

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 ; 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

Q3 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 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 (Fig. 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 debriefing 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

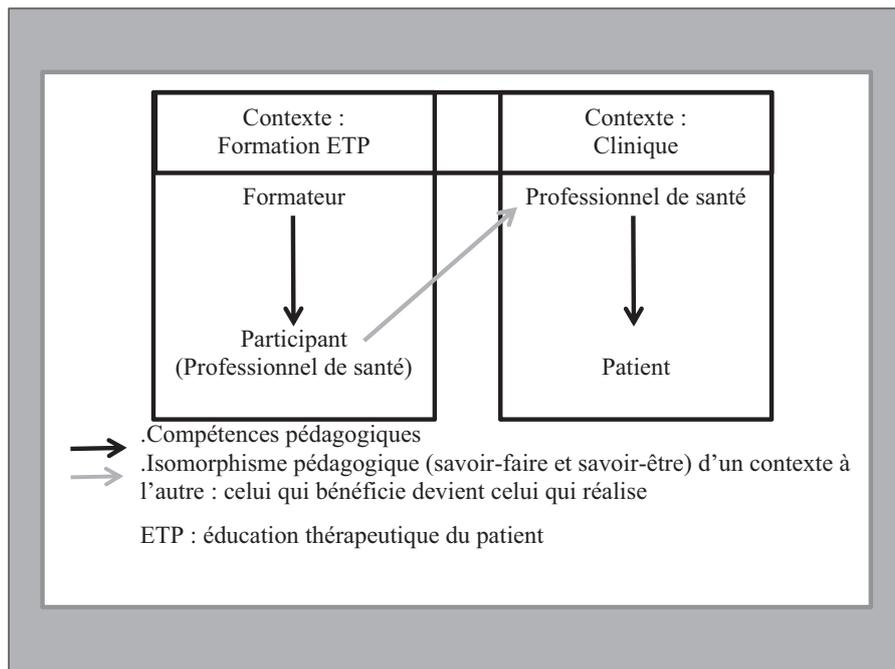


Fig. 1. L'isomorphisme pédagogique.

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 Pelaccia [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

183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214

215	du patient. Pour ce faire, le professionnel cherche le	comment le débriefing est-il pratiqué en clinique?	274
216	consentement puis présente le conseil comme une solution	Actuellement aucun article de recherche ne s'est intéressé	275
217	parmi d'autres. Ces étapes laissent le choix au patient	aux dispositifs pédagogiques organisés dans le cadre de la	276
218	d'être le libre arbitre de son cheminement.	formation de 40 h en ETP sous l'angle de l'isomorphisme	277
219	Plusieurs similitudes apparaissent lorsque l'on	pédagogique et encore moins au débriefing comme	278
220	compare les débriefings mis en œuvre, respectivement,	compétence pédagogique transférable.	279
221	en formation de formateur et en accompagnement du		
222	patient : les attitudes du débriefeur (être authentique,	Objectif	280
223	construit et soutenant [3,13]), les domaines questionnés		
224	(vécu, expérience passée, analyse de la situation, recherche	L'objectif de ce travail était d'explorer la manière dont le	
225	des cadres théoriques sous-jacents et moyens à mobiliser	débriefing est pratiqué et vécu de part et d'autre (formateurs	281
226	pour la suite en termes de pistes de progression	animant la formation de 40 h en ETP, participants à la	282
227	déterminées par la personne en apprentissage) [4,13,14],	formation et professionnels de santé pratiquant l'ETP), pour	283
228	les conditions favorables (cadre sécurisant) et la finalité	définir un modèle pédagogique du débriefing utile à la	284
229	(améliorer le quotidien professionnel ou personnel).	formation et à la pratique éducative. Plus spécifiquement, il	285
230	L'utilité du débriefing en formation est de favoriser le	s'agissait de recueillir la place faite par les formateurs au	286
231	transfert qui est, selon Perrenoud [19,20], « la capacité	principe d'isomorphisme durant la formation de 40 h en	287
232	d'un sujet à réinvestir ses acquis cognitifs – au sens large –	ETP, d'examiner sa perception par les participants durant la	288
233	dans de nouvelles situations ». Pour accompagner ce	formation puis d'explorer comment ces professionnels de	289
234	transfert, il est nécessaire de veiller au sentiment de	santé mettaient en œuvre l'ETP avec les patients, en	290
235	capacité personnelle et d'autonomie du participant. Dans	cherchant à identifier les parallèles potentiels.	291
236	le contexte clinique, quand l'objectif est une action, le		
237	patient débriefe ce qu'il a fait et réajuste son objectif pour	Méthodes	292
238	la suite de son parcours. L'intention est qu'il concrétise son		
239	objectif en piste d'amélioration pour son quotidien. Dans	Cette étude est une recherche qualitative recourant à	293
240	les deux cas, le débriefing pourrait être une étape pour	des entretiens semi-dirigés et à une approche interpréta-	294
241	favoriser le transfert de l'objectif au quotidien de la	tive de type phénoménologique. Elle inclut le regard croisé	295
242	personne.	entre les formateurs en ETP et le regard des participants	296
243	Dans cette comparaison des débriefings, certains	sur leur session de formation.	297
244	points sont discutables, comme l'enjeu entre le soignant	Les formateurs participant à la recherche seront	298
245	en formation (enjeu professionnel), le patient en séance	identifiés sous l'appellation « formateur », les profession-	299
246	éducative (enjeu de santé) et l'étape de la rétroaction	nels de santé participant à la formation seront nommés	300
247	(documentée dans l'activité de formation, elle ne l'est pas	« participant » et les deux groupes deviennent « profes-	301
248	pour la pratique de l'ETP). Une autre différence a trait à	sionnel de santé » lorsqu'ils témoignent de leur pratique en	302
249	l'objectif initial : en formation, il concerne essentiellement	contexte clinique (même si le niveau d'expertise est	303
250	l'apprentissage, alors qu'en clinique le patient définit	différent, il s'agit dans les deux cas d'une pratique	304
251	également des objectifs plus globaux. « Les difficultés ne	éducative de professionnels formés). Le programme de	305
252	s'inscrivent pas nécessairement dans le registre de	formation en ETP, mis en œuvre selon les dispositions	306
253	l'acquisition de compétences. Elles relèvent le plus souvent	réglementaires en vigueur en France, sera désigné par la	307
254	de la complexité, où les dimensions physiques, psycholo-	locution « formation 40 h-ETP ».	308
255	giques, relationnelles, sociales, pédagogiques, culturelles...	Cette recherche s'est principalement focalisée sur la	
256	sont intriquées » [5]. Ces parallèles ne sont actuellement	comparaison des débriefings, respectivement celui réalisé en	309
257	pas explicites et issus du constat empirique.	formation après les jeux de rôle et celui réalisé lors de la	310
258	Si la manière de débriefeur en formation est susceptible	pratique des professionnels durant l'étape d'évaluation de la	311
259	d'être transférée dans la pratique éducative, elle doit être	situation avec leur patient (quatrième étape du parcours	312
260	travaillée durant la formation. Il faut « préparer les formés	éducatif).	313
261	au transfert » et en faciliter le vécu [20]. Poumay <i>et al.</i>	Pour qu'elles soient comparables, ces deux situations	314
262	soulignent « l'importance de différer ce temps de méta-	devaient être proches l'une de l'autre, ce qui est le cas du	315
263	analyse à celui de l'expérience ». Dans une formation où les	débriefing de formation post jeux de rôle. Après un jeu de	316
264	activités visent à être transférées, le formateur organise « <i>a</i>	rôle, le participant qui a essayé d'appliquer son objectif	317
265	<i>posteriori</i> une approche réflexive ou métacognitive sur la	s'expose en en parlant avec un tiers. Donc dans les deux	318
266	situation vécue ». Ces conditions du transfert sont	cas, ces débriefings étaient proposés après une situation où	319
267	importantes pour conscientiser ce qui est à transférer [21].	l'interlocuteur qui a vécu une expérimentation (d'apprentissage ou de vie) raconte à un tiers cette expérience et	320
268	Le débriefing s'avère ainsi être potentiellement un	dessine des pistes d'amélioration pour la suite. Cette	321
269	moyen transversal aux deux pratiques pour inviter à	comparaison permettait de repérer les points de conver-	322
270	réfléchir et à déterminer des pistes de progression. Mais	gences et de divergences du débriefing, de manière à	323
271	qu'en est-il actuellement de son enseignement et de sa	observer si le principe d'isomorphisme était pertinent en	324
272	pratique? Comment les formateurs investissent-ils ce	général et, plus spécifiquement, sur le débriefing.	325
273	travail autour des compétences du débriefing? Et		326

327 **Caractéristiques de l'objet de recherche**

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

338 **Échantillon des participants**

339 En lien avec la question de recherche, un échantil-
340 lonnage raisonné homogène a été effectué. Pour varier les
341 expériences de formation et garantir l'homogénéité, les
342 participants sont issus de deux sessions de formation 40 h-
343 ETP, organisées dans des milieux différents (hôpital et
344 contexte ambulatoire) et par des organismes de formation
345 différents (l'unité transversale pour l'éducation thérapeu-
346 tique – UTEP – du Centre hospitalier universitaire (CHU)
347 de Besançon et la coordination multi-partenaire pour
348 l'éducation thérapeutique – CoMET – Bourgogne Fran-
349 che-Comté).

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

368 **Recueil des données**

369 Un guide d'entretien a été créé pour chaque groupe
370 (formateurs et participants) sur la base de questions
371 ouvertes (Tab. I) et validé par les deux auteures. Un
372 entretien exploratoire avec un des formateurs a permis de
373 valider la compréhension des questions. Le questionnaire
374 explorait le savoir-faire et le savoir-être des formateurs
375 durant l'expérience de la formation 40 h-ETP (vécus par
376 chacun), en les comparant à ceux attendus et pratiqués par
377 le professionnel de santé avec un patient. L'intention était
378 de comparer les divergences et les convergences entre les
379 deux contextes. Puis progressivement les questions
380 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 (Tab. 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
auteurs ont défini conjointement les thèmes superordon-
nés, 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 partici-
pants), 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.

381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397

398

399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436

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	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
	quoi ? – Y a-t-il des choses qui restent difficiles pour vous dans l'accompagnement des patients ?	
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
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 débrieffings ? 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
Formation en ETP		
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

437 **Résultats**

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

447 **Le savoir-être comme modèle de rôle**

448 La majorité des formateurs incarnent et exposent
 449 volontairement un modèle de rôle pédagogique aux parti-
 450 cipants (F1, F2, F3, F4, F5) : « Pour moi c'est important

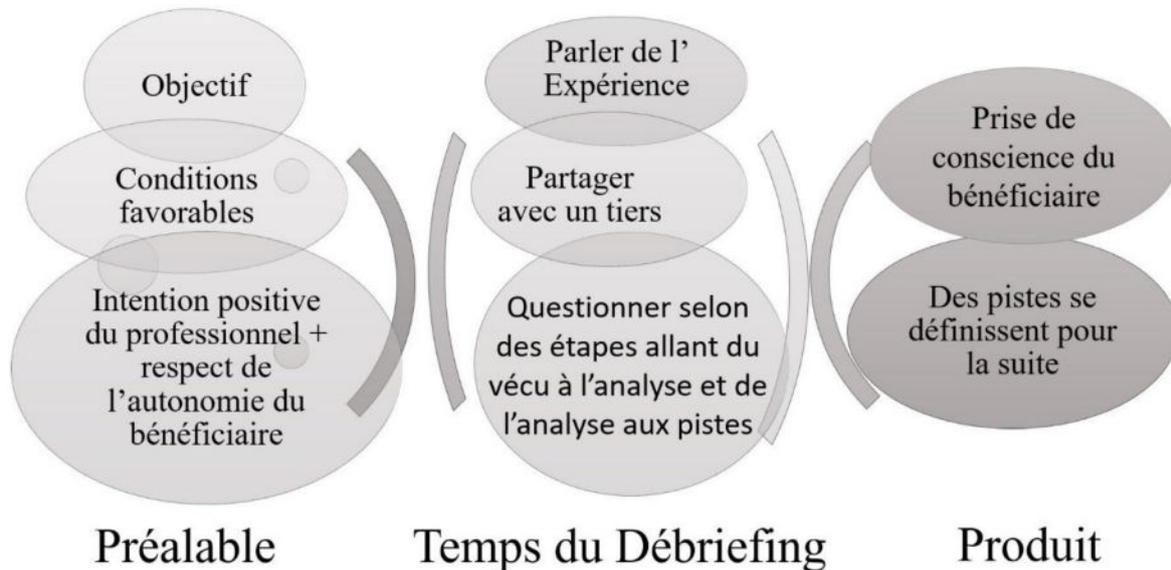
451 *d'appliquer ce que j'essaie de transmettre en formation* »
 452 (F1). En faisant cela, les formateurs cherchent à augmenter
 453 l'impact des notions abordées, créer une expérience d'ac-
 454 compagnement pour les participants et sont cohérents entre
 455 le fond et la forme : « *C'est à deux niveaux, pour leur montrer*
 456 *que la posture que nous avons en tant que formateur envers*
 457 *des gens en formation c'est la même posture qu'avec des*
 458 *patients ou plus largement la posture d'un être humain envers*
 459 *un autre être humain* » (F5).

460 Ce modèle est remarqué, apprécié voire déterminant
 461 pour les participants : « *Je pense que sans leur façon d'être,*
 462 *ça n'aurait pas du tout été la même chose* » (P6) ; « *Les*
 463 *formateurs ont apporté tellement dans leur posture, leur*
 464 *façon d'être, leur façon de faire spontanément* » (P3). Ce
 465 modèle devient pour certains participants un gage de
 466 qualité et de crédibilité lorsqu'ils se rendent compte que les
 467 formateurs incarnent ce qu'ils enseignent : « *L'ETP se*
 468 *base sur le fait de faire expérimenter des choses aux gens et*

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.

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 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, débriefing 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

487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506

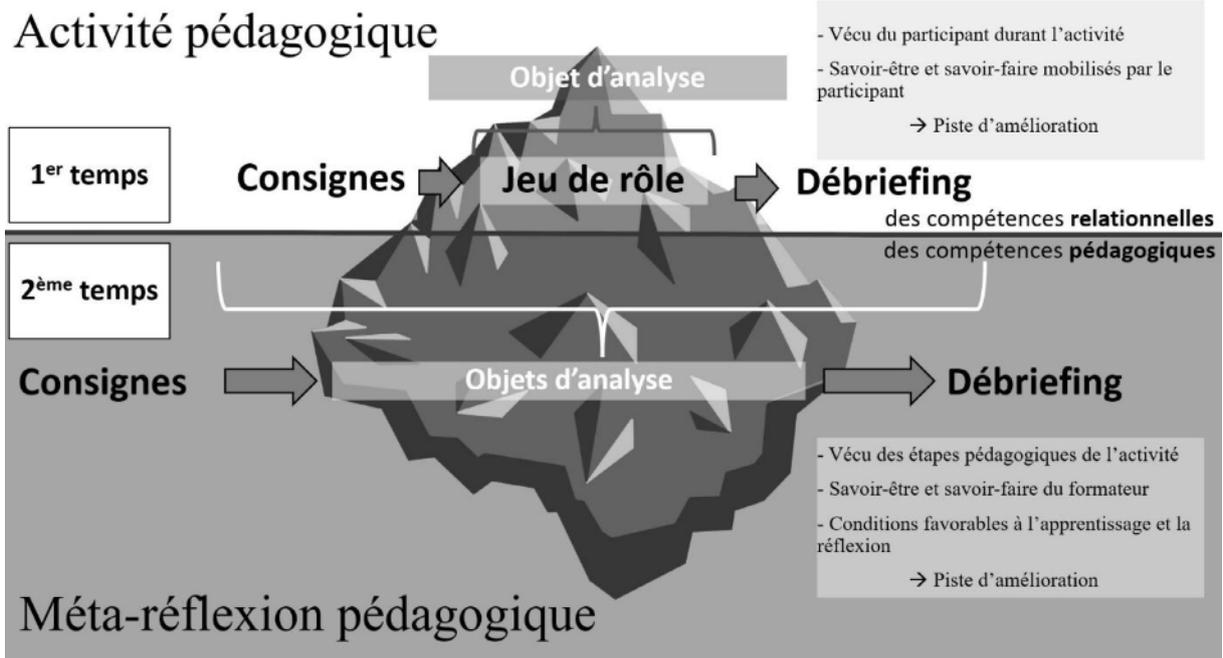


Fig. 3. Schéma de la méta-réflexion pédagogique.

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 (Tab. 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

538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570

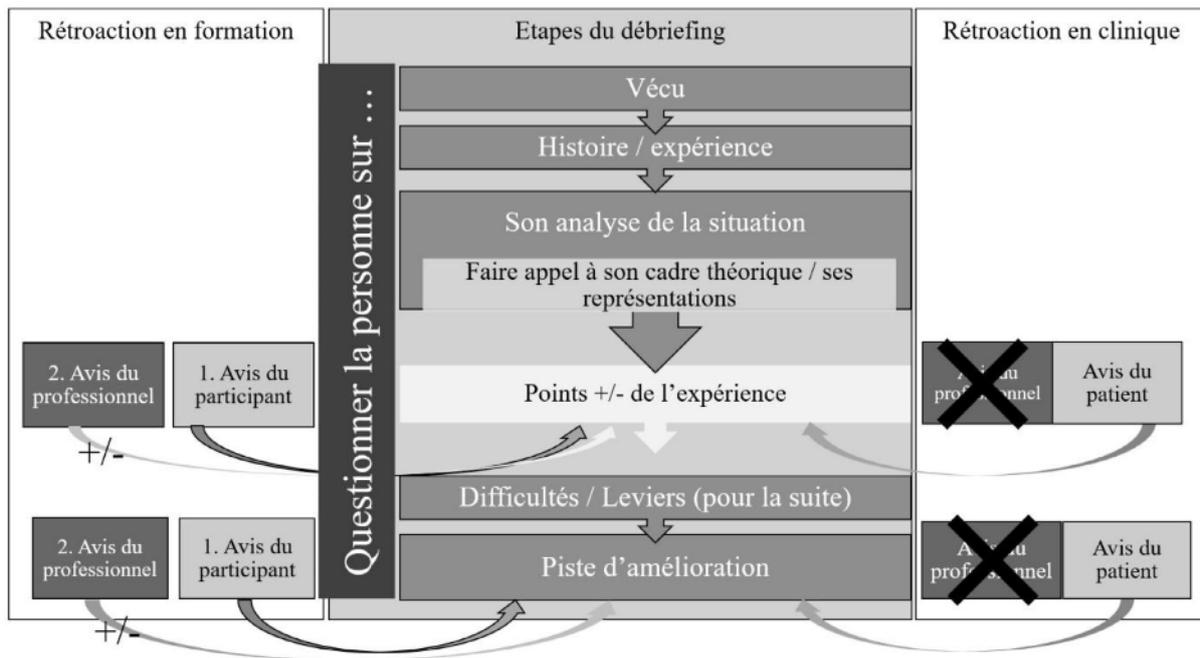


Fig. 4. Modèle explicatif intégratif du débriefing.

571 présente les étapes et intentions similaires de ces deux
572 débriefings.

573 La finalité du débriefing dans les deux contextes

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

586 Dans le contexte clinique, tous les professionnels
587 présentent le débriefing avec le patient (lors de la
588 quatrième étape de la démarche éducative « évaluer
589 avec ») comme un temps collaboratif au cours duquel le
590 professionnel de santé accompagne la réflexion. Tous
591 voient des similitudes entre la finalité du débriefing post
592 jeux de rôle et l'accompagnement des patients : « *Le
593 débriefing que les formateurs font c'est le même qu'il
594 faudrait faire avec les patients* » (P3) ; « *C'est un
595 moment où on prend du recul c'est transversal et on
596 peut réajuster en fonction de ce qu'on va lui dire* » (F5).
597 Dans les deux contextes, le participant ou le patient est
598 invité à s'auto-déterminer en exprimant leurs pistes/
599 objectifs : « *C'est nous qui avons trouvé les solutions et
600 c'est ce que nous voulons pour notre patient. Si on veut
601 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 bien-
veillance 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'inten-
tion d'accompagner la progression : « *Jamais de critiques* »

602
603
604

605
606

607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623

624
625
626
627
628
629
630
631
632
633

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	

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

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

648 **Les formateurs n'investissent pas de façon identique** 649 **l'étape de la rétroaction mais la plupart des** 650 **professionnels de santé évitent de donner des conseils** 651 **ou leur avis à leur patient**

652 Dans le contexte de formation, les formateurs inves-
 653 tissent différemment l'étape où ils donnent une rétroaction
 654 au participant. Un formateur ne donne jamais son avis
 655 (F3). Les autres le font avec des modalités différentes :
 656 – en demandant l'autorisation de partager ses pistes
 657 d'amélioration (F6) ;
 658 – en donnant son point de vue sur demande ou quand les
 659 avis divergent des objectifs : « *On ne va pas être dans le*
 660 *jugement mais on va aussi s'autoriser d'apporter son*
 661 *avis* » (P4).

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

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

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

694 **Savoir débriefer pourrait devenir un objectif** 695 **d'apprentissage**

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

713 **La divergence de sémantique limite la mise en lien** 714 **des débriefings**

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

Modèle explicatif intégratif du débriefing

721 La figure 4 est une proposition de modèle explicatif du
 722 débriefing intégrant l'ensemble des interprétations élaborées
 723 à partir de l'analyse des données recueillies.
 724

Discussion

Résultats principaux

725 Les résultats montrent l'utilité et la cohérence de
 726 l'application du principe d'isomorphisme pédagogique
 727 pour l'animation et la construction de la formation ETP.
 728 Même si une réserve est formulée concernant la
 729 différence d'enjeux, durant la formation les participants
 730 remarquent et attendent un modèle crédible et repro-
 731 ductible incarné par les formateurs [12]. Dans les deux
 732 contextes, de formation et de consultation, le profes-
 733 sionnel mobilise un savoir-être et des outils pédagogiques
 734 similaires. Il guide la personne dans sa réflexion en
 735 tenant compte du vécu (Fig. 2). Pour ce faire, il veille
 736 aux conditions favorables à l'apprentissage en amont et
 737 pendant l'échange (accueil empathique, confidentialité,
 738 cadre sécurisé) et incarne les intentions suivantes :
 739 chercher à offrir une prise de conscience, adopter une
 740 attention positive (valoriser, regard positif) et soutenir
 741 l'auto-détermination de son interlocuteur (autonomie de
 742 penser et d'agir) [7].
 743

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

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

748 Le débriefing dans les deux contextes est un temps
 749 d'analyse et d'évaluation pour évoluer dans son quotidien
 750 professionnel ou personnel. Il rejoint les principes d'une
 751 démarche réflexive.
 752

753 Les participants à l'étude mènent le débriefing avec
 754 plusieurs étapes similaires (Fig. 4). Ils mobilisent les
 755 mêmes outils (questions ouvertes, renforcement positif)
 756 pour aider la personne à réfléchir. Ils veillent à instaurer un
 757 espace bienveillant pour que puissent s'exprimer le vécu et
 758 les erreurs, et à adopter un esprit d'ouverture pour
 759 remettre en perspective les savoirs antérieurs et faire
 760 émerger des pistes de progression.
 761

762 L'expérience exploite les principes de la pédagogie
 763 active pour offrir une occasion d'apprentissage. Elle est un
 764 marqueur émotionnel et cognitif qui influence les repré-
 765 sentations, la manière d'être et d'agir (que cette personne
 766 soit le formateur, le participant, le professionnel de santé
 767 ou encore le patient). Meirieu [10] rappelle que *l'expé-*
 768 *rience en formation* est une matière pédagogique et le
 769 débriefing le moyen de mettre en lien cette expérience avec
 770 la prise de conscience (rendre explicite l'implicite) et
 771 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 enrichie 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 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 (Fig. 3).

826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880

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

888 Perspectives pour la pratique clinique de l'ETP

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

897 Conclusion

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

911 Contributions

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

917 Approbation éthique

918 Au regard des dispositions réglementaires applicables
 919 en France, ce travail de recherche ne relevait pas de la loi
 920 Jardé, les personnes participantes n'encourant aucun
 921 risque. Il n'était donc pas nécessaire de solliciter l'accord
 922 d'un comité de protection des personnes (CPP). Le projet
 923 de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de
 924 l'Université de Strasbourg en mars 2020. L'anonymisation
 925 des résultats garantissait la protection des données. Le
 926 recueil comportait uniquement les données issues des
 927 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. 935-936-937-938-939-940-941
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/>. 942-943-944-945-946-947
3. Rogers CR. Le développement de la personne (2^e éd.). Paris : Dunod, 2005. 948-949
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. 950-951-952-953
5. Sandrin B. Éducation thérapeutique et promotion de la santé : quelle démarche éducative? *Sante Publique* 2013;S2 (HS2):125-35. 954-955-956
6. Chauvin F. Comment susciter puis accompagner les changements de pratiques professionnelles? *Sante Educ* 2015;02:16-9. 957-958-959
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. 960-961-962-963
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. 964-965-966
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. 967-968-969
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>. 970-971-972-973-974-975-976
11. Schwartz B. Entretien recueilli par Leselbaum N. *Recherche Formation* 1989;(6):67-81. 977-978
12. Haeuw F. Soyons congruents ! Le blog de Frédéric Haeuw, 2011 [On-line]. Disponible sur : <http://www.haeuw.com/article-soyons-congruent-86854266.html>. 979-980-981

- 982 13. Pelaccia T. Comment [mieux] former et évaluer les 998
 983 étudiants en médecine et en sciences de la santé? 999
 984 Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2016. 1000
 985 14. Pastré P. Apprendre par l'action, apprendre par la 1001
 986 simulation. *Éducation Permanente* 2006;3:205-16. 1002
 987 15. Désilets M, Tardif J. Un modèle pédagogique pour le 1003
 988 développement des compétences. *Pédagogie collégiale* 1004
 989 1993;7:18-23. 1005
 990 16. Lafortune L, Lafranchise N, Saint-Jean M, Lepage C. 1006
 991 Regards croisés sur la rétroaction et le débriefing : 1007
 992 accompagner, former et professionnaliser. Québec : Presses 1008
 993 de l'Université du Québec, 2017. 1009
 994 17. Rudolph JW, Simon R, Dufresne RL, Raemer DB. There's 1010
 995 no such thing as "nonjudgmental" debriefing: a theory and 1011
 996 method for debriefing with good judgment. *Simul Healthc* 1012
 997 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.

1013
 1014

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*, <https://doi.org/10.1051/pmed/2023004>

Questions à l'auteur

- Q1 Merci de nous transmettre le nom de l'institution au sein duquel elle exerce sa profession pour l'adresse de correspondance [2].
- Q2 Merci de valider le titre abrégé de l'article en haut de page proposé : [Le débriefing comme clé de l'accompagnement réflexif].
- Q3 Merci de vérifier les titres et les sous-titres.