Livret pour les apprenants

Référentiel de compétences intégré de médecine palliative pour une équipe interprofessionnelle

Dossier pour les formateurs, les tuteurs et les superviseurs

01 Présentation du référentiel
02 Mini-guide pour l'utilisation des fiches
03 Compétence globale en mouvement
04 Cadre de référence pédagogique
05 Auteurs
06 Glossaire
07 Bibliographie
08 Résumé de la méthode et des étapes de la démarche

Livret pour les apprenants

09 Tableau synoptique des macro-capacités, capacités et rubriques
10 Compétence globale en mouvement
11 Cadre de référence professionnel
12 Familles de situations professionnelles
13 Critères d'une pratique professionnelle de qualité en médecine palliative
14 Problèmes prototypiques

Cahier pour les formateurs, les tuteurs, les superviseurs et les apprenants

15 Macro-capacités, capacités et rubriques

09

Tableau synoptique des macro-capacités et capacités

Macro-capacités / Capacités

Domaine cognitif	Domaine réflexif	Domaine méta-cognitif	Domaine opératif (psycho-moteur, gestuel, procédural)
1 Raisonner	**2** Construire l'action	**3** Apprendre adéquatement	**4** Pratiquer
1.1 Identifier des besoins, enjeux, problèmes	**2.1** Évaluer sa pratique, un projet, des actions…	**3.1** Identifier ses stratégies d'apprentissage	**4.1** Examiner le patient
1.2 Interpréter	**2.2** Concevoir	**3.2** Questionner ses connaissances et ses expériences	**4.2** Toucher
1.3 Synthétiser	**2.3** Analyser une situation, un environnement, une demande d'intervention	**3.3** Réguler ses stratégies d'apprentissage	**4.3** Utiliser des méthodes et des outils
1.4 Conceptualiser	**2.4** Problématiser	**3.4** Donner du sens à son action	**4.4** Mesurer
1.5 Discerner	**2.5** Résoudre un problème		**4.5** Contrôler
1.6 Structurer sa pensée, des informations	**2.6** Soulager la douleur, la souffrance		**4.6** Recruter
1.7 Rédiger	**2.7** Prévenir un phénomène, un risque, une complication		**4.7** Enquêter
1.8 Argumenter	**2.8** Anticiper un symptôme, une évolution, une complication, une orientation		**4.8** Documenter
1.9 Connaitre	**2.9** Décider		**4.9** Transmettre des informations
	2.10 Traiter		**4.10** Organiser
	2.11 Planifier		

Domaine social	Domaine psycho-affectif	Domaine imaginatif
5 Développer une relation	**6** Travailler les tensions psycho-affectives	**7** Mobiliser les ressources de l'imaginaire
5.1 Accueillir autrui, un événement	**6.1** Reconnaitre des émotions et des sentiments (de soi et d'autrui)	**7.1** Imaginer dans sa pratique professionnelle
5.2 Communiquer	**6.2** Exprimer des émotions et des sentiments	**7.2** Créer dans son travail
5.3 Accompagner une personne malade, un proche…	**6.3** S'ajuster émotionellement, affectivement à la situation	**7.3** Rêver un projet, une action, une production…
5.4 Assurer une position de tiers	**6.4** Mobiliser ses émotions pour développer la pensée et l'action	**7.4** Se projeter dans son avenir professionnel
5.5 Gérer les conflits		
5.6 Travailler ensemble : famille, soignants, administration...		
5.7 Coordonner les activités		
5.8 Déléguer un rôle, des tâches, des responsabilités		
5.9 Délibérer		
5.10 Diriger une équipe		
5.11 Former		
5.12 Recevoir d'autrui		
5.13 Se relier à autrui		
5.14 Se réconcilier avec autrui (personne malade, proche, membre de l'équipe soignante, autre)		

Macro-capacités

Capacités

10 La compétence globale en mouvement

Tout professionnel de santé est amené à pratiquer l'accompagnement et les soins palliatifs, en les personnalisant, dans l'objectif de soulager la personne malade, de soutenir les proches, et de travailler en équipe interprofessionnelle.

Cette compétence contribue à l'accès, à la diffusion et à l'ancrage de la médecine palliative, à travers les sept familles de situations professionnelles que rencontre le professionnel en santé pratiquant les soins palliatifs : soins palliatifs à domicile, soins palliatifs en structures d'hébergement et en structures sanitaires, soins palliatifs en structures spécifiques, coordination, management, enseignement/ formation, recherche.

Le développement de la compétence est un processus continu. Les compétences se développent par l'enseignement formalisé, l'expérience, le tutorat, le compagnonnage, la réflexivité et les activités personnelles d'apprentissages.

11 Cadre de référence professionnel

Le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement en France constitue la composante professionnelle de la solidarité sociale envers les personnes atteintes de maladie grave, évolutive, en phase avancée ou terminale. Il s'appuie sur une volonté politique traduite par les plans de développement des soins palliatifs et par les lois successives : loi de 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs, loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Un tel mandat est dévolu à des professionnels agissant en équipe. Ainsi, le présent référentiel rend compte d'un profil de compétences professionnelles partagées.

Le professionnel et l'équipe interprofessionnelle exerçant les soins palliatifss'adressent à la personne malade de tout âge et à ses proches, au domicile ou en institution. Pour que la fin de la vie demeure un temps de vie porteuse de sens, ils développent, en interdisciplinarité, une approche globale de la personne soignée et promeuvent autant que possible ses désirs et ses projets. Ils s'efforcent de soulager les symptômes physiques pénibles et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Ils accompagnent les proches, cherchent à prévenir l'épuisement des aidants et soutiennent l'entourage en deuil.

Quand la maladie devient incurable, la continuité des soins implique une articulation personnalisée entre tous les acteurs sanitaires et sociaux, à domicile et en établissements de soins.

Cette posture professionnelle implique des capacités d'accueil, d'écoute, de solidarité et d'ouverture, couplées à des capacités techniques et relationnelles propres à chaque profession. Elle exige aussi une coordination entre les groupes d'acteurs, tentant d'articuler leurs différentes temporalités.

En situation relevant des soins palliatifs, le professionnel est confronté aux limites du corps, de l'existence humaine, de l'action médicale et du soin. Il cherche à éviter l'obstination déraisonnable dans les investigations et la thérapeutique. Il développe individuellement et collectivement un questionnement réflexif sur ses pratiques et sur leur dimension éthique. Il refuse de provoquer délibérément la mort.

Le professionnel exerçant dans le domaine de la médecine palliative s'investit dans la transmission des compétences requises pour les pratiques, incluant la coordination et le management. Dans la relation enseignant-apprenant, il est attentif à la personne de l'apprenant, qui a besoin de se construire pour évoluer dans les champs technique, relationnel et existentiel des soins palliatifs.

Le professionnel spécialisé en médecine palliative contribue à l'enseignement et à la recherche en soins palliatifs comme moteur de développement des pratiques, de l'amélioration de la qualité des soins et de la réflexion.

12 Familles de situations professionnelles

Le terme « soin » est ici pris dans les divers sens du prendre soin, des soins eux mêmes, et des traitements à la fois médicamenteux et non médicamenteux. La notion de compétence, définie comme un savoir agir complexe, invite à la mise en œuvre et à la réalisation en tant qu'expression observable de ces compétences. Pour une personne relevant des soins palliatifs, la continuité est un élément essentiel du parcours de soin.

I- SOINS PALLIATIFS A DOMICILE

L'apprenant élabore un ensemble d'actions cherchant à répondre de manière appropriée aux besoins, aux plaintes et aux attentes de la personne qui relève des soins palliatifs, ainsi qu'à ceux de ses proches, dans les domiciles privés. Il se forme à la dimension technique spécifique des soins palliatifs.
Ce milieu se caractérise par l'atmosphère unique et l'intimité de la maison, par une bonne connaissance de l'histoire du patient et par un attachement du patient ou de son entourage envers les soignants du domicile. Il se caractérise aussi par une faible disponibilité (en nombre et en présence simultanée) de personnes ressources en soins palliatifs et par la difficulté d'y réunir les différents acteurs de soin pour des temps de synthèse, ce qui entraine un risque d'isolement professionnel. Le domicile se distingue également par la perception accrue d'une forme d'insécurité, notamment la nuit et par un risque d'épuisement, particulièrement pour les proches.
L'apprenant collabore avec les professionnels des structures spécifiques de soins palliatifs. Dans ce cadre, il participe à l'élaboration d'un projet de vie et de soin, en personnalisant sa relation à la personne malade dans une approche globale, en prenant en compte sa vie privée et celle de ses proches. Il participe aux questionnements éthiques. Il adapte l'organisation de son travail au contexte familial et aux habitudes de vie. Il assure des transmissions avec les autres professionnels concernés et tient à jour ses outils de communication. Il coopère avec les différentes structures intervenantes. Il identifie et mobilise les ressources professionnelles en santé, tout en prenant en compte les limites du patient, de son environnement et du territoire de santé.
Conditions : L'apprenant est supervisé par un professionnel expérimenté en médecine palliative, maître de stage, formé au domicile, en lien avec un tuteur.
La complexité du contexte favorise le développement des capacités d'action en autonomie et en réflexivité (sur les activités et sur le processus d'apprentissage).

II- SOINS PALLIATIFS EN STRUCTURES D'HEBERGEMENT ET EN STRUCTURES SANITAIRES

Ce contexte concerne les structures d'hébergement, appartements thérapeutiques, établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes, familles d'accueil, foyers d'accueil médicalisés, foyers-logements, maisons d'accueil spécialisée et les structures sanitaires : cliniques, hôpitaux, dont établissements privés, ou participant au service public hospitalier, ou privé à but lucratif et hospitalisations à domicile.
L'apprenant y élabore un ensemble d'actions cherchant à répondre de manière appropriée aux besoins, aux plaintes et aux attentes de la personne qui relève des soins palliatifs, ainsi qu'à ceux de ses proches. Il se forme à la dimension technique spécifique des soins palliatifs.
Ces milieux sont caractérisés par la richesse et la multiplicité des acteurs. Les professionnels de santé y sont en général sensibilisés à la démarche palliative mais peu formés.
L'apprenant reconnait la problématique palliative spécifique dans une situation donnée, argumente et partage son analyse avec les acteurs concernés. Il participe à l'élaboration d'un projet de vie et de soins avec et pour la personne malade, dans une approche globale, en lien avec les proches et les soignants concernés, en tenant compte de la culture du lieu où il se trouve. Il assure des transmissions avec les autres professionnels concernés et tient à jour ses outils de communication. Il coopère avec les différentes structures intervenantes. Il identifie les ressources internes et externes spécifiques pour les soins palliatifs et l'accompagnement, propose de les mobiliser, en collaboration avec l'équipe du service ou de l'établissement. Il sensibilise les autres professionnels de santé à la démarche palliative, notamment dans la dimension des questionnements éthiques.
Conditions : L'apprenant est supervisé par un professionnel expérimenté en médecine palliative, maître de stage, en lien avec un tuteur formé à ces lieux de soins.
La complexité du contexte favorise le développement des capacités d'action en autonomie et en réflexivité (sur les activités et sur le processus d'apprentissage).

III- SOINS DANS LES STRUCTURES SPECIFIQUES DE SOINS PALLIATIFS

Ce contexte concerne les unités de soins palliatifs, les services ou unités avec des lits identifiés de soins palliatifs, les équipes mobiles de soins palliatifs, les réseaux de soins palliatifs
L'apprenant y élabore un ensemble d'actions cherchant à répondre de manière appropriée aux besoins, aux plaintes et aux attentes de la personne qui relève des soins palliatifs, ainsi qu'à ceux de ses proches. Il se forme à la dimension technique spécifique des soins palliatifs.
Ces milieux sont caractérisés par une mission reconnue d'accompagnement, d'expertise et de recours en soins palliatifs, par la disponibilité et la variété des ressources. Ils sont aussi caractérisés par la variété et la complexité des problèmes de santé aux plans somatique, psychologique, socio-familial et existentiel.
L'apprenant s'intègre et participe à l'organisation de l'équipe et de la structure. En interdisciplinarité et en interprofessionnalité, il participe à l'élaboration d'un projet de vie et de soin, en personnalisant sa relation à la personne malade, dans une approche globale, en lien avec les proches. Il participe aux processus décisionnels et aux questionnements éthiques. Il met à profit les conditions particulières de ce contexte pour développer une attitude d'ouverture, d'écoute, d'interrogation, d'esprit critique, favorable à une pratique réflexive. Il se confronte d'une façon répétée à la mort, aux limites de l'action médicale. Il travaille sur ses représentations et ses vécus psycho-affectifs.
Conditions : L'apprenant est supervisé par un professionnel expérimenté en médecine palliative, maître de stage, en lien avec un tuteur formé à ces structures spécifiques de soins palliatifs.
La complexité du contexte favorise le développement des capacités d'action en autonomie et en réflexivité (sur les activités et sur le processus d'apprentissage).

IV- COORDINATION

La coordination est indispensable dans tous les milieux de soins, du fait de la complexité des situations relevant des soins palliatifs relevant des soins palliatifs, qui nécessitent l'implication de nombreux acteurs (professionnels socio-sanitaires, administratifs, bénévoles, tutelles…) et l'accès à des ressources spécifiques. Elle l'est aussi dans l'enseignement et la recherche du fait de ressources limitées et souvent dispersées, et de la pluralité des acteurs.
La coordination crée une collaboration propice au travail en interprofessionnalité.
De façon stratégique, l'apprenant connait et mobilise les ressources, met en lien les divers acteurs, services et structures. Il sollicite et suscite des partenariats dans la visée d'un maillage du territoire de santé, en prenant en compte les contraintes et les résistances. Par l'information, la communication, la transmission, il assure la qualité, l'efficience, la continuité du service rendu. Il développe des capacités d'adaptation, de négociation, de stratégie.
Conditions : L'apprenant est supervisé par un professionnel expérimenté en médecine palliative, maître de stage, en lien avec un tuteur formé à la coordination en soins palliatifs.
La complexité du contexte favorise le développement des capacités d'action en autonomie et en réflexivité (sur les activités et sur le processus d'apprentissage).

V- MANAGEMENT

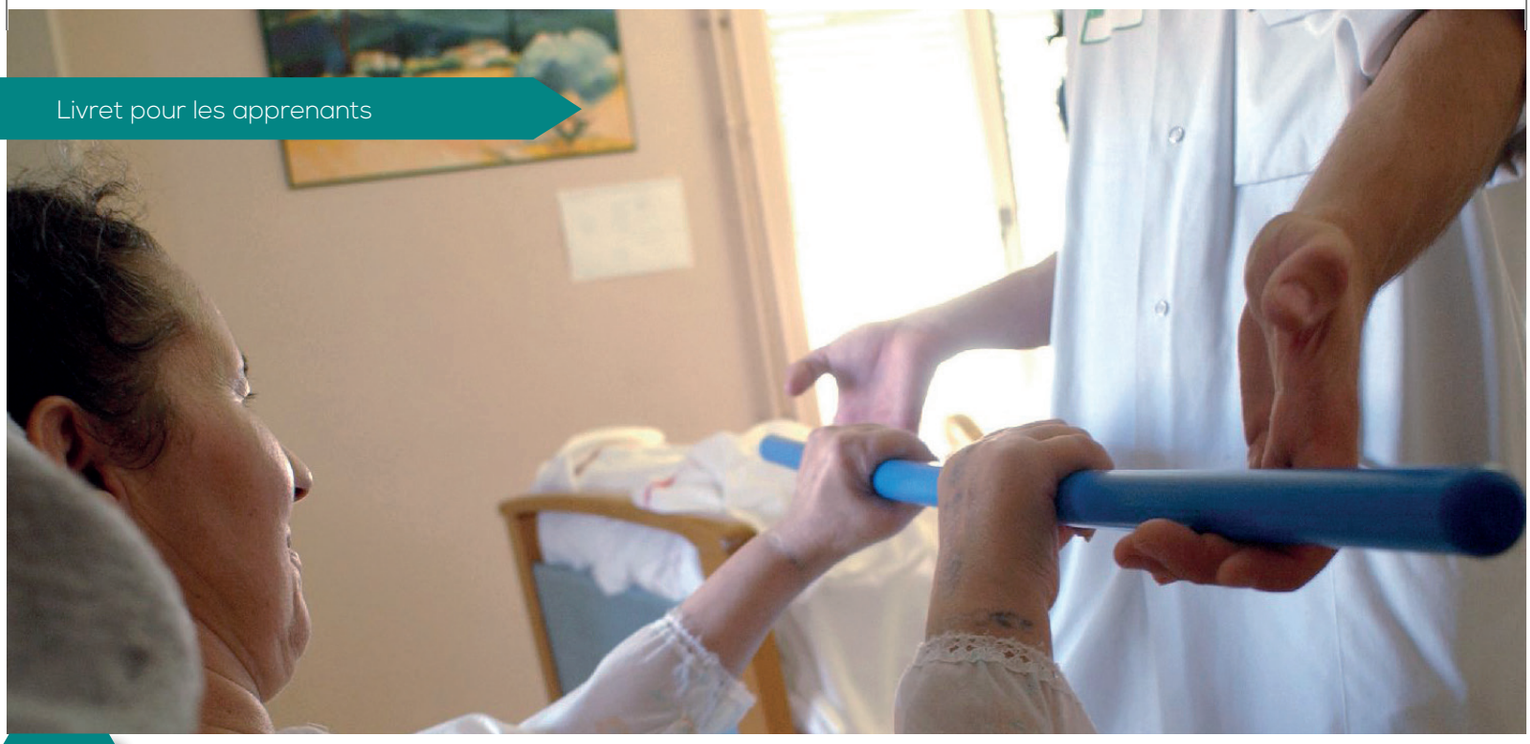
La gestion des ressources humaines et matérielles, les vécus d'équipe, la vie dans l'institution, les rapports hiérarchiques, la question de l'organisation du travail concernent l'ensemble des acteurs socio-sanitaires et bien sûr les personnels en fonction managériale, dans les milieux de soins, d'enseignement et de recherche en médecine palliative.
Le management en situations relevant des soins palliatifs est caractérisé par les conséquences de la confrontation à la mort sur le vécu des intervenants, par l'interprofessionnalité recherchée avec son risque de confusion des rôles, par des processus décisionnels collégiaux et une potentielle modification des rapports hiérarchiques. Les acteurs de soins palliatifs exerçant une fonction managériale ont fréquemment un rôle d'interlocuteurs des tutelles locales, régionales ou nationales, sur des questions de développement stratégique.
L'apprenant participe à l'organisation du suivi du parcours personnalisé des patients, mais aussi de l'accompagnement de leurs proches jusqu'après le décès, en interprofessionnalité.
Il participe à la préparation et à la réalisation des plans de soins, à la gestion des ressources humaines et matérielles, à l'animation de l'équipe et de ses projets, au soutien de ses membres. Il veille à la gestion de la qualité des soins et de l'accompagnement. Il facilite la mise en œuvre des missions d'éducation. En structures spécialisées de soins palliatifs, il met en place des conditions pour mener des travaux de recherche.
Il participe en tant qu'observateur aux entretiens avec les tutelles.
Conditions : L'apprenant est supervisé par un professionnel expérimenté en médecine palliative, maître de stage, en lien avec un tuteur formé au management en soins palliatifs.
La complexité du contexte favorise le développement des capacités d'action en autonomie et en réflexivité (sur les activités et sur le processus d'apprentissage).

VI- ENSEIGNEMENT/FORMATION

L'enseignement, la formation en soins palliatifs ont émergé récemment, manquent encore dans de nombreux milieux, ont des contenus à la fois spécifiques et évolutifs, sont interprofessionnels. Ils confrontent par nature l'apprenant aux limites de l'existence humaine, de l'action médicale et du soin, et le conduisent à un questionnement éthique.
L'apprenant conçoit, anime une formation dans les structures d'enseignement privées et publiques, comme sur les terrains d'exercice professionnel. Il construit une formation en explicitant un cadre pédagogique. Il élabore des activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation. Il détermine des objectifs pédagogiques formulées en lien avec un référentiel de compétences. Il se met en situation d'enseigner en interactivité et d'utiliser des outils pédagogiques adaptés. Il apprend à prendre parole et à restituer une synthèse. Il s'adapte au public concerné.
Conditions : L'apprenant est supervisé par un professionnel expérimenté en enseignement et en formation dans le champ de la médecine palliative.
La complexité du contexte favorise le développement des capacités d'action en autonomie et en réflexivité (sur les activités et sur le processus d'apprentissage).

VII- RECHERCHE

La recherche en médecine palliative est un élément du trépied recherche -soin-formation, qui concourt à la formation du professionnel. Elle est indispensable pour faire évoluer et améliorer les pratiques, et de ce fait la qualité de vie du patient.
L'apprenant élabore une question de recherche à partir de sa pratique clinique et construit la démarche méthodique de l'étude dans les structures spécifiques de soins palliatifs, dans les structures d'enseignement privées et publiques. Il inscrit sa question dans une problématique, il se familiarise avec les différentes méthodes de recueil et d'analyse des données. Il s'interroge sur la dimension éthique de cette recherche, connait le cadre réglementaire, suscite des collaborations avec les acteurs de terrain et des experts de la recherche (personnes ou centres ressources).
Conditions : L'apprenant est supervisé par un professionnel expérimenté en médecine palliative, maître de stage, en lien avec un tuteur formé à la recherche.
La complexité du contexte favorise le développement des capacités d'action en autonomie et en réflexivité (sur les activités et sur le processus d'apprentissage).



13 Critères d'une pratique professionnelle de qualité en médecine palliative

1. ACCESSIBILITE
Mise à disposition des moyens et des services pour assurer la qualité et la continuité des soins. Elle est financière, temporelle, géographique, matérielle, sociale et culturelle. Elle s'inscrit dans une politique de santé et engage la responsabilité du professionnel. Elle est dépendante d'une vision collective. Plus spécifiquement, la continuité assure une permanence jusqu'à la réalisation de l'objectif. Elle anticipe les contraintes et limites ; elle prend en compte les risques de déséquilibre et de rupture.

2. ADAPTABILITE
Disposition d'une personne ou d'un groupe à se mettre en adéquation avec des situations ou des comportements nouveaux, à s'ajuster aux situations changeantes, à faire preuve d'agilité, de souplesse, de diplomatie, à faire vivre une tension dynamique, à sortir de leur zone de confort, et à réagir de manière constructive. Elle nécessite d'être confrontée aux limites de résilience des personnes dans une approche compréhensive de l'individu et responsable de l'organisation. Elle implique une dynamique psychique qui organise une fluidité des échanges entre résistance et changements.

3. AUTHENTICITE
Congruence entre d'un côté, ses émotions, ses ressentis, et ses désirs, et de l'autre, ses paroles, ses attitudes, ses engagements, ses comportements et ses opinions, envers une personne ou un collectif dans une visée de sincérité et d'intégrité.

4. AUTONOMIE
Aptitude d'une personne ou d'un groupe de personnes à prendre, en accord avec ses propres valeurs et buts, des décisions responsables relatives à ses apprentissages (dans le cas de l'apprenant), à ses pratiques (dans le cas de l'enseignant et du soignant), à la conduite de son existence, à l'adaptation de ses soins et traitements (dans le cas de la personne malade). La pratique de l'autonomie n'est pas déliée de celle d'autrui. Elle se construit dans la reconnaissance mutuelle de besoins affectifs, de droits, de devoirs et de recherche de sens. Au sein des relations asymétriques (relation soignant-soigné, relation enseignant-apprenant, relations hiérarchiques), la promotion de l'autonomie de la personne vulnérable (apprenant ou patient) ou de la personne subordonnée, nécessite une vigilance éthique, notamment envers le consentement et l'assertivité.

5. BIENVEILLANCE
La bienveillance est une disposition favorable envers autrui. Elle implique que le professionnel reconsidère ses *a priori* à l'égard de l'autre, et qu'il ne lui impose pas ses propres représentations. Elle se manifeste par un comportement (gestuel, mimique) empreint de réserve, finesse, subtilité, discrétion, et par une disposition intérieure d'ouverture, d'accueil et de convivialité. Elle est une attitude désintéressée. Elle suppose un respect tout particulier de la personne. Elle implique une neutralité vis-à-vis des valeurs religieuses, morales.

6. COHERENCE
Utilisation d'une démarche logique relative à un discours, une idée, un acte ou un projet, qui ne présente pas de contradiction interne même si elle n'est pas pertinente. Elle nécessite un effort de rationalité et de structuration, de la part d'une personne et/ou d'un groupe. Elle se traduit concrètement par la clarté et la lisibilité des productions.

7. COMPLEXITE
Nature des situations comportant de multiples aspects à la fois différents et reliés entre eux. Ces aspects interfèrent les uns avec les autres de façon dynamique, évolutive, et plus ou moins imprévisible. En soin, la complexité est organique, psychique, familiale, sociale, existentielle, institutionnelle… La dimension d'incertitude (état de ce qui est mal connu, qui prête au doute) fait partie intégrante de la complexité liée à la maladie grave et aux situations relevant des soins palliatifs.

8. CONFIANCE
La confiance résulte de la reconnaissance de l'action (paroles et actes) juste et bonne. Dans la relation soignant-soigné, elle apporte une sécurité affective, une réassurance, une contenance. Dans la relation interprofessionnelle, elle s'inscrit dans les accords sur la finalité de l'action. Dans une relation dissymétrique et donc de dépendance, elle minimise le risque d'emprise.

9. CREATIVITE
Ouverture du champ des possibles, porteur de nouveauté, d'innovation, d'originalité et d'éclectisme, sous l'aiguillon de la curiosité et de la contrainte. Elle requiert implication, prise de risque, confiance en soi et esprit critique. Elle donne un accès à d'autres regards sur les êtres et les situations.

10. DISCRETION
Attitude de réserve et de respect de la confidentialité et de l'intimité de l'ensemble des personnes concernées par la situation.

11. DISPONIBILITE
Etat d'esprit favorisant une attitude, un comportement de réceptivité et d'attention à ce qui advient. Elle nécessite une organisation temporelle et spatiale. Elle favorise les questionnements et les sollicitations.

12. EFFICIENCE
Rapport positif entre les ressources dépensées (techniques et relationnelles) et les résultats obtenus (quantité et qualité) tout en intégrant les contraintes.

13. EMPATHIE
Mouvement psychique vers autrui qui suppose une disponibilité et une adaptation, pour accueillir et tenter de comprendre ce que l'autre vit et ressent, en écho à ses propres affects, tout en se distinguant bien de lui.

14. ETHIQUE
Démarche de questionnement sur les enjeux, la pertinence et le sens des actes. L'éthique cherche à répondre à la question « Que faire pour bien faire et au nom de quoi ?» Elle nécessite l'interprofessionnalité, la collégialité, et le croisement de différents champs : philosophie, déontologie, droit, morale, sciences humaines et sociales…Elle implique la capacité morale de douter. Elle s'exerce en responsabilité face à soi-même, à autrui et à la société, dans un contexte donné. Selon Paul Ricœur, la démarche éthique confronte la visée éthique (visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes) à la norme ; elle fait appel à la capacité de discernement en situation singulière.

15. GLOBALITE
Approche multidimensionnelle, systémique, d'une personne malade, d'une situation clinique, d'un problème. Elle prend en compte avec discernement, pondération, nuances, les interactions et les interrelations. C'est un regard porté sans volonté d'exhaustivité, dans le souci de rassembler les données, puis de faire du lien entre ces données, pour comprendre et agir.

16. HABILETE
Est entendue ici au sujet de la technique des soins et des traitements. Elle implique dextérité, adresse, mesure, ajustement et précision des gestes, mais aussi rigueur et méthode dans les procédures.

17. IMAGINATION
Processus mental, idéation qui conçoit, interprète, représente, à partir ou non de la réalité vécue. Elle participe à l'anticipation, l'adaptation, la créativité, la récréation, l'évasion, la poésie, la fantaisie, et au rêve, désir, plaisir.

18. INTERCULTURALITE
Interactions des dimensions qui caractérisent des entités culturelles données (croyances, ritualités, représentations, histoire…) et des groupes sociaux (origine, âge, genre, profession, religion, milieu socioéconomique). Elle oblige à la reconnaissance et à l'acceptation des spécificités, à la prise de conscience des préjugés, des stéréotypes, des processus de discrimination. Elle requiert le dialogue et la négociation pour vivre ensemble. Elle est un lieu d'émergence et une manifestation de la tolérance et de la non violence.

19. INTERDISCIPLINARITE
Existence d'un « langage commun » qui intègre des concepts de disciplines différentes et soutient des modalités d'actions en situations complexes. C'est une construction sociale qui a pour fonction d'enrichir chaque discipline et d'actualiser les pratiques de soin, coordination, management, et surtout formation et recherche.
Elle tend à relier les savoirs disciplinaires pour l'élaboration et la résolution d'une problématique et/ou d'une situation complexe.

20. INTERPROFESSIONNALITE
Collaboration et coordination de différentes professions pour assurer la réalisation d'une action cohérente et continue. Volonté de favoriser la coopération, notamment par le partage des informations et des analyses, en s'appuyant sur une réflexion collective. Elle est le fruit du croisement des savoirs et des pratiques. Elle construit dans le cadre de l'organisation du travail, des normes institutionnelles et sociétales.

21. INTUITION
C'est une connaissance empirique de la réalité, ne répondant pas à une rationalité logique ou délibérative. Elle est une perception immédiate, une interprétation, une préhension des faits et des situations. Elle intervient dans les prises de décision et s'appuie sur l'expérience.

22. PENSEE CRITIQUE
Démarche systématique de rigueur intellectuelle qui permet d'interroger, d'examiner et d'évaluer toute proposition donnée, en recherchant à distinguer et à différencier les énoncés, dans une visée de clarification. Elle exige de prendre du recul par rapport à ses convictions et représentations, à celles d'autrui et aux savoirs communément admis.

23. PERSONNALISATION
Elle reconnaît et laisse émerger la singularité de l'autre ; elle le rejoint dans son unicité ; elle le respecte dans sa subjectivité ; elle prend en considération ses choix, goûts, habitudes, coutumes…

24. PERTINENCE
Elle s'évalue à partir des résultats constatés d'un agir argumentable. Elle est liée à la question : « est-ce que je ne me trompe pas de… ?». Elle est une adéquation d'un acte ou d'une production à la situation et au contexte. Elle est en lien avec les finalités.

25. RECONNAISSANCE
La reconnaissance suppose de considérer autrui dans la singularité de son contexte et de son parcours, de l'accepter, de le valoriser, de lui être reconnaissant. Elle suppose sollicitude et intention de le protéger de la survenue d'une blessure psychique. Elle est propice à l'échange et à la réciprocité car elle valorise l'implication, l'investissement, la participation de l'individu au collectif en portant des jugements « d'utilité » et de « beauté », qui concernent ses actes, ses attitudes, ses relations, etc. Elle renforce à la fois l'épanouissement identitaire et les liens sociaux.

26. REFLEXIVITE
Démarche de conscientisation de ses motivations, de son état psychoaffectif et de son agir en situation. Elle soutient le processus de transformation, d'évolution et d'adaptation de son action. Elle enrichit la pratique par la réflexion, en temps réel et *a posteriori*. La réflexivité nécessite une lucidité sur soi même, sur l'organisation et les contraintes du système.

27. RESPECT
Il s'exprime en fonction de l'objet du respect et suscite (ou induit) des attitudes d'attention, de tact et de réflexion. Il se réfère à une norme de comportement socialement admis (déontologie, éthique et morale). Il dépend de connaissances socialement construites et il est soumis à leurs règles d'application.

28. RESPONSABILITE
Elle consiste à assumer en conscience ses actes, ses choix, ses décisions et leurs conséquences par rapport aux normes, règles et lois de sa profession et de la société. Elle implique un travail continu d'acquisition de connaissances et d'élaboration collective.

29. RIGUEUR
Elle définit l'état d'une action dans une logique de rationalité, de sa conception à sa réalisation. Elle mobilise connaissances, logique, méthode, habileté et réflexivité.

30. SOLIDARITE
Aide mutuelle des professionnels et des bénévoles d'accompagnement dans le contexte éprouvant d'une situation palliative qui, si elle venait à faire défaut, mettrait en péril la pérennité du soin, de l'accompagnement, et la continuité de l'exercice. Elle s'articule sur les valeurs de partage et de soutien, autour des règles institutionnelles. La solidarité implique collaboration et coopération, au niveau de l'équipe de soins, des institutions et de la société. Elle relève de la reconnaissance de l'humanité en tout homme. Elle suppose la valorisation de la personne et de son intersubjectivité. Elle maintient la cohésion du groupe pour l'aboutissement d'un projet commun. Elle prend en compte les « dissensus », tout en recherchant une synergie.

31. VIGILANCE
Attention aux risques spécifiques mettant en œuvre une démarche d'anticipation et de régulation, en vue de les amoindrir, et de renforcer la sécurité (soins, traitements, matériels, acteurs…). Elle engage des savoir-faire de prudence.

32. VULNERABILITE
Disponibilité à la blessure physique, psychique ou sociale (maltraitance, mépris, violence), reconnue en soi ou en autrui, à travers l'expérience de ses limites. Elle peut résulter d'un lien de dépendance ou de domination, mais aussi ouvrir à une réceptivité, à une solidarité et à une responsabilité.

14 Problèmes prototypiques

I- SOIN PALLIATIF

> Souffrance globale intense et complexe en situation relevant des soins palliatifs avancée ou terminale.

> Altération majeure du corps : cachexie, défiguration, mutilation, plaies-escarres-écoulements, stomies-fistules, paralysies, déformations, œdèmes majeurs…

> Pathologies palliatives chroniques : en différenciant les insuffisances d'organes (insuffisances respiratoire, cardiaque, rénale, hépatique, hématologique…), les maladies neuro-dégénératives et le handicap lourd.

> Demandes et évocations de mort : demandes d'euthanasie, suicide et idées suicidaires, etc. dans les différents registres où elles s'expriment (cognitif, symbolique, psycho-affectif, imaginaire, relationnel).

> Situations urgentes relevant des soins palliatifs :
- possible imminence de la mort liée à des symptômes aigus et/ou réfractaires ;
- symptômes aigus insupportables et /ou réfractaires à soulager en urgence sans imminence de la mort ;
- urgence de prise en charge par une structure spécialisée de soins palliatifs (EMSP, HAD, LISP, USP) quand la situation requiert la mise en œuvre de soins palliatifs intensifs.

> Proximité de la mort, agonie, moment de la mort et temporalité…

> Situations cliniques pouvant relever d'une indication de sédation.

II- COORDINATION

> Choix de lieux de vie pour une personne relevant des soins palliatifs et parcours personnalisé de santé.

> Gestion médico-administrative et notamment des ressources humaines.

III- MANAGEMENT

> La situation de crise concernant la personne malade et/ou ses proches et/ou l'équipe, définie comme une « rupture d'équilibre dans une dynamique de soins, d'origine potentiellement multifactorielle (symptômes pénibles, augmentation rapide des besoins de nursing, épuisement des aidants, souffrance morale…), demandant une réaction rapide d'ajustement des soins, de l'accompagnement et/ou du dialogue, de façon transitoire ou prolongée, en vue d'un retour à l'équilibre ».

> Le soutien des soignants : place donnée à l'analyse des pratiques (réunions, formation continue) et à la parole (temps et/ou groupes de parole, autres modalités de soutien…). L'apprenant ne peut pas l'organiser mais il peut observer et mener une démarche réflexive.

IV- ENSEIGNEMENT

> Confrontation à la limite et à l'incertitude

> Contrainte de transposition pédagogique (nombre d'enseignés, temps, espace, modalités pédagogiques, docimologie…)

V- RECHERCHE

> Questionnements éthiques et méthodologiques spécifiques

Crédit photo : Copyright 2014 pandore