
SPIRITUAL CARE EN SOINS PALLIATIFS

DIRECTIVES POUR UNE PRATIQUE INTERPROFESSIONNELLE

Introduction	4
1. Principes	6
2. Religiosité et spiritualité dans le contexte des soins palliatifs	8
3. Prendre en considération, explorer et documenter les aspects spirituels	11
3.1 Prise en considération	11
3.2 Exploration	11
3.3 Documenter	12
4. Responsabilités communes et rôles spécifiques des différentes professions	14
4.1 Compétences de base professionnelles	14
4.2 Formes différentes de spiritual care et rôles spécifiques des différentes professions	14
4.3 Collaboration interprofessionnelle	15
5. Aspects éthiques	16
6. Conditions-cadres institutionnelles	17
7. Formation initiale, formation continue et formation permanente	18
Annexe	19
I. Outils d'aide	19
II. Bibliographie	21
III. Membres de la task force Spiritual care	23
IV. Auteurs	23

INTRODUCTION

Apparu au siècle dernier dans les années soixante, le concept de soins palliatifs reposait notamment sur la prise en compte de la dimension religieuse et spirituelle dans le cadre de l'accompagnement de patient(e)s et de leur entourage. Par la suite, l'OMS et les acteurs nationaux ont intégré cette dimension à leur concept de prise en charge et de santé. Un groupe de recherche de l'Organisation mondiale de la santé chargé d'étudier l'importance de la spiritualité et de la religiosité pour la qualité de la vie a recommandé, en 2006, de les intégrer à la prise en charge médicale en particulier avec des patient(e)s gravement malades ou en phase terminale, du fait de l'impact considérable qu'elles exercent sur la qualité de vie (WHOQOL SRPB Group 2006). Ces évolutions forment le cadre et le fondement des présentes directives. Elles considèrent le « spiritual care » comme la responsabilité interprofessionnelle consistant à intégrer la dimension spirituelle dans la prise en charge médicale. Les professions impliquées contribuent chacune à leur manière à l'accomplissement de cette responsabilité. Actuellement, en Suisse, la pratique, la formation et la recherche sur le thème relatif au « spiritual care interprofessionnel dans les soins palliatifs » sont à maints égards encore en phase de développement. Afin d'approfondir une telle conception, il est nécessaire de se doter de directives se référant sur les connaissances actuellement disponibles.

OBJECTIFS

Les présentes directives sont motivées par le souci d'encourager l'intégration du spiritual care dans les soins de santé en Suisse et en particulier dans les soins palliatifs. Au vu de la pluralité qui caractérise la société d'aujourd'hui au niveau des approches philosophiques et religieuses et ceci dans la réalité du système sanitaire laïque, une telle intégration se voit confrontée à des hautes exigences. Etant donné l'importance des enjeux spirituels et religieux pour la prise en charge de maladies, ainsi que pour les décisions en fin de vie, notamment les soins palliatifs sont confrontés au défi de comprendre de

manière adéquate ces enjeux et de les prendre en compte dans le cadre de la pratique interprofessionnelle. Les présentes directives établissent les conditions-cadres, les conditions préalables et les limites d'une telle pratique et suggèrent des possibilités d'amélioration et des modèles de spiritual care interprofessionnel. Elles cherchent d'un côté à apporter une contribution à la qualité dans ce domaine et, de l'autre, à inciter et à encourager une intégration du spiritual care toujours plus significative dans les soins palliatifs en Suisse.

DESTINATAIRES

Ces directives s'adressent en premier lieu à des spécialistes intervenant dans différents domaines et cadres de soins palliatifs. En outre, elles visent également à prodiguer des recommandations à d'autres secteurs de prise en charge médicale, ainsi qu'aux responsables institutionnels et politiques.

DÉLIMITATION

Les présentes directives se limitent au domaine du spiritual care interprofessionnel dans le contexte des soins palliatifs. Nous le considérons comme tâche pour tous les groupes professionnels en soins palliatifs de préciser leurs approches et – le cas échéant – d'élaborer des directives complémentaires concernant des aspects disciplinaires plus spécifiques. Ce défi concerne particulièrement les approches au niveau de l'accompagnement spirituel et religieux et le positionnement du métier de l'aumônier/l'accompagnant spirituel au sein du système sanitaire.¹

CONTENU

Ces directives présentent des suggestions quant aux aspects suivants du spiritual care :

- Détresse et ressources spirituelles
- Prise en considération, exploration et documentation
- Attitude fondamentale et compétences

- Collaboration interprofessionnelle et rôles spécifiquement disciplinaires
- Normes éthiques
- Conditions-cadres institutionnelles
- Formation de base, continue et permanente

RÉFÉRENCES

Les présentes directives s'inspirent de modèles nationaux et internationaux (OFSP, OMS), de directives existantes, de documents de consensus et d'études internationales sur le spiritual care.

TERMINOLOGIE²

- Dans les présentes directives, on entend par le terme de religion toute communauté partageant des traditions, rituels, textes et croyances spécifiques (christianisme, judaïsme, islam, hindouisme, bouddhisme, etc., dans toute la diversité confessionnelle et culturelle des formes de pratiques).
- La religiosité désigne les croyances modalités et pratiques personnelles
- La spiritualité désigne l'attachement de la personne à ce qui l'inspire et lui donne fondement, ainsi que les convictions, les valeurs, les expériences³ existentielles qui y sont associées, que celles-ci soient de nature religieuse ou non⁴.
- Les abréviations R/S ou r/s dans le présent document désignent respectivement « la religiosité et la spiritualité » ou « religieux et spirituel ».
- Conformément aux Directives nationales en matière de soins palliatifs (2011/14), nous entendons par soins palliatifs « le soutien et les traitements médicaux apportés aux personnes souffrant de maladies incurables, potentiellement mortelles et/ou chroniques évolutives. Bien qu'ils soient introduits à un stade précoce, ils interviennent principalement au moment où le diagnostic vital est ou paraît engagé et quand les soins curatifs ne constituent plus un objectif primaire. Ils offrent aux patient(e)s, compte tenu de leur situation, la meilleure qualité de vie possible jusqu'à leur décès, tout en apportant un soutien approprié à leurs proches. Les soins pal-

liatifs visent à atténuer la souffrance et les complications qui en découlent. Ils comprennent les traitements médicaux, les soins, ainsi que le soutien psychologique, social et spirituel. » (p. 8).

- La définition du terme de spiritual care sera précisée plus en détail au chapitre suivant.

1 Voir à ce sujet les directives « L'aumônerie en tant que spiritual care spécialisé dans les soins palliatifs » (palliative.ch 2018).

2 Nous appliquons la terminologie sur laquelle la DGPPN s'est basée pour ses « Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie » (Recommandations pour la prise en charge de la religiosité et la spiritualité en psychiatrie et psychothérapie) (2017).

3 La notion « existentiel » peut véhiculer deux acceptions en ce sens qu'elle peut autant se référer à des questions relatives à des moyens de subsistance qu'à des « questions existentielles » (Qui suis-je ? Qu'est-ce qui donne sens à ma vie ? De quelle façon est-ce que je souhaite vivre et mourir ?). Nous nous référons à la deuxième acception de ce terme. Dans les recommandations de la DGPPN (2017), elle est décrite comme « l'expérience (limite) accompagnant les crises de sens ».

4 L'Association européenne de soins palliatifs (EAPC) définit la spiritualité comme « la dimension dynamique de la vie humaine ayant trait à la façon dont les personnes (en tant qu'individus ou en collectivité) perçoivent, expriment et/ou recherchent le sens, la signification et la transcendance et la façon dont elles entrent en relation avec l'instant, avec soi-même, avec les autres, avec la nature, la signification et/ou le sacré » (Nolan et al., 2011).

1. PRINCIPES

Pour les présentes directives, la notion de spiritual care se fonde sur les Directives nationales en matière de soins palliatifs de l'Office fédéral de la santé publique qui elles-mêmes sont basées sur les modèles de l'OMS. Les missions du spiritual care sont décrites de la façon suivante :

« L'accompagnement spirituel contribue à améliorer la qualité de vie sur le plan subjectif et à protéger la dignité de la personne face à la maladie, la souffrance et la mort. Il soutient les personnes face à leurs besoins existentiels, spirituels et religieux lorsqu'ils recherchent le sens de leur existence, des certitudes ou une solution à une situation de crise. Il intervient en tenant compte du vécu, du système de valeurs et de croyance de la personne malade. Cela suppose de comprendre les besoins existentiels, spirituels et religieux des personnes concernées. L'accès à des offres adaptées dans le domaine de l'accompagnement spirituel doit être discutée régulièrement au sein de l'équipe interprofessionnelle, et la continuité du soutien doit être assurée. » (OFSP 2011:14).

Le spiritual care doit être envisagé prise en compte consciente et structurée d'aspects r/s dans le cadre de soins palliatifs professionnels. En plus d'une attitude fondamentale palliative et des connaissances spécifiques, cela englobe également des compétences pratiques pouvant être acquises susceptibles d'être combinées à des outils et à des méthodes appropriées (cet aspect sera développé plus en détails, ci-après). Le spiritual care requiert une pratique consciente et une mise en œuvre vérifiable à l'aune de normes de qualité. Toute prise en charge respectueuse des convictions et des pratiques r/s requiert également de réfléchir aux limites de son propre savoir, de sa propre compréhension et de ses propres capacités. La « dimension spirituelle » de la vie humaine, les convictions et les expériences qui y sont associées échappent au fond à toute influence directe. »

La mission institutionnelle et interprofessionnelle du spiritual care dans le cadre des soins de santé suisses est fondée sur trois piliers :

Perspective du point de vue des droits fondamentaux

Toute personne bénéficiant de soins stationnaires dans une institution de santé suisse bénéficie d'après la loi d'une protection particulière. En raison de la relation de dépendance particulière qu'elle implique, les institutions concernées et les spécialistes travaillant pour elles sont en particulier tenus de garantir le respect, à tout moment, de la liberté de conscience et de croyance (Constitution fédérale art. 15). L'exercice de formes de pratiques religieuses-spirituelles déterminantes pour l'identité doit également être possible dans le cadre du quotidien clinique ou de la maladie. Cela vaut également pour les patient(e)s qui n'appartiennent à aucune communauté religieuse.

Perspective d'un point de vue palliatif

Pour de nombreuses personnes, la R/S est constitutive de l'identité et prend toute sa force significative lors de crises ou de situations limites. L'influence des convictions r/s sur la santé et la qualité de vie, sur la prise en soin de la maladie et sur le processus de décision thérapeutique est empiriquement bien établie. Ainsi, comme facteurs impactant la thérapie, il convient de prendre en considération ces aspects r/s de manière professionnelle dans la relation aux patients et leurs proches.

Perspective du point de vue de l'éthique professionnelle

Conformément à leur code de déontologie, tous les spécialistes sont tenus, conscients de leur propres convictions et limites, de soutenir les patient(e)s dans leurs convictions r/s ou non confessionnelles. Il s'agit ici de respecter de façon raisonnée les principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice, ainsi que de prendre en compte les aspects liés à l'éthique de la sollicitude, de manière à contribuer activement au bien-être des patient(e)s. En conséquence, cela implique ce qui suit pour les professions concernées : Les professionnels de la santé ne doivent « pas (...) nécessairement partager la croyance ou l'absence de croyance de leurs patients,

de manière à conserver l'ouverture de leur sensibilité spirituelle » (Bigorio 2008:2). Compte tenu du fait que la pratique professionnelle et les décisions thérapeutiques dans le domaine des soins palliatifs sont également soumises à l'influence des convictions personnelles, il est important que les spécialistes impliqués réfléchissent à leur propre attitude à l'égard de la R/S en général et de la R/S des personnes qui leur font confiance et, le cas échéant, fassent preuve de transparence.

2. RELIGIOSITÉ ET SPIRITUALITÉ DANS LE CONTEXTE DES SOINS PALLIATIFS

La religiosité et la spiritualité peuvent s'exprimer de multiples formes dans le contexte des soins palliatifs : la forme de dispositions et de convictions orientant guidant les actions et déterminants pour l'identité ; ou la forme d'expériences qui peuvent être tout aussi réconfortantes que pesantes. A cet égard, une assistance professionnelle peut s'avérer importante à différents points de vue : pour donner accès ou renforcer l'accès à des ressources r/s ; pour pouvoir exercer une pratique donnée dans un nouvel environnement ; pour soulager une crise r/s, etc. L'énumération suivante se concentre sur les aspects qui apparaissent régulièrement dans des situations de soins palliatifs.

Prendre en compte la R/S en tant que dimension fondamentale de la vie

Les attitudes, les convictions et les pratiques r/s doivent être honorées au sens où elles déterminent la vie de nombreux-ses patient(e)s. Etant donné la vulnérabilité particulière et de la relation de dépendance liée à la prise en charge, il importe pour les accompagnants professionnels d'adopter une attitude respectueuse et soutenante à l'égard des sentiments, des convictions et des pratiques r/s. De la même manière, il importe de respecter le fait que des patient(e)s ne s'identifient à aucune R/S.

Tenir compte de l'enracinement communautaire

Même si de nos jours, dans nos sociétés empruntées de laïcité, la R/S tend à être reléguée à la sphère privée, les communautés r/s continuent néanmoins de jouer un rôle essentiel. Pour nombre de patient(e)s et leur entourage, le fait de pouvoir bénéficier d'un ancrage communautaire face à la maladie ou la mort constitue un réconfort considérable. De nombreux rituels r/s peuvent contribuer à concrétiser l'accompagnement, même dans des situations limites, et à faire ressentir qu'il est possible de maintenir la dignité de la vie jusqu'au dernier souffle. Dans le contexte d'une hospitalisation, il est souvent nécessaire de recourir à une aide extérieure de

manière à pouvoir maintenir la dimension communautaire de sa propre R/S. A ce titre, les personnes appartenant à des minorités r/s, qui ne sont pas elles-mêmes représentées au sein de l'équipe interprofessionnelle, requièrent une attention particulière.

Impliquer la R/S dans les décisions de fin de vie

Dans les situations palliatives, les patient(e)s et leurs proches sont souvent confrontés à des décisions difficiles qui peuvent être lourdes à porter au plan émotionnel. Souvent, on peut être contraint de choisir une valeur au détriment d'une autre (p. ex. des mesures permettant un maintien de la vie au détriment de la qualité de vie sur le plan subjectif) ou de clarifier l'échelle de valeurs et les convictions profondes. Au-delà de la communication de toutes les informations médicales pertinentes, les spécialistes prenant part aux soins palliatifs ont pour mission de préparer de manière anticipée les personnes concernées aux décisions à prendre et de les soutenir dans le cadre de ce processus de décision. Dès lors que pour de nombreux-ses patient(e)s, la R/S est déterminante pour leur identité et décisive pour les mesures à prendre, elle doit être à cet égard explicitement sollicitée et prise en compte par les accompagnants professionnels. Cela peut, par exemple, prendre la forme de questions ouvertes dans le cadre d'une anamnèse générale des valeurs (SAMW 2013, 66).

Renforcer les ressources et reconnaître la souffrance spirituelle

Les dispositions et les convictions r/s de même que les formes de pratique et rituels qui y sont associés peuvent constituer des ressources essentielles dans la prise en soin de la maladie et de l'approche de la mort. À la suite d'un profond bouleversement dans la vie, dans un environnement étranger et lorsque la charge psychique, sociale et physique est lourde, il est cependant souvent difficile de mobiliser de telles ressources. Qui plus est, la confrontation à une maladie grave et à la mort peut entraîner une perte

des repères qui prévalaient jusqu'alors et une remise en cause des convictions r/s⁵. En outre, la maladie et/ou l'hospitalisation peuvent entraîner une impossibilité de pratiquer certains rituels et pratiques psychiquement stabilisants.

Dans un tel contexte, les patient(e)s font souvent état d'une détresse spirituelle qui se traduit par un désespoir, une désolation, un sentiment de vide, une indifférence et une incertitude existentielle. Le Guide des soins palliatifs du médecin vaudois décrit la « détresse spirituelle » comme une « crise au sens d'un changement subit se caractérisant, entre autres, par un éclatement de l'identité spirituelle. Elle remet en cause les valeurs et la transcendance vécues jusqu'au moment de la crise et interrompt toute recherche d'un sens pour sa vie. Elle met également en question les valeurs que le patient donne à sa propre dignité. »⁶

Par conséquent, la prise en compte et la validation de telles crises spirituelles constituent déjà en soi une forme essentielle de spiritual care, car de telles crises s'accompagnent souvent d'une crainte d'incompréhension et de pathologisation. Pour les spécialistes impliqués, il convient justement de différencier les états de détresse spirituelle des phénomènes proprement pathologiques qui requièrent un traitement (dépression, épisode psychotique, etc.).

Dimensions spirituelles des symptômes dans un contexte palliatif

La spiritualité comme composante intégrante de l'homme constitue également une dimension des symptômes pathologiques. Dans le cadre d'une prise en charge palliative, il importe donc de tenir compte de manière adéquate de la dimension spirituelle dans les symptômes et le diagnostic, ainsi que dans le processus thérapeutique et d'accompagnement. Cela concerne, par exemple, le phénomène de spiritual pain observé par Cicely Saunders (constituant un aspect du total pain), qui influence de façon décisive la prise en charge de la douleur, ou les interactions entre le ressenti corporel et le vécu moral-spirituel lors de phénomènes tels que la nau-sée ou le délire.

Prêter attention aux moments critiques et aux aspects spirituels lors des étapes du mourir

Pour être en mesure d'accompagner également sur le plan spirituel les personnes dans leur parcours personnel vers la mort, il est en particulier nécessaire de disposer de connaissances empiriques des étapes du mourir et des phénomènes spécifiques. Selon une étude de Scott A Murray, pour les malades en phase terminale, concernant le soutien psychosocial et spirituel de patient(e)s et de leurs proches, on distingue en particulier quatre moments critiques : l'annonce du diagnostic ; le transfert entre l'hôpital et la maison ; l'annonce que les possibilités de traitement curatif sont épuisées ; la phase terminale. Lorsque ces différentes phases se succèdent rapidement, voire se chevauchent mutuellement ou que les personnes concernées et leurs proches se situent à des stades différents de prise de conscience et de trajectoires (les proches n'acceptent pas de voir partir les patient(e)s, souhaitent les forcer à se battre, etc.), la souffrance spirituelle, psychologique et la plupart du temps également sociale est particulièrement lourde. Souvent, la souffrance se manifeste alors également par des symptômes physiques, la plupart du temps difficiles à traiter.

Reconnaître les expériences spirituelles et la communication symbolique en fin de vie

L'expérience clinique et la recherche empirique montrent qu'à l'approche de la mort les personnes plongent souvent dans un univers intérieur et communiquent de façon symbolique⁷. La plupart de ces expériences présentent un caractère réconfortant et constituent une ressource pour les personnes concernées. Les thèmes vécus correspondent à ceux qui peuvent parfois être exprimés de façon symbolique : pressentiments, mise en ordre, préparation à un « voyage », mise en relation avec les morts et préparation de l'adieu. Pour les proches et les accompagnants professionnels, ces messages sont

5 Le diagnostic « problème religieux ou spirituel » a déjà été introduit en 1994 dans le DSM 4 (V 62.89).

6 La spiritualité en soins palliatifs, Guide des soins palliatifs du médecin vaudois, 5/2008, 5.

7 Dans le cadre d'une enquête menée auprès de patient(e)s à l'hôpital, 88,1% d'entre eux ont déclaré avoir fait l'expérience de visions à l'état de veille et durant leur sommeil, v. Kerr 2014.

parfois difficiles à comprendre et peuvent provoquer des irritations. Même lorsqu'il est difficile de distinguer ceux-ci d'épisodes d'état délirant, il convient de considérer que ces expériences sont tout à fait significatives pour les personnes concernées et qu'il est nécessaire de prendre en compte leur valeur. Afin de prodiguer une prise en soin respectueuse et empathique, on peut par exemple confirmer les propos et les perceptions communiqués par la personne ou lui poser prudemment des questions. L'expérience montre que lorsque le/la patient(e) ne le souhaite pas expressément, l'interprétation par des tiers est ressentie comme dérangeante.

3. PRENDRE EN CONSIDÉRATION, EXPLORER ET DOCUMENTER LES ASPECTS SPIRITUELS

Deux approches différentes et complémentaires s'offrent aux spécialistes responsables pour prendre en compte de manière active les convictions et les souhaits r/s dans le cadre des soins palliatifs : l'approche basée sur une observation attentive et fine et l'approche basée sur des questions et réponses directes⁸. Ces deux méthodes requièrent une attitude fondamentale d'ouverture d'esprit et de respect, une pratique consciente et une implémentation au sein de l'institution/organisation concernée à laquelle il appartient également de clarifier les responsabilités spécifiques. Dans le but d'une collaboration interprofessionnelle, il est essentiel de se mettre d'accord au sein de l'équipe pluridisciplinaire sur les formes appropriées de prise en considération/questionnement des besoins r/s et sur les tâches et procédures en découlant.

3.1 PRISE EN CONSIDÉRATION

Le fondement de toute forme de spiritual care est la capacité de porter son attention sur les aspects spirituels lors de toute rencontre et communication avec les patient(e)s et leurs proches. Cela englobe également la capacité de poser un regard systémique sur le tissu relationnel et l'appartenance ou non à une communauté. Les ressources et les souffrances spirituelles s'expriment fréquemment dans le discours de façon indirecte et fortuite⁹. Par exemple, des propos tels que « Cela n'a plus de sens ! » ou « J'ai l'impression que l'on m'a abandonné » peuvent être interprétés comme l'expression d'une détresse spirituelle, tandis que la présence d'un chapelet ou d'un mandala sur la table de chevet peut indiquer l'existence de ressources r/s. La capacité à appréhender la complexité de la communication verbale et non verbale et de ses dimensions spirituelles constitue également une condition préalable pour comprendre les formes symboliques de communication (en particulier à l'approche de la mort). Afin de développer les compétences en matière de prise en considération des aspects spirituels sont requis non

seulement une formation ciblée, mais également des outils spécifiques pour la prise en considération et le retour à la mémoire, qui doivent être mises en place au quotidien dans la pratique clinique.

3.2 EXPLORATION

Toute approche sensible de sondage des besoins et des ressources requiert des formes de communication qui favorisent la confiance et un cadre sécurisant. De façon générale, la meilleure méthode dans ce domaine consiste à mettre en place un processus graduel contribuant à offrir avec discrétion aux patient(e)s la possibilité de se confier. Le déploiement d'un tel processus peut se faire soit au moyen de questions de dépistage standardisées¹⁰, soit – de manière encore plus accessible – au moyen de questions ouvertes qui se rapportent à des situations de la vie quotidienne de la pratique clinique (« Comment vous sentez-vous aujourd'hui ? » ou « Où en êtes-vous aujourd'hui ? »), à la planification des soins (« Qu'ai-je besoin de savoir aujourd'hui pour que je puisse bien vous soigner et vous accompagner ? »), à des événements critiques comme la réception de mauvais résultats (« Quels sont vos espoirs ? » ou « Quelles sont vos attentes ? ») ou à des ressources spirituelles (« Y a-t-il actuellement

⁸ Aux fins de la discussion sur les différentes formes d'assessment v. McSherry/Ross 2002 et 2010, Monod et al. 2010, Pilgram-Frühauf/Schmid 2018.

⁹ Comme le souligne Borasio 2014, 76 : « Souvent, ce sont des allusions discrètes, des demi-phrases ou les récits de rêve qui renseignent le mieux sur la détresse ou les besoins spirituels du patient. Ces signaux ne sont pas forcément toujours adressés à la même personne de l'équipe soignante. Ces indices plus ou moins masqués sont comme les pièces disjointes d'un puzzle : c'est seulement une fois réunies et considérées dans leur ensemble que le sens surgit et le message devient limpide. Tous les membres de l'équipe palliative doivent y être attentifs. »

¹⁰ Dans les contextes palliatifs, le thermomètre de la détresse est déjà largement répandu ; ceux-ci permettent de demander aux patient(e)s d'évaluer la souffrance ressentie. Les instruments auxquels on recourt actuellement pour évaluer la « spiritualité » se concentrent principalement sur des facteurs religieux spécifiques (perte de la foi, communauté religieuse). Etant donné qu'il existe de nombreuses autres formes de souffrance spirituelle, comme, par exemple, les crises de sens, il serait nécessaire de revoir la conception de ces instruments.

des choses qui donnent sens ou une signification particulière à votre vie/à votre situation actuelle ? »¹¹ – « Vous décririez-vous au sens plus large du terme comme une personne croyante ? », (Borasio 2014, 73). Si les réponses restent vagues, il peut être utile de poser explicitement la question de sens : « Qu'est-ce qui vous donne de la force ? » ; « Y a-t-il quelque chose qui donne sens à votre vie ? ». Si ces questions permettent d'ouvrir un dialogue approfondi, il peut être utile pour celui-ci de se laisser guider par des outils éprouvés (HOPE, SPIR, etc., v. en annexe). À la fin de l'exploration, il est essentiel d'attirer l'attention des patient(e)s sur les offres d'aumônerie et les autres formes de soutien spirituel disponibles.

Il est également possible de procéder à l'exploration des besoins spirituels en l'incluant à une anamnèse des valeurs, telle que celle qui est notamment effectuée dans le cadre d'un advanced care planning. Celle-ci est basée sur des questions telles que : « Veuillez me dire quelles sont les valeurs qui comptent pour vous dans votre vie et qu'est-ce qui serait particulièrement important pour vous à l'approche de la mort » (SAMW 2013, 66).

Pour pouvoir sonder quelles sont les souffrances spirituelles au moyen de questions discrètes, il est nécessaire d'être capable de distinguer entre les différentes formes de souffrance, de les aborder et de les comprendre de la façon la plus large possible en relation avec chacune des interprétations r/s personnelles. Une fois la multiplicité des traditions r/s comprises, ce qui apparaît comme une souffrance d'un point de vue psychologique ou médical peut être interprété comme une composante d'un processus de maturation spirituelle.

Quant aux formes structurées plus approfondies d'assessment spirituel, il est important de considérer les aspects suivants : « Le terme d'« assessment » vient de « s'asseoir aux côtés de quelqu'un » et non pas « se tenir au-dessus de quelqu'un » ! Cela décrit une chose que l'on réalise avec quelqu'un et non pas quelque chose que l'on fait à quelqu'un » (NIHME 2008). Il convient de juger au cas par cas dans quelle mesure les outils d'assessment formalisés sont adaptés au contexte spécifique. Sur la base de l'expérience acquise jusqu'à présent dans des contextes

culturels différents, il convient de tenir compte des aspects suivants pour les assessments formalisés et informels :

1. Le fait d'aborder la R/S dans le contexte clinique est une intervention ouvrant des portes qui peuvent néanmoins tout aussi bien se refermer. La conception d'une telle intervention et du processus qui en découle doivent au préalable être clarifiés (p. ex., offres d'accompagnement supplémentaire pour assurer un continuum des soins).
2. Les outils de prise en considération et la procédure d'assessment requièrent un développement et une mise en œuvre adaptés au contexte. Pour estimer dans quelle mesure les instruments élaborés aux Etats-Unis sont adaptés au contexte local, il sera nécessaire de mener une évaluation comparable à celle réalisée par McSherry et Ross (2010) pour le système de santé britannique.
3. La capacité à mener un assessment spirituel en faisant preuve d'empathie à l'égard des patient(e)s ne doit pas être considérée comme un simple prérequis, mais nécessite au contraire une formation soignée.
4. « Comme la R/S est ancrée dans la culture, il convient d'interroger chaque concept de santé et de maladie à l'aune des sensibilités culturelles et religieuses. D'où il découle la nécessité de disposer de la capacité (...) à changer de perspective » (DGPPN 2017). Comme il n'est pratiquement pas possible d'éviter complètement les quiproquos culturels et linguistiques dans un contexte de communication interculturelle, il est nécessaire de saisir les limites de la compréhension et d'adopter une approche respectueuse à l'égard de ce que l'on ne comprend pas.

3.3 DOCUMENTER

Tout spiritual care interprofessionnel requiert une communication intensive, incluant également en particulier la documentation médicale.

Exigence concernant la documentation sur la R/S :

- Elle fait partie du système de documentation accessible à l'ensemble des membres de l'équipe de prise en charge ;
- Tous les groupes professionnels sont tenus de consigner leurs observations et accords conclus concernant le R/S, dans la mesure où ils concernent la prise en charge ;
- Les conditions-cadres professionnelles particulières et spécifiques au contexte concernant la possibilité et les limites de la communication de l'accompagnement spirituel doivent être respectées (mot-clé : secret de l'aumônerie) ;
- Les principales composantes de la documentation sont :
 - a) Qui est impliqué-e (ou devrait être impliqué-e) ?
 - b) Quelles observations sont importantes pour les échanges interprofessionnels et à inclure dans la planification future ?
 - c) Quels accords importants ont été conclus concernant la planification ou les situations de crise ?

4. RESPONSABILITÉS COMMUNES ET RÔLES SPÉCIFIQUES DES DIFFÉRENTES PROFESSIONS

4.1 COMPÉTENCES DE BASE PROFESSIONNELLES

Pour pouvoir prendre en compte la dimension spirituelle selon les modalités décrites dans le cadre des soins palliatifs, il importe de disposer des compétences de base suivantes :

- Compétences cognitives : Connaissances des communautés/traditions r/s, des pratiques/rituels et des concepts de santé et de maladie. Connaissances des spécificités du travail avec des personnes r/s et de l'influence des facteurs r/s sur la santé et la maladie rendant aptes à reconnaître la R/S en tant que ressource et/ou facteur de souffrance pour les patient(e)s et à faire le lien avec la stratégie de prise en charge ; connaissances des ressources au sein de l'institution et/ou à proximité.
- Compétences en communication : Identification de la fascination, de l'irritation, de l'étonnement, du rejet chez l'interlocuteur ; communication de bien-être, de respect, d'ouverture, de tolérance.
- Introspection et réflexivité : Perception de soi en tant que personne empreinte de R/S ou d'une vision du monde ; réflexion sur sa propre socialisation et formation à l'égard de la R/S ; compétences à reconnaître, à accepter ses propres limites (r/s) et à demander de l'aide .

Les compétences requises et qu'il convient d'exiger pour un professionnel en soins palliatifs englobent également la capacité à discerner les limites des modèles d'action axés sur des solutions. Pour le questionnement au niveau de la spiritualité, les spécialistes impliqués ont rarement des « solutions » à offrir, ce qui va à l'encontre du reste de la logique clinique. L'art d'écouter avec objectivité et attention compte par conséquent parmi les « compétences » les plus importantes du spiritual care.

4.2 FORMES DIFFÉRENTES DE SPIRITUAL CARE ET RÔLES SPÉCIFIQUES DES DIFFÉRENTES PROFESSIONS

La dimension spirituelle des soins de santé concerne tous ceux et toutes celles prenant part aux soins palliatifs. Tous participent à la tâche commune de tenir compte, chacun d'une manière particulière, de l'ensemble des facteurs qui impactent les propositions thérapeutiques et les décisions. Ils cherchent, tous ensemble, à préserver les droits fondamentaux du patient dans le contexte clinique. Pour chaque profession est en plus à préciser et à identifier des formes spécifiques dont le spiritual care fait partie de leur spécialité disciplinaire propre, soit comme aspect partiel soit comme compétence centrale. En parallèle aux rôles spécifiques des professions on distingue deux domaines de spiritual care interprofessionnel se complétant réciproquement :

- D'une part, il y a toutes les formes de spiritual care considérées comme des composantes des tâches des professionnels de la santé (p. ex., l'introduction de la dimension spirituelle dans les actes de soins, l'établissement du diagnostic, les discussions sur la thérapie ou discussions de table ronde).
- De l'autre, il y a les formes spécialisées de spiritual care, telles que celles de l'aumônerie, au moyen d'actes nécessitant une formation particulière et une mission spécifique. Cela englobe le soutien souvent laborieux prodigué à des patient(e)s ayant des souffrances et des besoins r/s complexes, l'accompagnement lors de crises graves, ainsi que les pratiques et rituels spécifiques aux religions.

Pour l'aumônerie d'hôpital s'ajoute la fonction d'assurer la communication et la collaboration au sein de l'équipe pluridisciplinaire et de mettre en réseau les offres s'y rattachant au sein et à l'extérieur de l'institution.

4.3 COLLABORATION INTER-PROFESSIONNELLE

Selon les Directives nationales en matière de soins palliatifs précédemment citées, il convient d'un côté de « discuter régulièrement au sein de l'équipe interprofessionnelle (...) des interventions et de l'accès à des offres adaptées dans le domaine de l'accompagnement spirituel. » Et d'un autre côté, « la continuité de l'accompagnement (...) doit être assurée. » De façon plus spécifique :

- Afin de pouvoir être effectivement prise en considération dans les soins palliatifs, la question de la dimension spirituelle doit être régulièrement soulevée dans les rapports interdisciplinaires et les discussions de cas. Cela concerne en particulier la gestion des symptômes (total pain/ spiritual pain ; les aspects spirituels des états d'angoisse et d'épuisement, etc., v. section 2). Etant donné que de longue date la prise en considération et la discussion des aspects r/s ne font pas partie de la formation initiale des professions de la santé, il est nécessaire d'inclure également en parallèle aux offres de formation continue un accord préalable à propos des rôles spécifiques aux différentes professions, des accords sur les définitions des termes employés pour aborder les aspects spirituels les processus institutionnels. En considération de sa fonction de modérateur, l'aumônerie sera amenée à jouer un rôle clé dans cette mise en œuvre.
- La planification d'offres d'accompagnement visant une continuité requiert d'un côté une clarification des différentes responsabilités et des disponibilités et, de l'autre, l'application d'un principe de transparence concernant les convictions personnelles. Il importe en particulier de clarifier quelle seront les personnes en charge des affectations et celles en charge de proposer des offres.
- Clarification concernant le traitement du secret professionnel (interne et externe).

5. ASPECTS ÉTHIQUES

Les spécialistes exerçant dans le domaine des soins palliatifs sont tenus « en vertu de leur code de déontologie d'agir dans les limites du spectre de méthodes que prévoit leur profession » (DGPPN 2017). Conformément aux codes déontologiques applicables, il importe de souligner en particulier les aspects suivants :

Accent mis sur la personne et respect de la pluralité des cultures et des représentations du monde

L'accompagnement r/s doit tenir compte de la vulnérabilité particulière des patient(e)s et de leurs proches. Cela implique en particulier d'aborder avec prévenance la diversité culturelle, spirituelle, religieuse et des représentations du monde. Citons comme exemples, notamment :

- l'établissement d'une relation qui respecte la particularité et l'intégrité de chaque personne :
 - en s'abstenant de toute forme d'endoctrinement par telle ou telle représentation du monde ou croyance ;
 - en montrant du respect à l'égard des croyances et des pratiques r/s étrangères/différentes ;
 - en étant sensible aux spécificités culturelles des différentes formes de traitement r/s et aux limites à ne pas dépasser concernant la sexualité et la corporéité ;
- en tenant compte de la vulnérabilité découlant de la migration et du fait d'avoir changé, dans un contexte sous-culturel, de communauté religieuse ou de l'avoir laissée derrière soi ;
- en respectant les éventuelles réticences (notamment religieuses) des patient(e)s à l'égard de l'accompagnement psychosocial et spirituel proposé ;
- en tenant compte des réticences spécifiques à la religion en ce qui concerne les actes rituels ;
- « L'acceptation, par les patient(e)s, des convictions r/s trouve ses limites lorsqu'émerge un danger pour soi-même ou des tiers » (DGPPN 2017).

- Il convient au besoin de faire preuve de transparence en fonction de la situation, à l'égard de ses propres valeurs guidant ses actions et de ses propres convictions religieuses (auprès des patient(e)s, des collègues et des institutions concernées).
- Il convient de garantir un traitement confidentiel des données personnelles.

6. CONDITIONS-CADRES INSTITUTIONNELLES

Le spiritual care se réaliser de manière interprofessionnelle, si des conditions-cadres ont été établies par l'institution concernée. Y sont associés les instruments suivants :

- Le profil, l'offre, le prestataire de spiritual care ainsi que les missions associées sont précisés par le concept de prise en charge de l'institution et font partie intégrante de la gestion de la qualité.
- Les aspects r/s sont consignés dans un système de documentation de l'institution auquel ont accès toutes les professions participant à la prise en soin.
- L'offre de spiritual care prodigué par l'aumônerie et les professionnels de santé est communiquée aux patient(e)s et à leurs proches sous une forme compréhensible.
- Des locaux et des infrastructures adaptés sont mis à disposition pour les actes spirituels et religieux.
- La dimension spirituelle est incluse dans les forums de collaboration interprofessionnelle et dans les discussions de cas.
- Les canaux d'échanges interprofessionnels (p. ex., interventions et discussions de cas) de même que la formation continue et la supervision en matière de spiritual care sont encouragés et soutenus.

7. FORMATION INITIALE, FORMATION CONTINUE ET FORMATION PERMANENTE

En s'appuyant sur les compétences requises mentionnées à la section 4, la formation initiale, la formation continue et la formation permanente doivent couvrir de façon équilibrée non seulement les besoins, les conditions préalables et les profils de rôle spécifiques de la profession, mais également les missions interprofessionnelles. Le développement et l'acquisition de compétences pratiques en spiritual care interprofessionnel requiert des offres coordonnées et interprofessionnelles en adéquation avec les besoins des groupes professionnels spécifiques ainsi que la participation de spécialistes expérimentés. Des processus d'apprentissage axés sur les rôles doivent être proposés en parallèle d'un accompagnement de supervision. En outre, les offres de formation initiale correspondantes doivent prévoir des intervisions et des échanges au sein de groupes de pair.

Prérequis pour les formateurs-trices :

- expérience professionnelle dans le domaine du spiritual care et des soins palliatifs ;
- compétences en formation d'adultes ;
- attitude réfléchie et respectueuse à l'égard des R/S et de leur diversité d'expression ;
- le cas échéant, activités de recherche spécifiques dans le domaine du spiritual care dans un contexte de soins palliatifs.

Le programme « Health professionals for a new century » (Frenk et al. 2010), élaboré par une commission internationale (Lancet), peut constituer l'une des bases de développement d'offres de formation initiale, de formation continue et de formation permanente en matière de spiritual care interprofessionnel. Au vu de l'évolution actuelle du secteur de la santé, on distingue trois dimensions de formation : informative, formative et transformative, qui chacune requiert des formes d'apprentissage et d'enseignement différentes :

Dimension informative

Le premier niveau concerne la transmission de connaissances et de capacités pour former des expert(e)s dans leur domaine. Les offres de formation doivent transmettre de façon la plus équilibrée possible l'état de la recherche et des débats en matière de spiritual care dans un contexte de soins palliatifs.

Dimension formative

Le deuxième niveau englobe en particulier la formation personnelle d'une identité professionnelle et l'acquisition d'une éthique spécifique à la profession. Pour ce faire, il faut souligner l'importance de mettre en place des processus d'apprentissage conçus dans un cadre interprofessionnel abordant aussi bien les rôles spécifiques à la profession que les capacités d'information et de valorisation actuelles (Frenk et al. 2010:1944). Ces processus doivent également inclure une formation à une forme de self-care (spirituel).

Dimension transformative

Le troisième niveau tel que défini par la commission Lancet concerne la formation d'une attitude auto-critique analytique à l'égard des acquis, afin d'être en mesure de s'adapter à l'évolution des besoins et de poursuivre le développement de formes de pratiques adaptées de façon créative. Dans le cadre de la formation initiale en spiritual care, cela implique en particulier le développement d'une capacité d'autoréflexion critique à l'égard de sa propre attitude vis-à-vis des représentations du monde et des croyances. La prise de contact avec des patient(e)s ou dans le cadre d'échanges interprofessionnels sur des questions relatives aux convictions, aux souhaits et aux souffrances spirituelles personnelles requiert, en parallèle à une réflexion sur son propre rapport avec la maladie, la mort et le deuil, une attitude critique de son propre positionnement dans le champ pluriel et marqué par des tensions de la religiosité, de la spiritualité et de la laïcité.

ANNEXE

I. OUTILS D'AIDE

HOPE

H – Hoffnung (espoir)

Entamez une conversation sur les dimensions r/s de la vie, par exemple en posant des questions de ce type : « Nous venons d'évoquer le soutien dont vous disposez dans votre environnement social. Il m'intéresse également de savoir d'où vous tirez vos forces et votre énergie. D'où puisez-vous votre espoir, votre énergie, votre réconfort et votre paix intérieure ? Sur quoi prenez-vous appui dans les moments difficiles et qu'est-ce qui vous donne la force de continuer à avancer ? Pour beaucoup de gens, la foi, la religiosité constitue une source de force importante. Est-ce également votre cas ? »

En cas de réponse négative, on peut ajouter la question suivante : « Etait-ce cependant le cas auparavant ? Et quelles ont été les expériences de vie qui ont suscité ce changement ? »

O – Organized religion | Religion organisée

« Appartenez-vous à une communauté religieuse ou de croyance ? Cette appartenance compte-t-elle pour vous ? Quels sont les aspects de votre religion que vous ressentez comme utiles ? Quels sont ceux que vous ressentez comme gênants ? Etes-vous activement engagé-e dans votre communauté religieuse ? Cela vous fait-il du bien ? Si oui, de quelle manière ? »

P – Personal spirituality/practices | Pratiques/spiritualité personnelles

« Avez-vous des convictions religieuses-spirituelles indépendantes de votre appartenance religieuse ? Et desquelles s'agit-il ? Croyez-vous en Dieu ? Si oui, quelle relation avez-vous avec Lui ? Entretenez-vous vos convictions religieuses-spirituelles au quotidien sous la forme de pratiques religieuses (comme p. ex. prières, études des Saintes Ecritures, participation à

des rituels et des services religieux, écoute de musiques sacrées, immersion dans la nature) ? »

E – Effects on medical care and end-of-life issues | Effets sur le traitement médical et les enjeux de fin de vie

« Votre maladie vous empêche-t-elle de pratiquer votre foi, votre religion ou votre spiritualité ? Votre relation à Dieu a-t-elle changé du fait de votre maladie ? Y a-t-il quelque chose que je peux faire pour que vous (re)trouviez l'accès à vos forces intérieures ? Etant donné votre religion/spiritualité, y a-t-il des choses qui sont importantes pour vous et auxquelles nous devons prêter attention (p. ex. concernant votre alimentation, le traitement du sang) ? Dans les circonstances actuelles, cela-vous gêne-t-il que certains traitements médicaux entrent en conflit avec vos convictions religieuses ou vos valeurs ou les dérangent ? Serait-ce utile pour vous que j'arrange un entretien avec un aumônier hospitalier ou un représentant de votre communauté de croyants ? »

Comment, en tant que médecin/aumônier/soignant(e) souhaitez-vous que j'aborde ces questions ?

Source : Anandarajah & Hight, 2001, 87 (traduction et adaptation en allemand : Winter-Pfändler 2015)

SPIR

L'acronyme SPIR désigne les quatre étapes de déroulement du recueil des besoins et ressources spirituelles.

Les questions standardisées suivantes doivent être adaptées durant la conversation aux besoins de la discussion avec le/la patient(e). Afin d'éviter tout quiproquo, il convient de déterminer au préalable si le/la patient(e) est familiarisé-e avec les notions de « spirituel » ou « religieux » et de quelle manière il/elle les utilise. Il en va de même pour l'église/la communauté/le groupe, etc. selon la situation du/ de la patient(e) dont il est fait objet dans la discussion concernant les relations correspondantes.

S – Spiritualité et convictions religieuses

« Vous considéreriez-vous au sens le plus large possible comme une personne croyante (religieuse/spirituelle) ? En qui ou quoi placez-vous votre espérance ? D'où puisez-vous vos forces ? Y a-t-il quelque chose qui donne sens à votre vie ? Quelles sont les croyances religieuses qui comptent pour vous ? »

P – Place et influence que ces convictions prennent dans la vie des patient(e)s

« Les croyances que vous venez de mentionner sont-elles importantes pour votre vie et votre situation actuelle ? Quelle influence ont-elles sur la façon dont vous vous traitez vous-même et dont vous prenez soin de votre santé ? Quel impact ont eu vos croyances religieuses et spirituelles sur votre comportement au cours de la maladie ? Dans quelle mesure vos croyances contribuent-elles à l'amélioration de votre bien-être ? »

I – Intégration dans une communauté (groupe) ecclésiale, religieuse ou spirituelle

« Appartenez-vous à une communauté religieuse ou spirituelle (communauté, église, groupe spirituel) ? Vous apporte-t-elle un soutien ? Dans quelle mesure ? Y a-t-il une personne ou un groupe de personnes qui signifie et compte beaucoup pour vous ? »

R – Rôle du spécialiste. Comment le spécialiste doit-il aborder les attentes et les problèmes du/de la patient(e) ?

« Comment, en tant que médecin/aumônier/soignant(e), etc. souhaitez-vous que j'aborde ces questions ? Quel est votre interlocuteur-trice principal-e en matière de croyances religieuses et spirituelles ? Quel rôle ces croyances doivent-elles jouer dans la prise en charge médicale ? Les enjeux religieux et spirituels occupent une place importante dans la santé et la maladie. Avez-vous le sentiment que nous avons parlé de vos croyances religieuses de la façon dont vous le souhaitiez ? Souhaitez-vous ajouter quelque chose ? »

Source : Frick, Weber, Borasio 2002.

II. BIBLIOGRAPHIE

Anandarajah G, Hight E (2001) : Spirituality and medical practice. Using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician* 63(1) : 81–89.

Borasio GD (2014) : Mourir. Ce que l'on sait, ce que l'on peut faire, comment s'y préparer, Lausanne.

Chochinov HM (2017) : Würdezentrierte Therapie. Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens. Trad. de Sandra S. Mai, Göttingen.

Cook CC (2013) : Royal College of Psychiatrists : Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion :

<http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Recommendations%20for%20Psychiatrists%20on%20Spirituality%20and%20Religion%20Revised.x.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2007) : Spirituelle Begleitung in der Palliativversorgung. Konzept des Arbeitskreises Spirituelle Begleitung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin :

<https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/fachkompetenz/070709%20Spirituelle%20Begl%20in%20Pm%20070510.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN ; 2017), Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie. *Spiritual Care* 2017 ; 6(1) : 141–146 :

<https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/spir-care.2017.6.issue-1/spircare-2016-0220/spir-care-2016-0220.pdf>

Frick E, Weber S, Borasio GD (2002) : SPIR – Halbstrukturiertes klinisches Interview zur Erhebung einer « spirituellen Anamnese » :

<http://www.psychosomatik.mri.tum.de/downloads>

Frenk J. et al. (2010) : Health professionals for a new century : transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. doi : 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.

Kellehear A (2000) : Spirituality and palliative care. A model of needs. *Palliative Medicine* 14, 149–155.

Kerr CW, Donnelly JP, Wright ST, Kuszczak SM, Banas A, Grant PC, Luczkiewicz DL (2014) : End-of-Life Dreams and Visions. A Longitudinal Study of Hospice Patients' Experiences. *Journal of Palliative Medicine* 17:3, 296–303.

McSherry W, Ross L (2002) : Dilemmas of spiritual assessment : considerations for nursing practices. *Journal of Advanced Nursing*, 38(5), 479–488.

McSherry W, Ross L (2010) : *Spiritual Assessment in Healthcare Practice*. Londres.

Moreira-Almeida A, Sharma A, Rensburg BJ v., Verhagen PJ, Cook C (2015) : WPA Position statement on spirituality and religion in psychiatry :

http://www.wpanet.org/uploads/Position_Statement/WPA%20opposition%20Spirituality%20statement%20final%20version_rev2%20on%20Spirituality.pdf

Monod SM, Rochat E, Büla CJ, Jobin G, Martin E, Spencer B (2010) : The spiritual distress assessment tool. An Instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons. *BMC Geriatrics* 10, 1–9 :

<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-10-88>

Morgan J, Sandage SJ (2016) : A developmental model of interreligious competence. *Archive for the Psychology of Religion* 38:129–158.

Murray SA, Kendall M, Boyd K, Grant L, Hight G, Sheikh A (2010) : Archetypal trajectories of social, psychological, and spiritual wellbeing and distress in family care givers of patients with lung cancer : secondary analysis of serial qualitative interviews, *BMJ* doi : 10.1136/bmj.c2581.

NIHME (2008) : Guidelines on spirituality for staff in acute care services :

<http://www.merseycare.nhs.uk/media/1861/staffordshire-uni-guidelines.pdf>

Nolan S, Saltmarsh P and Leget C (2011) : Spiritual care in palliative care : Working towards an EAPC Task Force. *European Journal of Palliative Care* 18(2) : 86–89.

Office fédéral de la santé publique/CDS (2010) : Directives nationales concernant les soins palliatifs

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html>

Peng-Keller S (2017) : Ansätze ärztlicher Spiritual Care, in : *Praxis* 106:24, 1339–1343.

Peng-Keller S (2017a) : Sinnereignisse in Todesnähe. Traum- und Wachvisionen Sterbender und Nahtoderfahrungen im Horizont von Spiritual Care. Berlin.

Peng-Keller S (2017b) : Bilder als Vertrauensbrücken. Die Symbolsprache Sterbender verstehen. Berlin.

Peterman AH, Reeve CL, Winford EC, Cotton S, Salsman JM, MxQuellon R, Tsevat J, Campbell C (2014) : Measuring Meaning and Peace With the FACIT-Spiritual Well-Being Scale : Distinction Without a Difference ? *Psychol Assess* 26:1.

Pilgram-Frühauf F, Schmid C (2018) : Spiritual Care im Alter. Eine Einführung für Pflegende und Begleitende. Zürich.

SAMW (2013) : Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis, Bâle

WHOQOL SRPB Group (2006) : A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine* 62 1486 –1497.

Winter-Pfändler U (2015) : Spirituelle Anamnese – Ein Unding ? :

<https://www.bill-sg.ch/spirituelle-anamnese-ein-undung-oder-koennen-fragen-auch-hilfreich-sein/>

III. MEMBRES DE LA TASK FORCE SPIRITUAL CARE

Simon Peng-Keller, Prof. Dr. theol., chaire pour Spiritual Care, université de Zurich (direction)

Aumônerie

Renata Aebi, lic. en théologie, chargée de l'aumônerie dans les soins palliatifs, Saint-Gall

Pascal Mösli, lic. en théologie, responsable de l'accompagnement spirituel spécialisé et soins palliatifs, Eglises réformées Berne-Jura-Soleure

Médecine

Dr. med. Daniel Büche, Directeur du centre de soins palliatifs de l'hôpital cantonal, Saint-Gall

Prof. em. Dr. med. Urs-Martin Lütolf, ancien directeur médical de l'Hôpital universitaire de Zurich et président du conseil d'administration de Zürcher Lighthouse

Soins

Monica Fliedner, dipl., co-directrice du Centre universitaire de soins palliatifs, Inselspital de Berne

Dr. Maya Zumstein-Shaha, privat-docent, FHaute école spécialisée de Berne, Département de santé

Professions psychosociales

Barbara Bucher, dipl., travailleuse sociale, conseillère psycho-oncologique, MAS Palliative Care

Bettina Barz, psychothérapeute auprès de la station palliative, Hôpital d'Affoltern

IV. AUTEURS

Simon Peng-Keller

Pascal Mösli

Renata Aebi

Bettina Barz

Daniel Büche

Barbara Bucher

Monica Fliedner

Urs-Martin Lütolf

Maya Zumstein-Shaha

Impressum

palliative ch
Bubenbergrplatz 11
3011 Berne
info@palliative.ch
www.palliative.ch

Dons

La société professionnelle palliative ch promeut les soins palliatifs en Suisse. palliative ch s'engage en faveur d'un accès équitable des personnes concernées et de leurs proches aux soins palliatifs, en faveur d'une prise en charge complète, en faveur d'une qualité d'offres la meilleure possible et en faveur de la formation et la recherche en soins palliatifs. En tant qu'association à but non lucratif, palliative ch est dépendante des dons pour le financement de ses nombreuses activités.

Nos coordonnées de paiement

Informations complémentaires pour vos dons via e-banking :

- IBAN CH94 0900 0000 8529 3109 4
- IBAN Adresse de la banque – Die Schweizerische Post, PostFinance, Nordring 8, 3030 Berne
- IBAN Adresse du bénéficiaire – palliative ch – Schweiz. Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs, Bubenbergrplatz 11, 3011 Berne
- BIC (SWIFT) POFICHBEXXX

Merci vivement à l'avance pour vos dons.

© palliative ch 2018. Toute utilisation de ce document sans l'approbation explicite de son auteur contrevient à la protection du droit d'auteur et est proscrite.

Traduction de l'allemand – en cas de divergence d'interprétation ou dans les traductions entre les différentes versions linguistiques de ce document, seule la version originale allemande fait foi.