



6^{ème} journée nationale du CNASI – mars 26

Manager en soins palliatifs

Amouroux Valérie – cadre de santé, chargée de coordination – CARSP'ARA

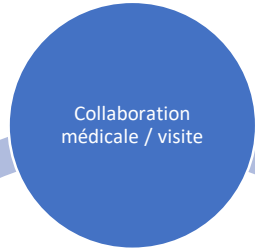
Paris, 20 mars 2026

Liens d'intérêts déclarés par l'intervenant :

mention de la nature du ou des liens d'intérêts (à décrire)

ou

écrire absence de lien d'intérêts déclarés par l'intervenant



Les soins palliatifs



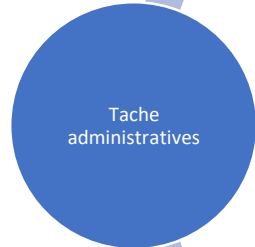
Projets transversaux



Injonction de performance



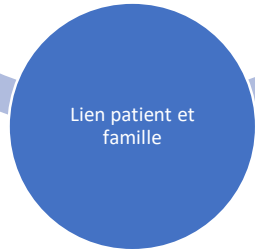
Formation



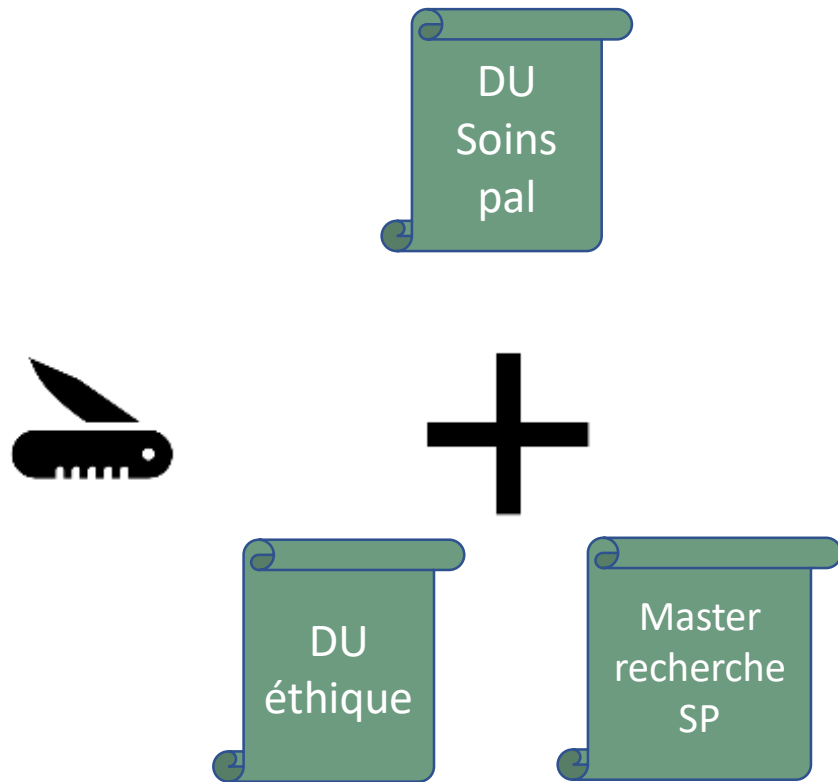
Taille de l'établissement - hiérarchie



A cœur du réseau



Manager en soins palliatifs

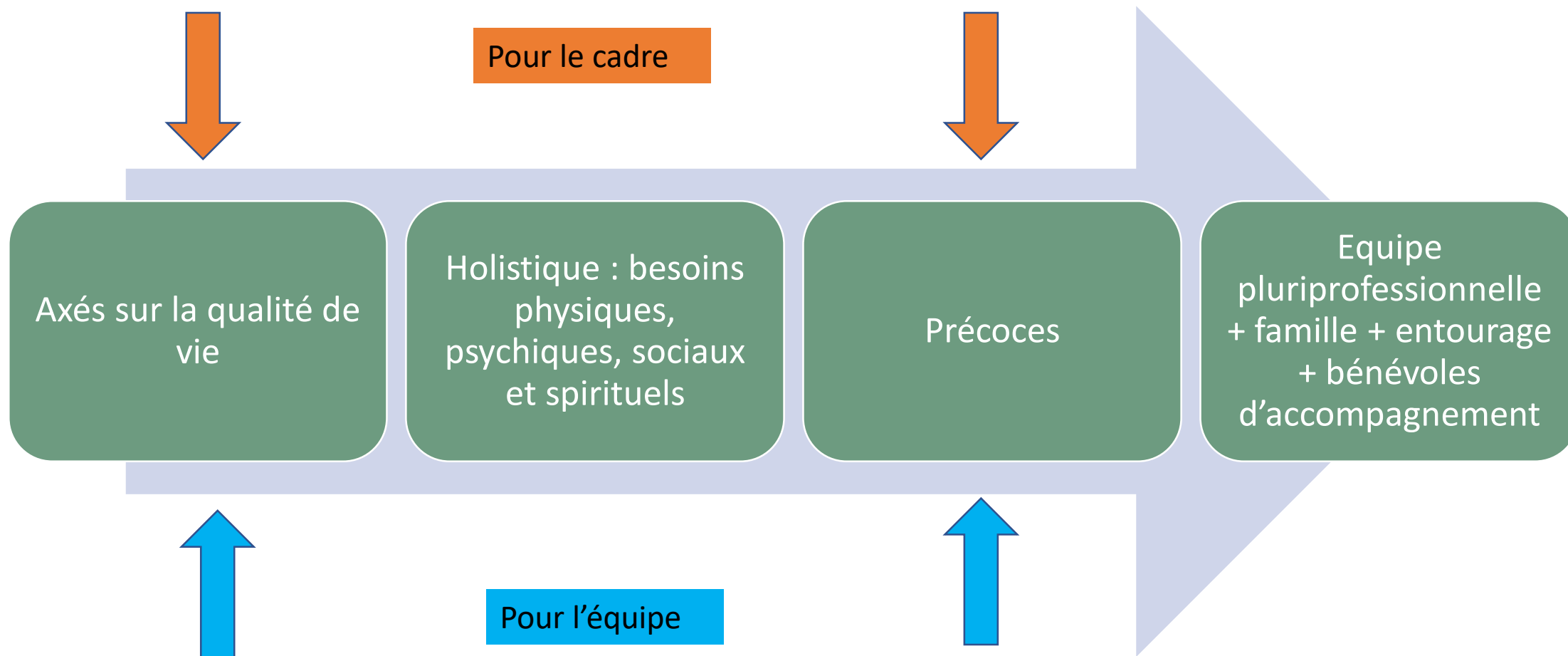


Compétence humaine

Compétence clinique

Concilier performance
organisationnelle et
accompagnement humain de la
fin de vie

Manager en soins palliatifs



Cadre de santé en soins palliatifs 2026, des constats

- Pas de temps d'encadrement déterminé dans l'instruction ministérielle du 21 juin 23
- Variabilité d'ETP mais une uniformité dans l'hexagone

Quelques chiffres, USP

- **Hauts de France :**

- 0,3 à 1 ETP
- Moyenne : 0,7 ETP

- **Bretagne :**

- 0,5 à 1 ETP
- Moyenne : 0,8 ETP
- Mutualisation autres services
 - Gestion des lits
 - EMSP
 - Cancérologie
 - Pneumologie

- **Pays de la Loire**

- 0,3 à 0,5 ETP
- Mutualisation
- Pas de cadre mais CSS
- Eloignement géographique

Quelques chiffres, USP

• Ile de France

- Assez peu parlant de faire une moyenne car nous avons quelques grosses USP (20 à 80 lits) qui ont un cadre dédié à leur USP et les autres USP c'est le plus souvent un cadre de pôle.

• Martinique

- 0,5 ETP
- Mutualisé avec oncologie

• En Auvergne Rhône Alpes :

- Temps cadre non défini à 1 ETP
- Moyenne : 0,6 ETP
- Mutualisation
 - EMSP
 - Unités transversales
 - Chambre mortuaire
 - Oncologie

USP

- Les résultats de l'enquête du CNSPFV portent sur les retours de 100 USP sur les 158 interrogées en 2019.

Nombre d'ETP pour 10 lits d'USP

	ETP théoriques ⁸	ETP budgétés	ETP effectifs	Écart entre ETP théoriques et ETP effectifs
Médecin	2,5	1,84	1,57	0,93 (- 37%)
Cadres de santé	1	0,64	0,58	0,42 (- 42%)
Infirmiers (IDE)	9	8,02	7,73	1,28 (- 14%)
Aides-soignants (AS)	10	7,69	7,46	2,54 (- 25%)
Psychologues	1	0,70	0,61	0,39 (- 39%)
Secrétaires	/	0,64	0,60	/

Lecture : il y a en moyenne 1,57 ETP effectifs de médecin pour 10 lits dans les USP répondantes.

USP

- *La SAE-PALLIA 2023*

A green starburst graphic with a dark green outline, containing the text '168 USP' in white.

- *Sur les **147 USP** ayant rempli l'item « Cadres de santé concourant à l'activité de l'USP ; ETP annuels moyens des salariés » :*
- *Un nombre total de 104 ETP de cadres de santé*
- *Une **moyenne de 0,7 ETP***
- *Des réponses allant de 0,05 à 3 ETP*
- *68 USP déclarant 0,7 ETP et plus*

Quelques chiffres, EMSP

- **Pays de la Loire**

- 0 à 0,5 ETP
- 1 x 0,05 ETP
- Moyenne 0,2/0,3 ETP

- **Martinique**

- Non défini à 0,5
- Mutualisation : centre anti-douleur, autres services

- **Auvergne – Rhône Alpes**

- Non défini à 0,2 ETP
- Moyenne 0,1 ETP


- **Ile de France**

- En général, c'est le médecin qui est responsable de l'équipe et il y a un rattachement à un cadre d'un service mais qui est surtout administratif.


EMSP

En 2019, les résultats de l'enquête du CNSPFV portent sur les retours de 321 EMSP sur les 408 interrogées.

Répartition du nombre d'ETP effectifs en EMSP :



	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum
Médecin	1,09	1	0	4,2
Cadre	0,19	0,1	0	1
Infirmier	1,71	1,7	0	4,9
Psychologue	0,72	0,6	0	2
Secrétaire	0,53	0,5	0	2,5

- *Il ressort de la SAE-PALLIA 2023, et parmi les 188 EMSP ayant rempli l'item « Cadres de santé concourant à l'activité de l'EMSP- ETP annuels moyens des salariés »*
- 
- *un nombre total de 56 ETP de cadres de santé*
 - *une moyenne de 0,3 ETP en sachant que les réponses allaient de 0,01 à 2 ETP*
 - *17 EMSP déclarant 1 ETP*

Du soutien pour les cadres

- Compétences de l'équipe :
 - Atelier soft –skills
 - Mais aussi en prendre soin : Risque psycho-sociaux des équipes en soins palliatifs
 - Accompagner l'évolution des professionnels : des propositions pour les soignants d'IPA au protocole de coopération, implication société savante
- Analyse de la pratique ... mais manque de reconnaissance par les institution
- Groupe de pairs
 - Au sein de l'institution
 - Au sein de la SFAP : un groupe de travail en cours d'instauration
- Des outils
 - Manager à distance
 - Pour accompagner son/ ses équipes : groupe ressource de la SFAP

Référence

- CNSPFV, état des lieux des structures et ressources en soins palliatifs (USP, EMSP) en France en Octobre 2019
- Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE) – 2023 - [Bases statistiques SAE — DATA.DREES](#)



6^{ème} journée nationale du CNASI – mars 26

Soft Skills : s'appuyer sur le savoir être des soignants ?

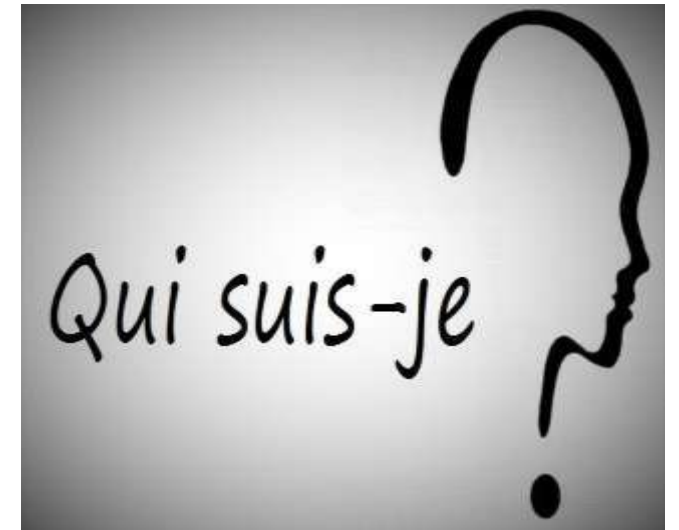
Idriss FAROTA-ROMEJKO, cadre de santé

Paris, 20 mars 2026

Liens d'intérêts déclarés par l'intervenant : Idriss FAROTA-ROMEJKO

→ absence de lien d'intérêts déclarés par l'intervenant

Qui êtes vous ?
Qui suis-je ?



Une compétence essentielle mais rarement visible

Dans les services de soins, nous évaluons surtout :

les gestes techniques
les protocoles
les connaissances



Mais ce que les patients perçoivent le plus souvent, ce sont :



l'écoute
la relation
la présence
l'empathie



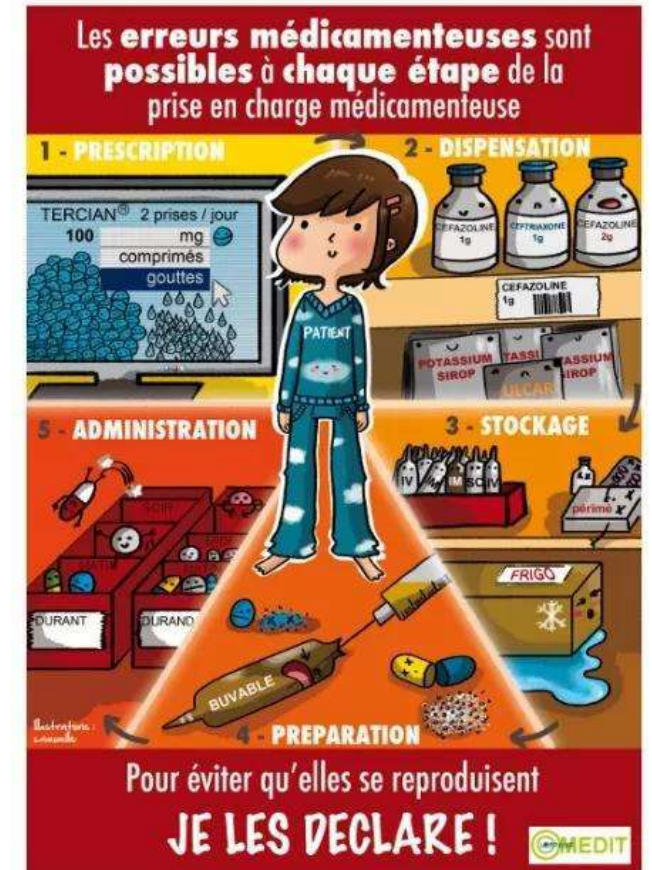
Ces compétences sont **essentiels au soin...**
mais elles sont **peu reconnues et peu valorisées dans les équipes.**

Comment un cadre peut-il valoriser ces compétences chez les professionnels et chez les étudiants ?



La situation

Une erreur médicamenteuse



Les protagonistes

- Un étudiant en soins infirmiers L2
- Une IDE expérimentée
- Le patient
- La famille



Les protagonistes

VOUS
CADRES DE SANTE

Votre mission de **cadre de santé**

1. Quelle est votre première action ?
2. Quelles sont les priorités dans cette situation ?
3. Quelles compétences voyez-vous chez :
 - l'étudiant
 - l'IDE
 - l'équipe
4. Comment valoriser ces compétences ?

À vous de jouer !

Incident !

la famille demande à voir le cadre

Quelle est la priorité du cadre ?

Quelle compétence est mobilisée dans cette action ?

Comment transformer cette situation en apprentissage pour l'équipe

Softkill mobilisée

2'



Incident !

l'IDE refuse d'encadrer l'étudiant

Quelle est la priorité du cadre ?

Quelle compétence est mobilisée dans cette action ?

Comment transformer cette situation en apprentissage pour l'équipe

Softkill mobilisée

2'



Incident !

l'étudiant pense quitter le stage.

Quelle est la priorité du cadre ?

Quelle compétence est mobilisée dans cette action ?

Comment transformer cette situation en apprentissage pour l'équipe

Softkill mobilisée

2'



Incident !

le médecin demande un rapport sur l'incident.

Quelle est la priorité du cadre ?

Quelle compétence est mobilisée dans cette action ?

Comment transformer cette situation en apprentissage pour l'équipe

Softkill mobilisée

2'



Débrief !!



- Quelles soft skills avez-vous mobilisées ?
- Quelles compétences sont les plus invisibles dans les services ?
- Comment les valoriser ?

Hard skills et soft skills

- Hard skills : gestes techniques, protocoles, connaissances.
- Soft skills : posture, relation, communication, leadership.
- Les deux sont indispensables à la qualité des soins.

Les 6 grandes catégories

- **Apprentissage** : les compétences relevant du domaine des mécanismes d'acquisition des savoirs.
- **Compétences intrapersonnelles** : les compétences relevant du savoir-être et des attitudes orientées vers et pour soi-même.
- **Réflexion et imagination** : les compétences nécessaires à la résolution de problèmes. Ces compétences permettent de trouver des solutions astucieuses, logiques ou créatives.

Les 6 grandes catégories

- **Communication** : les compétences relevant du domaine d'échange d'information avec autrui.
- **Compétences interpersonnelles** : les compétences relevant du domaine de l'interaction avec les autres au sein d'un groupe social ou d'un collectif.
- **Leadership** : les compétences relevant du domaine de l'influence positive qu'un individu exerce sur ses collaborateurs.

Leadership clinique du cadre

- Le cadre guide l'équipe dans des situations complexes.
- Écoute
- Décision
- Régulation des tensions
- Vision collective du soin

Sécurité psychologique

- Un climat où chacun peut :
- Poser des questions
- Exprimer des difficultés
- Partager des idées
- Apprendre de ses erreurs

« Apprentissage" des étudiants et des professionnels

- Les étudiants apprennent surtout par :
- Observation
- Expérience
- Feedback
- Réflexivité

Le cadre transforme les situations de travail en situations d'apprentissage.

Valoriser les compétences invisibles

- Les patients perçoivent surtout :
- Écoute
- Relation
- Présence
- Empathie

Ces compétences doivent être reconnues et valorisées

Le rôle du cadre

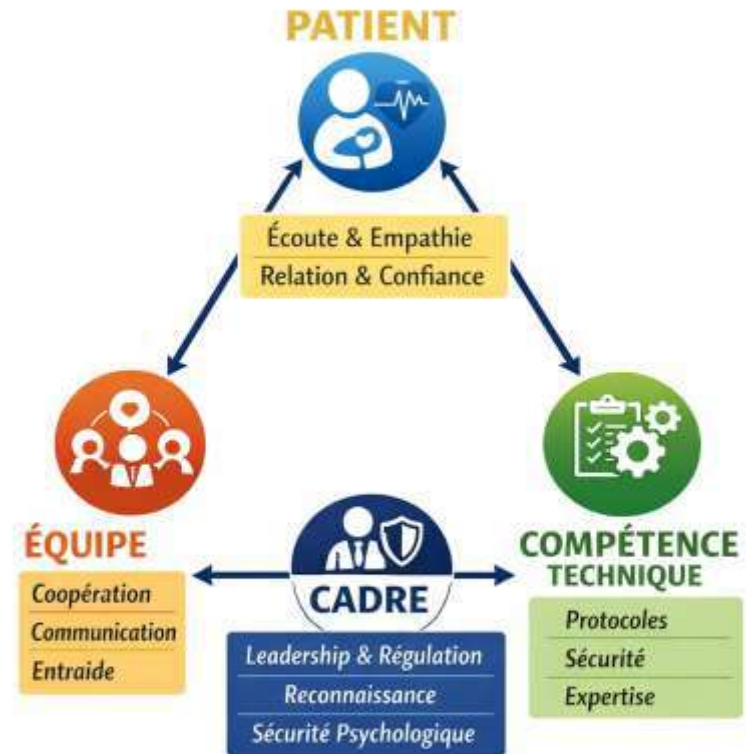
- Repérer les soft skills
- Les développer
- Les valoriser
- Créer un climat d'apprentissage dans l'équipe

Le rôle du cadre

- Repérer les soft skills
- Les développer
- Les valoriser
- Créer un climat d'apprentissage dans l'équipe

**La technique garantit la sécurité.
Les soft skills donnent du sens au soin.**

Les **Soft Skills** dans les **Équipes de Soins**



Sources

- Robles, M. M. (2012). Executive perceptions of the top 10 soft skills needed in today's workplace. *Business communication quarterly*, 75(4), 453-465. Andrews, J. & Higson, H. (2008). Graduate employability, 'soft skills' versus 'hard' business knowledge: A European study. *Higher Education in Europe*, 33 (4), 411-422
- OECD/CERI (May, 2008). 21st Century Skills: How can you prepare students for the new Global Economy (Brochure). Retrieved from: oecd.org/site/educeri21st/40756908.pdf
- Suto, I., Eccles, H. (2014). The Cambridge approach to 21st Century skills: definitions, development, and dilemmas for assessment. In IAEA Conference: Singapore.
- Bruce, J. (2017). Why Soft Skills Matter And The Top 3 You Need. *Forbes Online Magazine*. Retrieved from: forbes.com/sites/janbruce/2017/03/10/why-soft-skills-matter-and-the-top-3-you-need/?sh=38636f3076f3

Merci pour votre participation !



PPL “Aide à mourir”

PPL Soins palliatifs

ActuSFAP - 02/03/26

I - Contexte et origines

LA CHRONOLOGIE

Campagne présidentielle

Convention citoyenne

Examen P JL Firmin
Assemblée nationale

Examen assemblée
nationale 2PPL

Dépot Sénat

Groupes
la Santé

Ministère de

Publication stratégie
décennale

Division en 2 PPL

Vote 1ère lecture AN

2022

2023

2024

2025

2026

2027

Election Macron 2

Majorité relative

Dissolution

Censure Barnier

Censure Bayrou

Censure Lecornu



PPL FALORNI: **POUR 84%**

P JL FIRMIN: **POUR 60%**

PPL Aide à mourir: **POUR 54%**
PPL Soins palliatifs: **POUR 100%**

PPL Aide à mourir: **POUR 53%**
PPL Soins palliatifs: **POUR 100%**



PPL Aide à mourir: **CONTRE 59%**
PPL Soins palliatifs: **POUR 95%**

Décryptage

PPL soins palliatifs

DEFINITION

- Rédaction largement inspirée de OMS
- Retrait de la mention “ne vise ni à hater ni à différer la survenance du décès”
 - => Débat houleux
 - => désinformation
 - => point de désaccord avec le Sénat

LES FAUSSES GARANTIES

- Le droit opposable et la mention d'une loi de programmation futures ont été supprimés, conformément à la version adoptée au Sénat
- Demeure un tableau de crédit qui ne porte aucune valeur contraignante

FORMATION

Article 8

- ① I et II. – *(Supprimés)*
- ② III. – Le II de l'article 1^{er} de la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie est ainsi rédigé :
- ③ « II. – Les professionnels de santé, les professionnels du secteur médico-social et les professionnels travaillant dans le champ de la santé mentale mentionnés à l'article L. 3221-2 du code de la santé publique reçoivent, au cours de leur formation initiale et de leur formation continue, un enseignement spécifique sur l'accompagnement et les soins palliatifs.
- ④ « Un décret précise les modalités d'application du présent II. »

.....

Article 8 ter

- ① Après le 4° de l'article L. 1415-1 du code de la santé publique, il est inséré un 5° ainsi rédigé :
- ② « 5° D'assurer un enseignement spécialisé sur l'éthique. »

Article 8 quater

- ① I. – À titre expérimental, pour une durée de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, l'État peut inclure une formation aux soins palliatifs dans les stages pratiques des étudiants en médecine dans les unités de soins palliatifs et les équipes mobiles de soins palliatifs.
- ② II. – Les modalités et le champ d'application de l'expérimentation ainsi que les territoires concernés sont déterminés par décret en Conseil d'État.
- ③ III. – Au plus tard six mois avant la fin de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un bilan de cette expérimentation évaluant notamment l'opportunité de généraliser celle-ci.

MAISONS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS

- Rappel de la controverse
- Réintégration de la rédaction proche du Sénat, excluant explicitement le secteur privé lucratif

AUTRES DISPOSITIONS

- Médecin traitant
- PPA obligatoire
- DA et ENS
- Rejet du proche dans la procédure collégiale
- Campagne d'information

PPL Aide à mourir

A - Aide à mourir et soin

L'INTÉGRATION DE LA MORT PROVOQUÉE DANS LE CHAMP DU SOIN

- La proposition de loi inscrit un « Droit à l'aide à mourir » (euthanasie et suicide assisté) dans le code de la santé publique.
- En son article 3, elle prévoit même que l'aide à mourir soit intégrée à l'article L1110-5, au titre du « droit de recevoir les traitements et les soins les plus appropriés ».
- « Les actes médicaux sont des actes de prévention, d'investigation, de traitement et de soin » (article L 1110-5 code de la santé publique) ; le code de déontologie médicale prévoit que « Le médecin (...) n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort » (Article R.4127-38 du code de la santé publique).
- La proposition de loi entraîne une confusion préjudiciable à la cohérence des principes fondant la relation de soin.

UNE FORTE IMPLICATION DES SOIGNANTS ET UNE COERCITION CONTRAIRE À L'ÉTHIQUE DU SOIN

Le dispositif prévoit une implication des soignants à chaque étape, excluant la possibilité d'un contrat de confiance thérapeutique sans compromis avec l'administration de la mort provoquée.

La réalisation du geste létal serait confiée à des **médecins ou infirmiers** si la personne "n'est pas physiquement en mesure d'y procéder".

Débat important entre partisans de la loi

La proposition de loi assure **une clause de conscience personnelle** mais elle prévoit que le **responsable de l'établissement ou du service est « tenu d'y permettre »** l'accès et l'intervention des professionnels de santé souhaitant pratiquer une procédure létale (art. 14 al. 6-8).

UNE FORTE IMPLICATION DES SOIGNANTS ET UNE COERCITION CONTRAIRE À L'ÉTHIQUE DU SOIN

« le professionnel de santé (...) doit informer sans délai la personne de son refus et lui communiquer le nom de professionnels de santé disposés à participer à cette mise en oeuvre » (art. 14 al. 5). Ainsi, l'invocation de la clause de conscience conduit le soignant qui voudra la faire jouer à **chercher des confrères accédant à cette demande**, ce qui est un facteur de complication.

L'article 8 envisage de confier aux pharmaciens officinaux et hospitaliers la réalisation et la délivrance de produits létiaux. Cette mission serait une **obligation légale et professionnelle** pour les pharmaciens, excluant tout droit à l'objection de conscience de leur part.

UNE FORTE IMPLICATION DES SOIGNANTS ET UNE COERCITION CONTRAIRE À L'ÉTHIQUE DU SOIN

La proposition prévoit un **délit d'entrave**, assorti de 30 000 euros d'amende et de deux ans d'emprisonnement, pour toute personne empêchant, tentant « d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur l'aide à mourir par tout moyen » (article 17).

Un **délit d'incitation** a été ajouté, prévoyant des peines moitié moins lourdes.

Aucune législation étrangère n'a prévu de telles menaces sur la relation de soin.

B - Critères

DES CRITÈRES QUI NE RÉPONDENT PAS À DES NOTIONS CLINIQUEMENT FONDÉES

Article 4

- ① La section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte de l'article 2 de la présente loi, est complétée par une sous-section 2 ainsi rédigée :
- ② « *Sous-section 2*
- ③ « *Conditions d'accès*
- ④ « *Art. L. 1111-12-2. – Pour accéder à l'aide à mourir, une personne doit remplir toutes les conditions suivantes :*
- ⑤ « 1° Être âgée d'au moins dix-huit ans ;
- ⑥ « 2° Être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France ;
- ⑦ « 3° Être atteinte d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qui engage le pronostic vital, en phase avancée, caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie, ou en phase terminale ;
- ⑧ « 4° Présenter une souffrance liée à cette affection, qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable selon la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement. Une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir ;
- ⑨ « 5° Être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. »

CHANGEMENTS PAR RAPPORT À LA PREMIERE LECTURE

« **Question de la souffrance psychologique** » :
débat important entre partisans de la loi

« **caractère constant de la souffrance** » : **modification des critères**

DES ACCEPTIONS POTENTIELLEMENT ÉTENDUES

MALADIES NEUROÉVOLUTIVES :

150 000 PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE DE PARKINSON ;
120 000 CAS DE SCLÉROSE EN PLAQUES ;
7 500 PATIENTS ATTEINTS DE SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE (SLA).

PATHOLOGIES CANCÉREUSES :

PLUS DE 450 000 PATIENTS ATTEINTS DE CANCERS MÉTASTATIQUES, DONT 150 000 DÉCÈS ANNUELS.

MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET MÉTABOLIQUES :

500 000 PATIENTS AVEC UNE INSUFFISANCE CARDIAQUE ;
120 000 PATIENTS DIABÉTIQUES INSULINO-DÉPENDANTS.

PATHOLOGIES RESPIRATOIRES :

150 000 PERSONNES SOUFFRANT D'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE OXYGÉNO-DÉPENDANTE.

INSUFFISANCE RÉNALE TERMINALE :

100 000 PERSONNES DIALYSÉES EN FRANCE, AVEC 10 000 NOUVEAUX CAS CHAQUE ANNÉE.

C - Procédure

DES EXIGENCES FORMELLES INFÉRIEURES AUX STANDARDS INTERNATIONAUX

«

Article 5

La section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte de l'article 2 de la présente loi, est complétée par une sous-section 3 ainsi rédigée :

« *Sous-section 3*

« *Procédure*

« *Art. L. 1111-12-3. – I. –* La personne qui souhaite accéder à l'aide à mourir en fait la demande écrite ou par tout autre mode d'expression adapté à ses capacités à un médecin en activité qui n'est ni son parent, ni son allié, ni son conjoint, ni son concubin, ni le partenaire auquel elle est liée par un pacte civil de solidarité, ni son ayant droit.

DES EXIGENCES FORMELLES INFÉRIEURES AUX STANDARDS INTERNATIONAUX

Les conditions de la demande sont précisées (par écrit) mais facultatives (art 5 al. 4) : celle-ci pourra donc être simplement formulée à l'oral et sans témoin.

La loi belge impose une demande écrite, datée et signée, quand l'Oregon exige deux témoins, et l'Autriche un passage devant notaire.

L'ABSENCE DE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE PRÉALABLEMENT À LA PROCÉDURE LÉTALE

La proposition de loi ne prévoit **pas d'évaluation systématique préalable du discernement par un psychiatre ou psychologue.**

Cette simple possibilité de proposer à la personne de « l'orienter vers un psychologue clinicien ou un psychiatre » (art. 5 al. 11) affaiblit considérablement les garanties d'un consentement libre et éclairé.

De même, le médecin devrait « propose[r] à la personne de bénéficier de soins palliatifs et d'accompagnement » (art. 5 al. 10). **Cette proposition reste toute théorique** quand on sait le déficit d'offre palliative en France (500 personnes meurent chaque jour sans y avoir accès).

LA FAIBLESSE DE LA PROCÉDURE COLLÉGIALE : UNE TOUTE-PUISSANCE SOLITAIRE DU MÉDECIN

Alors que les décisions médicales lourdes comme la sédation profonde continue ou l'arrêt de traitement reposent aujourd'hui sur une procédure collégiale obligatoire, la proposition de loi n°1100 s'en dispense partiellement.

L'absence de référence à l'équipe de soins (article L 1110-12 CSP) et la **possibilité pour un seul médecin de valider la procédure** marquent un net recul par rapport à la transparence et à la prudence introduites depuis 2005. Ce choix ouvre la voie à des décisions solitaires, vulnérables aux biais ou pressions.

Le texte actuel n'impose **pas de garanties précises quant au second avis médical**. Contrairement à la législation actuelle, la proposition de loi permettrait au médecin consultant de **rendre son avis sans examen du requérant**, sans préciser son caractère contraignant, sa motivation, ni sa traçabilité. La possibilité pour le médecin de recueillir d'autres avis n'est que facultative, ce qui le priverait d'informations utiles provenant des professionnels accompagnant le requérant.

L'ABSENCE DE PROCÉDURE COLLÉGIALE : UNE TOUTE-UISSANCE SOLITAIRE DU MÉDECIN

Un ~~a~~uxiliaire médical doit participer à la procédure, mais n'est pas nécessairement un auxiliaire membre de l'équipe qui suit le patient

D'autres professionnels peuvent y être associés, sans que cela ait un caractère obligatoire

DES DÉLAIS COURTS ET RIGIDES QUI ENFERMENT LE PATIENT

Le médecin dispose de seulement **15 jours maximum** pour statuer (art. 6 al. 13). Ces délais sont très inférieurs aux standards internationaux : 3 mois en Autriche, 1 mois en Belgique, 90 jours au Canada.

Ces délais sont à mettre en parallèle avec les carences de notre système de santé.

De plus, si la personne décide de reporter l'administration de la substance létale, « le professionnel de santé suspend la procédure et **convient d'une nouvelle date** » (art.9 al. 6). Ce dispositif institue une pression manifeste, enfermant le demandeur dans un processus dont il lui sera ensuite très difficile de sortir. Le professionnel participe ainsi à « l'enfermement du patient » contraire à la protection de la personne vulnérable.

UN CADRE FLOU SUR LE LIEU ET LES CONDITIONS DE RÉALISATION DE L'ACTE LÉTAL

La loi permet l'acte létal en hôpital, en EHPAD, à domicile, voire partout ailleurs, sans encadrement clair (art. 7 al 4). **Ce large éventail de lieux** (plus large que toutes les législations étrangères hormis le Québec) expose à des risques majeurs : divisions au sein du personnel médical, pratiques opaques à domicile, absence de transparence des conditions de réalisation.

Des expériences étrangères ont montré que le manque de régulation du lieu augmente les cas non déclarés et les dérives. La relation entre les sous-déclarations des euthanasies aux Pays Bas et la pratique des euthanasies à domicile a été établie. La pratique d'euthanasies hors domicile a donné lieu à des dérives commerciales au Québec

UN CONTRÔLE A MINIMA QUI NE POURRA PAS PRÉVENIR LES ABUS

Aucun dispositif de contrôle a priori n'est prévu. Le contrôle de la commission s'exercera a posteriori, à partir des informations communiquées par le médecin (art. 15). Ici, la France s'inspire de commission fédérale belge, qui n'a transmis à la justice qu'un cas problématique sur plus de 35000 euthanasies déclarées.

Il n'y a pas de recours juridictionnel effectif en dehors du droit de la personne ayant exprimé la demande d'aide à mourir. Or le droit de recours est un principe de valeur constitutionnelle.

La famille ou les proches ne seront consultés, ni même informés dans le cadre du processus. Or, la famille ne doit pas apprendre que l'aide à mourir a été réalisée à son insu, sauf à favoriser des traumatismes familiaux et intergénérationnels.

Lecture politique

LA CHRONOLOGIE

Campagne présidentielle

Convention citoyenne

Examen P JL Firmin
Assemblée nationale

Examen assemblée
nationale 2PPL

Dépot Sénat

Groupes
la Santé

Ministère de

Publication stratégie
décennale

Division en 2 PPL

Vote 1ère lecture AN

2022

2023

2024

2025

2026

2027

Election Macron 2

Majorité relative

Dissolution

Censure Barnier

Censure Bayrou

Censure Lecornu



PPL FALORNI: **POUR 84%**

P JL FIRMIN: **POUR 60%**

PPL Aide à mourir: **POUR 54%**
PPL Soins palliatifs: **POUR 100%**

PPL Aide à mourir: **POUR 53%**
PPL Soins palliatifs: **POUR 100%**



PPL Aide à mourir: **CONTRE 59%**
PPL Soins palliatifs: **POUR 95%**

LES 4 ENSEIGNEMENTS DU SCRUTIN

1 - Un résultat qui se resserre

Dans les votes: 299 pour, 226 contre, 37 abstentions

6 votes en moins pour le “pour”

20 abstentions en moins

27 “contre” en plus

=> La dynamique est en faveur de l’opposition au texte

2 - L’absence de recherche de compromis

Une majorité étroite souhaite adopter un texte sans accepter aucun amendement de compromis ou de prudence

3 - Une division entre partisans

Cadre “d’exception pour les cas limites”, VS “norme large pour tous, nouveau droit”

4 - La course à l’adoption avant la présidentielle

UN DÉBAT D'OPINION QUI S'AMPLIFIE

1 - Des sondages qui commencent à varier

2 - Le surgissement de nouvelles paroles, notamment patientes

3 - Une crispation des partisans, qui ne cherchent plus à convaincre mais à cloturer

=> Le vote en deuxième lecture fait avancer le processus législatif mais ne parvient pas à régler le problème politique, qui s'amplifie.



6^{ème} journée nationale du CNASI – mars 26

Evaluation des risques psycho-sociaux dans une équipe de soins palliatifs

BRAUD Sandrine, cadre de santé USP/EMSP/HDJ

BOURDILLON Gaëlle, chargée de la prévention des Risques Psycho-Sociaux, Qualité de vie au travail
CHU de Clermont Ferrand



Paris, 20 mars 2026

Absence de lien d'intérêts pour les intervenants

Contexte de départ

- En début d'année 2024, constat d'une dégradation des relations au sein du service (USP)
 - Insatisfaction des équipes quant à leurs plannings,
 - Insatisfaction dans le fonctionnement clinique avec les équipes médicales,
 - Tensions entre les équipes de jour et de nuit...

- Conséquences éventuelles du risque détecté : conflits interpersonnels au sein de l'équipe et dégradation de la prise en charge des patients et de leur entourage
- Appel réalisé auprès de la chargée de prévention des risques psycho-sociaux
- Souhait de mettre en place un accompagnement de l'équipe

Méthodologie de travail

- Observation dans le service
- Entretien avec la cadre de santé et un médecin
- Analyse de la situation au regard des 8 facteurs de Risques Psychosociaux

Résultats de l'analyse des risques (1)

<p>SR 16-01</p> <p>CONTRAINTES PHYSIQUES ET MENTALES LIEES A L'INTENSITE DU TRAVAIL</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Complexité des tâches Les situations de soins gérées par le centre de soins palliatifs sont difficiles. Le service accueille en hospitalisation complète des personnes atteintes de maladies graves, évolutives et incurables, quel que soit le stade évolutif (en phase précoce, avancée ou terminale) pour évaluation et gestion des symptômes rebelles ou des situations complexes, non contrôlés) et dont la prise en soin nécessite les compétences d'une équipe pluridisciplinaire formée et compétente en soins palliatifs. L'équipe est compétente et exigeante et l'accueil des nouveaux arrivants peut se révéler difficile en cas de difficultés de compréhension. - Quantité de travail L'activité du service est fluctuante/cyclique sur le plan technique et relationnel en fonction du nombre de patient et de leur état général. Les tensions surviennent en cas de surcharge de travail liée à des patients difficiles ou l'absence inopinée de certains membres de l'équipe. Les périodes de ralentissement d'activité seraient quant à elles propices à l'apparition de conflits interpersonnels - Effectifs Les effectifs semblent adaptés à la charge de travail et aux spécificités du service - Heures supplémentaires et rappels sur congés Les modifications de planning sont mal accueillies dans le service. 	<p>Risque élevé</p>
--	--	----------------------------

Résultats de l'analyse des risques (2)

<p>SR 16-02</p> <p>EXIGENCES EMOTIONNELLES LIEES AU PATIENT ET A LEUR ENTOURAGE</p>	<ul style="list-style-type: none">- Relation avec des personnes en situation de détresse / de souffrance / d'énervernement / d'anxiété- L'exigence émotionnelle est très importante en centre de soins palliatifs.- Les équipes sont confrontées à des patients atteints de pathologies graves, évolutives et incurables. Ils sont donc confrontés à la mort, à la peur des patients, à la détresse des proches...- La durée moyenne de séjour varie de 2 jours à plusieurs mois, elle est en moyenne 14 jours. L'âge des patients est actuellement compris entre 35 et 80 ans.- Parfois un lien affectif se crée entre les soignants et les patients du fait de discussion sur des goûts communs, à l'occasion d'activités organisées dans le service (cuisine...).- Le personnel doit cacher ses émotions et faire preuve d'empathie. Ils doivent être humains, compliants, arrangeants...- Le soutien et l'entraide dans l'équipe permettent de faire face.- Le premier lundi de chaque mois, une analyse des pratiques professionnelles a lieu dans le service, supervisée par un psychiatre extérieur au service. La psychologue du service est disponible pour tous membres de l'équipe médicale, soignante, paramédicale et bénévole pour des temps d'échanges autour de la pratique en individuel ou en groupe.	<p>Risque critique</p>
--	--	-----------------------------------

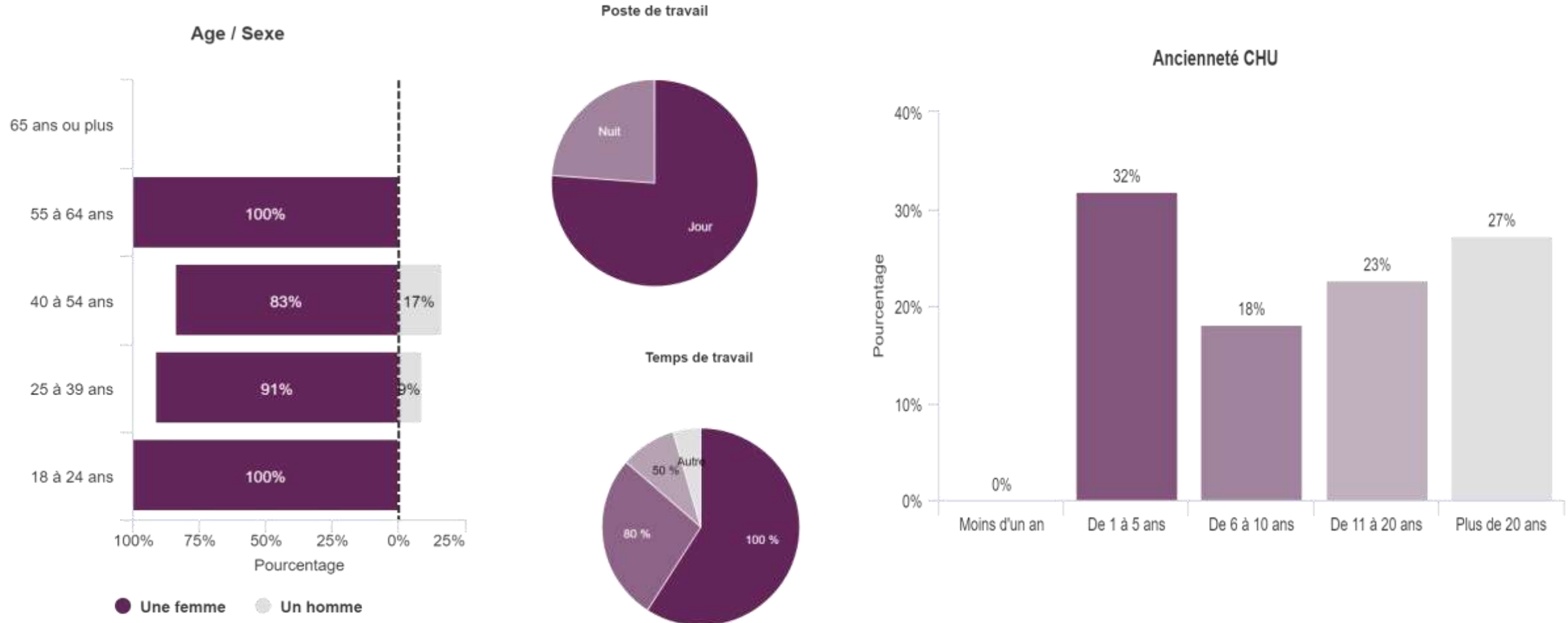
Résultats de l'analyse des risques (3)

<p>SR 16-03</p> <p>AUTONOMIE ET MARGE DE MANŒUVRE DANS LA REALISATION DU TRAVAIL</p>	<ul style="list-style-type: none">- Volonté affichée de l'encadrement de développer l'autonomie de chacun.- Les équipes semblent travailler dans un climat de confiance et pouvoir solliciter leur cadre en cas de besoin.- Un travail collaboratif important a été mise en place en 2023 afin d'impliquer tous les membres du service dans la définition du projet de service.- Le travail d'évaluation et d'analyse a été réalisé avec l'aide d'un cabinet extérieur mais la démarche s'est « essoufflée » et les actions n'ont pas été mise en œuvre à ce jour	<p>Risque faible Facteur protecteur</p>
---	--	---

Déroulement des actions

- Présentation de la démarche à l'ensemble de l'équipe (2 créneaux pour rencontrer équipe de jour et équipe de nuit)
- Décision d'utiliser l'expérimentation de la méthodologie du Document Unique des RPS (questionnaire anonyme complet, précis, le plus objectif possible)
- Déclenchement de groupes de travail collaboratifs sur la base du volontariat (lutter contre les RPS et encourager les facteurs protecteurs)

Profil des répondants : 22 réponses, taux participation 68,7%



La relation n'est pas significative. $p\text{-value} = 0,9$; $\text{Khi}^2 = 0,6$; $\text{ddl} = 3$.

Exemple de questions posées

Pensez-vous disposer du temps nécessaire pour effectuer vos missions



Vos activités de travail sont elles clairement définies ?



Avez-vous les moyens de mener à bien vos activités ?



Exercez-vous des activités qui nécessitent une attention soutenue ou une vigilance permanente ?

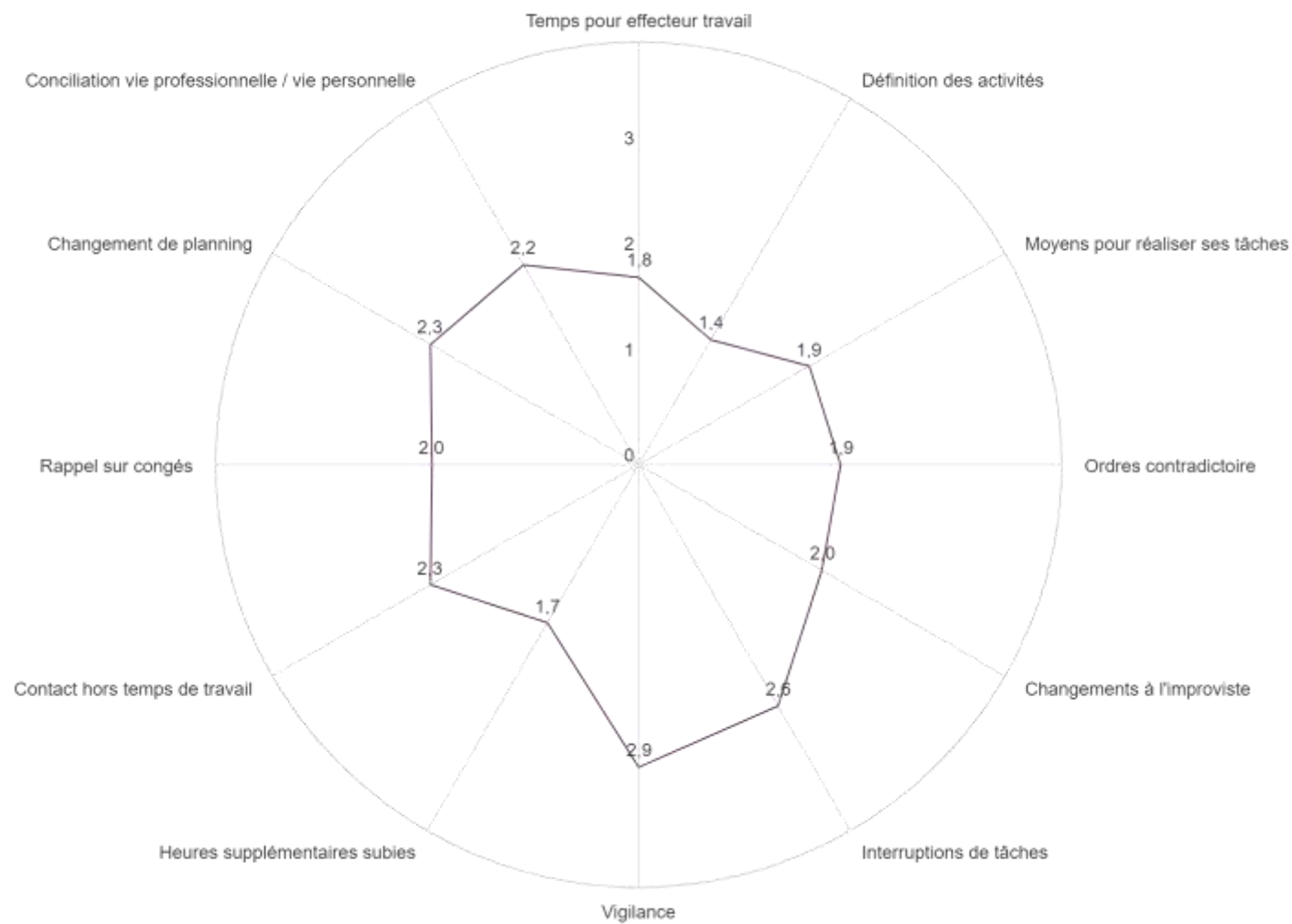
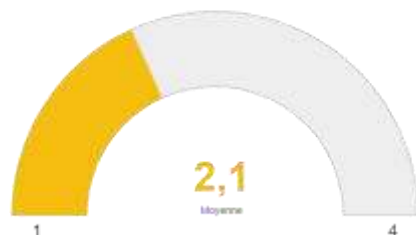


INTENSITE DU TRAVAIL

SR 16.01 CONTRAINTES PHYSIQUES ET MENTALES LIEES A L'INTENSITE DU TRAVAIL

Cette dimension concerne la quantité et la complexité du travail, la pression temporelle et les difficultés de conciliation vie professionnelle et vie personnelle, la quantité de travail (excessive ou insuffisante), les effectifs, le manque de temps pour faire le travail ou encore les heures supplémentaires et rappels sur congés.

Moyenne facteur de risque intensité



Raisons des difficultés à concilier vie professionnelle et vie privée

	%
Horaires de travail	56%
Manque de prévisibilité du planning	69%
Trajet domicile - travail	0%
Rappel sur repos pour faire face aux absences	56%
Difficulté de mode de garde enfants	19%
Autre	13%

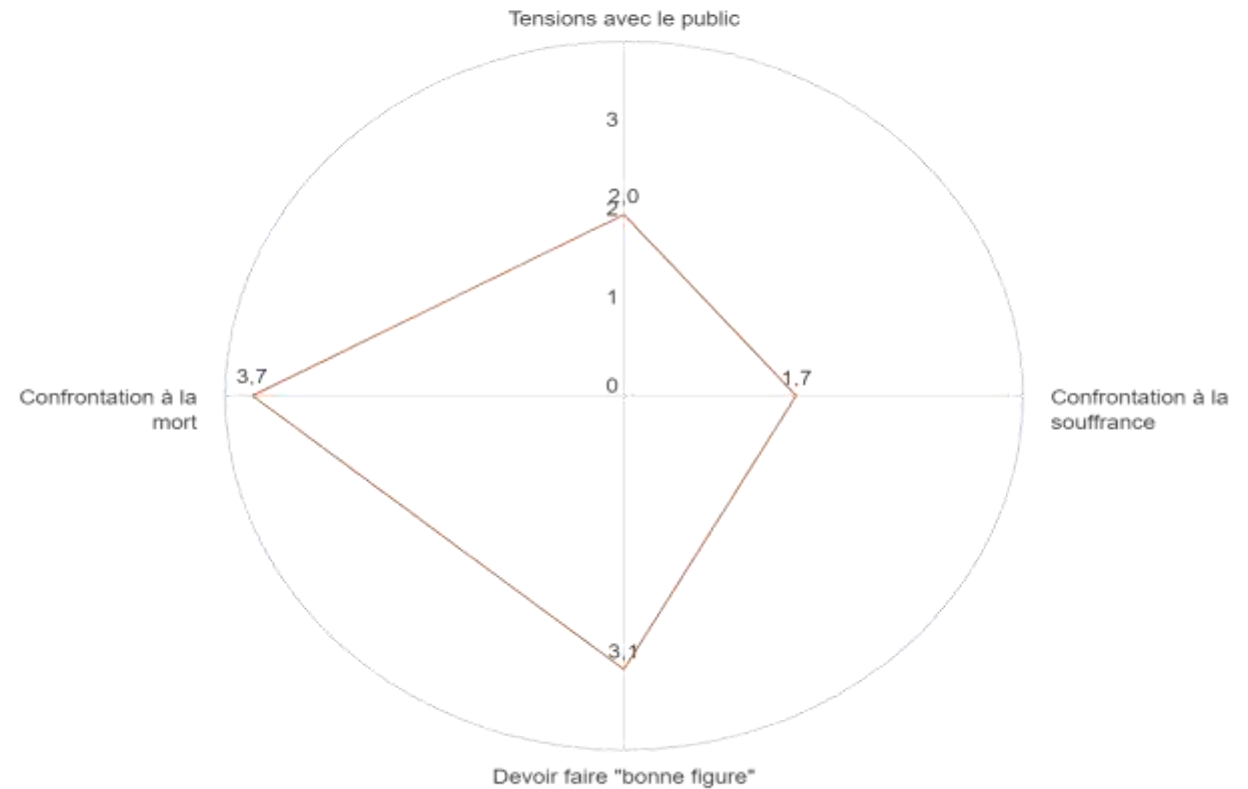
SR16.02 EXIGENCES EMOTIONNELLES LIEES AU PATIENTS ET A LEUR ENTOURAGE

Cette dimension concerne les difficultés dans les relations au public, les difficultés à tenir dans les situations de souffrance, d'énervernement ou de détresse sociale ou physique.

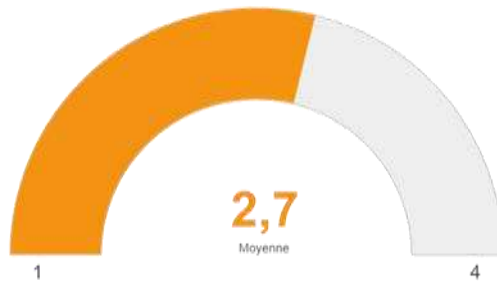
Au niveau du CHU, elle se retrouve notamment dans les métiers du soin ou d'accueil du public qui nécessitent une attention soutenue du personnel dans la maîtrise de ses propres émotions et conserver une humeur équilibrée.

EXIGENCES EMOTIONNELLES

— Moyenne



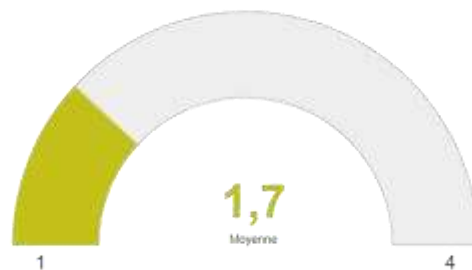
MOYENNE REPONSES RPS2 EXIGENCES EMOTIONNELLES



SR 16.03 - AUTONOMIE ET MARGE DE MANOEUVRE

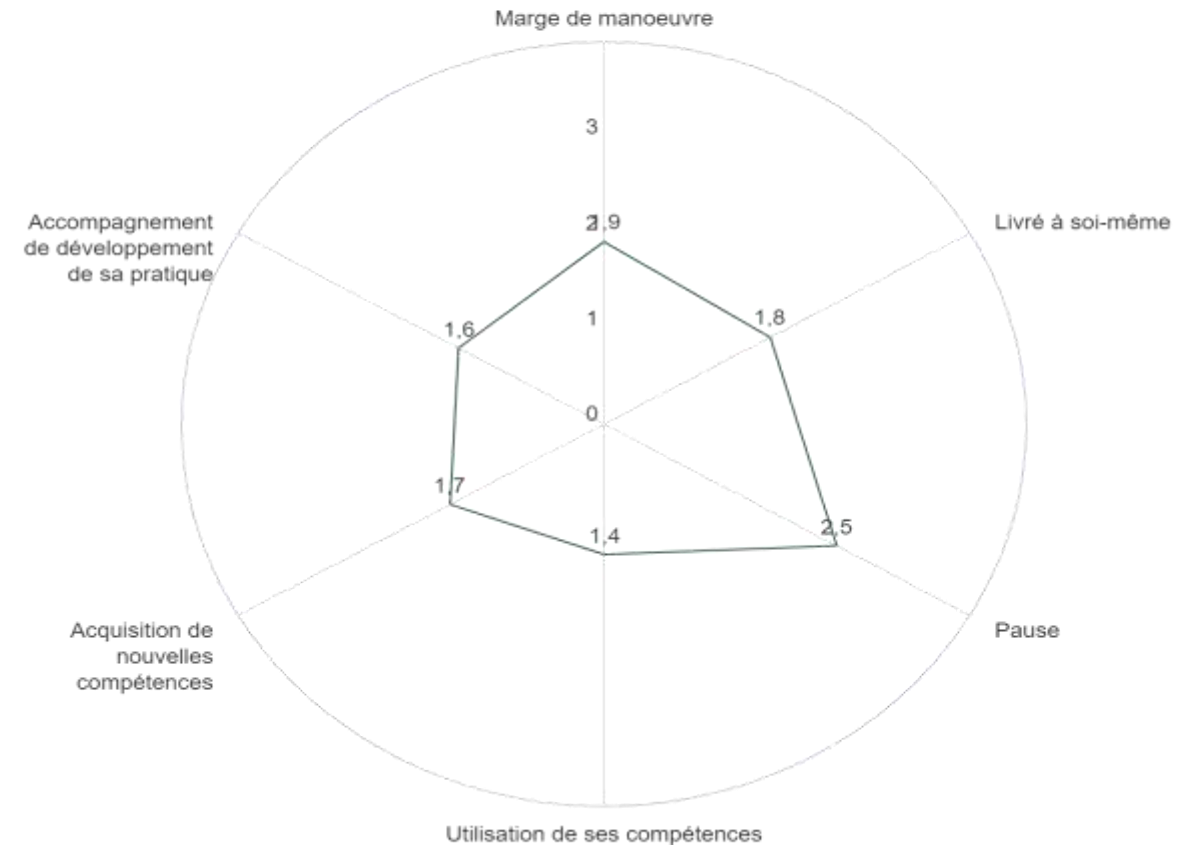
Cette dimension renvoie aux questions de monotonie des tâches, au manque de liberté pour décider dans son travail, au manque de possibilité d'utiliser ou d'acquérir de nouvelles compétences ou encore le manque de concertation ou d'information sur les changements au travail. Au niveau du CHU, cette dimension peut concerner des emplois comportant des tâches répétitives, des situations avec peu de marge de manœuvre pour organiser son travail, ou encore des situations d'ennui ou de manque de cadre de travail

Moyenne RPS3 Autonomie



AUTONOMIE ET MARGES DE MANOEUVRE

— Moyenne



SR 16.04 QUALITE DES RAPPORTS SOCIAUX ET DES RELATIONS AU TRAVAIL ENTRE AGENTS

Cette dimension concerne la qualité des relations aux collègues et à la hiérarchie et/ou au manque de soutien social ainsi que l'exposition à des agressions verbales entre professionnels. Au niveau du CHU, elle va concerner les relations au sein des équipes de travail tels l'entraide mais aussi les conflits interpersonnels, la force du collectif ainsi que les relations claniques.

Moyenne réponse RPS 4 RAPPORTS SOCIAUX



QUALITE DES RAPPORTS SOCIAUX ET DES RELATIONS AU TRAVAIL ENTRE AGENTS



SR 16.05 CONFLITS DE VALEURS ET ACTES CONTRE-MORAL DANS L'EXERCICE DE SES FONCTIONS

Cette dimension renvoie aux conflits éthiques dans le travail, à la qualité perçue comme empêchée ou en inadéquation avec ses valeurs morales ainsi qu'au travail ressenti comme inintéressant, sans utilité ou sans valeur ajoutée

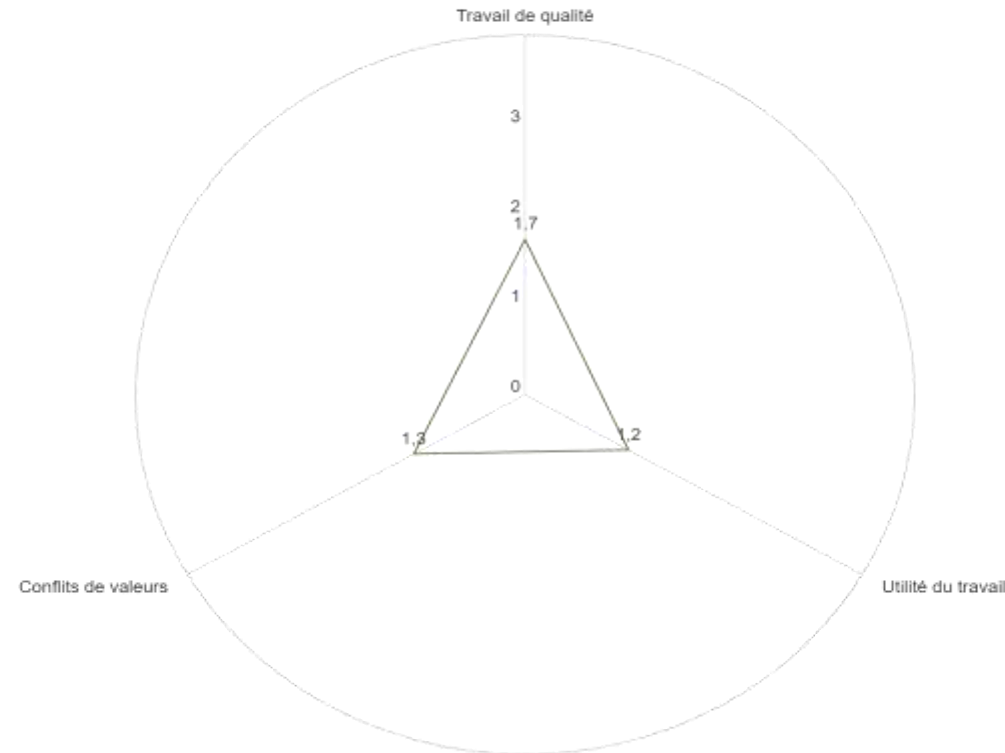
Au niveau du CHU, cette dimension est importante, l'engagement des professionnels et la satisfaction au travail étant largement liés à la qualité du service rendu au public. Lorsque celle-ci n'est plus possible (manque de moyens, objectifs contradictoires, pression temporelle, situations de violence, éloignement du public, etc...), des conflits de valeur peuvent se développer et conduire à des situations de malaise, de retrait ou de troubles psychosociaux plus graves.

MOYENNE RPS5 _ CONFLIT DE VALEURS



CONFLITS DE VALEURS ET ACTE CONTRE MORAL

— Moyenne

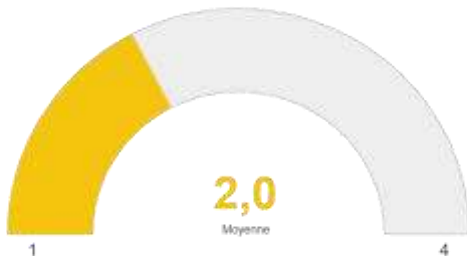


SR 16.06 INSECURITE SOCIO-ECONOMIQUE DE LA SITUATION DE TRAVAIL

Cette dimension renvoie à la question de la sécurité de l'emploi, du salaire, du cadre de travail ; au vécu des changements ainsi qu'à la peur de ne pas être capable de tenir le poste jusqu'à la retraite.

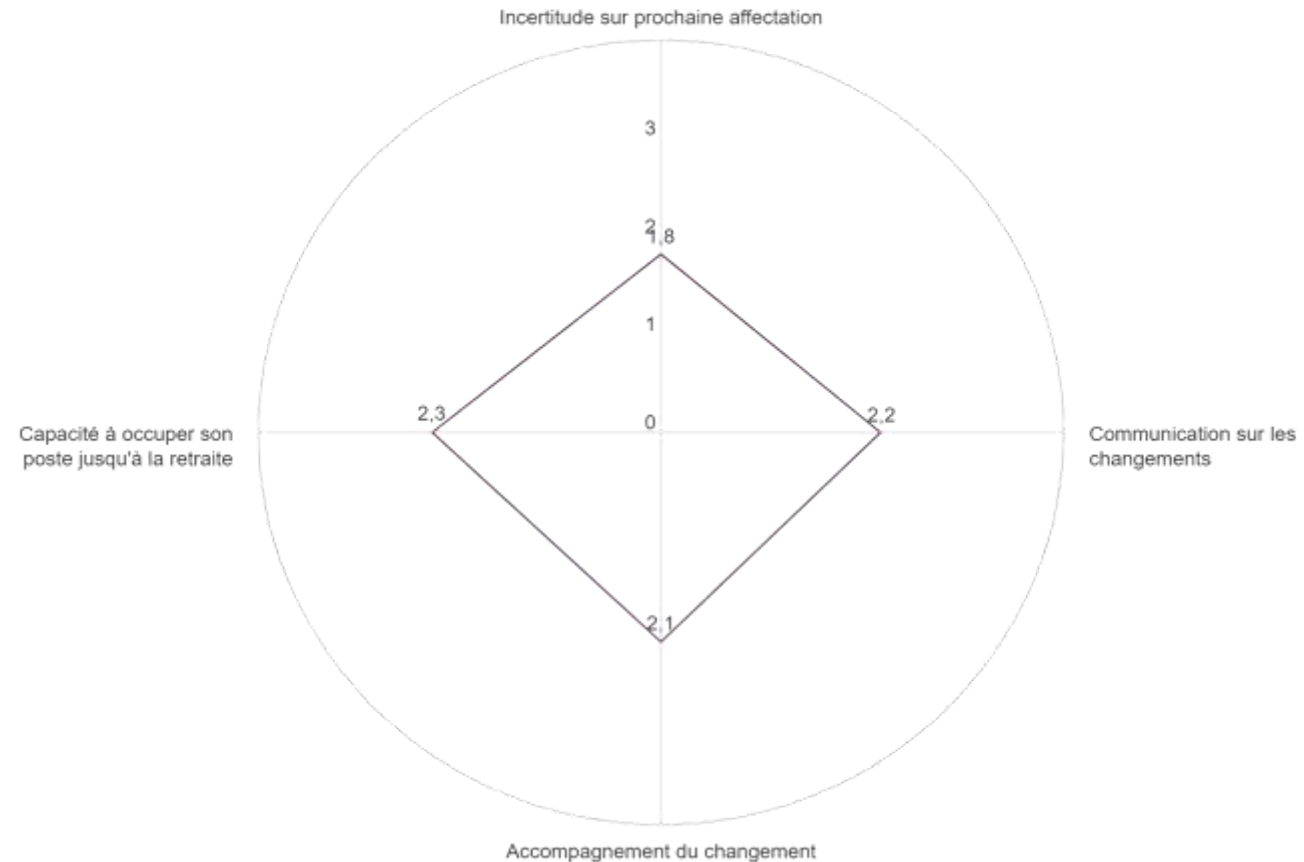
Au niveau du CHU, cette dimension peut concerner les professionnels en situation précaire relativement à leur emploi. Mais aussi les professionnels titulaires, avec des réorganisations qui peuvent bouleverser les cadres de travail (lieux, équipes, encadrement, missions, modalités, etc...) et sont susceptibles d'entraîner des inquiétudes par rapport aux futurs contextes de travail.

MOYENNE RPS 6 INSECURITE EMPLOI ET TRAVAIL



INSECURITE SOCIO ECONOMIQUE

— Moyenne

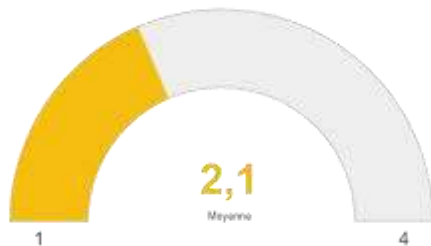


SR 16.07 RECONNAISSANCE AU TRAVAIL

Cette dimension recoupe ce qui a trait au manque d'estime de la part de ses collègues, de ses pairs ou de ses supérieurs. Elle intègre également la reconnaissance financière et/ou statutaire par rapport aux efforts ou à l'investissement fourni.

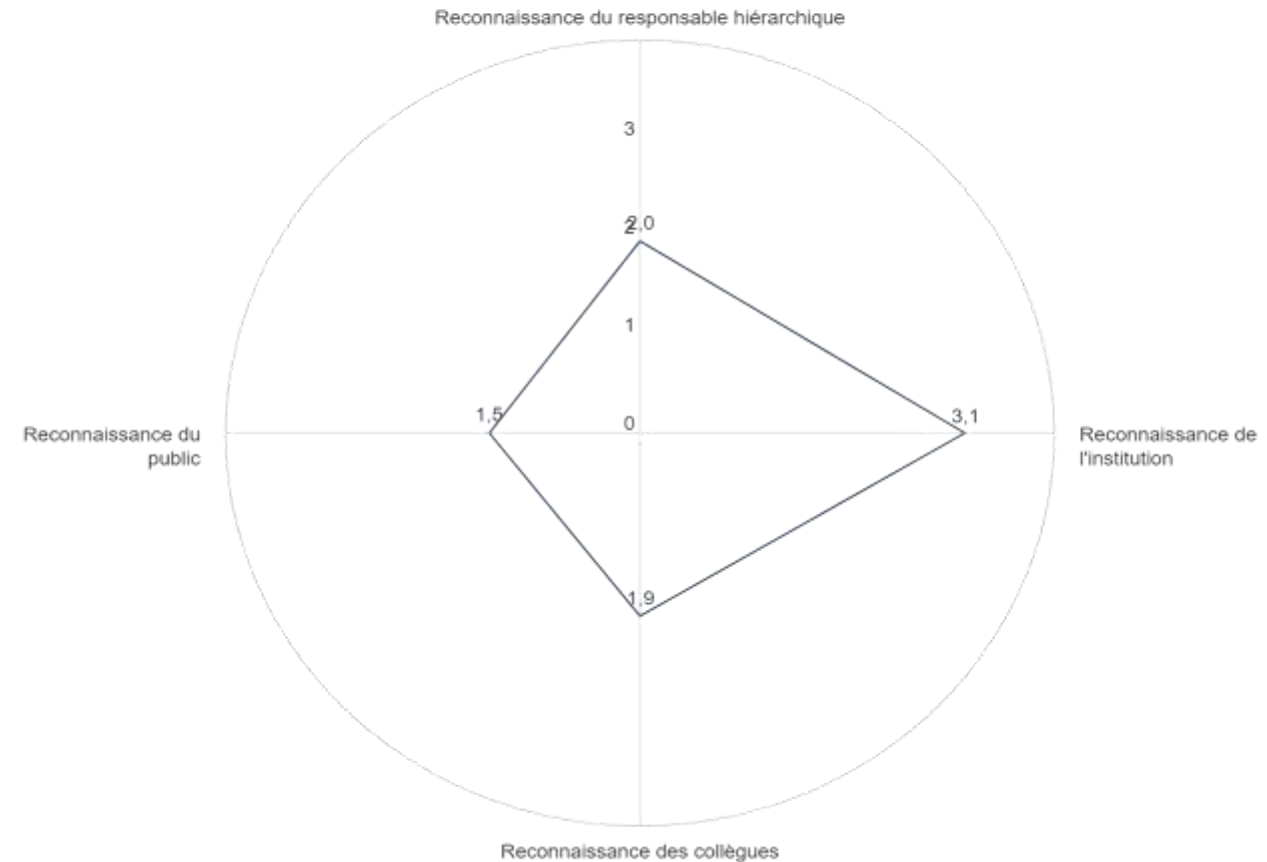
Au niveau du CHU, cette dimension peut faire écho aux difficultés de reconnaissance du travail par l'encadrement ou par la faiblesse des processus RH de reconnaissance. Sont également en cause les questions d'équité, avec des situations de travail identiques dans des statuts sociaux différents. La question de l'image, de la valorisation sociale des activités de la fonction publique hospitalière est ici également impliquée.

MOYENNE RPS 7 _ RECONNAISSANCE AU TRAVAIL

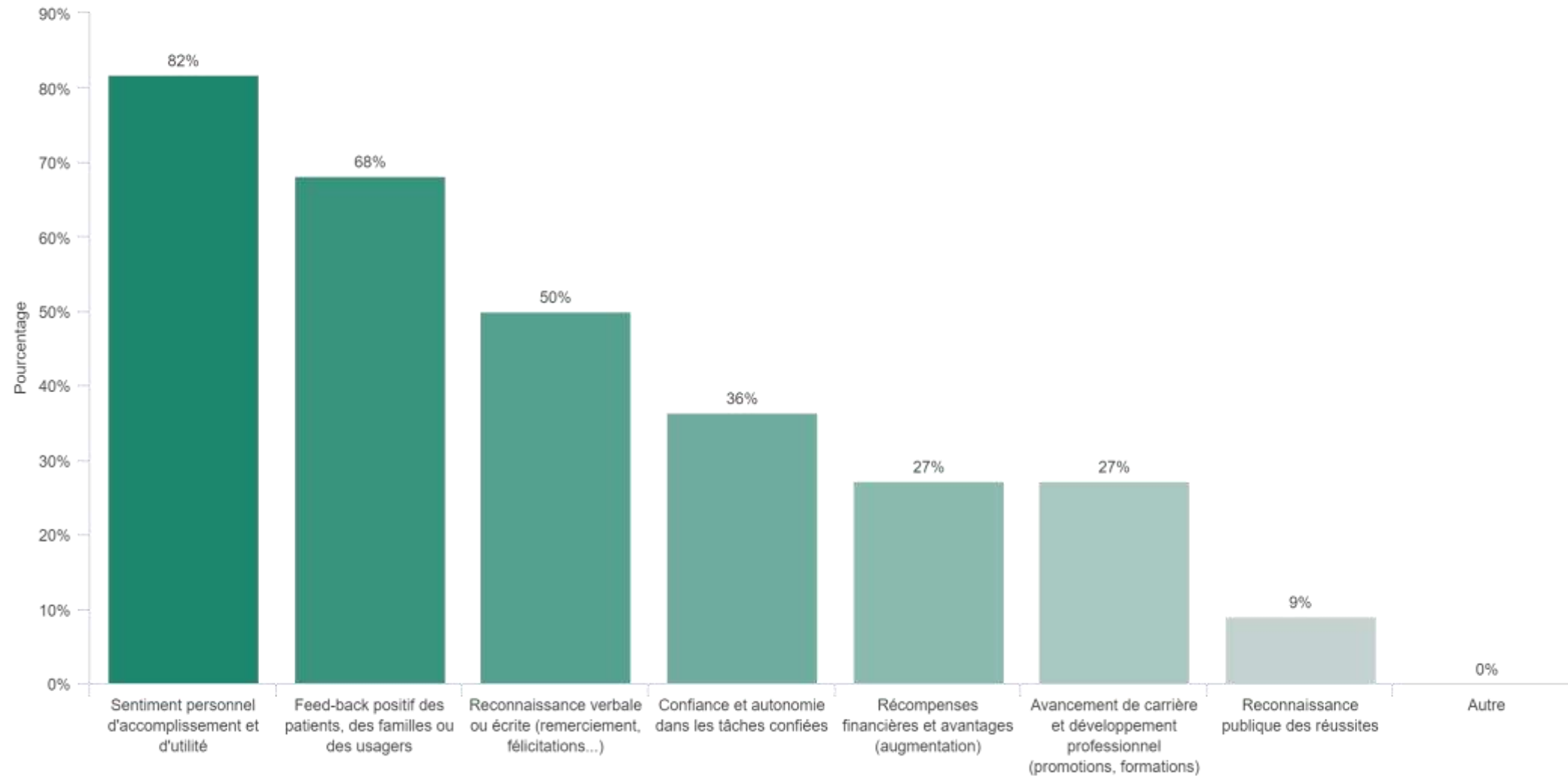


RECONNAISSANCE AU TRAVAIL

— Moyenne



Pour vous, quels sont les 3 principaux signes de reconnaissances



SR 16.08 VIOLENCES EXTERNES

Cette dimension concerne la peur dans des contextes violents liés aux actes des patients / usage et l'exposition à des agressions verbales et / ou physiques (patients / familles / tiers)

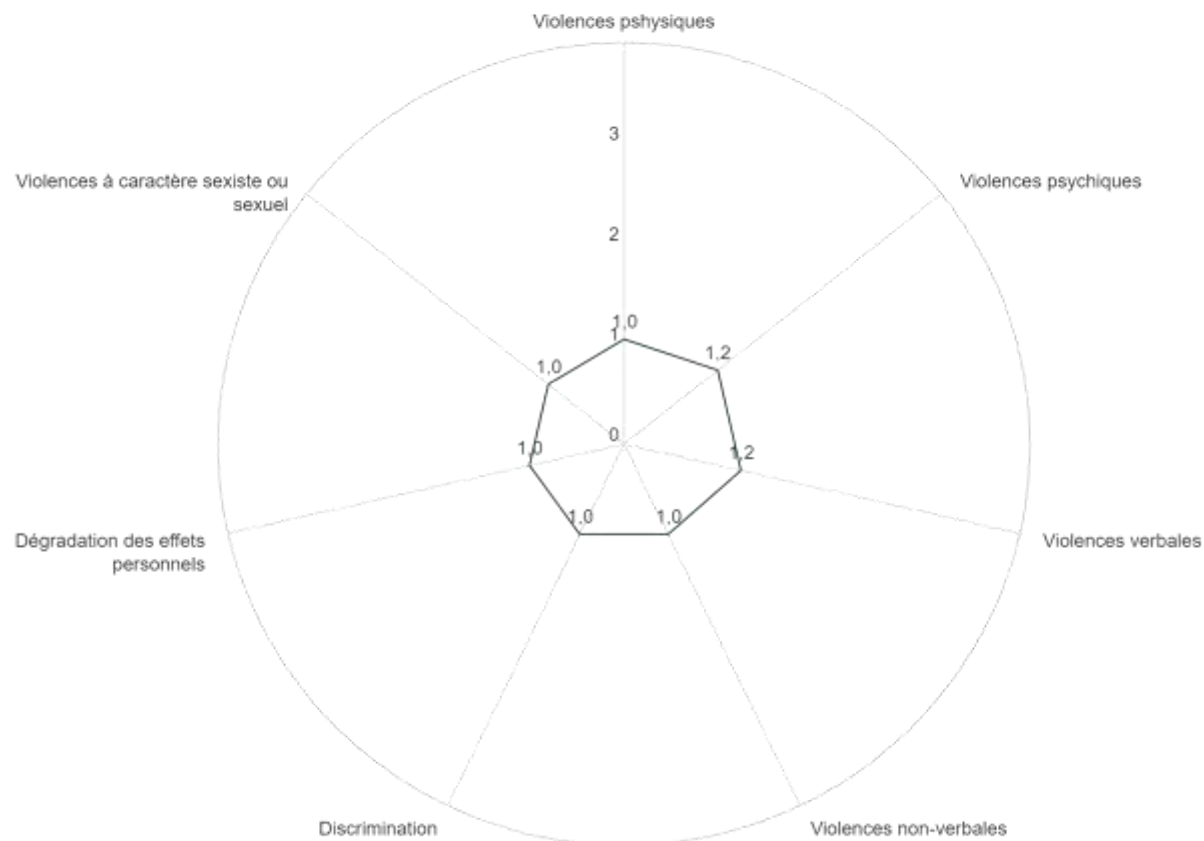
Dans la sphère publique, cette dimension est très présente dans les activités en relation avec le public. Tout particulièrement dans les activités de soins, de rapport à la précarité sociale, avec des situations de violence et de risques d'agression verbale ou physique.

MOYENNE VIOLENCES EXTERNES



VIOLENCES EXTERNES

— Moyenne



IMPACTS RPS



1er atelier de travail

Objet **Définition des thématiques de travail avec de trois axes prioritaires.**

- 1) l'interruption de tâches
- 2) la planification (gestion des plannings)
- 3) la reconnaissance institutionnelle

1er atelier de travail : Synthèse des échanges

1) l'interruption de tâches

dynamique propre au service : chaque professionnel est à la fois acteur de ces ruptures pour autrui et, à son tour, en est victime, créant ainsi un mode de fonctionnement où la sollicitation constante est l'affaire de tous

Les informations circulent "quand on se croise," même lors de moments critiques (ex. : IDE préparant un traitement, médecin prescrivant) ou dans le couloir. Les familles peuvent également être sources d'interruptions.

Double Effet :

- Positif (Circulation facilitée) : Ce mode de communication est parfois bien perçu car il assure une circulation rapide de l'information.
- Négatif (Risques) : Il est source d'oublis ou d'erreurs dans l'exécution des tâches.

1er atelier de travail : Synthèse des échanges

2) la planification (gestion des plannings)

Equipes conscientes des nécessités de service et des contraintes de la gestion des emplois du temps par l'encadrement, mais souhaitent que 2 points soient revus pour améliorer la conciliation vie privée/vie professionnelle et la stabilité des équipes :

- Anticipation des vacances : Un manque d'anticipation rend difficile l'organisation personnelle.
- Impact des nouveaux Cycles de travail: cette mise en place est source de déstabilisation pour certaines catégories de personnel (AS et IDE)

1er atelier de travail : Synthèse des échanges

3) la reconnaissance institutionnelle

Reconnaissance :

- Respect des directives sur le nombre minimum de soignants (ratio).
- Visite annuelle de la DG ou DSI dans le service

Manque de reconnaissance :

- Sentiment que des actions et efforts passés n'ont pas abouti ou que leur travail n'est pas pleinement reconnu.
- Sentiment que l'institution ne connaît pas l'étendue des différents métiers et les réalités derrière ces fonctions.

1er atelier de travail : Synthèse des échanges

Exemples de Manque de Reconnaissance :

- Nécessité de rendre des week-ends (qui avait entraîné la fédération d'un collectif de résistance).
- Impact des arrêts maladie sur les primes annuelles.
- Absence de primes liées à la spécificité des Soins Palliatifs.
- Les contractuels ne bénéficient pas de primes annuelles.
- Manque de remerciements formels pour le travail accompli.
- Non-respect des horaires (ex. : retard de la direction lors des rencontres).

2^{ème} atelier de travail : synthèse des échanges

Objet **Définition de pistes d'actions concrètes** (identifier des solutions concrètes et mobilisables en tenant compte de la marge de manœuvre directe des équipes)

1) Interruption de tâches

- Signalétique visuelle ou isolement géographique : Utilisation de codes simples (ex: objet type "main" devant soi, pancarte). Pour certaines tâches nécessitant une concentration soutenue, isolement géographique ponctuel dans un autre espace
- Espace de préparation : Projet d'un espace dédié aux préparations complexes (salle de soins ou chariot). Deux points de vigilance sont soulevés :
 - L'ergonomie du local et l'accès aux produits et instruments doivent être bien pensés
 - Veiller à maintenir le lien social et la communication informelle interprofessionnelle
- Gestion des appels téléphoniques : la secrétaire filtre les appels le matin (action saluée par les équipes soignantes); les après-midis restent problématiques. Le partage du téléphone avec les AS ou les appels directs vers les médecins est envisagé.

2^{ème} atelier de travail : synthèse des échanges

2) Conciliation Vie Privée / Vie Professionnelle

Malgré les discussions sur les nouveaux cycles de travail, aucune action n'a été retenue à ce stade.

Les équipes perçoivent ces contraintes comme institutionnelles et hors de leur champ d'action direct.

Le sujet est mis de côté pour se concentrer sur les leviers activables en interne.

2^{ème} atelier de travail : synthèse des échanges

3) Reconnaissance au travail

La reconnaissance des familles et de l'encadrement de proximité semble acquise.

Le manque se situerait au niveau institutionnel (Direction).

- o Action déjà réalisée : Rétablissement des week-ends (suppression d'une mesure antérieure).
- o Action future : Profiter de l'arrivée du nouveau Directeur des Soins pour valoriser la spécificité des soins palliatifs et humaniser les relations avec l'institution.

Actions à mettre en œuvre	Pilotes	Agents concernés	Echéance	Indicateur de résultat
Mise en place d'une signalétique "Ne pas déranger" (codes visuels/pancartes)	A définir	Toute l'équipe de soins palliatifs	Immédiate	Diminution ressentie des interruptions lors des transmissions/soins.
Aménagement de l'espace/chariot de préparation complexe	A définir + stagiaire IFCS	IDE	Fin de semestre	Effectivité de l'aménagement et respect du calme par les pairs.
Test de transfert du téléphone vers les AS (après-midi/nuit)	A définir	IDE / AS	Sous 1 mois	Nombre d'interruptions évitées pour les IDE en soin.
Optimisation des appels vers les médecins (communication du numéro direct aux partenaires)	A définir	Médecins	Sous 2 mois	Baisse du volume d'appels entrants au sur téléphone du service pour les médecins.
Organisation d'une visite de service pour le nouveau Directeur des Soins	A définir		Dès prise de fonction	Réalisation de la visite et rencontre nominative des équipes.



6^{ème} journée nationale du CNASI – mars 26

Merci de votre attention

Evaluation des risques psycho-sociaux dans une équipe de soins palliatifs

Sandrine BRAUD



Paris, 20 mars 2026



6^{ème} journée nationale du CNASI – mars 26

Comment soutenir l'équipe de soins en fonction de l'évolution législative ?

Ouvrir la discussion et ses enjeux

Julie DURANTI – IDE EMSP CLCC

Paris, 20 mars 2026

Origine du groupe SFAP « Ressource »

- Consultation 2023 sur l'impact de l'évolution de la loi sur les équipes de soins palliatifs
 - ➔ Identification de risques/ de craintes de démissions, tensions, voire divisions au sein des équipes
- Pourtant notre clinique nécessite des liens d'équipes favorables à la discussion, à l'élaboration, à la créativité pour faire face à la souffrance, d'autant plus lorsqu'elle est existentielle.
- Congrès SFAP Poitiers 2024 : les congressistes demandent à la SFAP d'être vecteur de discussion vis-à-vis de l'évolution législative pour les équipes de SP
 - ➔ création du groupe Ressources - Co-piloté par Anne-Marie COLLIOT (vice-présidente de la SFAP) et Sigolène GAUTIER (psychologue clinicienne en EMSP)



Outil de discussion

pour se préparer en équipe à une prochaine
évolution de la loi sur la fin de vie

Une loi sur la fin de vie est en cours de débat. Elle prévoit, entre autres propositions, la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté.

Dans ce contexte, les acteurs de soins palliatifs ont exprimé à la SFAP des risques de tensions dans les équipes susceptibles d'entraver leurs capacités de délibération et de coopération.

Nous avons imaginé cet outil de discussion afin de permettre aux équipes de percevoir leur capacité à intégrer les vécus pluriels des acteurs de soin au sein de leur équipe, et de prendre ainsi soin de leur vie d'équipe.

Cet outil ne vise pas une prise de décision ou la recherche d'un consensus à tout prix, il cherche plutôt à faire émerger l'expression de vécus individuels, l'écoute au sein du collectif, et ce faisant, à favoriser une dynamique d'intelligence collective. Nous souhaitons ainsi permettre et pérenniser une dynamique d'équipe pour travailler toujours mieux ensemble au profit des patients et de leurs proches.

Préalables

- Prévoir une heure d'échanges avec un lieu et un horaire précis qui sera annoncé à l'ensemble de l'équipe.
- Nommer un animateur (idéalement, quelqu'un qui aura déjà expérimenté cette manière de faire) et un gardien du temps.

Afin de répondre à la question

« Comment je vis actuellement l'arrivée d'une loi qui envisage l'euthanasie et le suicide assisté et m'est-il facile d'évoquer ce sujet en équipe ? »

Nous vous suggérons une procédure en quatre temps :

- **Un temps de réflexion personnelle.**
- **Un tour d'écoute** où chacun exprime ce qu'il a à dire (sans échange) (3' par personne). Ce premier tour est suivi d'un petit temps de silence pour intérioriser et laisser résonner ce qui s'est dit.
- **Un deuxième tour d'écoute**, où chacun peut dire un point qui l'a marqué dans le tour précédent : une surprise, quelque chose à quoi il n'avait jamais pensé, quelque chose qui le fait bouger, qui ouvre ou qui fait obstacle, qui fait voir les choses autrement...
- **Un temps d'échange** destiné à faire émerger les points communs (ce qui rassemble) ; les divergences (discordances, ce qui pourrait nous éloigner) ; et le cas échéant, les questions qui sont apparues, ou des points qui restent à approfondir.

Outil de discussion

pour se préparer en équipe à une prochaine
évolution de la loi sur la fin de vie

Cet échange pourra être le début d'une réflexion d'équipe qui nécessitera plusieurs temps de discussions à venir.

Vocation de l'outil

Construire une culture d'écoute et de parole constructive au sein des équipes. Il peut être utilisé sur d'autres questions.

Par exemple, dans une équipe, à l'issue d'un échange sur la question ci-dessus, est apparue la nécessité d'approfondir la notion d'accompagnement (on s'est aperçu que, si tout le monde reconnaissait que c'est une valeur des soins palliatifs, tous n'avaient pas la même compréhension de ce que signifie « accompagner jusqu'au bout »). On peut donc susciter une autre réunion à partir de la question « Que signifie pour moi "accompagner jusqu'au bout" ? ».

Nous vous souhaitons des échanges riches et constructifs.

Contactez-nous

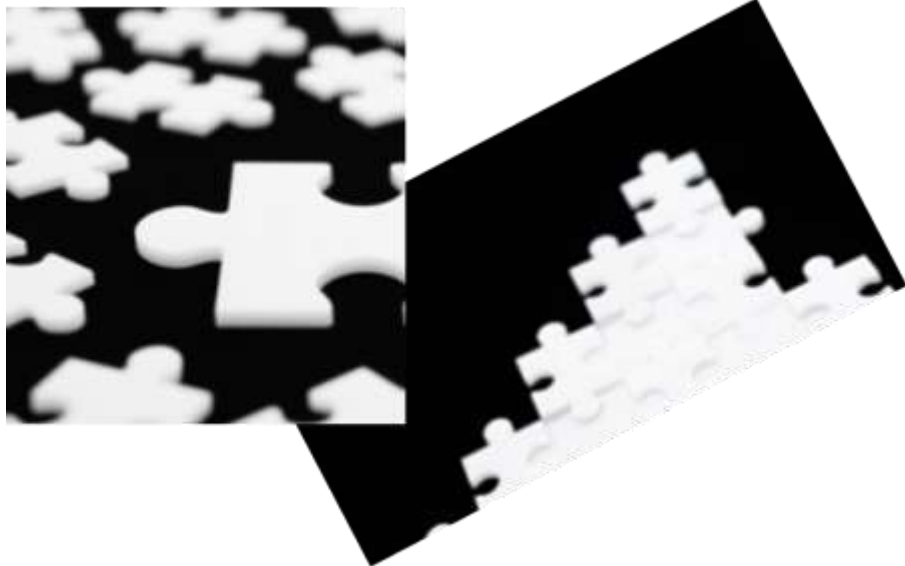
- Si vous le souhaitez, vous pouvez nous faire part de ce qui a émergé de vos discussions à sfap@sfap.org à l'adresse du « Groupe Ressources ».

Cet outil a été réalisé par le groupe de travail « Ressources ».

<https://www.sfap.org/referentiels-aide-a-la-pratique/outils-daide-a-la-pratique/outils-pour-les-equipes/>

Objectifs de l'outil de discussion

Respecter chacun et favoriser la cohésion d'équipe



Soutien à la cohésion d'équipe

L'outil facilite l'expression individuelle et l'écoute collective sans chercher à imposer un consensus.

Promotion de la dynamique collective

Encourager la reconnaissance des émotions, les divergences et les points communs pour permettre à chacun de respecter les différents points de vue.

Renforcement des dynamiques relationnelles

Créer un cadre sécurisant pour favoriser la parole, la compréhension et la coopération de l'équipe autour du patient.

Préalables pour organiser la discussion



Prévoir un temps dédié

Organiser une séance d'environ une heure si possible hors du service pour éviter les interruptions.

Choix de l'animateur

Sélectionner une personne expérimentée capable d'assurer une animation neutre et structurante.

Il pourra énoncer le déroulement de la réunion et le cadre (respect du temps de parole et de l'écoute, confidentialité si besoin...).

Gestion du temps

Désigner un gardien du temps pour respecter les divers temps de la réunion et assurer un déroulement fluide.

« Comment je vis actuellement l'arrivée d'une loi qui envisage l'euthanasie et le suicide assisté et m'est-il facile d'évoquer ce sujet en équipe ? »

Déroulement en quatre temps structurés



1 - Réflexion personnelle

Premier temps consacré à une réflexion individuelle pour clarifier ses ressentis sur la proposition de loi.

2 - Premier tour d'écoute

Chaque participant exprime son ressenti en trois minutes sans interruption ni débat.

3 - Second tour d'expression

Chacun peut partager les éléments marquants entendus, éventuellement poser des questions, commenter ...

4 - Échange collectif structuré

Discussion autour des convergences, divergences et questions émergentes favorisant la co-construction.

Ce qui est proposé à l'équipe ainsi

Effet de groupe



Dynamique Collective



Ouverture d'un espace de parole sur un sujet délicat.

Reconnaissance de la diversité des opinions pour dépasser les débats théoriques ou institutionnels.

Permettre de créer un dialogue bienveillant et capable de maintenir les relations et un climat serein au sein de l'équipe.

Echanger au delà de la question de départ
Identifier les points à éclaircir, et ce qui peut faire l'objet d'une construction communes.

Proposer un (ou plusieurs) nouveau temps d'échange

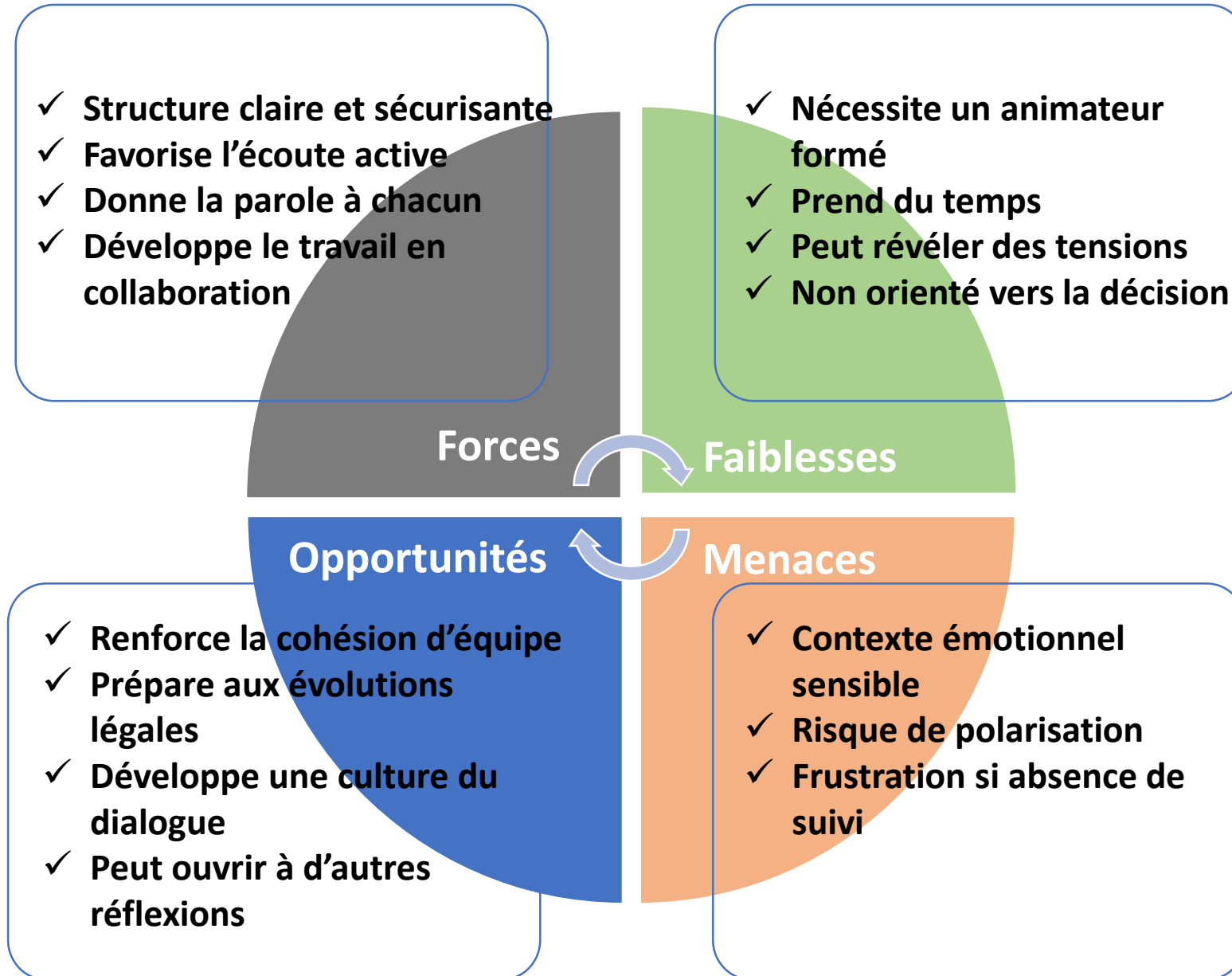


Répondre à des questionnements qui sont apparus.

Revenir « à froid » sur ce qui a été dit.

Approfondir la réflexion commune sur des thèmes choisis en équipe.

Entretenir les temps de discussions en équipe.





Merci
de votre attention