

LE PLAN DIRECTEUR DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES DES INTERVENANTS en soins palliatifs : regard sur la méthodologie

MANON CHAMPAGNE, Ph.D. (éducation)
Professeure, Département des sciences de la santé
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)
Professeure associée, École de travail social
Université du Québec à Montréal (UQAM)
Courriel : Manon.Champagne@uqat.ca

MICHEL L'HEUREUX, M.D., MBA
Directeur général
Maison Michel-Sarrazin, Québec
Professeur associé, Faculté de médecine
Université Laval, Québec
Président, Alliance des maisons de soins palliatifs du Québec
Courriel : mlheureux@michel-sarrazin.ca

Le Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs fait partie du paysage des soins palliatifs au Québec depuis avril 2008, alors que le lancement de ce document avait lieu lors du 18^e congrès du Réseau de soins palliatifs du Québec (RSPQ). Cet article offre quelques précisions à propos de la méthodologie ayant conduit à la réalisation de ce travail d'envergure. Il complète ainsi les informations déjà offertes dans certaines sections du Plan directeur. D'abord, il apparaît cependant essentiel de présenter cet outil qu'est le Plan directeur, et ce, à partir de son but, de sa composition, de certaines de ses utilisations possibles et de sa vision du développement des compétences.

LE PLAN DIRECTEUR¹

Le RSPQ a été mandaté, en 2007, par la Direction de la lutte contre le cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Québec pour mener à terme le projet du Plan directeur. Pour s'acquitter efficacement de ce mandat, le RSPQ s'est appuyé sur son comité de formation composé d'experts en soins palliatifs ou en éducation²

et, comme il le sera expliqué plus loin, il a également pu compter sur la contribution très appréciée de plusieurs autres personnes du réseau de la santé et des services sociaux.

Le but du Plan directeur est de soutenir la formation continue et l'accroissement des compétences des intervenants offrant des soins palliatifs dans les différentes régions du Québec. L'ensemble du document est accessible gratuitement, en version électronique, à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/cancer. On y trouve, dans la première partie, divers profils de compétences. En deuxième partie, diverses stratégies de formation et d'accroissement des compétences sont proposées. Enfin, en troisième partie, un inventaire des ressources de formation en soins palliatifs au Québec est dressé.

À l'intérieur de la première partie, les profils de compétences sont présentés sous deux formats complémentaires, soit par disciplines (voir ex. en annexe A) et par domaines de compétences (voir ex. en annexe B). Le premier format présente des compétences générales et spécifiques propres à chacune des 12 disciplines les plus souvent représentées dans l'équipe interdisciplinaire (voir tableau 1). Ces

compétences sont déclinées selon les 10 principaux domaines de compétences en soins palliatifs ayant été retenus par le comité de formation du RSPQ (voir tableau 2). Le premier format propose aussi quelques éléments de contenu associés aux compétences. Le deuxième format reprend les mêmes compétences générales et spécifiques, mais en les présentant pour chacun des 10 principaux domaines de compétences. Les compétences sont alors déclinées selon les 12 disciplines.

Tableau 1 – Membres de l'équipe interdisciplinaire en soins palliatifs

Adaptation	Animatrice, animateur de pastorale ; Psychologue ; Travailleuse sociale, travailleur social ; Diététiste, nutritionniste ; Ergothérapeute ; Physiothérapeute ;
Soins	Médecin ; Pharmacienne, pharmacien ; Infirmière, infirmier ; Infirmière, infirmier auxiliaire ; Préposée, préposé aux bénéficiaires ;
Accompagnement	Bénévole.

Tableau 2 – Principaux domaines de compétences en soins palliatifs

Douleur et symptômes ; Besoins psychosociaux et spirituels ; Besoins liés à l'organisation de la vie quotidienne ; Agonie et décès ; Deuil ; Communication ; Collaboration centrée sur la personne et ses proches ; Questions éthiques et légales ; Développement personnel et professionnel ; Soins palliatifs et organisation des services de santé.

Le contenu de la deuxième partie du Plan directeur concerne le développement des compétences en soins palliatifs. D'abord, quelques principes relatifs à l'apprentissage chez les adultes y sont proposés. Ensuite, différentes modalités pour l'accroissement des compétences en soins palliatifs dans des situations professionnelles y sont suggérées, et plusieurs formats et stratégies de formation à considérer en soins palliatifs y sont décrits. Finalement, des références au sujet de la formation en soins palliatifs y sont fournies.

La troisième partie du Plan directeur propose un inventaire assez complet, sans être absolument exhaustif, des ressources de formation disponibles en soins palliatifs, et ce, principalement au Québec. Les ressources de formation inventoriées y sont présentées selon dix catégories (voir tableau 3) et sont regroupées par régions administratives, lorsque cela s'applique.

Tableau 3 – Catégories de ressources de formation inventoriées

Programmes offerts par des établissements d'enseignement Activités de formation offertes par des organismes communautaires ou des milieux de soins de santé Activités de formation offertes par des associations ou ordres professionnels Cours offerts par des établissements d'enseignement Programmes offerts à distance Stages Congrès, conférences, rencontres scientifiques ou professionnelles Périodiques scientifiques et bulletins professionnels Ressources documentaires pouvant servir de soutien à l'apprentissage ou au transfert des apprentissages Sites Internet

Quelques utilisations possibles des profils

Les profils de compétences proposés dans le Plan directeur ne sont pas des normes qui prescrivent des compétences à atteindre obligatoirement dans tous les milieux offrant des soins palliatifs. Ils constituent plutôt des guides pour faciliter le cheminement des individus, des milieux de soins et des administrations vers une amélioration constante de l'offre de soins palliatifs. Ils indiquent des compétences dont les intervenants, les équipes et les organisations peuvent s'inspirer pour planifier leur propre plan de développement des compétences en soins palliatifs. Comment? En voici quelques exemples.

Un intervenant pourrait utiliser les profils pour :

- élaborer un profil de compétences personnalisé, c'est-à-dire l'ensemble des compétences convenant à son contexte particulier de pratique professionnelle ou bénévole ;
- se situer par rapport à son niveau de maîtrise des différentes compétences suggérées ;
- déterminer ses besoins de formation ;
- cibler ses domaines d'expertise ;
- cibler des thèmes à discuter et à approfondir avec des collègues exerçant le même emploi (ou le même type de bénévolat) que lui ;
- approfondir sa compréhension du rôle des autres membres de l'équipe.

Une équipe interdisciplinaire pourrait utiliser les profils pour :

- cibler le contenu d'activités de formation destinées à l'équipe ;
- préparer des documents visant à informer les personnes malades et leurs proches quant aux rôles des différents intervenants ;
- soutenir la réflexion de l'équipe en lien avec l'organisation du travail.

Une organisation pourrait utiliser les profils pour :

- planifier des activités de formation adaptées aux besoins des intervenants ;
- cibler plus aisément les compétences pouvant faire l'objet de formation interprofessionnelle ;
- élaborer des profils de compétences adaptés à un milieu de travail spécifique, et dont certains éléments pourraient servir au moment de l'embauche, de la sélection ou de l'évaluation du personnel (bénévole et rémunéré) ;
- examiner si une équipe de soins palliatifs a suffisamment de ressources (financières, humaines, documentaires, physiques et communautaires) en regard des 10 principaux domaines de compétences ;
- soutenir les démarches d'appréciation de la qualité et d'agrément.

De manière plus spécifique, voici quelques utilisations du Plan directeur dont des membres du comité ont entendu parler ou qu'ils ont eux-mêmes expérimentées :

- Des animateurs de pastorale ont utilisé le profil de compétence leur étant destiné pour déterminer leurs objectifs de développement professionnel.
- Les profils ont permis à des psychologues et à des travailleurs sociaux d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) de mieux faire valoir la spécificité de leurs rôles respectifs en contexte de soins palliatifs.
- Le profil des infirmières est présenté à des étudiantes infirmières dans le contexte d'un cours universitaire sur le deuil et la fin de vie. Cela leur donne dès le début du cours une idée globale des différentes facettes de leur rôle auprès de personnes recevant des soins palliatifs, tout en orientant la manière dont le cours est planifié et offert.

- Les profils de compétences ont été utilisés par quelques équipes de différents CSSS dans des contextes de préparation à l'agrément.
- Les profils de compétences sont utilisés par une maison de soins palliatifs comme canevas de référence, dans une démarche d'appréciation de la contribution du personnel axée sur le développement continu des compétences³.
- Le RSPQ dirige les gens qui recherchent des informations au sujet des possibilités de formation en soins palliatifs au Québec vers la troisième partie du Plan directeur, l'inventaire des ressources de formation.

Quelques stratégies possibles de développement des compétences

La deuxième partie du Plan directeur s'inspire des principes relatifs à l'apprentissage chez les adultes pour déterminer une panoplie de moyens appropriés au développement des divers domaines de compétences en soins palliatifs. Plusieurs de ces modalités ne requièrent que peu de ressources financières, mais exigent une nouvelle perspective de la part des intervenants et des organisations, car la formation continue en soins palliatifs, c'est plus que des colloques, des congrès ou des conférenciers experts. L'intervenant en soins palliatifs a une responsabilité réelle en ce qui concerne le développement de ses propres compétences. Il peut notamment profiter de différentes occasions ou situations professionnelles pour faire des acquis, à condition d'en être conscient au préalable, d'accepter de s'y investir et d'être encadré par son supérieur et son équipe tout au long de son parcours. Les milieux de travail peuvent faciliter ce type d'approche par une organisation souple du travail permettant de susciter des occasions d'apprentissage continu et de les intégrer dans le déroulement des activités cliniques.

Compte tenu de la variété des domaines de compétences en soins palliatifs, les stratégies de formation tout comme les formats retenus doivent être diversifiés. Un intervenant n'apprendra pas de la même manière ce que sont les différents types de douleur et ce que sont les attitudes à manifester en situation d'écoute. Ainsi, certaines stratégies de formation conviennent particulièrement bien à certains domaines de compétences. Quant au choix d'un format, non seulement doit-il être fait en fonction des objectifs de formation, mais il doit aussi être planifié soigneusement puisqu'il peut grandement influencer la motivation des apprenants à participer à l'activité offerte. Afin de faciliter la tâche aux intervenants appelés à planifier ou à offrir des activités de formation en soins palliatifs, le Plan directeur propose 1) des suggestions de formats adaptés à la formation en soins palliatifs ; 2) une liste de stratégies ayant fait leurs preuves pour la formation d'apprenants adultes ; 3) un tableau (reproduit à l'Annexe D) proposant des associations entre les 10 domaines de compétences en soins palliatifs et des stratégies de formation susceptibles de favoriser l'engagement actif des apprenants.

REGARD SUR LA MÉTHODOLOGIE

Dans cette deuxième partie seront présentés les principaux éléments relatifs à la méthodologie employée dans l'élaboration des profils de compétences et de l'inventaire des ressources de formation proposés dans le Plan directeur. Il n'y sera pas fait mention de la méthodologie employée pour la deuxième partie du Plan directeur (Stratégies pour le développement des compétences en soins palliatifs), cette dernière ayant été réalisée à partir d'une simple synthèse de divers écrits pertinents à la question.

Cadre général d'élaboration des profils de compétences

Plusieurs éléments étaient à considérer avant de procéder à l'élaboration des profils de compétences. D'abord, qu'entendait-on au juste par compétence? Et puis, comment organiser les compétences à l'intérieur des profils? Finalement, quelles disciplines cibler dans ces premiers travaux d'élaboration de profils de compétences? Parallèlement à cela, il était impératif de recenser les écrits concernant les compétences en soins palliatifs en interrogeant des bases de données (principalement PubMed) et un moteur de recherche sur Internet afin de vérifier dans quelle mesure il était possible pour le comité de s'inspirer, dans la réalisation de son mandat, de travaux menés au Québec, au Canada et dans d'autres pays. La récolte a été riche, mais nulle part il n'a été possible de trouver un document témoignant d'un projet similaire à celui que le comité entreprenait. Encore aujourd'hui, à la connaissance du comité, ce projet de réunir en un seul document des profils de compétences de plusieurs intervenants en soins palliatifs, des stratégies de formation et un inventaire des ressources de formation est tout à fait unique.

La notion de compétence a été définie par de très nombreux auteurs. Aucun consensus n'a pu être atteint quant à la manière de définir cette notion dans le champ de la formation en soins palliatifs (Becker, 2007). Sans prétendre clore le débat, le comité en a retenu la définition suivante dès le début de ses travaux: « Les compétences professionnelles sont les capacités à combiner et utiliser les connaissances et savoir-faire acquis pour maîtriser des situations professionnelles et obtenir les résultats attendus. » (Flück et coll., 1992, p. 136) Quant au profil de compétences, il peut être défini comme « un ensemble répertorié et coordonné des compétences nécessaires à l'exercice des activités considérées » (p. 142), et ce, en fonction d'un emploi. Il est primordial de prendre en compte que les compétences professionnelles d'une personne sont « relatives à un moment, une situation, un contexte, des finalités.

Elles sont nécessairement multidimensionnelles et dynamiques » (p. 136). Cette idée est centrale dans la manière dont les profils de compétences sont présentés dans le Plan directeur. Ainsi, les profils ne constituent pas des normes auxquelles les organisations doivent se conformer. Il s'agit de modèles de base dont il est possible de s'inspirer. Ils ont été pensés et élaborés pour servir de guides dans les démarches entreprises par des individus, des équipes ou des organisations pour promouvoir et soutenir la formation des intervenants.

Comme le précisent Flück et coll. (1992), il faut considérer qu'il existe plus d'une manière de découper les compétences à l'intérieur d'un même profil. Cela est vrai dans le champ des soins palliatifs où au moins trois façons de classer les compétences professionnelles ont été déterminées à partir d'une analyse de divers documents réalisée en Écosse: 1) selon les domaines d'habiletés génériques (p. ex. la communication, la spiritualité); 2) selon les grandes étapes de la maladie (p. ex. le diagnostic, la gestion des symptômes, la phase terminale); 3) selon les champs d'interaction (p. ex. avec le patient, avec la famille et les proches, avec l'équipe interdisciplinaire) (Scottish Partnership for Palliative Care et coll., 2007). Une des tâches du comité a donc consisté à établir sur quelle base les compétences seraient organisées à l'intérieur des différents profils. Cette étape a été effectuée à partir de la comparaison de différents domaines proposés dans six documents provenant majoritairement du Canada, mais aussi de l'Écosse, des États-Unis et de l'Europe, et traitant ou bien de normes en soins palliatifs (Ferris et coll., 2002), ou bien de compétences en soins palliatifs (West of Scotland Managed Clinical Network for Palliative Care, 2006), ou encore de compétences relatives à différentes disciplines en soins palliatifs, soit la médecine (Bigonnesse et coll., s.d.), les soins infirmiers (AIIC, 2003; De Vlioger et coll., 2004) et le travail social (NASW, 2004). L'élaboration d'un tableau croisé a permis de comparer les domaines retenus à l'intérieur de chacun de ces documents (voir annexe C). Bien que les adéquations entre les

différents types de domaines ont parfois été difficiles à réaliser, et que tous les domaines n'ont pas pu être intégrés à ce tableau, cette manière de procéder a néanmoins permis au comité de dégager de manière systématique les thèmes qui s'avéraient les plus souvent proposés. Des discussions ont permis d'en arriver à un consensus relativement au fait que la catégorisation des compétences serait effectuée à partir de domaines d'habiletés génériques. Elles ont également permis de convenir de la dénomination de chacun des domaines finalement retenus (voir tableau 2). Il est à noter que les domaines 1 à 5 inclusivement concernent surtout des compétences relatives aux « problèmes courants » vécus par la personne malade et ses proches selon le carré des soins des normes canadiennes de soins palliatifs (Ferris et coll., 2002). Ces compétences sont de nature spécifique, c'est-à-dire qu'elles sont propres à chacune des disciplines, ce qui n'empêche pas que certaines puissent être partagées par différents membres de l'équipe interdisciplinaire. Quant aux cinq derniers domaines, ils incluent des compétences qui concernent davantage les « modalités des soins », toujours selon le carré des soins des normes canadiennes (Ferris et coll., 2002). Ces compétences sont de nature transversale, c'est-à-dire qu'elles sont toutes partagées, à divers degrés, par les membres de l'équipe interdisciplinaire.

Le comité devait également déterminer pour quels membres de l'équipe interdisciplinaire en soins palliatifs des profils seraient produits. Il a pris la décision d'élaborer les profils de compétences des 12 disciplines les plus souvent présentes dans les équipes interdisciplinaires de soins palliatifs (voir tableau 1). Des profils d'autres disciplines sont en voie d'élaboration à la suite du projet initial et seront disponibles en 2010 (dont l'inhalothérapeute, le technicien en radio-oncologie, l'auxiliaire sociale de santé et de services sociaux et certains thérapeutes spécialisés dans les approches complémentaires, p. ex. la musicothérapie, l'art-thérapie et la massothérapie). Dans le but de faciliter l'organisation et la consultation des douze profils initiaux, le comité a choisi de

regrouper les disciplines concernées selon trois grands axes : adaptation (psychosociale et physique), soins et accompagnement (voir tableau 1). Cela a été fait en associant chaque discipline à l'axe représentant le mieux le caractère essentiel de son rôle. Cependant, le comité reconnaît que, au-delà de la catégorisation qu'il a proposée, les trois axes retenus concernent l'ensemble des intervenants.

Procédure d'élaboration des profils de compétences

Le comité s'est délibérément concentré sur la définition de compétences générales en soins palliatifs, en tentant de cibler un niveau de pratique de base plutôt qu'un niveau spécialisé, qui ne s'acquiert qu'après plusieurs années d'exercice dans certains contextes cliniques. Il a fallu concevoir chacun des rôles de manière générale, sans tenir compte de certains éléments pouvant influencer sur la manière dont un intervenant remplit son rôle dans une équipe tels que la composition de l'équipe interdisciplinaire, l'expérience acquise, les spécificités du milieu de pratique, la région ou la clientèle desservie. S'en tenir à cette méthode de travail a représenté un réel défi ! Par exemple, il n'a pas été simple de cibler les compétences à retenir pour le profil des infirmières, puisque ces compétences varient au Québec selon le type de formation initiale reçue (collégiale, 1^{er} cycle universitaire, maîtrise). Ainsi, ce profil en particulier peut sembler incomplet à certains intervenants étant donné que le comité a tenté de cibler en tout temps un niveau de formation et de pratique de base.

Des recherches sur Internet ainsi que la consultation de documents spécialisés et de plusieurs experts ont permis de documenter les choix du comité pour l'élaboration des profils de chaque discipline. Des documents présentant des objectifs de formation ou des compétences et dont le contenu avait déjà fait l'objet d'un consensus de la part d'experts ont constitué la base de travail pour élaborer les profils des bénévoles, des infirmiers, des infirmiers auxiliaires, des médecins, des posés aux bénéficiaires et

des travailleurs sociaux⁴. Ces profils ont tous été revus de manière systématique par un des membres du comité ayant l'expertise nécessaire pour ce faire avant d'être présentés à l'ensemble des membres pour approbation finale. Ils n'ont pas été soumis à des professionnels extérieurs au comité puisqu'ils étaient basés sur des documents ayant déjà été approuvés par des comités d'experts.

Il n'a pas été possible de procéder ainsi pour les six disciplines restantes compte tenu du fait que les recherches entreprises n'ont pas permis de retracer, pour ces disciplines, des documents ayant reçu l'aval de comités d'experts. Les profils des animateurs de pastorale, diététistes / nutritionnistes, ergothérapeutes, pharmaciens, physiothérapeutes et psychologues ont donc d'abord été élaborés à partir de divers types de documents : chapitres de la 3^e édition du *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, articles tirés de périodiques, normes de compétences propres à certaines des disciplines visées, livres, documents de travail inédits rédigés par des professionnels ou des associations professionnelles ainsi qu'une communication scientifique. Il était impératif que ces six derniers profils soient soumis à plus d'un professionnel de chacune des disciplines concernées, ce qui a pu être fait grâce à la généreuse implication de plusieurs personnes⁵. C'est ainsi que des équipes composées de 4 à 14 experts ont systématiquement révisé chacun de ces profils. La représentativité et les compétences reconnues des personnes et des comités de travail qui ont contribué à l'élaboration des profils proposés sont garants d'un contenu qui colle à la réalité terrain et aux exigences de qualité des associations et ordres professionnels concernés.

Cadre général d'élaboration de l'inventaire de ressources de formation en soins palliatifs

Quatre moyens ont été utilisés par le comité afin de répertorier les ressources de formation en soins palliatifs : recherche sur Internet, consultation de documents, consultation de différentes personnes (lors de rencontres, par courriel ou par téléphone) et

sondage effectué auprès de milieux de soins palliatifs au Québec.

Le sondage comprenait trois sections : la première visant à recueillir des informations sur l'organisation répondante ; la deuxième concernant les ressources de formation développées par l'organisation répondante et accessibles à des intervenants d'autres milieux et la troisième visant à identifier des ressources de formation offertes par d'autres milieux et recommandées par l'organisation répondante. Pour les deuxième et troisième sections, il était demandé d'indiquer :

1. les activités de formation (composées d'une ou de plusieurs séances) ;
2. les congrès, conférences, rencontres scientifiques ou professionnelles ;
3. les stages ;
4. les autres types de ressources dédiées spécifiquement à la formation (p. ex. document écrit, document audiovisuel, site Internet).

Ce sondage a été transmis par courrier postal à une seule reprise, en janvier 2008, à 173 organisations incluant notamment des CSSS, des services de soins palliatifs en centres hospitaliers, des maisons de soins palliatifs et des organismes communautaires. Le taux de réponse a été de 24 %, c'est-à-dire que 42 organisations y ont répondu. Le tableau 4 indique à quelles catégories se sont associées les organisations

Tableau 4 – Nombre d'organisations ayant répondu au sondage selon les milieux d'activités

Milieux d'activités	Nombre
Unités de soins palliatifs	14
Maisons de soins palliatifs	9
Équipes de soins palliatifs à domicile en centre local de services communautaires (CLSC)	11
Équipes de consultation en soins palliatifs en milieu hospitalier	12
Organismes communautaires offrant de l'accompagnement ou des soins à domicile	8
Programmes de soins palliatifs pédiatriques	2
Autres	7

ayant participé. Il importe de noter que le total des réponses n'égale pas 42, puisque certaines organisations ont coché plus d'une réponse à la question : « À quel(s) type(s) de milieu de soins palliatifs votre organisation appartient-elle? »

Trois précisions s'imposent concernant le contenu de l'inventaire des ressources de formation en soins palliatifs au Québec. D'abord, malgré tous les efforts faits pour rendre le contenu le plus exact possible au moment de la publication du Plan directeur, le comité était bien conscient que certaines informations deviendraient rapidement obsolètes. À cet effet, le comité invite les organisations concernées à collaborer avec le RSPQ en signalant à la permanence du Réseau⁶ tout changement aux informations présentées dans l'inventaire ou toute nouveauté dans l'offre de formation en soins palliatifs au Québec. En deuxième lieu, l'exercice visant à répertorier les ressources de formation au Québec n'était pas de nature évaluative, mais bien descriptive. Les ressources énumérées dans cet inventaire n'ont été ni évaluées, ni agréées ou sanctionnées par le Réseau de soins palliatifs du Québec ou par un ministère (Éducation ou Santé et Services sociaux). Finalement, les catégories de ressources suivantes n'ont pas été répertoriées dans le cadre de cet inventaire, bien que certaines d'entre elles puissent être d'un grand intérêt pour la formation des intervenants en soins palliatifs :

- les ressources concernant l'oncologie ;
- les ressources concernant la prévention du suicide ;
- les ressources ayant strictement trait à la formation pré-graduée des intervenants (p. ex. stages pour les étudiants, matériel de formation destiné spécifiquement aux étudiants en formation pré-graduée) ;
- les ressources destinées spécifiquement aux personnes malades et aux proches (p. ex. des livres ou des vidéos s'adressant aux personnes malades et à leurs proches) ;
- les ressources pertinentes pour les intervenants en soins palliatifs, mais n'étant pas spécifique de

ce type de soins (p. ex. les activités de formation sur les principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires – PDSB) ;

- les centres de documentation associés à des services de soins palliatifs.

EN CONCLUSION

Le mandat qu'a confié la Direction de la lutte contre le cancer au RSPQ était un défi ambitieux. Pour s'assurer que le résultat colle aux réalités des différentes disciplines concernées et puisse s'adapter aux multiples contextes de pratique des soins palliatifs, le RSPQ s'est associé à quelques experts en formation et à des spécialistes en soins palliatifs. De multiples références ont été recensées. Lorsque les écrits publiés sur les compétences spécifiques de certaines disciplines en soins palliatifs étaient insuffisants, des intervenants sur le terrain ont été mis à contribution. Tout au long de la démarche, le comité de formation du RSPQ a eu le souci que l'approche retenue tienne compte à la fois de standards élevés de qualité dans la pratique professionnelle et de la réalité quotidienne des intervenants. Cette approche a permis d'élaborer un document de référence utile aux intervenants, aux équipes de soins palliatifs et aux organisations.

L'offre de formation continue en soins palliatifs au Québec est très diversifiée, comme le démontre l'impressionnant inventaire qui complète le Plan directeur en troisième partie. Toutefois, disposer d'une telle offre n'est en rien garant d'une amélioration globale du niveau de compétences des intervenants si les organisations où ces derniers travaillent n'ont pas une vue d'ensemble des besoins de formation de leur équipe de soins palliatifs, si les objectifs d'apprentissage sont mal définis ou si le format des activités choisies ne convient pas aux objectifs fixés. De plus, certains domaines de compétences sont très largement couverts par les activités offertes, alors que d'autres sont plus ou moins négligés. Grâce au Plan directeur, les intervenants, les

équipes et les organisations devraient être mieux outillés pour évaluer l'écart entre les compétences actuelles et des compétences cibles, et pour choisir les stratégies appropriées d'apprentissage. Ils pourront ainsi mieux préciser leurs besoins de formation continue en soins palliatifs et influencer les dispensateurs de ce type de formation, pour qu'ils ajustent les activités offertes aux besoins ainsi mieux définis.

Le Plan directeur peut être vu comme la première étape d'une démarche à plus long terme, car il ouvre plusieurs avenues pour aller encore plus loin dans le développement des compétences en soins palliatifs. Parmi ces nouvelles perspectives, soulignons notamment l'exploration plus en détail de certaines stratégies de formation et de différents formats possibles pour le développement des compétences en soins palliatifs, ainsi que l'élaboration d'un programme de développement des compétences des formateurs en soins palliatifs pour, entre autres, améliorer l'autonomie des diverses régions du Québec à cet égard. La Direction de la lutte contre le cancer, le RSPQ et d'autres acteurs seront donc appelés à nouveau à collaborer et à poursuivre sur cette voie déjà bien engagée du développement des compétences des intervenants, et ce, au bénéfice des personnes malades en soins palliatifs et de leurs proches.

RÉFÉRENCES

- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) (2003). *Certification en soins infirmiers palliatifs*: Association des infirmières et infirmiers du Canada, 15 p.
- Becker, R. (2007), «The use of competencies in palliative care education», dans L. Foyle et J. Hostad (dir.), *Innovations in Cancer and Palliative Care Education*, p. 13-23, Oxford, Radcliffe.
- Bigonnesse, J.-M. et coll. (sans date), *Guide d'enseignement des soins palliatifs et de fin de vie – Médecine de premier cycle*, Ottawa, Former les futurs médecins dans les soins palliatifs et de fin de vie (FFMSPFV), 11 p.
- De Vlieger, M. et coll. (2004), *Guide pour le développement de la formation infirmière en soins palliatifs en Europe. Formation infirmière en soins palliatifs: Rapport du Groupe de Travail de l'EAPC*. [En ligne]
<http://www.eapcnet.org/download/forTaskforces/NurseEducationGuideF.pdf> (consulté le 12 août 2009).
- Ferris, F. et coll. (2002), *Modèle de guide des soins palliatifs*, Ottawa (Ontario), Association canadienne de soins palliatifs, 121 p.
- Flück, C. et coll. (1992), *Développer les emplois et les compétences – Une démarche, des outils*, Paris, Institut supérieur d'éducation permanente, 240 p.
- National Association of Social Workers (NASW) (2004), *NASW Standards for Palliative & End of Life Care*. [En ligne]
<http://www.socialworkers.org/practice/bereavement/standards/default.asp> (consulté le 12 août 2009).
- Scottish Partnership for Palliative Care et coll. (2007), *A guide to using palliative care competence frameworks*. [En ligne]
http://www.palliativecarescotland.org.uk/assets/files/publications/A_guide_to_using_palliative_care_competence_frameworks.pdf (consulté le 12 août 2009).
- West of Scotland Managed Clinical Network for Palliative Care (2006), *Palliative Care Educational Core Competencies Framework*: West of Scotland Managed Clinical Network for Palliative Care.

**ANNEXE A – PROFIL DE COMPÉTENCES
PRÉSENTÉ PAR DISCIPLINE (POUR UN SEUL DOMAINE DE COMPÉTENCES)**

INFIRMIÈRE, INFIRMIER

DOMAINE DE COMPÉTENCES : BESOINS PSYCHOSOCIAUX ET SPIRITUELS

Compétences générales	Compétences spécifiques	Éléments de contenu
Observer et évaluer les besoins psychosociaux et spirituels de la personne et de ses proches et y répondre.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Évaluer et comprendre l'influence de plusieurs éléments sur l'expérience d'un stade avancé de maladie et de la mort. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Éléments influençant l'expérience d'un stade avancé de maladie et de la mort (p. ex. pratiques culturelles et spirituelles (valeurs, croyances, traditions, etc.), réactions émotionnelles, dynamique familiale, vécu de la personne et de ses proches).
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Cerner l'impact de la maladie grave au sein de la famille et sur tous ses membres, de même que les conséquences sociales qui en découlent. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Impacts de la maladie grave sur la personne et sur la famille, y compris les enfants (p. ex. modification de l'image corporelle et de la sexualité, souffrance psychologique et spirituelle, modification des rôles, conséquences professionnelles et financières, concepts de crise et de transition, mécanismes d'adaptation).
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Accompagner la personne et ses proches dans leur adaptation à la maladie et aux pertes qui y sont associées. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Accompagnement de la personne et de ses proches : reconnaissance des pertes et de la souffrance ; aide à la clarification des valeurs, des croyances, des besoins spirituels et de ce que représente la qualité de vie pour la personne et ses proches ; soutien dans la détermination et l'utilisation des stratégies d'adaptation.
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aider la personne et ses proches à accéder aux ressources appropriées pour répondre à leurs besoins de soutien psychologique, social et spirituel. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Possibilités de soutien psychologique, social et spirituel offert par différents membres de l'équipe interdisciplinaire et d'autres organisations.

ANNEXE B – PROFIL DE COMPÉTENCES PRÉSENTÉ PAR DOMAINE DE COMPÉTENCES

QUESTIONS ÉTHIQUES ET LÉGALES

SOINS	Médecin	<p>Comprendre les dimensions éthiques et légales pouvant influencer les services de soins palliatifs.</p> <p>Savoir discuter et assumer la responsabilité professionnelle et éthique des décisions cliniques prises en fin de vie.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Intégrer à sa pratique des repères éthiques et légaux permettant d'élaborer un jugement éthique et assumer la responsabilité de sa prise de parole, de ses décisions et de ses actions. ◆ Discuter des principaux enjeux éthiques rencontrés dans la pratique clinique et collaborer, avec la personne, ses proches et les membres de l'équipe interdisciplinaire, aux prises de décisions cliniques comportant des enjeux éthiques. ◆ Supporter la personne, ses proches et les membres de l'équipe interdisciplinaire à l'occasion d'une demande d'euthanasie ou de suicide assisté en fin de vie.
	Pharmacienne, pharmacien et infirmière, infirmier	<p>Comprendre les dimensions éthiques et légales pouvant influencer les services de soins palliatifs.</p> <p>Collaborer aux discussions et aux prises de décisions cliniques à dimension éthique.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Intégrer à sa pratique des repères éthiques et légaux permettant d'élaborer un jugement éthique et assumer la responsabilité de sa prise de parole, de ses décisions et de ses actions. ◆ Discuter des principaux enjeux éthiques rencontrés dans la pratique clinique et collaborer, avec la personne, ses proches et les membres de l'équipe interdisciplinaire, aux prises de décisions cliniques comportant des enjeux éthiques. ◆ Supporter la personne, ses proches et les membres de l'équipe interdisciplinaire à l'occasion d'une demande d'euthanasie ou de suicide assisté en fin de vie.
	Infirmière, infirmier auxiliaire	<p>Comprendre les problèmes éthiques et légaux pouvant influencer les soins à la personne.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Être sensibilisé aux enjeux éthiques. ◆ Discuter de dilemmes éthiques pouvant se poser à l'infirmier auxiliaire. ◆ Détecter les signes justifiant un changement de niveau de soins. ◆ Savoir expliquer les conséquences d'un changement de niveau de soins à la personne et à ses proches.
	Préposée, préposé aux bénéficiaires	<p>Adopter un comportement professionnel conforme à l'éthique et à l'exercice de son rôle.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Examiner des situations de travail comportant une dimension éthique.
ACCOMPAGNEMENT	Bénévole	<p>Comprendre et appliquer les principes éthiques pertinents à l'exercice de son rôle.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Bien comprendre les principes éthiques pertinents à l'exercice de son rôle et les appliquer auprès de la personne, de ses proches et du personnel bénévole et rémunéré de l'organisation.
ADAPTATION	Tous	<p>Voir les compétences proposées pour le pharmacien et l'infirmier.</p> <p>Diététiste et nutritionniste seulement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Manifester des attitudes de conscience morale et d'objection de conscience, s'il y a lieu. (N.B. Cette compétence s'acquiert à la suite de plusieurs années d'expérience.) ◆ Évaluer la pertinence d'établir ou de maintenir le soutien nutritionnel en fin de vie.

ANNEXE C – TABLEAU CROISÉ AYANT
SERVI À DÉFINIR LES DOMAINES DE COMPÉTENCES

Sources, pays et manières de désigner les domaines → Domaines de compétences retenus par le comité ↓	Ferris et coll. (2002) (voir le carré de soins, p. 27 et 101) Canada Problèmes courants et modalités des soins	West of Scotland Network for Palliative Care (2006) Écosse Educational Competencies	Bigonnesse et coll. (sans date) Canada Compétences essentielles	Association des infirmières et infirmiers du Canada (2003) Canada Catégories des compétences	Vlieger et coll. (2004) Europe Aspects d'interaction	National Association of Social Workers (2004) États-Unis Standards
1. Douleur et symptômes	Gestion de la maladie Domaine physique Évaluation	<i>Pain and symptom management related to disease process</i>	Expert médical / en prise de décision clinique (Traiter et gérer la douleur et différents symptômes.)	Gestion de la douleur Gestion des autres symptômes	La personne malade (Observation, évaluation et traitement des symptômes; Douleur)	<i>Knowledge</i>
2. Besoins psychosociaux et spirituels	Domaine psychologique Domaine social Domaine spirituel Évaluation	<i>Spirituality Quality of life</i>	Expert médical / en prise de décision clinique (Répondre aux besoins psychosociaux et spirituels.)	Soin de la personne et de ses proches	La personne malade (Observation, évaluation et traitement des symptômes) La personne malade et sa famille (Impact de la maladie grave)	<i>Knowledge Assessment Intervention / Treatment planning Cultural competence</i>
3. Besoins liés à l'organisation de la vie quotidienne	Domaine pratique Évaluation	<i>Rehabilitation</i>				<i>Knowledge Assessment Intervention / Treatment planning Cultural competence</i>
4. Agonie et décès	Soins de fin de vie / Gestion de la mort Évaluation	<i>End of life care</i>		Planification de la fin de vie / accompagnement vers la mort et gestion du décès	La personne malade (Phase terminale et décès)	<i>Knowledge Assessment Intervention / Treatment planning Cultural competence</i>
5. Deuil	Perte, deuil Évaluation	<i>Loss, grief and bereavement</i>		Accompagnement lors de la perte, du chagrin et du deuil	La personne malade et sa famille (Phase terminale, décès et deuil)	<i>Knowledge Assessment Intervention / Treatment planning Cultural competence</i>

Sources, pays et manières de désigner les domaines → Domaines de compétences retenus par le comité →	Ferris et coll. (2002) (voir le carré de soins, p. 27 et 101) Canada Problèmes courants et modalités des soins	West of Scotland Managed Clinical Network for Palliative Care (2006) Écosse Educational Competencies	Bigonnesse et coll. (sans date) Canada Compétences essentielles	Association des infirmières et infirmiers du Canada (2003) Canada Catégories des compétences	Vlioger et coll. (2004) Europe Aspects d'interaction	National Association of Social Workers (2004) États-Unis Standards
6. Communication	Transmission de l'information Confirmation	<i>Communication skills</i>	Communiquer efficacement avec les patients, leur famille et les autres soignants.)	Soin de la personne et de ses proches Enseignement (à la personne et aux proches)	La personne malade et sa famille (Communication et approche systémique)	<i>Knowledge Assessment Intervention / Treatment planning Cultural competence</i>
7. Collaboration centrée sur la personne et ses proches	Planification des soins Prestation des soins	<i>Multidisciplinary team working</i>	Collaborateur (Collaborer en tant que membre d'une équipe interdisciplinaire.)	Pratique interdisciplinaire dans un esprit de collaboration	L'équipe de soins interdisciplinaire	<i>Interdisciplinary teamwork Documentation</i>
8. Questions éthiques et légales	Prise de décisions	<i>Ethical and legal issues</i>	Gestionnaire (Assumer le processus de décision en fin de vie et la planification des niveaux de soins en se référant à des connaissances en bioéthique et en droit.)	Questions professionnelles et défense des intérêts (Éthique et Questions juridiques)	Travail sur soi – Éthique La mort et la société – Les soins palliatifs dans le système de santé (Approche globale)	<i>Knowledge Ethics and values</i>
9. Développement personnel et professionnel			Promoteur de la santé (Composer avec la souffrance.)	Questions professionnelles et défense des intérêts (Perfectionnement personnel, Auto-soins et Recherche)	Travail sur soi – Éthique	<i>Attitude / Self-Awareness Continuing education</i>
10. Soins palliatifs et organisation des services de santé				Questions professionnelles et défense des intérêts (Défense des intérêts et Amélioration continue de la qualité)	La mort et la société – Les soins palliatifs dans le système de santé (Structures et réseaux de soins palliatifs ; Soins palliatifs et démarche qualité)	Knowledge Empowerment and Advocacy

**ANNEXE D – STRATÉGIES ACTIVES DE
FORMATION EN ASSOCIATION AVEC LES 10 PRINCIPAUX DOMAINES
DE COMPÉTENCES EN SOINS PALLIATIFS**

Tableau repris du *Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs*, p. 180.

Stratégies											
Domaines de compétences	Activité d'introspection	Analyse d'un incident critique	Débat	Démonstration	Discussion	Enregistrement audio ou vidéo	Exercice théorique	Jeu de rôle	Minicas ou mise en situation	Portfolio	Visualisation
1. Douleur et symptômes		√		√			√		√		
2. Besoins psychosociaux et spirituels		√			√	√		√	√		
3. Besoins liés à l'organisation de la vie quotidienne		√		√	√	√		√	√		
4. Agonie et décès		√		√	√		√		√		
5. Deuil	√	√			√				√		√
6. Communication		√		√		√		√	√		
7. Collaboration centrée sur la personne et ses proches	√	√		√	√	√		√	√		
8. Questions éthiques et légales	√	√	√		√			√	√		
9. Développement personnel et professionnel	√	√			√				√	√	√
10. Soins palliatifs et organisation des services de santé		√	√		√				√		

NOTES

1. Cette première partie de l'article reprend de larges extraits d'un article publié en 2009 dans le Bulletin du Réseau de soins palliatifs : M. Champagne et M. L'Heureux (2009), « Le Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs : contenu et mode d'emploi » dans *Bulletin du Réseau de soins palliatifs du Québec*, 17(1), p. 15-17.
2. Membres du comité de formation du Réseau de soins palliatifs du Québec ayant collaboré à la réalisation et à la rédaction du projet : **Réjean Carrier**, travailleur social, Hôtel-Dieu de Québec du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) ; **Manon Champagne**, chargée de projet, RSPQ ; **Jocelyn Châteauneuf**, Direction de la lutte contre le cancer, MSSS ; **Isabelle Coutu**, pharmacienne, Hôpital de la Cité-de-la-Santé du CSSS de Laval ; **Marie-Chantal Couture**, coordonnatrice professionnelle, Centre de pastorale de la santé et des services sociaux (CPSSS), Québec ; **Danielle Drouin**, infirmière, conseillère régionale en soins spécialisés, soins palliatifs, Réseau Cancer Montérégie, Hôpital Charles-LeMoine ; **Monique Fortier**, infirmière, enseignante, Centre de formation professionnelle Fierbourg ; **Louise Grenier**, psychologue, Hôpital de l'Enfant-Jésus du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA) ; **Michel L'Heureux**, médecin, directeur général, Maison Michel-Sarrazin ; président du Comité de formation du RSPQ ; **Marie-Pier Lévesque**, coordonnatrice de la formation, Maison Michel-Sarrazin ; **Marjolaine Mailhot**, diététiste, Hôtel-Dieu du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) ; **Hubert Marcoux**, médecin, Hôpital Jeffery Hale – St. Brigid's ; professeur, Département de médecine familiale, Université Laval
3. Pour plus de détails, voir M. L'Heureux (2008), Transformer l'évaluation de performance en une démarche de développement individuel du personnel et des bénévoles. *INFOKara*, 23(4), p. 141-143.
4. La liste des documents utilisés se trouve dans le Plan directeur, à la fin de chacun des profils de compétences.
5. La liste complète de ces personnes se trouve dans le Plan directeur à partir de la page 6.
6. Téléphone: 514 282-3808; Téléc.: 514 844-7556; Courriel: info@aqsp.org