

## SUPSI

### Prix ASSM 2016 “Interprofessionnalité”

---

Stefania Agustoni<sup>1</sup>, Magda Chiesa<sup>2</sup>, Francesco Micheloni<sup>3</sup>, Graziano Meli<sup>4</sup>

#### Introduction et contexte

Depuis 2006 le DSAN/DEASS de la Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI)<sup>5</sup> offre trois programmes Bachelor dans le domaine de la santé: un Bachelor of Science en soins infirmiers, en ergothérapie et en physiothérapie.

En 2009 les trois programmes de formation ont été accrédités par OAQ selon les critères d'évaluation établis par le SEFRI.

En 2015 100 étudiants en soins infirmiers, 30 en physiothérapie et 18 ergothérapeutes ont commencé leur formation bachelor.

Depuis le début de la formation la structure des programmes a été conçue avec le désir explicite de promouvoir la construction d'un climat de collaboration dans l'esprit d'un nouveau professionnalisme qui renforce la pratique collaborative et, en conséquence, la continuité des soins.

Le terme **interprofessionnalité** comprend deux aspects complémentaires (WHO 2010), la **formation interprofessionnelle** (Interprofessional Education, IPE) qui mène à une **pratique collaborative** (IPP).

Notre choix a été celui de promouvoir l'éducation interprofessionnelle pendant les 6 semestres de formation, de manière graduelle, continue et progressivement plus complexe.

Sur les 180 crédits ECTS prévus dans chaque curriculum bachelor, **45** sont organisés en commun aux trois métiers de la santé.

#### Application concrète

Interprofessional Education enables two or more professions learn with, from and about each other to improve collaborative practice and quality of care »  
(CAIPE, Center for The Advancement Of Interprofessional Education, 2002)

Selon la définition proposée par le Centre for the Advancement of Interprofessional Education du Royaume-Uni (CAIPE 1997 et 2006)<sup>1</sup>, il y a formation interprofessionnelle (Interprofessional Education, IPE) lorsque deux professions ou plus sont engagées dans un processus d'apprentissage conjoint, réciproque et qui leur permet de mieux se connaître pour mieux collaborer et améliorer la qualité des soins.

Le terme d'IPE englobe deux entités : la **formation à l'interprofessionnalité** (ou collaboration interprofessionnelle) et la **formation en interprofessionnalité**, qui consiste à donner un enseignement commun pour des étudiants de filières différentes (mutualisation des connaissances ou réelle formation commune et interactive IPE).

---

<sup>1</sup> Responsable de la formation bachelor en ergothérapie depuis 2015, (2009-2015 M.Matthias Möller)

<sup>2</sup> Responsable de la formation bachelor en soins infirmiers

<sup>3</sup> Responsable de la formation bachelor en physiothérapie

<sup>4</sup> Responsable formation base DEASS

<sup>5</sup> En français Haute école spécialisée (HES), en allemand Fachhochschule (FHS)

Il s'agit d'une étape nécessaire à la préparation des professionnels de la santé à une pratique collaborative mieux structurée capable de répondre aux besoins sanitaires locaux (collaborative practice-ready health workforces) (CAIPE,2016).

Pour promouvoir et développer des compétences interprofessionnelles il ne suffit pas de mettre les (150) étudiants dans la même salle de cours.

La réflexion pédagogique nous a apporté à bien définir un parcours et une progression que nous expliciterons de suite.

Le « nous » fait référence à un travail de réflexion et planification conjoint de la part des trois responsables des formations bachelor et d'un groupe multiprofessionnel d'accompagnement<sup>6</sup>. La définition et l'implémentation des finalités de la formation, des objectifs, des stratégies d'enseignement ont été développées en référence au profils suisse de compétence des professionnels de la santé SUP/HES/FH et aux attentes de la pratique professionnelle et aux besoins de santé et de soins identifiées dans la littérature actuelle.

*“IPE recognises and respect profession-specific requirements and safeguards the identity of each profession. Dealing in difference, it work towards meeting competency-based outcomes within a common framework” (CAIPE,2016)*

Pour renforcer et rendre solide et cohérente la pratique interprofessionnelle la responsabilité des modules communs (transposition didactique, choix des méthodes de travail, des textes, des stratégies, des modalités de certification) a été confiée à trois enseignants des trois professions. Cahiers de charges et activités ont été formalisées dans un document spécifique connu par toute l'équipe enseignante.

### **Identités menacées ou renforcées: égales ou différentes?**

La formation académique des professionnels de la santé vise (aussi) à la construction d'une identité professionnelle. La loi fédérale prévoit que les parcours de formation SUP/HES/FH qui délivrent les titres de bachelor of science soient professionnalisants. Une profession se caractérise par un haut degré d'autonomie professionnelle, une activité fondée sur l'expertise scientifique, une activité soumise à un autocontrôle collégial, un prestige sociale élevé et une identité reconnue. (Kuhlmey, A. 2012).

L'éclairage sociologique montre la construction identitaire comme l'inclusion progressive dans une communauté de pratique que, de plus en plus, est « plurielle ».

Soigner est un acte collectif qui engage différentes personnes et professions. La collaboration interprofessionnelle est l'une des conditions sine qua non à la mise en place d'offres de soins coordonnés. Les personnes âgées, atteintes de maladies chroniques ou psychiques dépendent des services de différents professionnels, ce qui se traduit par des interfaces dans la procédure de traitement. Une coordination imparfaite engendre des baisses de la qualité, des traitements inutiles et des coûts superflus. (OFSP, 2016)

La perspective citée souligne clairement la complexité des processus dans la construction identitaire.

L'identité d'un individu ne se construit jamais seule. Selon Dubar (1996), elle dépend autant des jugements d'autrui que de ses propres orientations et définitions de soi. En commençant leur formation professionnelle, les étudiants/es sont confrontés/es au groupe-classe qui constitue la première étape d'un processus de socialisation vers une identité professionnelle.

Pour nous, il s'agit d'une occasion privilégiée pour réfléchir autour des concepts et des idées importantes de santé et de maladie en relation au développement de la science et de la pensée pour analyser les différents paradigmes scientifiques qui orientent la pratique et la recherche. Les objectifs des modules « Epistémologie des soins 1 et 2 » (6 ECTS) permettent de débattre autour des méthodes (clinique, EBP, médecine narrative) et d'identifier les retombées dans la pratique selon une approche interdisciplinaire. Le modèle de la complexité permet aussi d'analyser les pattern de la santé et les différents approches communs aux professions de la santé (salutogénèse, médecine intégrée, relation « corps-esprit<sup>7</sup>», neurosciences).

---

<sup>6</sup> Commissions bachelor en physiothérapie, ergothérapie et soins infirmiers et représentants du monde du travail

<sup>7</sup> In italiano mente-corpo

La construction d'un langage commun permet d'atteindre des objectifs liés à la « lecture » de la réalité professionnelle et en même temps de poursuivre le travail de lien et de relation avec les contenus et les objectifs développés dans les modules spécifiques aux trois professions.

L'équipe des enseignants des trois professions c'est donc activée dans un parcours de co-construction des modules de formation. Ce travail – durée plus d'une année - a rendu nécessaire l'explicitation de bases et concepts théoriques communs que nous pouvons aujourd'hui partager.

Le document « Premesse épistémologique commune » (voir annexe 1) constitue un élément incontournable et, à travers l'explicitation de 16 noyaux thématiques, assure le partage d'éléments conceptuels et de valeurs qui vont habiter et animer l'offre de formation tout au long des trois ans.

Le tableau suivant montre les titres des modules communs aux trois bachelors, le poids en terme de crédits ECTS et leur progression dans les six semestres de formation.

Modules	Semestre					
	1°	2°	3°	4°	5°	6°
<b>Titre du module</b>						
Phases de la vie et caractéristiques des clients/patients	4					
Epistémologie des soins 1	2					
Systèmes de santé	2					
Anglais*	-	7				
Phases de la vie et caractéristiques des clients/patients 2		2				
Epistémologie des soins 1		2				
Disagio psychosociale		3				
Identité et altérité: préparation au stage		-				
Identité et altérité dans la pratique professionnelle			6			
<b>Statistique dans le domaine de la santé*</b>			2			
Qualité			3			
Identité et éthique dans la pratique professionnelle				5		
Méthodologie de la recherche 1				3		
Identité et complexité relationnelle dans la pratique professionnelle					2	
Méthodologie de la recherche 2					2	
Gestion interprofessionnelle de situations de soins complexes						4
Parcours de palliation						3
<b>Total crédits en commun</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>7</b>

\*Cours qui ne peuvent pas être considérés interprofessionnels, mêmes si les leçons se passent dans le grand groupe des étudiants des trois cours

Berger et Luckman, dans le texte de Dubar, définissent la socialisation secondaire comme « l'intériorisation de sous-mondes institutionnels spécialisés et l'acquisition de savoirs spécifiques » (1996, p.100). Les auteurs précisent le terme « spécifique » en le remplaçant par « professionnel ».

Selon cette théorie, l'entrée dans la formation plonge les étudiants dans un processus de socialisation secondaire. Ceci pourrait corroborer l'hypothèse qu'en première année bachelor, chacun ressent le besoin de fonder un groupe autrement dit de partager « un vocabulaire, des recettes, un programme formalisé et un véritable univers symbolique véhiculant une conception du monde qui sont construits en référence à un champ spécialisé d'activités » (Dubar, 1996, p.105).

La théorie de Dubar souligne aussi qu'une « identité n'est jamais donnée, elle est toujours construite et à (re)construire dans une incertitude plus ou moins grande et plus ou moins durable. » (1996, p.111).

Pour assurer une prise en charge efficace des soins, correspondants aux besoins et aux attentes des patients actuels et futurs, tous les acteurs concernés doivent faire preuve d'une **capacité de travailler en équipe**, d'une **bonne connaissance des rôles revenant aux autres professions** et d'une **attitude positive à l'encontre de tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire** (Hammick et al., 2009).

Cela ne s'improvise pas, car en plus des connaissances techniques, il convient de promouvoir, chez les étudiants en cours de formation universitaire, respectivement dans les hautes écoles spécialisées des compétences génériques particulières (Frenk et al., 2010).

Le tableau en annexe (voir annexe 2) met en évidence les éléments clés de la construction progressive de la capacité de travailler en équipe et de manière interprofessionnelle.

Selon la définition internationale, les **pratiques collaboratives** (Interprofessional Collaboration, IPC) se produisent lorsque plusieurs professionnels de la santé issus de différentes origines professionnelles collaborent entre eux, avec les patients, les familles, les accompagnants et la communauté pour offrir la meilleure qualité de soins.

La commission du Lancet a récemment repris à son compte une revendication énoncée dès 1973 par l'OMS, qui plaide pour un exercice interprofessionnel plus étendu en médecine. Pour ce faire, il s'agirait non seulement de promouvoir l'IPE et de lutter contre le cloisonnement des professions, mais de constituer, partout où cela est possible et utile, des équipes non hiérarchisées fondées sur le principe de l'IPC.

Les profils de compétences et rôles professionnels mentionnés se basent sur le document élaboré pour la conférence des Recteurs des Hautes Écoles spécialisées suisses (Ledergerber et al., 2009 ; Sottas, 2011), qui sont reconnus par le SEFRI comme base pour les filières de formation. Les rôles du modèle CanMeds ont été utilisés pour le développement de ces compétences finales.

Les stratégies pédagogiques activées sont et doivent être différentes et variées : nous faisons recours au Problem Based Learning (PBL), à l'analyse de situation de vie ou de cas cliniques et à l'analyse comparée, aux ateliers de développement personnels (principalement pour les modules liés à l'identité et à l'éthique), et au problem work learning (dans les modules de 4ème et 6ème semestre).

Fondamentalement, les méthodes d'enseignement IPE ne devraient pas varier en fonction de la filière d'études. Le plus important est qu'ils soient orientés selon les problèmes de santé du patient (problem-based), réalisés dès le début sous forme interprofessionnelle, en petits groupes, avec un enseignement interactif associant les pratiques simulées (Hean et al. 2012 ; D'Eon 2004 ; Curran et al. 2007 ; Kilminster et al. 2004 ; Cooper et al. 2001).

Si nous reprenons la liste des méthodologies proposées dans le document du groupe de travail thématique suisse sur l'interprofessionnalité (2016) nous pouvons identifier une pratique qui s'inspire et fait recours à ces méthodologies qui sont censées favoriser le travail en groupe et la pratique interprofessionnelle.

Méthodes proposées	Fréquence d'utilisation dans les modules communs
Conférences d'introduction	+++
Discussion plénières	++
Analyse et discussion de matériel vidéo en groupe IPE	+++
Travail de groupe sur la base de vignettes, correspondant au niveau de formation des apprenants	+++
Interventions / présentation de patients ou de proches de patients	+
Jeux de rôles sur des exemples concrets, bien ciblés et centrés sur un nombre limité d'objectifs d'apprentissage ou de compétences à développer / partager.	+
e-learning, en tant que partie d'un enseignement à distance, prolongeant et complétant l'enseignement IPE de base	-
Journal IPE personnel, notamment dans le cadre des stages et des rotations cliniques interprofessionnelles	+(+)
Self-directed learning (dans la mesure du possible sous supervision de facilitateurs issus des milieux de la pratique professionnelle)	+++

Les étapes éducatives sont établies dans notre formation selon principe de la spirale d'apprentissage et selon une progression du niveau taxonomique des objectifs de formation

#### **Premier et deuxième semestre :**

Premiers contacts interprofessionnels : sensibilisation, prise de conscience, confrontation libre, construction d'une base commune de lecture de la réalité dans le contexte de santé

#### **Troisième et quatrième semestres :**

Réflexion interprofessionnelle sur des cas concrets, impliquant la définition des rôles individuels au sein de l'équipe IP sur la base des profils professionnels :

Réflexion personnelle sur les rôles et le profil professionnels, positionnement individuel

### **Cinquième et sixièmes semestres :**

Réflexion personnelle sur les rôles et le profil professionnels (niveau de complexité supérieur),

Implications concrètes, évolution personnelle, travail de co-construction de parcours de soins

L'annexe 3 fournit un aperçu sur une partie des activités demandées aux étudiants lors d'un module de 6<sup>ème</sup> semestre.

### **Evaluation et feedback**

Notre choix en terme d'ingénierie de la formation demande une évaluation ponctuelle et l'identification de critères spécifiques.

Tous les modules sont évalués après la session de certification sur la base d'un outils standardisé SUPSI qui considère différents points (clarté des objectifs, intérêt, accessibilité, acquisition de nouvelles compétences, organisation, disponibilité des enseignants,...) et laisse la possibilité aux étudiants d'exprimer des opinions personnelles. Pour les modules en commun la dimension d'échanges et de partage d'expérience est souvent citée, ainsi que au 6<sup>ème</sup> semestre émerge la valeur du parcours interprofessionnels.

Depuis 2010 (une année après la fin de la première volée d'étudiants) le DSAN/DEASS a activé une démarche d'évaluation (follow up) auprès des diplômés et de leurs employeurs visant à évaluer sur la base de l'entrée dans le monde du travail la perception de l'importance et le degré de préparation acquis avec la formation. Un questionnaire a été élaboré pour investiguer différents aspects.

Deux questions visent à saisir la perception de sa propre capacité de travailler en team et collaborer avec d'autres professions.

Les données montrent depuis 2010 la conscience de l'importance du travail en équipe de la part des anciens étudiants (auto évaluation de la capacité de travail en groupe 8.67/10 soins, 7.5/10 physio et 8.25/10 ergo<sup>8</sup>) et l'appréciation pour une modalité de formation qui leur a permis de se préparer à ces importantes activités.

Les employeurs ont eux aussi exprimé une évaluation positive sur les compétences en matière de collaboration en soulignant cet aspect particulièrement positif pour les diplômés SUPSI.

### **Conclusions**

L'interprofessionnalité va être un élément incontournable dans la pratique des soins (OFSP 2016, ASSM, 2014) ; cette constatation demande aux instances de formation de base et post graduée d'investir (encore plus) dans le domaine de l'Education à l'interprofessionnalité.

Le DEASS SUPSI est convaincu que les choix appliqués dans les curricula des physiothérapeutes, ergothérapeutes et infirmiers/ères vont contribuer à cette nouvelle orientation.

La récente union du Département santé avec le département « social et économique » ouvrira des occasions de réflexion qui permettront d'élargir les collaboration en intégrant dans certains modules les assistants sociaux, les éducateurs et peut être aussi des économistes. Dans cette optique est à saluer positivement la création, à partir d'automne 2016, d'un module d'économie de la santé ouvert à tous nos étudiants.

A travers notre offre de formation actuel nous estimons nous être rapprochés de manière sensible aux éléments clés de la Charte de l'Interprofessionnalité de l'ASSM, en particulier là où il est dit que « *Les professions de la santé clarifient et définissent leurs compétences et leurs responsabilités, pour les situations concrètes, dans un processus de concertation commun; en cas de chevauchement des compétences, les responsabilités doivent être explicitement définies* » et « *Des modules communs sont élaborés, tant pour la formation prégraduée que pour la formation postgraduée* » et « *L'assurance qualité et l'évaluation de l'utilité pour le patient et la société font partie des valeurs professionnelles de tous les groupes professionnels* ». (ASSM, 2014)

---

<sup>8</sup> Follow up 2013 -

Un remerciement particulier doit être adressé aux responsables des modules et à tous les enseignants qui ont participé à l'idéation, à la gestion et à l'évaluation de cette offre de formation. Sans un vrai partage et une pratique réelle de l'interprofessionnalité pédagogique, la cohérence de cette action ne serait que proclamée. Leur engagement a été un vrai laboratoire de développement professionnel.

## Bibliographie

---

Aavv. 2016. Rapport du groupe thématique "Interprofessionnalité". Berne : OFSP

Aavv. 2016. « Programme de promotion « interprofessionnalité dans le domaine de la santé ». Berne :OFSP

Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). 2014. Charte pour la collaboration interprofessionnelle. Berne

CAIPE, Center for The Advancement Of Interprofessional Education. Barr, H., Gray, R., Helme, M., Low, H., Reeves, S. 2016. Interprofessional Education: Guidelines 2016. Fareham : Edition CAIPE.

Canadian Interprofessional Health Collaborative. CIHCPI. 2010. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. Vancouver : Université de la Colombie-Britannique.

Cooper H., Carlisle C., Gibbs T., Watkins C. 2001. Developing an evidence base for interdisciplinary learning: a systematic review, *Journal of Advanced Nursing*, 35(2):228-37.

Curran V.R., Sharpe D. 2007. A Framework for Integrating Interprofessional Education curriculum in the Health Sciences, *Education for Health*, 20(3): 1-7.

D'Eon M. (2004), A blueprint for interprofessional learning, *Medical Teacher*, 26(7):604-609.

Dubar, C. 1996. La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles. Paris : Armand Colin.

Frank J.R. et al.2010. Competency based medical education, *Med Teach*, 32(8) :638-645

Hammick M, Olckers L, Campion-Smith C. (2009), Learning in interprofessional teams: AMEE Guide no 38. *Med Teach*, 31(1):1-12.

Hean S., Craddock D., Hammick M. 2012. Theoretical insights into interprofessional education, *AMEE Guide No 62: 78-101 and Medical Teacher*, 34(2):158-160.

Kilminster S., Hale C., Lascelles M., Morris P., Roberts T., Stark P., Sowter J., Thistlethwaite J. (2004), Learning for real life: patient-focused interprofessional workshop offer added value, *Medical Education*, 38:717-726

Kuhlmey, A. 2012. Les professions de la santé mises au défi: plus de coopération pour une meilleure prise en charge. Winterthur

Ledergerber et al., 2009. Projet Compétences finales pour les professions de la santé HES. Rapport final ;

Sottas,B. 2011. Abschlusskompetenzen für alle Gesundheitsberufe:ds schweizerische Rahmenwerk und seine Konzeption. *GMS Z Med ausbild.*, 28(1):Doc 11

World Health Organization, 2010. Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. World Health Organization, Geneva.

## Liste des annexes

---

Annexe 1      Premesse epistemologique comuni (DSAN, 2010) – in lingua italiana

Annexe 2      Tableau synoptique modules commun (DEASS,2016)

Annexe 3      Activités proposées dans le module de 6<sup>ème</sup> semestre – in lingua italiana

1. Premessa antropologica. Sosteniamo un approccio alla comprensione della persona olistico, sistemico e complesso. Consideriamo l'uomo come un sistema complesso in relazione con l'ambiente, sistema che nell'interazione sviluppa il proprio potenziale (Bertalanffy 1968; Bateson 1972; WHO 1986; Gray 1996; Capra 1996; Morin 2001; Cheli 2010). *“Se accetto l'altra persona come qualcosa di rigido, di già diagnosticato e classificato, di già formato dal suo passato, contribuisco a confermare questa ipotesi limitata. Se l'accetto come un processo in divenire, contribuisco, invece, al limite delle mie possibilità, a confermare e a rendere reali le sue potenzialità”* (Rogers 1951).
2. Specificazione della premessa antropologica: rapporto mente-corpo. L'approccio sistemico complesso, sulla base dello sviluppo della ricerca scientifica, integra una visione non riduzionista della relazione mente-corpo (Ader, Felten e Cohen 2006; Bottaccioli 2005; Pagliaro e Martino 2010). Crediamo che le nostre professioni possano contribuire ad arricchire la riflessione e la ricerca.
3. Epistemologia della complessità. Sosteniamo, al fine di una sempre più fedele comprensione dell'umano, la necessità di un dialogo aperto e rispettoso tra tutte le espressioni del sapere e del sentire dell'uomo che concorrono a nutrirlo e a realizzarlo, quali le scienze e le arti, le filosofie e le teologie, le culture, le pratiche e le ricerche, abbandonando la via degli assolutismi e di facili demarcazioni tra vero e falso. L'epistemologia della complessità fonda e promuove il valore dell'unità nella molteplicità, della coesistenza degli opposti (principio dialogico) come positiva possibilità di governare i conflitti di teorie, modelli, metodi e strumenti come pure di organizzazioni e persone (Bocchi e Ceruti 1985; Morin 1999).
4. Medicina integrata. Affermiamo la necessità di una medicina integrata. Si assiste sempre di più a confronti e sinergie tra discipline scientifiche una volta distanti, all'elaborazione e ricerca di percorsi transdisciplinari. Queste nuove prospettive segnalano la necessità, anche per le nostre professioni, di rinforzare nell'approccio clinico la dimensione sistemica della cura e della salute (Gifford 1998; Waddell 2004, Butler 2006, Maitland et al. 2005; Bellavite 2009).
5. Il concetto di salute. Intendiamo la salute come il risultato della capacità della persona di adattarsi alle richieste percepite dell'ambiente, sviluppando il proprio potenziale e traendone benessere (WHO 1986; Goldwurm et al. 2004).
6. L'interazione persona-ambiente. È cruciale nel determinare la salute di una persona la capacità di relazionarsi in modo adattivo con l'ambiente, le persone, la percezione di sé nel mondo e i significati attribuiti alle esperienze. Infatti gli eventi e le narrazioni reinterpretate del passato incidono in maniera significativa sul proprio modo di vivere il presente e di far fronte alle situazioni nuove, alle sfide del futuro, della crescita e dell'invecchiamento. *“Gli esseri umani e il loro ambiente sono interconnessi, uniti nel plasmare l'altro. Così vediamo gli stati di salute e di malattia come riflesso dell'adattamento ecologico. Valutiamo la funzione o disfunzione in termini di efficacia della persona di raggiungere i propri scopi e la propria qualità di vita nella sua interazione con gli ecosistemi”* (Howe 1982).
7. Approccio salutogenico. Crediamo nell'importanza dell'approccio salutogenico (Antonovsky 1987, 1996; Lindström e Eriksson 2005; Simonelli e Simonelli 2010), centrato sulla promozione e sviluppo delle risorse della persona interne ed esterne, adeguatamente integrato dall'approccio patogenico, orientato, secondo il *pattern* biomedico, alla diagnosi, alla cura della malattia e alla prevenzione dei fattori di rischio (Engel 1977; Capra 1982; Cosmacini 2008; Bellavite 2009; Cheli 2010; WHO 2001).
8. Intervento terapeutico e promozione della salute. L'intervento terapeutico è centrato sulla specificità della persona (individuo, famiglia, gruppo, comunità) e orientato alla promozione della sua salute, nel rispetto e valorizzazione delle diversità culturali, di genere e di età. Promuovere la salute significa facilitare l'adattamento ai cambiamenti considerando la storia individuale della salute, delle occupazioni svolte e dei rapporti interpersonali, incrementando la partecipazione e lo svolgimento di attività specifiche in una relazione attiva, libera, autonoma con l'ambiente (Wilcock 2006).
9. La professionalizzazione. Le nostre professioni provengono storicamente da una relazione ancillare rispetto alla professione medica. Oggi, a seguito di un percorso di crescita e di consapevolezza, ci stiamo definendo come professioni autonome, responsabili, competenti e dotate di un proprio corpo di saperi e di pratiche (Meleis 2012; WCPT 2011a, Creek 2010). Il ragionamento clinico e la capacità decisionale guidano le nostre pratiche



professionali portandoci a sviluppare modelli di intervento e strumenti validi di verifica, coniugando competenze procedurali e personali, specialistiche e relazionali.

10. Relazione professionista-paziente. In quanto la salute si definisce dallo sviluppo del potenziale, e dunque in quanto autorealizzazione, la persona è partner autorevole nella relazione terapeutica, è competente rispetto alla propria condizione, ed orienta il percorso di cura. I professionisti, partner attivi del processo di salutogenesi in un rapporto di alleanza mettono a disposizione della persona i propri saperi per promuoverne, mediante l'*empowerment*, lo sviluppo del potenziale (Zimmermann 1995; Waddell 2004; Wallerstein 2006) il benessere e la qualità di vita. *“Costruire un senso di efficacia personale attraverso esperienze di gestione efficace non significa programmare comportamenti precostruiti, ma acquisire strumenti cognitivi, comportamentali e autoregolatori per creare ed eseguire corsi di azione efficaci al fine di gestire le sempre mutevoli circostanze di vita”* (Bandura 1997). Il professionista promuovendo l'autoefficacia nella persona in cura incrementa le sue competenze adattive per renderlo sempre maggiormente autonomo e consapevole nelle sue scelte di vita.
11. Etica. Siamo consapevoli che alla base di ogni agire si situano i valori etici quali il rispetto verso l'altro, la sua cultura e suoi valori. Condividiamo i valori dei rispettivi codici etici professionali e sosteniamo una pratica clinica riflessiva per affrontare dilemmi etici assumendoci la responsabilità delle nostre decisioni nel rispetto dei valori istituzionali (WFOT 2005; ICN 2011; WCPT 2011b). *“L'etica si occupa di principi morali, valori e norme di condotta. Il campo della sanità e dei servizi sanitari solleva numerose questioni etiche, legate, ad esempio, alle prestazioni dei servizi sanitari, all'integrità professionale, alla gestione dei dati, all'uso di esseri umani nella ricerca e all'applicazione di nuove tecniche come la manipolazione genetica”* (WHO 2012).
12. Formazione personale. I pazienti, nella loro condizione di sofferenza, disabilità, malattia, vivono un pesante carico emotivo. L'ascolto attivo e la risposta empatica a tale condizione ed alle molteplici domande di salute di individui, gruppi e società sollecitano i professionisti allo sviluppo di un'appropriata gestione dello stress. Crediamo necessario un percorso formativo volto allo sviluppo di risorse ed abilità cognitive, emotive e comportamentali allo scopo di costruire nel tempo una personalità resiliente e dotata di efficaci strategie di coping (WHO 2004). Solo nella misura in cui si intraprende un percorso di costruzione di sé si assolve con autenticità ed efficacia la propria funzione educativa nei confronti degli altri, siano individui, famiglie o gruppi sociali.
13. I metodi. Ci accomuna il modello per le decisioni cliniche basate sull'*Evidence Based Practice* (EBP). L'*Evidence Based Practice* rappresenta una strategia per la risoluzione di problemi clinici. Essa prevede in egual misura la considerazione delle migliori evidenze disponibili, dell'*expertise* professionale così come dei valori e delle preferenze del paziente, il tutto tenendo conto del contesto socio-economico (Sackett 1998; Haynes et al. 2002). Mediante il ragionamento clinico basato sul metodo del *problem solving* (Higgs and Jones 2008) attraverso l'accertamento che integra l'*assessment* si formula la diagnosi professionale che guida il trattamento. L'integrazione di misure di *outcome* sensibili all'intervento professionale e del pensiero critico sostengono un ragionamento clinico in continua evoluzione al servizio della migliore qualità delle prestazioni sanitarie e della crescita del professionista, facilitandone il passaggio da novizio ad esperto (Kerry 2010). Siamo consapevoli che si sviluppa *expertise* soltanto nella misura in cui la conoscenza sia il frutto di un dialogo tra la pratica e la ricerca, in un processo riflessivo ricorsivo e continuo (Dewey 1933; Schön 1983, Popper 1974; Mortari 2003, 2007). Riteniamo quindi un dovere professionale l'uso consapevole delle *Evidence Based Practice* e contribuire alla loro evoluzione nella costruzione del sapere professionale.
14. Le sfide per le professioni. I cambiamenti sociali e demografici, tecnologici ed economici, la complessità e l'incertezza degli scenari che ci attendono impongono ai professionisti della salute lo sviluppo di nuove competenze. Si richiede sensibilità alla sofferenza e resilienza, conoscenze valide e intelligenza emotiva, abilità tecniche e pensiero critico, passione per l'umano e capacità di valutazione etica. I professionisti della salute sono al contempo curanti, comunicatori, educatori, membri di *team*, *manager*, *leader* e *policy makers*. (Stigler et al. 2010). *“Il personale sanitario si trova a dover acquisire nuove competenze accanto a quelle tecnico-specialistiche, che comprendono le cosiddette competenze trasversali: il pensiero critico, la capacità di prendere decisioni in modo indipendente, la capacità di mantenersi aggiornati lungo tutto l'arco della vita, la collaborazione efficace all'interno di un gruppo di lavoro, l'utilizzo competente delle nuove tecnologie dell'informazione sono, oggi più che mai, indispensabili per saper fronteggiare le sfide che il mondo quotidiano pone”*. (Sasso e Lotti, 2007).
15. Dalla specificità alla collaborazione. Da questi mutamenti si sono sviluppati dei profili di competenze, in costante evoluzione, specifici di ciascuna professione della salute. Se inizialmente vi erano pochi punti d'incontro, oggi le professioni, pur avendo un'identità unica, condividono dei principi ordinatori. La costruzione ed il riconoscimento

dell'identità professionale sono resi possibili dal confronto e dalla collaborazione interdisciplinare, condizioni imprescindibili per far fronte efficacemente alla complessità delle sfide sanitarie (Gordon 2009).

16. Le professioni sanitarie e il prendersi cura. Pensiamo che il *caring* (*prendersi cura*) sia un elemento di tutte le professioni della salute (Benner 2001). Il *caring* definisce la relazione di cura e caratterizza l'incontro professionale tra pazienti e curanti (Taylor 1994). Non è da considerare un obbligo morale ma l'assunto che l'attitudine del prendersi cura abbia un effetto terapeutico (Käppeli 2004). Il *caring* è un elemento centrale nella guarigione e nello sviluppo delle capacità del paziente di prendersi cura di sé (Phillips e Benner 1994).

## Bibliografia

- Ader, Robert, David L. Felten, Nicholas Cohen. *Psychoneuroimmunology*. 4th edition, 2 volumes. San Diego: Academic Press
- Antonovsky, Aaron. 1987. The salutogenic perspective: towards a new view of health and illness. *Advances* 4(1):47-55
- Antonovsky, Aaron. 1996. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1): 11-18.
- Bandura, Albert. 1997.. Tr. It. *Autoefficacia: Teoria e Applicazioni*. Trento: Erickson. 2000
- Bateson, Gregory. 1972. Tr. It.. *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi 1976
- Bellavite, Paolo. 2009. *La complessità in medicina. Fondamenti di un approccio sistemico-dinamico alla salute, alla patologia e alle terapie integrate*. Milano: Tecniche nuove.
- Benner, Patricia. 2001. The phenomenon of care, in *Handbook of phenomenology and medicine*. K.S. Toombs, 351-369. Dordrecht, NL: Kluwer.
- Bertalanffy, Ludwig von. 1968 Tr. It.. *Teoria generale dei sistemi*. Milano: ILI 1971
- Bocchi, Gianluca, Mauro Ceruti, Eds. 1985. *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli.
- Bottaccioli, Francesco. 2005. *Psiconeuroendocrinoimmunologia. I fondamenti scientifici delle relazioni mente-corpo. Le basi razionali della medicina integrata*. Milano: RED.
- Butler, D. 2006. *Sensitive nervous system*. Adelaide: NOIGroup Publications
- Capra, Fritjof. 1982. Tr. It.. *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*. Milano: Feltrinelli 1984
- Capra, Fritjof. 1996. Tr. It.. *La rete della vita*. Milano: Rizzoli 1997
- Cheli, Enrico. 2010. *Olismo la scienza del futuro*. Milano: Xenia edizioni.
- Cosmacini, Giorgio. 2008. *La medicina non è una scienza. Breve storia delle sue scienze di base*. Milano: Raffaello Cortina
- Creek, J. 2010. *The core concepts of occupational therapy. A dynamic framework for practice*. London: Jessica Kingsley publishers
- Dewey, John. 1933. Tr. It.. *Come pensiamo*. Firenze: La nuova Italia 1986
- Engel, L. George. 1977. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* 196, 4286:129-136
- Gifford, L. 1998 Pain, the tissues and the nervous system: a conceptual model *Physiotherapy* 84-(1): 27-36
- Goldwurm, Gian Franco, Margherita Baruffi, Federico Colombo. 2004. *Qualità della vita e benessere psicologico*. Milano: McGraw-Hill.
- Gordon, Marjory. 2008. *Assess Notes: Nursing assessment and diagnostic reasoning*. Philadelphia: F.A. Davis
- Gray, J. M., & Kennedy, B. L. 1996. Application of dynamic systems theory to occupation. In R. Zemke & F. Clark (Eds.), *Occupational science: The evolving discipline*. Philadelphia, PA: F. A. Davis
- Haynes, R. Brian, P.J. Devereaux, Gordon H. Guyatt. 2002. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *ACP Journal Club*, 136(2):A-11
- Higgs and Jones. 2008. *Clinical reasoning in the health professions. Third edition*. Oxford: Butterworth-Heinemann
- Howe, Margot C., Briggs Anne K. 1982. Ecological Systems Model for Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 36(5):322-327.
- Käppeli, Silvia. 2004. *Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft*. Bern: Huber

- Kerry R. 2010. The theory of clinical reasoning in combined movement therapy. In McCarthy C. *Combined Movement Theory*. Edimburgh: Churchill Livingstone – Elsevier
- ICN. International Council of Nurses. 2011. Code of Ethics for Nurses. Geneva. <http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/> (accessed February 2012)
- Lindström, Bengt, Monica Eriksson. 2005. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health*; 59:440–442
- Maitland G, E Engelveld, K Banks K Emglisch. 2005. Maitland's vertebral manipulations. 7th edition. Elsevier
- Meleis Afaf Ibrahim. 2012. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 5<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Morin, Edgar. 1999. Tr. it. *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2001
- Morin, Edgar. 2001. Tr. It. *Il metodo. 5. L'identità umana*. Milano: Raffaello Cortina 2002
- Mortari, Luigina. 2003. *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*. Roma: Carocci
- Mortari, Luigina. 2007. *Cultura della ricerca e pedagogia. Prospettive epistemologiche*. Roma: Carocci
- Pagliaro, Gioacchino, Elisa Martino. 2010. *La mente non localizzata. La visione olistica e il modello mente-corpo in Psicologia e Medicina*. Padova: Upsel Domenighini Editore
- Phillips, Susan, Patricia Benner. 1994. *The crisis of care: affirming and restoring caring practices in the helping professions*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- Popper K. R. 1974. *Conjectures and refutations: the growth of scientific knowledge*. 5<sup>th</sup> edition. London: Routledge and Kegan Paul.
- Rogers, Carl R. 1951. Tr. It. *Terapia centrata sul cliente*. Bari: Edizioni la Meridiana 2007.
- Sackett D, Richardson W. Et al. 1998. *Evidence-based medicine-how to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone
- Sasso, Loredana, Antonella Lotti. 2007. *Problem-based Learning per le professioni sanitarie*. Milano: McGraw-Hill.
- Schön, Donald A. 1983. Tr. It.. *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Bari: Dedalo 1993
- Simonelli, Ilaria, Fabrizio Simonelli. 2010. *Atlante concettuale della salutogenesi. Modelli e teorie di riferimento per generare salute*. Milano: Franco Angeli
- Stigler, Florian L. Robbert J. Duvivier, Margot Weggemans, Helmut J. F. Salzer. 2010. Health professionals for the 21<sup>st</sup> Century: a student's view. *The Lancet* 376 (9756):1877-1878.
- Taylor, Charles. 1994. Philosophical reflections on caring practices. In *the Crisis of Care*. S.S. Philips and Benner P: 174-187. Washington: Georgetown University Editor.
- Waddell G.A. 2004. *The back pain revolution*. Edinburgh: Churchill Livingstone
- Wallerstein N. 2006. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network report. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74656/E88086.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf), (accessed 09 December 2011)
- WCPT. World Confederation for Physical Therapy. 2011a. *Description of Physical Therapy*. London: WCPT
- WCPT. World Confederation for Physical Therapy. 2011b. *Policy statement: Ethical responsibilities of physical therapists and WCPT members*. London: WCPT. <http://www.wcpt.org/policy/ps-ethical-responsibilities> (accessed february 2012)
- WFOT. World Federation of Occupational Therapists. 2005. Code of Ethics for Occupational Therapists. <http://www.wfot.org/ResourceCentre/tabid/132/did/34/Default.aspx> (accessed february 2012)
- WHO. 1986. Ottawa charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health. 17–21 November, World Health Organization, Ottawa, Geneva, Canada
- WHO. 2001. *ICF-International Classification of functioning, disability and health*. Geneva: WHO
- WHO. 2004. Skills for health. Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School. Geneva. [http://www.who.int/school\\_youth\\_health/media/en/sch\\_skills4health\\_03.pdf](http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_skills4health_03.pdf) (accessed February 2012)
- WHO. 2012. Ethics. Geneva. <http://www.who.int/topics/ethics/en/> (accessed 30 January 2012)
- Wilcock, A.A. 2006. *An occupational perspective of health*. 2nd ed. Thorofare NY: SLACK Incorporated

## Annexe 2 – Modules communs aux trois Bachelor santé du DEASS SUPSI

Titre du module	Concept clés et/ou indicateurs d'interprofessionnalité	Choix pédagogiques	Evaluation/outcomes
Phases de la vie et caractéristiques des clients/patients 1 et 2	Vision commune de la personne – Identification des besoins de santé - condition humaine – développement psychologique, neurologique, neuromoteur, anthropologique, sociologique.	PBL – cours théoriques en plénière – apprentissage collaboratif	Partage d'information – climat de travail – qualité de la collaboration – attitude à l'écoute de l'autre
Epistémologie des soins 1 et 2	Construction, partage et déconstruction des différents paradigmes liés à la santé et à la maladie, aux soins (paradigme scientifique, écologique, épistémologie de la complexité, olisme, salutogénèse) - différents modèles de prise en charge.	Case-based learning – reflective learning	
Systèmes de santé	Système de santé – différents acteurs – offre et demande de santé – problèmes de santé – base légales – déterminants de la santé – rôle des professionnels de santé – profil de compétences des différents acteurs	Case-based learning – reflective learning	
Malaise et problèmes psychosociaux ( <i>Disagio psicosociale</i> )	Déterminants des problèmes psychosociaux, vulnérabilité, modèles sociologiques de la vulnérabilité, le stress, la gestion du stress, coping et résilience, violence et abus sur le mineurs, violence domestique, maltraitance des personnes âgées	Case-based learning – reflective learning – table ronde avec experts de différentes disciplines et professions	Partage de vécus personnels de malaise d'origine psychosociale, partage de facteurs qui déterminent la souffrance et le stress, pratique réflexive sur ses propres stratégies de coping et sur la résilience.
Identité et altérité dans la pratique professionnelle	Connaissance et clarification des différents rôles professionnels – respect, travail sur les représentations, communication-relation professionnelle-relation d'aide – identités professionnelles et altérité	Séminaires et laboratoires expérientiels – Ecriture et narration partagées - Story telling Jeux de rôle	
Qualité	Concepts et modèles d'évaluation de la qualité (micro, meso, macro) – qualité et associations professionnelles –	Table ronde avec experts de différentes disciplines et professions	Qualité des projets d'amélioration de la qualité élaborés -
Identité et éthique dans la pratique professionnelle	Théories éthiques - Principes de la bioéthique – Medical Humanities – Droits des patients – Dilemmes éthiques issus des stages et présentés par les étudiants	Séminaires et laboratoires expérientiels – case based learning – écriture biographique	Respect de tous les membres du groupe – relation de travail fondées sur la collaboration et la compréhension réciproque – reconnaître ses propres limites
Méthodologie de la recherche 1 et 2	Directives communes aux travail de bachelor – gestion de projets – méthodologie de la recherche quantitative et qualitative – Instruments de recueil de données – analyse des contenus	Laboratoires multi e mono professionnels	Possibilité de travail de bachelor multi professionnelle sur thématique commune
Identité et complexité relationnelle dans la pratique professionnelle	Relation en team – pratique de la supervision en groupes multiprofessionnels Résolution de conflits ou tensions interprofessionnelles	Groupes multi professionnels avec expert counselor	Respect de tous les membres du groupe – relation de travail fondées sur la collaboration et la compréhension réciproque - reconnaître ses propres limites
Gestion interprofessionnelle de situations de soins complexes	Vision commune du patient et de son parcours – planification conjointe des soins – élaboration de parcours de prise en charge – coopération – support réciproque – planification – standardisation interprofessionnelle.	Réflexion critique relative aux différentes compétences – leadership collaboratif	Projet de soins partagé – prise en compte des différents rôles – continuité des soins - reconnaître ses propres limites – maintien d'une vue d'ensemble
Parcours de palliation			