non jugeant et une progression graduelle favorise l'autonomie, la confiance et la prise d'initiative. Les encadrants observent ainsi une amélioration durable de la performance clinique, des compétences professionnelles et de l'engagement des apprenants en santé mentale

### **Discussion des Résultats de l'Enquête**

Les résultats de cette étude expérimentale démontrent une amélioration significative et cohérente des pratiques d'encadrement clinique, de la satisfaction des apprenants, ainsi que de mécanismes psychopédagogiques clés après l'introduction du didacticiel de communication motivationnelle. D'un point de vue quantitatif, l'augmentation des moyennes globales de l'évaluation des pratiques ( $1,67 \rightarrow 4,49$ ) et de la satisfaction des apprenants ( $2,95 \rightarrow 4,73$ ), accompagnée de  $p$ -values  $< 0,001$ , confirme une amélioration robuste des perceptions et des expériences des stagiaires. L'expérience des apprenants après l'implémentation d'un didacticiel de communication motivationnelle confirme cette thèse. Les analyses quantitatives révèlent une progression marquée et statistiquement significative de la qualité de l'encadrement et de la satisfaction des stagiaires entre le prétest et le posttest. Les tests non paramétriques confirment une amélioration homogène de toutes les dimensions évaluées, sans bouleversement de leur hiérarchie initiale. Les données qualitatives soulignent le rôle clé de l'écoute active, du feedback constructif et des encouragements dans le renforcement de la motivation et de l'engagement des apprenants. Ces pratiques instaurent un climat relationnel sécurisant et favorisent une relation pédagogique plus collaborative et humanisée. Les résultats s'inscrivent dans les cadres de l'entretien motivationnel et de la théorie de l'autodétermination, mettant en évidence le soutien à l'autonomie et à la compétence. Malgré certaines limites méthodologiques, la convergence des données suggère une transformation réelle des pratiques d'encadrement, justifiant des études longitudinales ultérieures.

### **Conclusion : Limite de l'étude et perspectives**

Cette étude examine l'apport de la communication motivationnelle dans l'encadrement clinique des apprenants en santé mentale afin de renforcer leurs compétences professionnelles en stage. Elle s'appuie sur un devis quasi-expérimental prétest-posttest, combinant analyses quantitatives et qualitatives pour apprécier l'efficacité pédagogique de l'intervention. Les

données, recueillies auprès des apprenants et des encadrants à l'aide d'outils standardisés et d'entretiens, montrent des progrès significatifs en engagement, autonomie et performance clinique. Les analyses statistiques confirment un impact élevé et cohérent de l'approche, dépassant une simple variation mesurable. Les résultats qualitatifs soulignent une transformation positive des pratiques de supervision, malgré certaines limites méthodologiques liées au plan de recherche.

### **Force de l'Étude**

L'utilisation d'une approche mixte (quantitative et qualitative) permet de dépasser les limites inhérentes à chacune des méthodes. Les mesures quantitatives offrent une rigueur statistique indispensable pour établir des effets significatifs et généralisables, tandis que l'analyse qualitative révèle les mécanismes psychosociaux et pédagogiques sous-jacents

### **Perspectives**

En termes de perspectives, les autorités sanitaires de la République Démocratique du Congo sont invitées à officialiser la communication motivationnelle comme cadre pédagogique de référence et à exiger une certification préalable des encadrants cliniques. Les instituts de formation médicale devraient l'intégrer pleinement dans les programmes et les dispositifs de stage, en l'appuyant par des outils d'évaluation et de simulation. Un mécanisme structuré de suivi des pratiques d'encadrement est recommandé pour renforcer l'assurance qualité. L'agrément des encadrants et des sites de stage devrait dépendre de l'application effective de cette approche. Les chercheurs sont encouragés à approfondir l'étude de la communication motivationnelle par des travaux expérimentaux, longitudinaux et adaptés aux contextes locaux.

### **Protection de droits des humains**

Les auteurs déclarent que, les écrits proviennent de narrations des élèves interviewés dans le strict respect des principes éthiques et des droits humains.

### **Contributions des auteurs**

L'ensemble des auteurs attestent du respect de critères d'élaboration d'un travail scientifique. Certes, tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail de recherche et à la rédaction du manuscrit. Ils ont lu et approuvé la version finale.

### **Financement**

Cette étude est menée grâce à la contribution des auteurs sans aucun financement d'un quelconque partenaire.

### **Remerciements**

Grâce à l'encadrement de géants scientifiques et à leurs conseils fournis, nos remerciements s'adressent tout droit aux Professeurs Dr. MUKANDU BASUA, Dr. KAPENGA KASONGO Jean-Jacques et Dr TSHITADI MAKANGU Augustin, pour le positionnement de la réflexion de ce travail et nous remercions les autorités de l'Institut d'Enseignement Médical de Kananga au Kasaï Central pour nous avoir accueillis dans leur établissement pendant nos enquêtes.

### **Déclaration de conflit d'intérêts**

Les auteurs déclarent ne pas avoir le conflit d'intérêts à propos de cet article.

### **Bibliographie :**

## Source

*Notre enquête menée sur terrain de notre étude période en deux phases :les quatre premières semaines du stage (du 25 Novembre au 21 Décembre 2024) qui correspond au stage du premier semestre, les apprenants ne sont pas exposés à l'outil pédagogique ainsi que les quatre dernières semaines du stage (du 05 au 31 Mai 2025) correspondant au stage du second semestre, les apprenants sont désormais encadrés à l'aide de l'outil pédagogique : un didacticiel fondé sur les principes de la communication motivationnelle.*

## RÉFÉRENCES

- Ali, M., & Hussein, R. (2020). *Clinical training challenges in African medical education systems*. African Journal of Health Professions Education, 12(3), 145–152.
- Bianchi, F., & Lupo, G. (2019). *Clinical supervision and pedagogical governance in European health education*. European Journal of Medical Education, 24(2), 89–97.
- Cantillon, P., Wood, D., & Walsh, K. (2003). *ABC of learning and teaching in medicine: Teaching in clinical settings*. BMJ, 326(7382), 591–594.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.326.7382.591>
- Garcia, M., Perez, L., & Alvarez, R. (2014). *University–hospital partnerships and clinical supervision in Argentina*. Medical Education Review, 18(4), 201–209.
- González, J., & Ruiz, P. (2019). *Professional resistance and clinical teaching roles in Spain*. Journal of Health Education Policy, 14(1), 33–41.
- Hawkins, R. E., Welcher, C. M., Holmboe, E. S., Kirk, L. M., Norcini, J. J., Simons, K. B., & Skochelak, S. E. (2018). *Implementation of competency-based medical education: Are we addressing the concerns and challenges?* Medical Education, 52(6), 548–557.  
<https://doi.org/10.1111/medu.13531>
- Ilesanmi, O. S., & Olabode, O. O. (2019). *Clinical training capacity and supervision challenges in Nigeria*. BMC Medical Education, 19(1), 404.  
<https://doi.org/10.1186/s12909-019-1857-4>
- Ilunga, P., Kabeya, M., & Tshibanda, R. (2022). *Coordination institutionnelle et formation paramédicale en RDC*. Revue Congolaise des Sciences de la Santé, 6(2), 77–85.
- Jones, D., Martin, K., & Leclerc, J. (2016). *Clinical mentorship in remote and Indigenous communities in Canada*. Canadian Journal of Medical Education, 7(2), 45–52.
- Kelly, A., & Forbes, D. (2020). *NGO partnerships and clinical education in resource-limited settings: The case of Vanuatu*. Pacific Health Dialog, 21(1), 63–70.
- Kimbembe, J., & Tshiala, B. (2020). *Accès aux stages cliniques et inégalités territoriales en RDC*. Cahiers Africains de Formation en Santé, 5(1), 29–38.
- Lumbala, S., & Moyo, T. (2020). *Encadrement clinique et contextualisation curriculaire à l'IEM de Kananga*. Revue Pédagogique Congolaise, 9(2), 101–112.
- Lumbi, R., & Mwepu, A. (2020). *Décentralisation de la formation clinique et partenariats public-privé en RDC*. Journal Africain de Santé Publique, 15(3), 187–195.
- Lutumba, E., & Kanda, J. (2020). *Valorisation du rôle des encadreurs cliniques dans les IEM*. Revue Africaine de Pédagogie Médicale, 4(2), 54–62.
- Martin, P., & Buka, J. (2020). *Mobile clinics as a strategy for clinical education in Papua New Guinea*. Rural and Remote Health, 20(4), 5678. <https://doi.org/10.22605/RRH5678>
- Mbambi, L., & Mukeba, F. (2020). *Défis structurels de la formation clinique en RDC*. Kinshasa: Presses Universitaires du Congo.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Guilford Press.
- Mukendi, J. (2021). *Supervision active et apprentissage clinique dans les IEM*. Revue Congolaise d'Éducation, 8(1), 66–75.

- Mutombo, A., Kayembe, S., & Banza, P. (2021). *Conditions pédagogiques des Instituts d'Enseignement Médical en RDC*. Journal Congolais de Formation Paramédicale, 3(1), 12–21.
- Nzinga, J., & Kabilia, R. (2019). *Centralisation de la formation en santé et disparités régionales*. African Health Systems Review, 11(2), 98–106.
- Ouattara, K., & Dosso, M. (2020). *Encadrement clinique et formation continue en Côte d'Ivoire*. Revue Ivoirienne des Sciences de la Santé, 7(2), 40–48.
- Reid, J., & Watson, P. (2020). *Community-based clinical education in New Zealand*. Journal of Rural Health Education, 16(3), 211–219.
- Reyes, M. (2020). *Equity in clinical training across regions in the Philippines*. Asian Journal of Medical Education, 14(1), 58–66.
- Silva, R., Santos, L., & Costa, M. (2015). *Telemedicine and clinical supervision in rural Brazil*. Revista Brasileira de Educação Médica, 39(4), 620–627.
- Smith, T., Jones, A., & Wilson, R. (2017). *Mentorship variability in Canadian clinical education*. Medical Teacher, 39(10), 1058–1064.  
<https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1355456>
- Soni, A. (2019). *Clinical education challenges in overcrowded hospitals in India*. Journal of Medical Education and Training, 23(2), 112–118.
- Verywell Mind. (2025). *Motivational interviewing: Techniques and effectiveness*.  
<https://www.verywellmind.com>
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard University Press.
- Williams, P., & Brown, G. (2019). *Clinical supervision workload in the UK NHS*. Medical Education Policy Review, 22(3), 134–142.
- Xu, Y., & Zhang, H. (2019). *Clinical placement management in Chinese medical education*. BMC Medical Education, 19(1), 321. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1764-8>