

Le débriefing comme clé de l'accompagnement réflexif en formation et en pratique de l'éducation thérapeutique du patient

Debriefing as a key to reflective support in training and practice of therapeutic patient education

Glori CAVALLI EUVRARD^{1,2,*} et Nicole POTEAUX³

¹ Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé de Strasbourg, Strasbourg, France

² 7 ter rue du vert chêne, 70200 Lure, France

³ Université de Strasbourg, Strasbourg, France

Manuscrit reçu le 11 mars 2021 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 18 octobre et le 6 janvier 2021, et le 23 mars 2023 ; accepté pour publication le 24 mars 2023

Résumé – Contexte : La formation des soignants à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise l'amélioration des compétences pédagogiques et relationnelles pour soutenir les personnes affectées par des maladies chroniques. Les formateurs construisent leurs formations selon le principe d'isomorphisme pédagogique qui présuppose que les activités de formation, et notamment le débriefing, peuvent se transférer de la formation à la pratique clinique. **But :** Observer si le principe d'isomorphisme pédagogique est pertinent et transposable dans la pratique clinique éducative, y compris sur les compétences mobilisées lors du débriefing. **Méthodes :** Étude qualitative fondée des entretiens semi-dirigés à destination d'une part des formateurs et d'autre part des participants. Les questions portaient sur l'expérience de formation et sur la pratique éducative avec les patients. Les participants à l'étude étaient des professionnels de santé exerçant une activité clinique et ayant vécu une formation dite de 40 h en ETP. **Résultats :** Douze entretiens incluant six formateurs et six participants ont été réalisés durant le premier trimestre 2020. Tous les participants à l'étude reconnaissent la pertinence de l'isomorphisme pédagogique dans la formation en ETP. Ils décrivent des points communs entre le débriefing de formation et l'étape éducative de suivi avec les patients (« évaluer avec ») car dans les deux cas le professionnel accompagne la réflexivité. Les formateurs sont unanimes sur l'intérêt du débriefing pour mettre en perspective l'expérience mais leurs avis divergent sur la rétroaction. En clinique, les professionnels de santé ne partagent pas de rétroaction avec leur patient. **Conclusion :** Derrière le débriefing se joue l'accompagnement de la réflexivité. Cette compétence transversale mériterait une approche explicite par les formateurs. Un débriefing du débriefing à distance de l'expérience des jeux de rôle permettrait aux participants de se l'approprier et le transférer.

Mots clés : formation à l'éducation thérapeutique, transfert de compétences pédagogiques, débriefing, démarche réflexive

Abstract. Context: The training of caregivers in therapeutic patient education (TPE) aims to improve pedagogical and relational skills to support chronically ill people. Trainers construct their training according to the principle of pedagogical isomorphism, which presupposes that training activities, and particularly debriefing, can be transferred from training to clinical practice. **Aim:** To observe whether the principle of pedagogical isomorphism is relevant and transferable to clinical educational practice, including the skills mobilized during debriefing. **Methods:** Qualitative study based on two semi-structured interview guides for trainers and participants. The questions concerned the training experience and educational practice with patients. The participants in the study were health professionals practicing a clinical activity and who had undergone a 40-hour training course in TPE. **Results:** Twelve interviews including six trainers and six participants were conducted during the first quarter of 2020. All participants in the study recognize the relevance of pedagogical isomorphism in TPE training. And they describe commonalities between the training

*Correspondance et offprints : Glori CAVALLI EUVRARD, 7 ter rue du vert chêne, 70200 Lure, France.
Mailto : euvrardglori@gmail.com.

debriefing and the follow-up educational step with patients (“assessing with”) because in both cases the professional accompanies the reflexivity. The trainers are unanimous on the value of debriefing to put the experience into perspective, but their opinions differ on feedback. In clinics, health professionals do not share feedback with their patients. **Conclusion:** Behind the debriefing lies the support for reflexivity. This transversal skill deserves an explicit approach by trainers. A remote debriefing of the role-play experience would allow participants to appropriate and transfer it.

Keywords: training in therapeutic education, transfer of pedagogical skills, debriefing, reflexive approach

Introduction

Contexte et problématique

Pour pratiquer l'éducation thérapeutique du patient (ETP), le professionnel de santé apprend à soutenir l'auto-détermination et l'*empowerment* des patients malades chroniques [1] (le terme d'*empowerment* est parfois traduit par encapacitation ou empouvoirement mais le Ministère de la culture en France ainsi que l'Office québécois de la langue française recommandent d'utiliser la locution « autonomisation du patient »). Dans le contexte réglementaire français, les professionnels concernés doivent suivre une formation de 40 h en ETP [2], durant laquelle ils réfléchissent à la manière d'accompagner [3,4]. La finalité de la formation en ETP est d'acquérir des compétences relationnelles centrales pour la collaboration et de bénéficier des évolutions pédagogiques [1,2,4].

Le cadre de l'ETP a évolué depuis une approche centrée sur le contenu vers une approche centrée sur l'apprenant [1]. La perspective n'est plus celle du professionnel détenteur du savoir, charge au patient de l'intégrer, mais bien celle du patient qui détermine ses besoins et ses stratégies pour parvenir à cheminer et vivre au mieux avec sa maladie. La personne malade experte du vécu de sa maladie et de son quotidien devient actrice de ses apprentissages et de son parcours [4]. Les méthodes en pédagogie active participent à la poursuite de cet objectif en offrant des moyens concrets [5].

Pour parvenir à cette relation, le formateur en ETP poursuit un double objectif dans les activités pédagogiques qu'il propose. Il offre au professionnel concerné, futur formateur de patients en ETP, à la fois des supports de réflexion (sur le fond du sujet) et des supports d'analyse pour qu'il s'approprie la méthode pédagogique (sur la forme) [6]. Autrement dit, c'est une formation de futurs formateurs par immersion. Pour cette raison, la pédagogie mise en œuvre dans les dispositifs de formation doit être un modèle utile et illustratif [7,8]. L'objectif est qu'à l'issue de la formation, le professionnel de santé transfère et intègre cette pédagogie dans sa pratique quotidienne (Figure 1) [3,4,9].

L'enjeu de la formation en ETP s'appuie ainsi sur le « principe d'isomorphisme pédagogique » décrit par Meirieu [10], qui consiste à faire vivre aux participants des activités qu'ils peuvent faire vivre à leurs apprenants par la suite (perspective du « *teach as taught* »). Il indique à cet égard « [...] qu'en dépit des différences majeures de statuts (un élève ne choisit pas ce qu'il doit apprendre, un

adulte qui se forme fait un choix professionnel délibéré), le développement de la personne doit obéir aux mêmes principes [...]: aider chacun à “penser par lui-même” ». Selon lui, même si les enjeux sont différents, la pédagogie s'appuie dans les deux cas sur les principes d'autodétermination et de réflexion. Selon le principe de « double piste » de Schwartz [11], les maîtres en formation sont amenés à « l'analyse des modèles qu'ils développent consciemment et des effets que ces modèles induisent ». Le formateur en ETP devient le sujet, « modèle de rôle » [7] qui applique la pédagogie active et incarne le savoir-être visé. Sa « congruence pédagogique » est un message implicite au participant en formation. Il « se traduit par l'harmonisation entre le fond et la forme de l'intervention de l'enseignant », selon Haeuw [12]. Même si le contexte est celui de l'éducation nationale, ces trois principes (l'isomorphisme pédagogique, la double piste et la congruence) coïncident avec les idées de Rogers, Assal, Lacroix et Giordan dans le contexte de la santé, sans être ainsi nommés. Ces auteurs mentionnent le parallèle pédagogique entre la manière de former les professionnels de santé à l'ETP et celle d'accompagner les patients. Rogers pointe « la similitude entre la relation du soignant avec le patient et celle de l'éducateur avec la personne en formation » [3]. Assal et Lacroix décrivent le dispositif de formation à l'ETP et affirment que « le point d'ancrage ne se situe pas dans un modèle à reproduire, mais dans la mise en œuvre d'une analyse de la pratique pédagogique [...] en misant sur l'optimisation de la démarche réflexive et expérientielle du sujet en formation » [4]. Chauvin souligne « la similitude entre notre démarche de formation et la démarche d'éducation thérapeutique » [6]. Pour Assal et Lacroix, le débriefing est le moyen pour écouter le vécu des participants puis pour cibler les similitudes entre le processus d'apprentissage du soignant en formation et celui du patient suivi en ETP [4].

Dans le contexte de la clinique, la maladie impose au patient d'adapter son quotidien pour vivre au mieux. Cette situation conduit le professionnel à accompagner le patient dans l'acquisition de nouvelles compétences d'auto-soin et à l'écouter dans un espace ouvert et empathique (sans finalité d'apprentissage). Le professionnel invite le patient à décider des stratégies souhaitées pour son quotidien et favorise l'émancipation grâce à une pédagogie libératrice comme la définissent Freire et Shor, cités par Sandrin [5]. Afin de rendre possible ce style d'accompagnement, le professionnel soigne les conditions de la relation et jalonne le parcours éducatif selon quatre

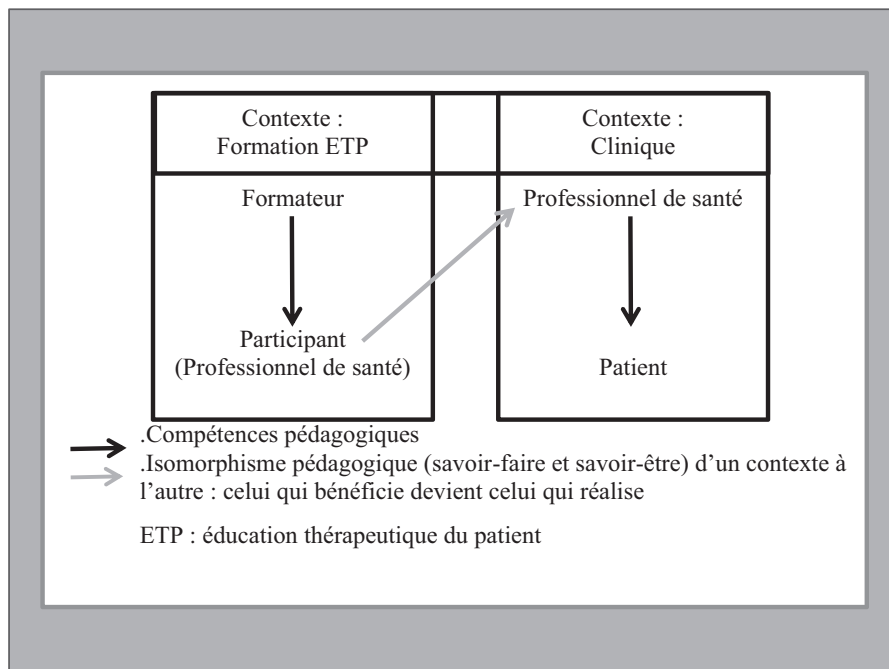


Fig. 1. L'isomorphisme pédagogique.

étapes. La première consiste à faire connaissance et offrir au patient l'occasion de définir ses besoins (bilan éducatif partagé). Ensuite, le patient décide d'un objectif au service de son besoin (objectif éducatif). Le patient met en œuvre entre deux rendez-vous des actions (en lien ou non avec l'objectif, seul ou avec le soutien d'un programme éducatif). Et lorsque le professionnel retrouve le patient pour converser autour de sa situation, il « évalue avec » le patient sa situation vis-à-vis de l'objectif initialement posé. Durant cette quatrième étape, le patient « débriefe » avec le soignant ce qu'il a vécu, tire bénéfice de chaque expérience et dessine ses pistes d'amélioration pour son mieux-être quotidien [1,2,4]. C'est un cycle qui se répète à chaque entrevue durant le suivi éducatif.

Dans les deux contextes d'apprentissage (celui de la formation du professionnel à l'ETP et celui de l'accompagnement du patient en ETP), la finalité pédagogique pour le bénéficiaire est de gagner en autonomie et le rôle du professionnel est de l'accompagner.

Le débriefing est central pour stimuler la réflexivité, prendre conscience de la situation par la personne et transférer des pistes pour le quotidien (professionnel en formation ou personnel pour les patients) [13–15]. En formation, pour Pastré, le débriefing regroupe « toutes les séquences qui ont pour but, après l'action, d'amener les apprenants à une analyse réflexive de leur propre activité ». Le rôle du débriefing est « d'aider les participants à comprendre, analyser et synthétiser leur raisonnement, leurs émotions et leurs actions, survenus durant la simulation, dans le but d'améliorer leurs performances futures dans des situations similaires » [14].

Ce travail de recherche se base sur les étapes du débriefing décrit par Jaffrelot *et al.* [13], où le participant exposé s'autoévalue par la réflexivité. Durant le débriefing, l'étape de rétroaction (*feed-back*) exige une attention pour garantir l'impact constructif et limiter les émotions négatives sur le participant. Pour Lafortune *et al.* « la rétroaction vise [...] à ce que les personnes accompagnées développent un regard éclairé sur leur cheminement, puis à susciter chez elles un engagement cognitif et affectif. [...] Elles considèrent les essais, les difficultés et la réussite comme des réalités qui ont leur place dans une démarche d'accompagnement-formation » [16]. L'étude de Rudolph *et al.* a examiné la question de savoir « comment transmettre un message critique en évitant les émotions négatives et de défensive tout en maintenant la confiance et la sécurité psychologique [...] » [17]. Ces auteurs affirment qu'« un débriefing qui ne porte pas de jugement » est aussi délétère que celui qui émet un jugement injustifié. Ils proposent de porter un jugement pertinent (*good judgement*) et de « regarder les erreurs comme des énigmes à résoudre plutôt que des actions simplement erronées ». L'erreur est au service de la progression (« jugement équilibré »).

Dans le cadre de la formation à l'ETP, la structure du débriefing n'est pas spécifiquement définie. Pour cette recherche, le cadre utilisé sera le débriefing de formation décrit pour les activités de supervision directe et de simulation [13]. La pratique clinique de l'ETP invite à gommer les conseils car ils sont assimilés à un jugement qui affaiblit l'*empowerment* du patient. L'entretien motivationnel [18] propose un outil spécifique pour « donner un

conseil » tout en préservant l'autonomie de penser et d'agir du patient. Pour ce faire, le professionnel cherche le consentement puis présente le conseil comme une solution parmi d'autres. Ces étapes laissent le choix au patient d'être le libre arbitre de son cheminement.

Plusieurs similitudes apparaissent lorsque l'on compare les débriefings mis en œuvre, respectivement, en formation de formateur et en accompagnement du patient : les attitudes du débriefer (être authentique, construit et soutenant [3,13]), les domaines questionnés (vécu, expérience passée, analyse de la situation, recherche des cadres théoriques sous-jacents et moyens à mobiliser pour la suite en termes de pistes de progression déterminées par la personne en apprentissage) [4,13,14], les conditions favorables (cadre sécurisant) et la finalité (améliorer le quotidien professionnel ou personnel).

L'utilité du débriefing en formation est de favoriser le transfert qui est, selon Perrenoud [19,20], « la capacité d'un sujet à réinvestir ses acquis cognitifs – au sens large – dans de nouvelles situations ». Pour accompagner ce transfert, il est nécessaire de veiller au sentiment de capacité personnelle et d'autonomie du participant. Dans le contexte clinique, quand l'objectif est une action, le patient débriefer ce qu'il a fait et réajuste son objectif pour la suite de son parcours. L'intention est qu'il concrétise son objectif en piste d'amélioration pour son quotidien. Dans les deux cas, le débriefing pourrait être une étape pour favoriser le transfert de l'objectif au quotidien de la personne.

Dans cette comparaison des débriefings, certains points sont discutables, comme l'enjeu entre le soignant en formation (enjeu professionnel), le patient en séance éducative (enjeu de santé) et l'étape de la rétroaction (documentée dans l'activité de formation, elle ne l'est pas pour la pratique de l'ETP). Une autre différence a trait à l'objectif initial : en formation, il concerne essentiellement l'apprentissage, alors qu'en clinique le patient définit également des objectifs plus globaux. « Les difficultés ne s'inscrivent pas nécessairement dans le registre de l'acquisition de compétences. Elles relèvent le plus souvent de la complexité, où les dimensions physiques, psychologiques, relationnelles, sociales, pédagogiques, culturelles... sont intriquées » [5]. Ces parallèles ne sont actuellement pas explicites et issus du constat empirique.

Si la manière de débriefer en formation est susceptible d'être transférée dans la pratique éducative, elle doit être travaillée durant la formation. Il faut « préparer les formés au transfert » et en faciliter le vécu [20]. Poumay *et al.* soulignent « l'importance de différer ce temps de méta-analyse à celui de l'expérience ». Dans une formation où les activités visent à être transférées, le formateur organise « *a posteriori* une approche réflexive ou métacognitive sur la situation vécue ». Ces conditions du transfert sont importantes pour conscientiser ce qui est à transférer [21].

Le débriefing s'avère ainsi être potentiellement un moyen transversal aux deux pratiques pour inviter à réfléchir et à déterminer des pistes de progression. Mais qu'en est-il actuellement de son enseignement et de sa pratique ? Comment les formateurs investissent-ils ce travail autour des compétences du débriefing ? Et

comment le débriefing est-il pratiqué en clinique ? Actuellement aucun article de recherche ne s'est intéressé aux dispositifs pédagogiques organisés dans le cadre de la formation de 40 h en ETP sous l'angle de l'isomorphisme pédagogique et encore moins au débriefing comme compétence pédagogique transférable.

Objectif

L'objectif de ce travail était d'explorer la manière dont le débriefing est pratiqué et vécu de part et d'autre (formateurs animant la formation de 40 h en ETP, participants à la formation et professionnels de santé pratiquant l'ETP), pour définir un modèle pédagogique du débriefing utile à la formation et à la pratique éducative. Plus spécifiquement, il s'agissait de recueillir la place faite par les formateurs au principe d'isomorphisme durant la formation de 40 h en ETP, d'examiner sa perception par les participants durant la formation puis d'explorer comment ces professionnels de santé mettaient en œuvre l'ETP avec les patients, en cherchant à identifier les parallèles potentiels.

Méthodes

Cette étude est une recherche qualitative recourant à des entretiens semi-dirigés et à une approche interprétative de type phénoménologique. Elle inclut le regard croisé entre les formateurs en ETP et le regard des participants sur leur session de formation.

Les formateurs participant à la recherche seront identifiés sous l'appellation « formateur », les professionnels de santé participant à la formation seront nommés « participant » et les deux groupes deviennent « professionnel de santé » lorsqu'ils témoignent de leur pratique en contexte clinique (même si le niveau d'expertise est différent, il s'agit dans les deux cas d'une pratique éducative de professionnels formés). Le programme de formation en ETP, mis en œuvre selon les dispositions réglementaires en vigueur en France, sera désigné par la locution « formation 40 h-ETP ».

Cette recherche s'est principalement focalisée sur la comparaison des débriefings, respectivement celui réalisé en formation après les jeux de rôle et celui réalisé lors de la pratique des professionnels durant l'étape d'évaluation de la situation avec leur patient (quatrième étape du parcours éducatif).

Pour qu'elles soient comparables, ces deux situations devaient être proches l'une de l'autre, ce qui est le cas du débriefing de formation post jeux de rôle. Après un jeu de rôle, le participant qui a essayé d'appliquer son objectif s'expose en en parlant avec un tiers. Donc dans les deux cas, ces débriefings étaient proposés après une situation où l'interlocuteur qui a vécu une expérimentation (d'apprentissage ou de vie) raconte à un tiers cette expérience et dessine des pistes d'amélioration pour la suite. Cette comparaison permettait de repérer les points de convergences et de divergences du débriefing, de manière à observer si le principe d'isomorphisme était pertinent en général et, plus spécifiquement, sur le débriefing.

Caractéristiques de l'objet de recherche

Le débriefing de formation est réalisé en collectif alors qu'en clinique il est individuel. Néanmoins, même si le débriefing de formation concerne un sous-groupe de participants, il débute toujours par la personne qui a expérimenté. L'étude compare uniquement cette première phase du débriefing de formation à celui du contexte clinique qui accompagne le patient. Ni l'accompagnement du collectif durant le débriefing, ni les compétences spécifiques à la gestion de groupe ne sont traités dans cette recherche.

Échantillon des participants

En lien avec la question de recherche, un échantillonnage raisonné homogène a été effectué. Pour varier les expériences de formation et garantir l'homogénéité, les participants sont issus de deux sessions de formation 40 h-ETP, organisées dans des milieux différents (hôpital et contexte ambulatoire) et par des organismes de formation différents (l'unité transversale pour l'éducation thérapeutique – UTEP – du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Besançon et la coordination multi-partenaire pour l'éducation thérapeutique – CoMET – Bourgogne Franche-Comté).

Les critères d'inclusion des participants à la recherche exigeaient qu'ils aient participé à une formation 40 h-ETP depuis moins de six mois et qu'ils soient professionnels de santé justifiant d'une activité clinique, afin de recueillir leur expérience clinique. Compte tenu des contraintes logistiques et temporelles, le choix pour l'échantillonnage était limité aux professionnels de santé habitant en Franche-Comté. Chaque structure ayant organisé une formation 40 h-ETP fin 2019, l'étude a sollicité les participants des sessions de cette période pour garantir un souvenir récent de l'expérience de formation chez l'ensemble des participants de l'étude. Au sein des deux organismes de formation, six formateurs et 28 participants étaient éligibles aux critères d'inclusion. Le consentement de chacun a été recueilli par écrit. Un courriel a été envoyé, indiquant le thème de l'étude et ses conditions (entretiens individuels, enregistrés, anonymes). Les participants à la recherche exerçaient des métiers variés.

Recueil des données

Un guide d'entretien a été créé pour chaque groupe (formateurs et participants) sur la base de questions ouvertes (Tableau I) et validé par les deux auteures. Un entretien exploratoire avec un des formateurs a permis de valider la compréhension des questions. Le questionnaire explorait le savoir-faire et le savoir-être des formateurs durant l'expérience de la formation 40 h-ETP (vécus par chacun), en les comparant à ceux attendus et pratiqués par le professionnel de santé avec un patient. L'intention était de comparer les divergences et les convergences entre les deux contextes. Puis progressivement les questions exploraient les compétences mobilisées respectivement

lors du débriefing en contexte de formation et lors du suivi de patients en contexte clinique. Le chercheur a validé sa compréhension par des résumés et des reformulations. Des questions de précisions et des relances ont été formulées au fil de l'échange.

Les entretiens individuels ont eu lieu entre le 17 février et le 31 mars 2020. Les participants à la recherche sont issus de l'activité de deux organismes de formation (l'UTEP et la CoMET) et des deux sessions de formation 40 h-ETP de fin 2019 (Tableau II). Six formateurs ont participé à la recherche dont les deux binômes de formateurs qui ont animé ces sessions et six participants issus de ces deux sessions. Neuf étaient en face à face et trois en visio-conférence en raison des contraintes sanitaires de cette période. Les entretiens ont été consignés à l'aide d'un enregistreur et ont duré entre 48 minutes et 1 h 21.

Analyse des données

Le chercheur (GCE) a retranscrit les échanges intégralement et analysé les verbatims. Pour chaque entretien il a cherché les thèmes émergents et leurs connexions en préservant l'importance donnée par le participant. Une fois tous les entretiens analysés, les auteures ont défini conjointement les thèmes superordonnés, en l'occurrence : les savoir-faire, les savoir-être, les conditions d'apprentissage, le débriefing, les points de convergence et de divergence entre les deux contextes et le transfert (leviers et freins).

Le chercheur a mis en perspective les résultats pour chaque groupe (celui des formateurs et celui des participants), excepté sur le thème du débriefing clinique, où ils ont été cumulés puisque tous les participants à la recherche en ont l'expérience.

Une revue de la littérature a cependant été réalisée en amont et s'est enrichie durant le recueil des données, à partir des bases documentaires PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>) et Cairn (<https://www.cairn.info/>), des textes officiels concernant l'ETP ainsi que des livres de référence. Les mots clés utilisés étaient : « formation éducation thérapeutique », « débriefing », « isomorphisme pédagogique », « transfert de compétences », « modèle de rôle », « rétroaction » et « réflexivité ». De ce fait, l'analyse des données procède *in fine* d'une approche mixte, inductive et délibératoire, à partir d'une mise en lien critique des catégories repérées dans la littérature et de celles émergent de l'examen des verbatim.

Enfin, dans le cadre d'une démarche exploratoire visant l'élaboration d'un modèle explicatif et intégratif du débriefing, trois représentations figuratives sous forme de schémas ont été élaborées à partir de l'analyse textuelle ; ils sont présentés dans les figures 2-4.

La triangulation s'est effectuée sur l'élaboration des thèmes élémentaires et des thèmes superordonnés durant l'analyse ouverte lors d'échanges entre les auteures. Cependant les deux étapes d'analyse axiale et sélective ont été réalisées par le chercheur uniquement, ainsi que le modèle explicatif.

Tableau I. Guides d'entretien.**1. Guide pour les entretiens avec les formateurs en éducation thérapeutique du patient (ETP)**

	Thèmes	Intention
Questions sur la pratique de formation	1 – Pourriez-vous me raconter ce qui vous a amené à investir la formation en ETP ? Cela fait combien de temps ? – Qu'est-ce que vous aimez dans cette activité de formation ?	Faire connaissance
	2 – Quels messages souhaitez-vous partager avec les participants quand vous animez une formation en ETP ?	Évaluer l'intention globale du formateur sur le message de fond
	3 – Pourriez-vous me raconter comment vous vous y prenez pour débriefing avec les participants après un jeu de rôle ? Quelle est votre intention et l'objectif quand vous réalisez cela ? Quelles précautions vous semblent indispensables à ce moment ? Votre vécu de ce moment ?	Explorer le débriefing de formation, sa méthode, les conditions, ses objectifs Vécu du formateur de l'activité de débriefing
Questions sur la pratique clinique	4 – Dans la démarche éducative, on parle « d'évaluer avec le patient » sa situation, comment abordez-vous cette partie avec vos participants ? – Pourriez-vous me donner des exemples ce que vous réalisez avec eux pour leur permettre de réfléchir à cette question ?	Explorer l'attention portée aux compétences pédagogiques et aux techniques d'animation concernant l'accompagnement réflexif
	5 – Quels liens faites-vous entre votre manière d'animer la formation et votre pratique clinique de l'ETP ? – Comment abordez-vous ces liens avec les participants ?	Sonder l'intention du formateur entre sa manière d'animer, la manière attendue de réaliser l'ETP, et les actions qu'il met en œuvre pour cela (isomorphisme pédagogique)
	6 – Et dans votre pratique clinique, pourriez-vous me raconter comment vous faites pour évaluer avec les patients de leur cheminement lors des suivis ? Votre vécu de ce moment ?	Description de ce qui est réalisé en clinique autour du débriefing (sa construction, son objectif...)
	7 – Sur quelles compétences mettez-vous l'accent durant la formation ? Comment faites-vous cela ?	Caractéristique des compétences visées

2. Guide pour les entretiens avec les participants

	Thèmes	Intention
Pratique clinique	1 – Quelles facettes de votre métier préférez-vous quand vous accompagner une personne malade chronique ?	Vécu de l'activité d'accompagnement
	2 – Si vous aviez à résumer ce que vous avez changé dans votre pratique professionnelle depuis la formation, vous diriez que c'est quoi ? – Y a-t-il des choses qui restent difficiles pour vous dans l'accompagnement des patients ?	Ce qui a été transféré, ce qui reste difficile d'investir (les raisons)

Tableau I. (suite).

2. Guide pour les entretiens avec les participants

	Thèmes	Intention
	3 – Pourriez-vous me raconter comment vous réalisez un entretien de suivi/débriefing avec un patient ? Votre vécu ? – Lorsque vous débrieffez avec un patient, qu'est-ce qui vous semble le plus important dans la manière de le faire ? (les habiletés à avoir, les précautions...)	Décrire le débriefing avec les patients et son vécu Explorer les techniques du débriefing retenues par le professionnel
Formation en ETP	4 – Pourriez-vous me dire ce qui vous a amené à vous former en ETP ?	Raisons pour suivre la formation
	5 – Chez les formateurs, qu'est-ce qui vous a plu ? (les raisons) – Durant la formation, pourriez-vous me raconter comment vous avez vécu les débriefings ? D'après vous, pourquoi ? – À partir de votre expérience, quels seraient les critères de qualité d'un débriefing ? Son utilité ? Les étapes du débriefing ? – Voyez-vous des similitudes/divergences entre le débriefing réalisé en formation et le débriefing des patients ? En quoi ?	Sonder le vécu du débriefing en tant que bénéficiaire et voir si cela a un impact sur la manière de le faire Échanger sur le débriefing en particulier
	6 – Pour vous, quels liens y a-t-il entre la manière d'animer des formateurs et la pratique clinique de l'ETP ?	Sonder les parallèles perçus entre la pédagogie utilisée par les formateurs et la manière de réaliser l'ETP

Résultats

En accord avec la question de recherche, les résultats explorent dans un premier temps la place et l'impact du principe d'isomorphisme pédagogique durant la formation 40 h-ETP puis analysent, dans un second temps, si ce principe est appliqué et applicable au débriefing (en comparant celui réalisé pendant la formation avec celui pratiqué par les professionnels de santé durant l'étape de suivi des patients). Le point de vue des formateurs est précisé par « F1, Fn, ... » et celui des participants par « P1, Pn, ... ».

Le savoir-être comme modèle de rôle

La majorité des formateurs incarnent et exposent volontairement un modèle de rôle pédagogique aux participants (F1, F2, F3, F4, F5) : « Pour moi c'est important d'appliquer ce que j'essaie de transmettre en formation » (F1). En faisant cela, les formateurs cherchent à augmenter

l'impact des notions abordées, créer une expérience d'accompagnement pour les participants et sont cohérents entre le fond et la forme : « C'est à deux niveaux, pour leur montrer que la posture que nous avons en tant que formateur envers des gens en formation c'est la même posture qu'avec des patients ou plus largement la posture d'un être humain envers un autre être humain » (F5).

Ce modèle est remarqué, apprécié voire déterminant pour les participants : « Je pense que sans leur façon d'être, ça n'aurait pas du tout été la même chose » (P6) ; « Les formateurs ont apporté tellement dans leur posture, leur façon d'être, leur façon de faire spontanément » (P3). Ce modèle devient pour certains participants un gage de qualité et de crédibilité lorsqu'ils se rendent compte que les formateurs incarnent ce qu'ils enseignent : « L'ETP se base sur le fait de faire expérimenter des choses aux gens et de partir de leur vécu donc on s'attend à voir ces principes pédagogiques dans la formation en ETP sinon ce n'est pas une formation à l'ETP » (P1). Ils prennent conscience de ce modèle à des moments différents, pour la majorité

Tableau II. Caractéristiques des participants à l'étude.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Sexe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	Fe	H	Fe	Fe	Fe	H
Âge	30	35	28	45	31	32	61	53	40	52	36	60
Métier	IDE	IDE	Dr	IDE	Dr	Dr	DIET	Dr	DIET	IDE	IDE	Dr
Lieu d'exercice	CHU	CHU	CHU	CHU	L	L	CHU	L	L	L	CHU	L
Années d'expérience clinique	11	6	3	5	3	4	38	23	15	25	14	30
Années d'expérience pédagogique en ETP	0	0	0	0	0	0	14	14	9	3	6	17
Choisi de se former	N	O	O	O	O	O	-	-	-	-	-	-
Durée de l'entretien (en minutes)	48	63	78	52	51	55	66	72	81	59	71	68

P : participant ; F : formateur ; Fe : femme ; H : homme ; IDE : infirmier ; Dr : Docteur ; DIET : diététicien ; CHU : Centre hospitalier universitaire ; L : libéral ; O : oui ; N : non.

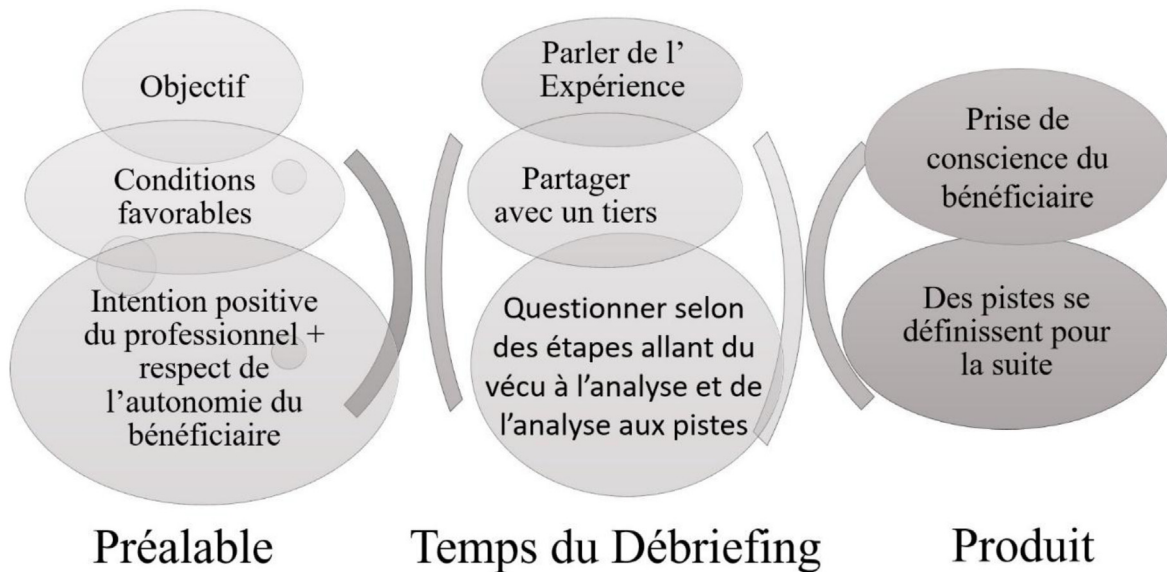


Fig. 2. Points communs entre l'organisation du débriefing de formation et celui de consultation.

durant la formation (P1, P3, P4), pour d'autres le dernier jour de formation (P2, P6) : « *En fait, les formatrices nous ont fait de l'éducation thérapeutique et on ne s'est pas rendu compte ! On se l'est dit à la fin* » (P2) et un d'entre eux n'a pas cité le modèle pédagogique utilisé comme modèle à reproduire (P5).

L'expérience pédagogique à renouveler dans sa pratique

L'ingénierie de formation suit le même processus d'accompagnement que celui visé avec les patients. Les étapes successives sont les suivantes : faire connaissance, établir un cadre de fonctionnement, explorer les représentations, faire vivre des expériences, débriefer le vécu et les clés apportées par l'expérience pour la suite de l'apprentissage : « *On fait toujours le parallèle sur le fait que c'est quelque chose qui peut être utilisé aussi avec les patients* » (F3). Tous les formateurs invitent les

participants à expérimenter, analyser et définir les pistes de réflexion. Pour eux, donner à vivre cette expérience pédagogique immersive est au service du transfert en milieu clinique. Cela concerne le savoir-être du formateur (cf. celui du professionnel en ETP) et les outils pédagogiques (photoexpression, métaplan, ...) : « *La transposabilité est clairement abordée avec les outils. C'est même un principe dans la construction pédagogique de notre contenu de formation* » (F1).

Les compétences d'animation, telles que la gestion et l'animation des échanges, le briefing et le débriefing, n'ont pas été citées comme support d'analyse : « *On leur demande d'être attentifs à ce qui se passe en formation, d'être attentifs à la façon dont on s'y prend. Et après on les amène à faire le parallèle, je demande comment ça fonctionne avec les patients ? Et de manière plus générale comment ça fonctionne dans la relation avec l'autre ? Qu'est-ce qu'on a fait ? Comment on s'y est pris ? Et qu'est-ce qu'ils en pensent ?* » (F4). Pour les participants, leur vécu positif de

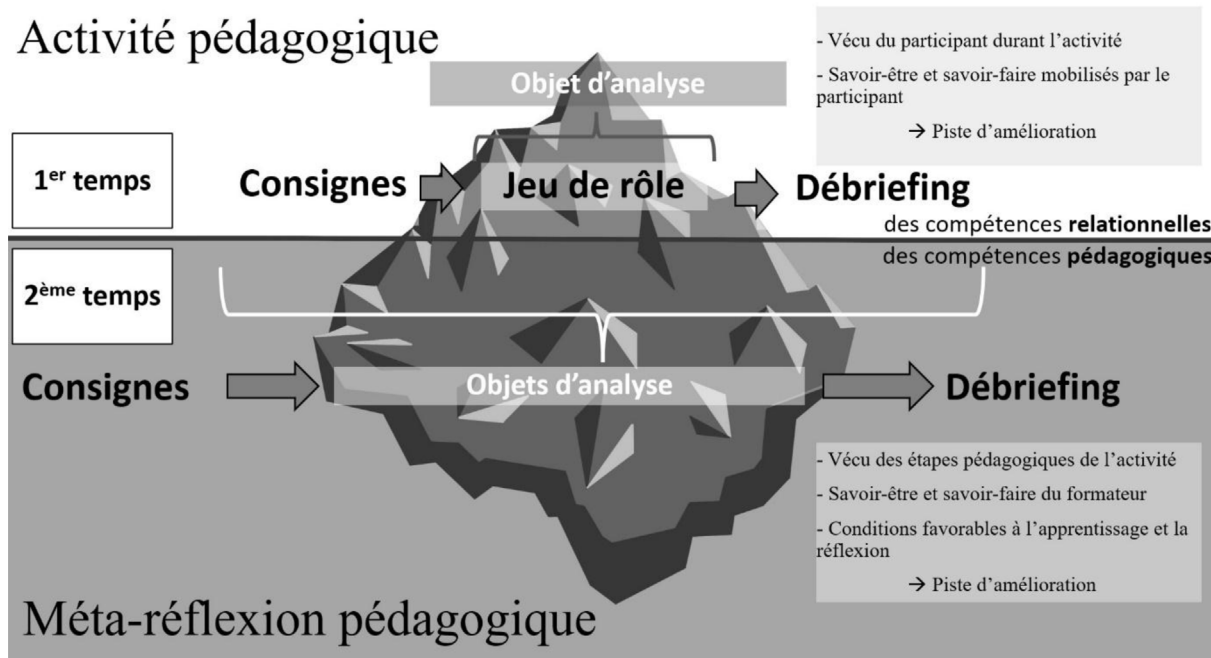


Fig. 3. Schéma de la méta-réflexion pédagogique.

la pédagogie active leur donne envie de reproduire cette invitation à l'auto-détermination pour leur propre pratique : « On a cherché, on a trouvé et on retient mieux ! Il y a un meilleur apprentissage en trouvant tout seul » (P5) ; « On est convaincu parce qu'on l'a vécu » (P2).

Les limites de l'isomorphisme

Un formateur voit une limite au principe d'isomorphisme dans la différence d'enjeu : « Le patient joue sa santé, le participant ne joue pas sa vie » (F6). Et pour deux participants, la disponibilité cognitive n'est pas la même entre le contexte de formation et la clinique : « On vient à la formation préparés et l'esprit plus libre que quelqu'un de malade dans un lit qui ne pourra pas intégrer facilement autant d'informations » (P1, P3).

Organisation de la formation pour favoriser le transfert

Les formateurs ont comme intention de rendre l'expérience de formation transférable pour l'accompagnement des apprentissages des patients. Pour beaucoup, la réflexivité à propos de l'expérience de formation intervient dès le début puis se prolonge tout au long des journées (F1, F3, F4, F5). Certains ont l'impression de ne pas concrétiser assez l'intention en action : « Par contre, on ne prend pas le temps de ralentir avec eux et l'analyser pour le comprendre » (F1). Pour favoriser le transfert, les formateurs sont unanimes sur l'importance d'identifier clairement l'objet du transfert : « Partir de critères clairs est un préalable ». Pour la majorité, l'expérience est un premier pas, mais pas une finalité pour transférer, d'autant que, pendant la formation, les participants sont parfois « perdus dans la technique » et qu'à l'échelle de leur

temps d'apprentissage, ils n'ont pas « la capacité de prendre du recul par rapport à l'évènement qui se passe en formation » (F6). Quand les formateurs interrogeaient « qu'est-ce que cet exercice peut vous apporter dans votre pratique ? Il y avait souvent un blanc » (F1). Néanmoins les participants disent avoir transféré le savoir-être incarné par les formateurs comme modèle à suivre : « Les formateurs ont cherché le côté positif dans tout ce qu'on dit et fait. Cela nous met à l'aise, nous valorise, du coup on cherche aussi à valoriser nos patients pour les mettre en confiance » (P3). Les outils pédagogiques sont aussi repérés comme objets à transférer : « Au début, c'était plutôt les formateurs qui mettaient en avant que l'exercice qu'on vient de faire peut être réutilisé dans la pratique. Et au fur et à mesure, on s'en est rendu compte entre nous » (P4).

Les limites au transfert pour les participants sont respectivement : 1) les mises en situation éloignées de leur contexte clinique, lorsque dans leur contexte réel ils ont moins de temps à disposition pour tisser une relation de confiance que pendant les jeux de rôle proposés (P4), ou lorsque l'installation du patient n'est pas celle rencontrée au quotidien (installé au lit et non autour d'une table (P1)) ; 2) l'isolement dans la pratique éducative lorsque peu de professionnels sont formés en ETP (P1).

Les points communs et les divergences entre le débriefing réalisé en formation ETP post jeux de rôle et celui réalisé dans la pratique éducative (Tableau III)

Le débriefing post jeux de rôle de formation est choisi car il est proche des conditions de débriefing avec les patients. Dans les deux cas (en formation et en clinique), le débriefing succède à l'expérimentation d'un objectif et porte sur ce sujet, et expose celui qui a expérimenté au regard du professionnel durant l'échange. La figure 2

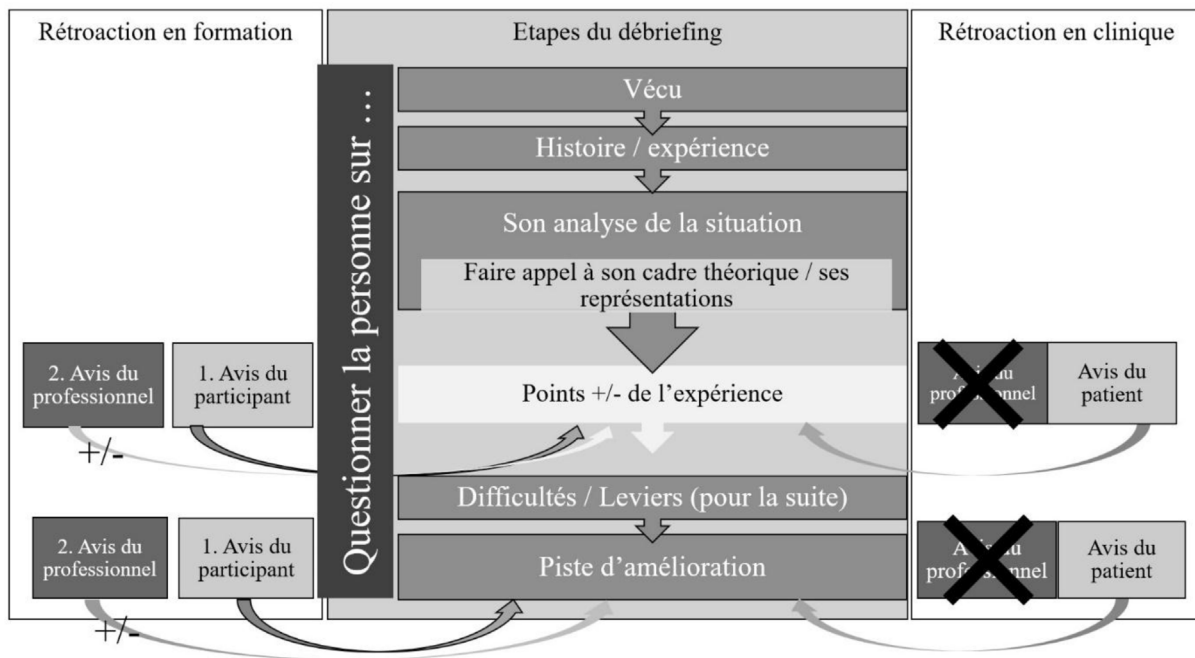


Fig. 4. Modèle explicatif intégratif du débriefing.

présente les étapes et intentions similaires de ces deux débriefings.

La finalité du débriefing dans les deux contextes

Le débriefing de formation est un moyen pour évaluer sa pratique et s'auto-évaluer (F1, F3, F4, F6, P2, P3, P4, P5, P6). Pour tous les formateurs, le défi est d'accompagner les participants à réfléchir sur leur prestation et à élaborer leurs propres pistes : « *Le débriefing est un outil pour se mettre en question, cela permet d'évoluer (...) de rendre les pensées implicites, explicites* » (F6). Les participants voient dans le débriefing un moyen pour prendre du recul, analyser et se recentrer, « *comprendre ce qui s'est passé* » (P3). Ils le décrivent comme essentiel pour avancer dans leurs apprentissages, « *prendre conscience pour changer la façon de faire* » (P2).

Dans le contexte clinique, tous les professionnels présentent le débriefing avec le patient (lors de la quatrième étape de la démarche éducative « évaluer avec ») comme un temps collaboratif au cours duquel le professionnel de santé accompagne la réflexion. Tous voient des similitudes entre la finalité du débriefing post jeux de rôle et l'accompagnement des patients : « *Le débriefing que les formateurs font c'est le même qu'il faudrait faire avec les patients* » (P3) ; « *C'est un moment où on prend du recul c'est transversal et on peut réajuster en fonction de ce qu'on va lui dire* » (F5). Dans les deux contextes, le participant ou le patient est invité à s'auto-déterminer en exprimant leurs pistes/objectifs : « *C'est nous qui avons trouvé les solutions et c'est ce que nous voulons pour notre patient. Si on veut qu'il s'investisse et que l'idée lui plaise, il faut que cela vienne de lui* » (P6).

La figure 3 rend compte de façon schématique de la méta-réflexion pédagogique concernant le débriefing dans les deux contextes.

Les conditions favorables pour le débriefing durant l'apprentissage

Tous les formateurs préconisent d'organiser des conditions favorables pour l'activité et le débriefing. Ils balisent le contexte d'apprentissage et ses conséquences : « *J'ai tendance à leur dire en préambule : Vous êtes là pour apprendre des choses. On va essayer.* » (F6). Ils rappellent que « *la finalité est de s'entraîner pour apprendre, pas de se juger, une critique c'est constructif* » (F1). Le débriefing avec les patients exige aussi des conditions favorables pour que le patient se sente en confiance (F1, F4, F5, P2, P3, P4, P6). Les professionnels de santé écoutent avec bienveillance et délicatesse, et portent attention à la réflexion pour « *mettre en valeur la personne, lui donner confiance pour améliorer son estime d'elle* » (F1). Ce temps du suivi est décrit avec des étapes explorant chronologiquement le vécu du patient, ses difficultés et ses leviers pour terminer sur ses pistes et ses objectifs pour la suite de sa vie avec la maladie.

En formation, l'erreur est un sujet légitime et une occasion pour progresser, à la fois pour les formateurs (« *Je suis là pour l'accompagner, car ce qui compte c'est d'être riche de chaque expérience* » – F2) et pour les participants (« *On n'avait pas peur de se tromper, quand il y avait des maladresses, on pouvait retravailler dessus et c'est formateur* » – P2). Les participants attribuent leur vécu positif de l'erreur au cadre sécurisant. Ces précautions permettent d'accepter de s'exposer et rappellent l'intention d'accompagner la progression : « *Jamais de critiques* »

Tableau III. Synthèse comparative des enjeux entre le jeu de rôle (JDR) et un entretien éducatif avec le patient en contexte clinique.

	Jeu de rôle	Entretien éducatif avec un patient
Contexte d'apprentissage favorable	Co-construire le cadre de fonctionnement	Créer l'alliance thérapeutique et une relation de confiance
En amont de l'expérimentation	Consignes avec inclusion des objectifs d'apprentissage visés lors du jeu de rôle	Bilan initial et pose d'un objectif éducatif par le patient
Action/Expérimentation	Expérimentation des objectifs visés par la simulation d'un entretien patient-soignant	Expérimentation dans son quotidien de la mise en œuvre de son objectif
Après l'action, dimensions explorées	Débriefing avec le participant de : – vécu du jeu de rôle – ce qui a été difficile/possible – selon lui, pourquoi ? Sur quoi se base-t-il pour justifier son point de vue ? – comment poursuivre pour la suite ? – \pm rétroaction du formateur sur la prestation	Consultation suivante : Étape 4 de la démarche éducative « évaluer avec » le patient de sa situation et « Convenir » de la suite : – vécu de l'entre deux rendez-vous – ce qui a été difficile/possible ? – selon lui, pourquoi ? Explorer ses représentations – comment souhaite-t-il poursuivre ?
Objectifs du temps « après l'action »	Permettre au participant de : – s'auto-évaluer – partager son vécu – évaluer sa pratique – réajuster si besoin	Permettre au patient de : – s'auto-évaluer – partager son vécu – observer et analyser ce qu'il s'est passé – se sentir compris – définir comment il souhaite poursuivre
Similitudes des deux situations	– Situation où la personne partage son expérience à un tiers (crainte du jugement, peur d'être centré sur le résultat) – Temps dédié à la réflexion sur la situation – Temps d'exploration des cadres sous-jacents (théoriques ou représentations) – Provoque une prise de conscience (s'entendre dire/réfléchir à haute voix) Clarifie comment la suite peut s'organiser pour s'ajuster	
Savoir-faire du meneur de l'entretien	Écoute active, suspension du jugement, questions d'exploration, résumé, mise en lien entre l'expérience et les objectifs, et élaboration de pistes pour la suite	

negatives, il y avait l'idée de renforcement positif» (P6). Tous transposent cette manière d'aborder l'erreur en formation à celle de suivre l'objectif du patient. Les professionnels de santé se décentrent du jugement du résultat pour échanger sur le processus, et voient dans l'étape « évaluer avec » le patient, l'occasion d'analyser et cheminer : « Je n'ai pas à juger de ce qu'ils ont réalisé ou pas... mon but c'est de les accompagner au mieux » (P6).

Le parallèle entre les deux débriefings est exprimé naturellement : « *C'est comme ça qu'ils nous ont accueillis pendant leur formation, c'était un petit coin de bienveillance. Où on peut tout dire. Et c'est pareil pour les patients, il faut qu'ils puissent tout nous dire* » (P4).

Les formateurs n'investissent pas de façon identique l'étape de la rétroaction mais la plupart des professionnels de santé évitent de donner des conseils ou leur avis à leur patient

Dans le contexte de formation, les formateurs investissent différemment l'étape où ils donnent une rétroaction au participant. Un formateur ne donne jamais son avis (F3). Les autres le font avec des modalités différentes :

- en demandant l'autorisation de partager ses pistes d'amélioration (F6) ;
- en donnant son point de vue sur demande ou quand les avis divergent des objectifs : « *On ne va pas être dans le jugement mais on va aussi s'autoriser d'apporter son*

- point de vue et je pense que c'est quand même important, d'amener son point de vue avec bienveillance pour pointer ce qui pourrait être fait pour s'améliorer*» (F1);
- en transposant la situation du jeu de rôle au contexte clinique pour créer de la dissonance et questionner : « *Si les participants ne voient pas la marge de progression, je pense que c'est du rôle du formateur de mettre du doute et d'interpeller* » ; « *On ne peut pas laisser les choses tel quel* » ; « *On est là pour s'entraîner pour apprendre on n'est pas là pour se juger on est là pour se dire les choses une critique c'est constructif* » (F2);
 - en donnant ses perspectives sans les imposer comme vérités (F4).

Les raisons invoquées pour justifier leurs méthodes sont : l'utilisation des principes de l'entretien motivationnel pour partager un conseil (F6) ; leur expérience en tant que formateur (F1, F2, F4) ; le traumatisme d'une expérience antérieure où la rétroaction a été vécue comme un jugement blessant (F3) qui amène à l'évitement ; l'intention d'être cohérent avec le principe de l'ETP qui préfère favoriser l'auto-détermination plutôt que « *corriger* » (F5).

Pour les participants, bénéficier de l'avis des formateurs est perçu comme bénéfique et attendu (P2, P3, P5, P6). Pour la majorité des professionnels de santé (11/12), la rétroaction au patient est absente car c'est à lui-même de porter un regard sur son expérience.

Savoir débriefing pourrait devenir un objectif d'apprentissage

Tous les formateurs perçoivent l'opportunité d'investir davantage le débriefing et regardent sa structure comme objet à transférer pour pratiquer l'ETP : « *Cela pourrait structurer les entretiens avec leurs patients* » (F4). Ils en prennent conscience durant l'entretien de recherche : « *En le formulant je me rends compte que le débriefing, c'est une sorte d'évaluation, j'ai employé les mêmes termes* » (F5). Certains formateurs soulèvent des interrogations sur la sémantique, en précisant que les mots utilisés teintent l'intention : « *Pour moi, le débriefing permet l'auto-évaluation et offre un espace libre de parole au concerné. Alors que l'évaluation, induit en plus la recherche des connaissances* » (F5). Les formateurs s'accordent à dire que le débriefing n'est pas un objet d'apprentissage pour les participants, tout en pointant que cette compétence acquise en qualité de formateur les aide dans leur pratique clinique de l'ETP.

La divergence de sémantique limite la mise en lien des débriefings

Au départ le mot « *débriefing* » renvoie à un temps pour « parler de l'action » alors que le mot « *évaluation* » évoque un jugement sur le résultat. Les participants à la recherche associent l'évaluation du patient à l'intention d'accompagner la réflexion et non à celle de porter un jugement.

Modèle explicatif intégratif du débriefing

La figure 4 est une proposition de modèle explicatif du débriefing intégrant l'ensemble des interprétations élaborées à partir de l'analyse des données recueillies.

Discussion

Résultats principaux

Les résultats montrent l'utilité et la cohérence de l'application du principe d'isomorphisme pédagogique pour l'animation et la construction de la formation en ETP. Même si une réserve est formulée concernant la différence d'enjeux, durant la formation les participants remarquent et attendent un modèle crédible et reproductible incarné par les formateurs [12]. Dans les deux contextes, de formation et de consultation, le professionnel mobilise un savoir-être et des outils pédagogiques similaires. Il guide la personne dans sa réflexion en tenant compte du vécu (Figure 2). Pour ce faire, il veille aux conditions favorables à l'apprentissage en amont et pendant l'échange (accueil empathique, confidentialité, cadre sûr) et incarne les intentions suivantes : chercher à offrir une prise de conscience, adopter une attention positive (valoriser, regard positif) et soutenir l'auto-détermination de son interlocuteur (autonomie de penser et d'agir) [7].

Cette « attitude éducative », comme le souligne Perrenoud [20], consiste à « travailler sur l'identité sans incarner un modèle d'excellence », ce qui crédibilise la formation, les formateurs et la pratique de l'ETP.

Le débriefing : un modèle pour structurer l'accompagnement de la réflexivité

Le débriefing dans les deux contextes est un temps d'analyse et d'évaluation pour évoluer dans son quotidien professionnel ou personnel. Il rejoint les principes d'une démarche réflexive.

Les participants à l'étude mènent le débriefing avec plusieurs étapes similaires (Figure 4). Ils mobilisent les mêmes outils (questions ouvertes, renforcement positif) pour aider la personne à réfléchir. Ils veillent à instaurer un espace bienveillant pour que puissent s'exprimer le vécu et les erreurs, et à adopter un esprit d'ouverture pour remettre en perspective les savoirs antérieurs et faire émerger des pistes de progression.

L'expérience exploite les principes de la pédagogie active pour offrir une occasion d'apprentissage. Elle est un marqueur émotionnel et cognitif qui influence les représentations, la manière d'être et d'agir (que cette personne soit le formateur, le participant, le professionnel de santé ou encore le patient). Meirieu [10] rappelle que *l'expérience en formation* est une matière pédagogique et le débriefing le moyen de mettre en lien cette expérience avec la prise de conscience (rendre explicite l'implicite) et l'élaboration de nouvelles perspectives.

Au regard des résultats et de la définition de Donnay *et al.* [13], qui distinguent la réflexion sur l'action de la réflexivité, en précisant que « la réflexivité englobe à la fois une réflexion sur la situation et une réflexion sur la réflexion », les formateurs initient chez les participants sans le nommer un travail sur la réflexivité pour qu'ils améliorent leur pratique professionnelle [5] alors qu'avec les patients, les professionnels de santé se concentrent sur la réflexion et l'auto-détermination.

Le débriefing n'est actuellement pas concerné par le principe d'isomorphisme

Tous les participants à la recherche s'accordent sur les similitudes entre le débriefing de formation et l'évaluation menée pour accompagner les patients. Cependant les formateurs n'utilisent pas la méta-réflexion à propos des compétences mobilisées lors du débriefing. À cet égard, cette recherche identifie deux freins à la perception de l'isomorphisme des deux débriefings: l'un de nature lexicale et sémantique, dans la mesure où le recours à deux termes différents (« débriefing » et « évaluation ») ne facilite pas la mise en correspondance des deux activités; l'autre lié aux représentations induites divergentes, qui rendent difficile un parallèle explicite entre ces deux temps. Ces éléments confirment l'importance de travailler sur les intentions professionnelles.

Forces et limites de l'étude

Plusieurs éléments peuvent être mis au crédit de la crédibilité et de la fiabilité des résultats. Le recueil progressif des témoignages et l'analyse itérative des données ont été enrichis par la littérature. L'analyse axiale a défini puis regroupé les thèmes issus des formateurs avec ceux issus des participants. Les participants à la recherche et la chercheuse n'avaient pas de lien hiérarchique et professionnel au moment de la recherche. Elle n'a pas interféré dans les réponses des formateurs (car elle n'était pas impliquée dans ces actions de formation). Même si la saturation des données n'a pas fait l'objet d'une vérification systématique, elle peut être assez largement présumée au regard du caractère raisonné et homogène de l'échantillonnage. L'analyse des données n'a pas non plus fait l'objet d'une triangulation systématique impliquant plusieurs chercheurs. Cependant, le travail a été conduit dans le cadre d'une formation diplômante (master) et la chercheuse principale a procédé au recueil et à l'interprétation des données en étant étroitement accompagnée par sa superviseuse.

D'autres éléments sont susceptibles d'avoir induit certaines limites. Ainsi, la sélection des formateurs est un biais potentiel. En effet, même si l'échantillonnage a inclus deux organismes de formation différents, ils ont, pour la plupart, suivi le même enseignement initial autour de l'ETP: les formateurs de la CoMET ont tous suivi le diplôme universitaire en ETP, organisé à Besançon par les formateurs de l'UTEF, au sein duquel la formation en ETP est conçue comme une séance éducative, ce qui

constitue une condition favorisant *a priori* la perception du principe d'isomorphisme. Ce point mériterait d'être vérifié dans le cadre d'une étude incluant des formateurs d'une autre région. Pour autant il est important de rappeler que les formateurs des deux structures ne collaborent pas au quotidien et cheminent distinctement dans leur fonction de formateurs en ETP.

Les formateurs impliqués dans l'étude sont par ailleurs tous des professionnels de santé qui pratiquent quotidiennement, ce qui peut orienter leur manière d'exercer leur rôle de formateur. Alors que cette caractéristique n'est pas obligatoire pour prétendre à l'animation d'une formation en ETP, elle constituait l'un des critères de sélection dans le cadre de l'étude, ce qui peut avoir influencé les résultats. Enfin, la chercheuse a également un double positionnement de chercheur-formateur mais elle s'est efforcée de garder l'esprit ouvert aux vécus des participants pour bénéficier de leur point de vue sur la question.

Perspectives

Perspective pour la recherche

La rétroaction est le moment où le professionnel partage son point de vue sur l'expérience de son interlocuteur. Ses modalités peuvent s'envisager en lien avec le principe d'isomorphisme pédagogique et avec l'intention de modéliser cette étape. Afin de rester cohérent avec la perspective « d'éducation émancipatrice », visant à favoriser le développement du « pouvoir d'agir du patient » ou « *empowerment* » [1,5], les formateurs guident les apprentissages sans les rectifier. La question est de savoir si guider l'apprentissage d'une pratique/d'un geste est comparable à l'apprentissage d'une vie ajustée à la contrainte de la maladie? En l'espèce, cette étape implique plusieurs défis: 1) ne pas débiter par la rétroaction mais bien par la réflexion du principal intéressé; 2) entourer la rétroaction des précautions qui s'imposent pour préserver l'estime personnelle [13]; 3) être objectif en s'appuyant sur des données factuelles et sur des références préalablement annoncées; 4) clarifier l'objet du débriefing.

Ainsi, des recherches ultérieures devront s'attacher à clarifier l'objet et l'enjeu de la rétroaction durant le débriefing au regard des différentes intentions poursuivies en éducation thérapeutique, selon qu'il s'agit, respectivement, d'outiller le patient en diverses compétences ou de soutenir sa capacité auto-détermination.

Perspective pour la formation en ETP

Les formateurs organisent des temps de méta-réflexion concernant les activités pédagogiques transférables dans la pratique éducative, telles que celles qui recourent à certains outils (métaplan, photolangage[®]...). Un des enjeux serait d'étendre cette méta-réflexion au débriefing en tant que tel, en exploitant l'activité du jeu de rôle pour organiser un « débriefing du débriefing » en deux temps: le premier temps sur l'expérience vécue de l'exercice, le deuxième temps sur l'expérience pédagogique (Figure 3).

Poumay *et al.* [21] recommandent de différer le temps de l'expérience de celui de son analyse. Trois étapes se distinguent : l'expérience, celle de la compréhension et celle de l'intégration. L'analyse du débriefing se réaliserait à un moment opportun qui lierait cette expérience à celle de l'accompagnement des patients et qui pourrait se conclure par une simulation.

Perspectives pour la pratique clinique de l'ETP

Selon Jaffrelot *et al.* [13], une des étapes du débriefing, consiste à mettre en lien l'action et les cadres conceptuels sous-jacents. En formation, il serait intéressant de systématiser le questionnement des participants sur leur cadre de référence (recherche, culture, lectures...). Dans la pratique clinique, cette étape peut être celle où le professionnel explore les représentations du patient (ses représentations, ses connaissances...).

Conclusion

Les résultats de notre étude accréditent la pertinence du principe d'isomorphisme pédagogique pour penser et opérationnaliser la problématique du transfert des apprentissages concernant le débriefing dans le cadre de la formation en ETP. Même si les enjeux ne sont pas comparables pour une personne atteinte d'une maladie et pour le professionnel en formation, il existe en effet des similitudes évidentes entre l'entretien éducatif qui « évalue avec » le patient et le débriefing post jeu de rôle mené en formation. Il semble dès lors judicieux d'annoncer et d'organiser le débriefing du débriefing durant la formation en ETP et de travailler sur son utilité et ses limites pour l'activité éducative.

Contributions

Glori Cavalli Euvrard a conçu le protocole de recherche, effectué le recueil des données, interprété les résultats et a rédigé le manuscrit. Nicole Poteaux a supervisé le travail de recherche, validé le protocole et participé à la relecture du manuscrit.

Approbation éthique

Au regard des dispositions réglementaires applicables en France, ce travail de recherche ne relevait pas de la loi Jardé, les personnes participantes n'encourant aucun risque. Il n'était donc pas nécessaire de solliciter l'accord d'un comité de protection des personnes (CPP). Le projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université de Strasbourg en mars 2020. L'anonymisation des résultats garantissait la protection des données. Le recueil comportait uniquement les données issues des entretiens (aucune donnée sensible).

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec le contenu de cet article.

Remerciements

Nous remercions sincèrement chaque participant à la recherche pour le temps offert.

Références

1. Organisation mondiale de la santé (Bureau régional pour l'Europe, Copenhague). Éducation thérapeutique du patient, programme de formation continue pour professionnels de soin dans le domaine de la prévention des maladies chroniques (version française). 1998 [On-line]. Disponible sur : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf.
2. Décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. NOR : SASH1017847D. Journal Officiel de la République Française 2010(0178). [On-line]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022664557/>.
3. Rogers CR. Le développement de la personne (2^e éd.). Paris : Dunod, 2005.
4. Assal JP, Lacroix A. L'éducation thérapeutique des patients. Accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches (3^e éd.). Paris : Maloine, 2011.
5. Sandrin B. Éducation thérapeutique et promotion de la santé : quelle démarche éducative ? Sante Publique 2013;S2 (HS2):125-35.
6. Chauvin F. Comment susciter puis accompagner les changements de pratiques professionnelles ? Sante Educ 2015;02:16-9.
7. Jochemsen-van der Leeuw HG, van Dijk N, van Etten-Jamaludin FS, Wieringa-de Waard M. The attributes of the clinical trainer as a role model: a systematic review. Acad Med 2013;88:26-34.
8. Egniew TR, Wilson HJ. Faculty and medical students' perceptions of teaching and learning about the doctor-patient relationship. Patient Educ Couns 2010;79:199-206.
9. Vigil-Ripoche M-A. D'exécuter un soin à penser le soin ou de la difficulté à mettre en mots la pratique infirmière. Recherche en soins infirmiers 2006;2:65-76.
10. Meirieu P. Former des enseignants pour une École démocratique : Pourquoi ? Comment ? Vers une formation par le projet et en alternance... Madrid : Ministerio de educación y ciencia El protagonismo del profesorado, 2005. [On-line]. Disponible sur : <https://www.slideserve.com/arnav/former-des-enseignants-pour-une-cole-d-mocra-tique-pourquoi-comment-powerpoint-ppt-presentation>.
11. Schwartz B. Entretien recueilli par Leselbaum N. Recherche Formation 1989;(6):67-81.
12. Haeuw F. Soyons congruents ! Le blog de Frédéric Haeuw, 2011 [On-line]. Disponible sur : <http://www.haeuw.com/article-soyons-congruent-86854266.html>.
13. Jaffrelot M, Weiss A, Derrien P, Borraccia I, Vidailhet P. Préparer et animer une séance de simulation. In : Pelaccia T (sous la direction de). Comment [mieux] former et évaluer les

- étudiants en médecine et en sciences de la santé? Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2016:247-67.
14. Pastré P. Apprendre par l'action, apprendre par la simulation. *Éducation Permanente* 2006;3:205-16.
 15. Désilets M, Tardif J. Un modèle pédagogique pour le développement des compétences. *Pédagogie collégiale* 1993;7:18-23.
 16. Lafortune L, Lafranchise N, Saint-Jean M, Lepage C. Regards croisés sur la rétroaction et le débriefing: accompagner, former et professionnaliser. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2017.
 17. Rudolph JW, Simon R, Dufresne RL, Raemer DB. There's no such thing as "nonjudgmental" debriefing: a theory and method for debriefing with good judgment. *Simul Healthc* 2006;1:49-55.
 18. Miller RM, Rollnick S. L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement (2^e éd.). Paris: Inter Éditions, 2013.
 19. Perrenoud P. Développer la pratique réflexive dans le métier de l'enseignant. *Professionnalisation et raison pédagogique*. Genève: Université de Genève, 1998 [On-line]. Disponible sur : https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1998/1998_30.html#Heading2.
 20. Perrenoud P. Vers des pratiques pédagogiques favorisant le transfert des acquis scolaires hors de l'école. *Pédagogie Collégiale* 1997;10:5-16.
 21. Poumay M, Tardif J, Georges F (sous la direction de). *Organiser la formation à partir des compétences: un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2017.

Citation de l'article : Cavalli Euvrard G, Poteaux N. Le débriefing comme clé de l'accompagnement réflexif en formation et en pratique de l'éducation thérapeutique du patient. *Pédagogie Médicale* 2023;24:151-165