UNIL | Université de Lausanne

Colloque du RESSPIR « Spiritualités en milieux de santé: Quel avenir ? », Louvain-la-Neuve, 12-14 avril 2023

Comparer les modèles de Spiritual Care entre eux à l'aide d'une grille à quatre axes

Pierre-Yves BRANDT

| le savoir vivant |

Plan

- L'intérêt de la modélisation
  - Qu'est-ce qu'un modèle?
  - Modéliser pour catégoriser et comparer
- Le processus de construction de la grille d'analyse et de description: un webinar et un workshop
- Description de la grille: 4 axes
- Etude de cas: analyse et description du Spiritual Care dans un dispositif de soins: Rive-Neuve
- De la description d'un cas à sa modélisation
- Description de différents cas à l'aide d'une grille modélisant le Spiritual Care en quatre axes
- Ce que nous permet de voir la comparaison de modèles

L’intérêt de la modélisation

Qu’est-ce qu’un modèle?

Différents usages du terme:

1. Modèle à imiter, exemple le plus parfait
2. Idéal-type: exemplaire typique, représentatif d’une espèce
3. Copie conforme: p.ex. modèle-réduit
4. Résultat d’une modélisation: réduction de la complexité à quelques caractéristiques qu’on choisit de mettre en évidence

L'intérêt de la modélisation

Modéliser pour catégoriser et pour comparer

Deux raisons de modéliser:

1. En sélectionnant seulement certaines caractéristiques d'un objet d'étude complexe, on le décompose en une liste finie de catégories
   - Mise en place d'un format de description

2. La mise en place d'un format de description permet ensuite la comparaison de divers spécimens d'une même espèce

L’intérêt de la modélisation

Dans notre projet, nous voulons :

comparer divers spécimens
de l’espèce
« Pratiques de Spiritual Care »

Déroulement: un webinar et un workshop

DATE	SUJET
4 décembre 2019	Séance introductive
22 avril 2020	Présentation de deux revues de littérature
18 juin 2020	Retour sur les revues de littératures mise en place du programme pour les séances suivantes **Détermination des 4 axes**
15 septembre 2020	**Axe "Contextes"**
13 octobre 2020	Projet de recherche (en cours) SPIPRA
10 novembre 2020	**Axe "Conceptions anthropologiques"**
16 décembre 2020	**Axe "Interventions"**
13 janvier 2021	**Axe "Interprofessionnalité"**
24 février 2021	Finalisation en vue du workshop
4-5 mai 2021	**Workshop**

Description de la grille: 4 axes (ICAI)

1. L'intervention / ou plus largement la pratique de SC
2. Contexte
3. Conceptions anthropologiques
4. Interprofessionnalité

Axe 1: Intervention / Pratique

1.1. Champs de l'intervention / de la pratique

- formellement: visée clinique, de recherche, de formation
- sur le fond: on vise la santé, la qualité de vie, le développement personnel, le salut

1.2. Rapports entre théorie et pratique

- discours fondant la pratique observée: école de pensée, expérience clinique, etc.

1.3. Enracinement disciplinaire

- des outils
- des modes relationnels dans les soins
- de l'émergence de l'intervention: évaluation, introduction ou modification d'un soin, d'une pratique

1.4. Enracinement éthique

- valeurs défendues: droit à l'autodétermination et au discernement, devoir de diligence, de bienveillance et de non-malfaisance, principe de réciprocité, etc.
- bénéficiaires: qui a ces droits, ces devoirs?

Axe 2: Contexte

2.1. Environnement culturel et religieux

- traditions religieuses présentes dans la société
- Variété des formes d'affiliation (y.c. distancés, séculiers)

2.2. Représentations culturelles du Spiritual Care

- instances qui en ont traditionnellement la responsabilité

2.3. Gestion politique du religieux et de la santé

- rapport entre l'Etat et les institutions religieuses: de fait, de droit
- définition de la laïcité
- cadre légal réglant les pratiques de Spiritual Care
- histoire religieuse de l'institution de santé

2.4. Agenda de l'organisme de financement

- agenda politique du financeur de l'intervention/de la pratique
- éventuelles orientations religieuses de cet organisme

Axe 3: Anthropologie

3.1. Définition de la spiritualité

- par rapport à la religion: incluse dans ou débordant le religieux
- définition essentialiste (recherche du sacré, relation au transcendant), holiste (approche globale, multidimensionnelle), comme quête de sens, comme vision du monde

3.2. Spiritualité et dispositifs de soins

- bénéficiaires du Spiritual Care: à destination de tous (universalité de la spiritualité) ou d'un public limité
- Prestataires de SC: institutions religieuses ou sanitaires

3.3. Définition de la santé

- Conceptions des soins de santé: vision bio-médicale, biopsychosociale, biopsychosociale et spirituelle, psycho-culturelle (transculturelle, ethnopsy)
- Conceptions pastorales, sociales, écologiques/holistes

3.4. Vision fondamentale de l'être humain

- Fondements philosophiques (p.ex. philosophie de la nature, optimisme ou pessimisme anthropologique, humanisme, vision théologique, etc.)

Axe 4: Interprofessionnalité

4.1. Reconnaissance du SC dans l'institution de soins

- se situe au niveau individuel (le mode d'intégration dans la pratique est propre à chaque professionnel) ou institutionnel

4.2. Rapports collaboratifs généraux

- SC est organisé de manière disciplinaire, pluridisciplinaire, interdisciplinaire, transdisciplinaire
- Répartition des rôles de SC: entre les membres de l'équipe soignantes, avec des intervenants externes (famille, bénévoles, spécialistes du religieux ou de la spiritualité, etc.)

4.3. Prises de décisions autour du patient

- qui construit le plan de soins? Qui y définit la place accordée au SC?
- hiérarchie des rôles
- régulation d'éventuels conflits entre différents modes d'intégration du SC; régulation des conflits éthiques

4.4. Compétences

- Savoirs, savoir-être, savoir-faire propres au SC requis en fonction des divers types d'interventions

Qu'avons-nous au terme du webinar ?

- Une liste finie de caractéristiques pour décrire les pratiques de SC
- Ces caractéristiques sont organisées en 4 axes

- Donc:
  - Le premier objectif de la modélisation était la réduction de la complexité
  - Cet objectif est atteint
  - Il est atteint de manière consensuelle par un groupe d'experts

Ce que nous n'avons pas encore au terme du webinar ?

- La cohérence de la grille comme outil de description n'a pas encore été vérifiée

- La grille, en tant qu'outil de description, ne permet pas encore la comparaison des pratiques de SC
  - Parce que le codage de chaque caractéristique est laissé à la libre appréciation de chacun
  - Pour atteindre cet objectif, les caractéristiques peuvent être traitées comme des variables nominales (ou ordinales pour certaines)

- Pour cela, il faut appliquer la grille à des cas

Etude de cas: Analyse et description du SC à Rive-Neuve (institution de soins palliatifs)

1. L'intervention / la pratique
2. Contexte
3. Conceptions anthropologiques
4. Interprofessionnalité

Rive-Neuve

- Localisation : Blonay, canton de Vaud, Suisse
- Institution de 20 lits dédiée aux soins palliatifs

L'étude de cas confronte à des incohérences de la grille

- Au moment de décrire le point 3.2 «Spiritualité et dispositif de soins» de l'axe 3 «Anthropologie», il n'est pas clair que 3.2 décrit une conception anthropologique sous-jacente à la pratique

Rappel:

3.2. Spiritualité et dispositifs de soins

- bénéficiaires du Spiritual Care: à destination de tous (universalité de la spiritualité) ou d'un public limité
- Prestataires de SC: institutions religieuses ou sanitaires

L'étude de cas confronte à des incohérences de la grille

- Au moment de décrire le point 3.2 «Spiritualité et dispositif de soins» de l'axe 3 «Anthropologie», il n'est pas clair que 3.2 décrit une conception anthropologique sous-jacente à la pratique

Rappel:

3.2. Spiritualité et dispositifs de soins

- bénéficiaires du Spiritual Care: à destination de tous (universalité de la spiritualité) ou d'un public limité
- Prestataires de SC: institutions religieuses ou sanitaires

A Rive-Neuve:

- bénéficiaires du Spiritual Care: à destination de tous (universalité de la spiritualité)
- Prestataires de SC: les Eglises protestante et catholique (au travers des aumôniers présents dans l'institution) et l'institution sanitaire (au travers de tout le personnel employé par Rive-Neuve)

L'étude de cas confronte à des incohérences de la grille

- En décrivant ainsi le dispositif de soins, on est plus en train de décrire l'organisation de la pratique que l'anthropologie qui la fonde.

- Proposition de modifications de la grille:
  - Déplacer la rubrique « dispositifs de soins » dans l'axe 1.

L'étude de cas confronte à des incohérences de la grille

- A l'inverse, la rubrique 1.2 «Rapports entre théorie et pratique » de l'axe 1 « Intervention / Pratique » ne se contente pas de décrire la pratique mais s'intéresse aux discours qui la fondent.

Rappel:

1.2. Rapports entre théorie et pratique

- discours fondant la pratique observée: école de pensée, expérience clinique, etc.

- Proposition de modification de la grille:
  - ➢ Déplacer la rubrique « dispositifs de soins » dans l'axe 1 « Intervention / Pratique ».

L'étude de cas est présentée avec la grille remaniée

- Dans l'axe 1 « Intervention / Pratique » la rubrique 1.2* s'intitule « Dispositifs de soins » et décrit:
  - bénéficiaires du Spiritual Care: à destination de tous (universalité de la spiritualité) ou d'un public limité
  - Prestataires de SC: institutions religieuses ou sanitaires

- Dans l'axe 3 « Anthropologie », la rubrique 3.2* s'intitule « Spiritualité: Rapports entre théorie et pratique » et décrit:
  - discours fondant la pratique observée: école de pensée, expérience clinique, etc.

- L'axe 3 décrit les conceptions anthropologiques des acteurs des pratiques décrites dans l'axe 1.

Rive-Neuve : Axe 1: Intervention / Pratique

1.1. Champs de l'intervention / de la pratique

- formellement: visée clinique
- sur le fond: on vise la santé (?), la qualité de vie, le développement personnel (éventuellement le salut)

1.2*. Dispositif de soins

- bénéficiaires du Spiritual Care: à destination de tous (universalité de la spiritualité)
- Prestataires de SC: les Eglises protestante et catholique (au travers des aumôniers présents dans l'institution) et l'institution sanitaire (au travers de tout le personnel employé par Rive-Neuve)

Rive-Neuve : Axe 1: Intervention / Pratique

1.3. Enracinement disciplinaire

- multidisciplinaire: fédère des acteurs de diverses disciplines qui empruntent chacun des outils propres à sa discipline
- modes relationnels dans les soins: forte subsidiarité

1.4. Enracinement éthique

- valeurs défendues: droit à l'autodétermination, devoir de bienveillance et de non-malfaisance
- bénéficiaires: le patient a ce droit, le soignant à ce devoir

Rive-Neuve : Axe 2: Contexte

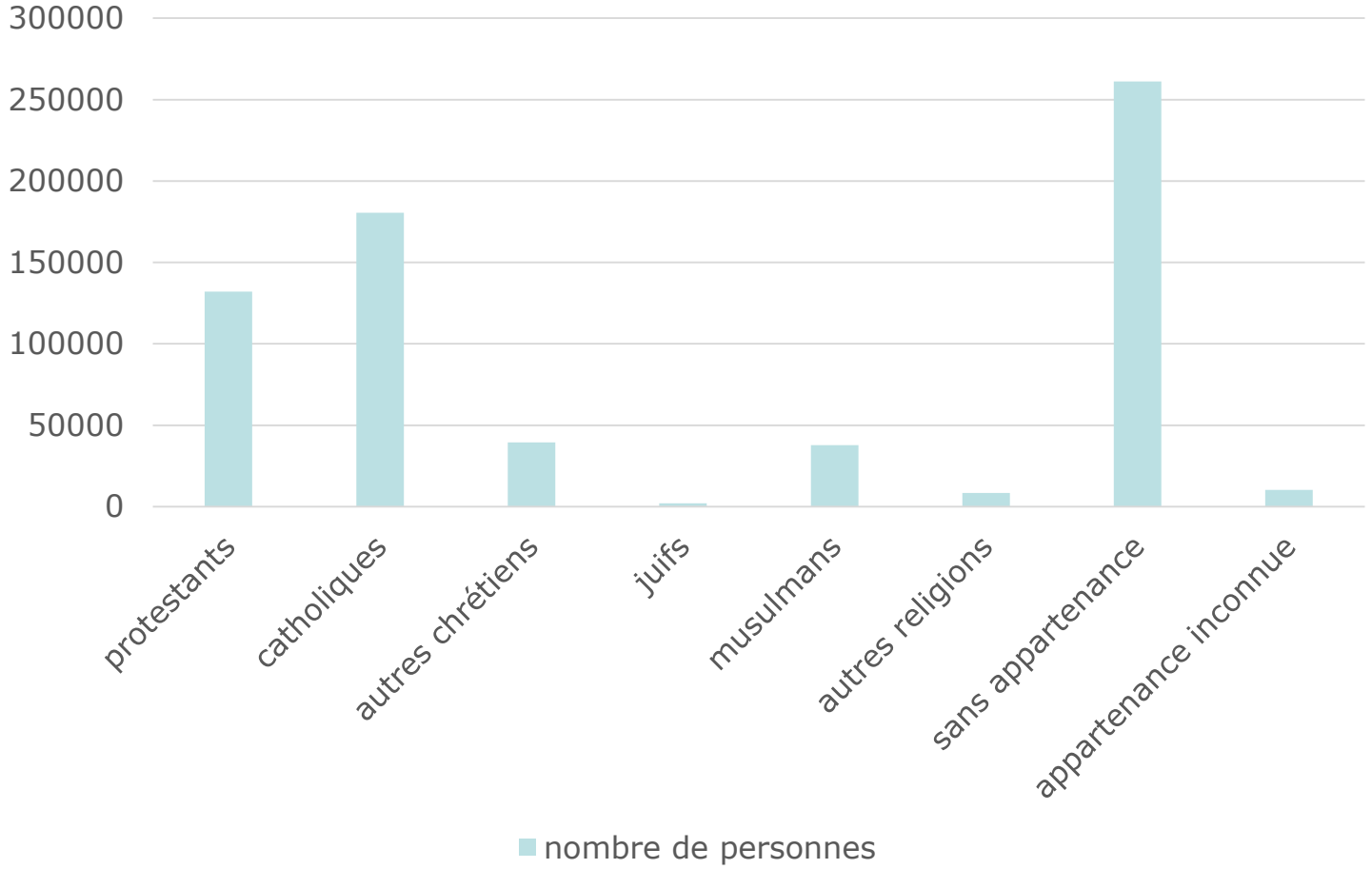
2.1. Environnement culturel et religieux

- traditions religieuses présentes dans la société:
- Variété des formes d'affiliation (y.c. distancés, séculiers)

2.2. Représentations culturelles du Spiritual Care

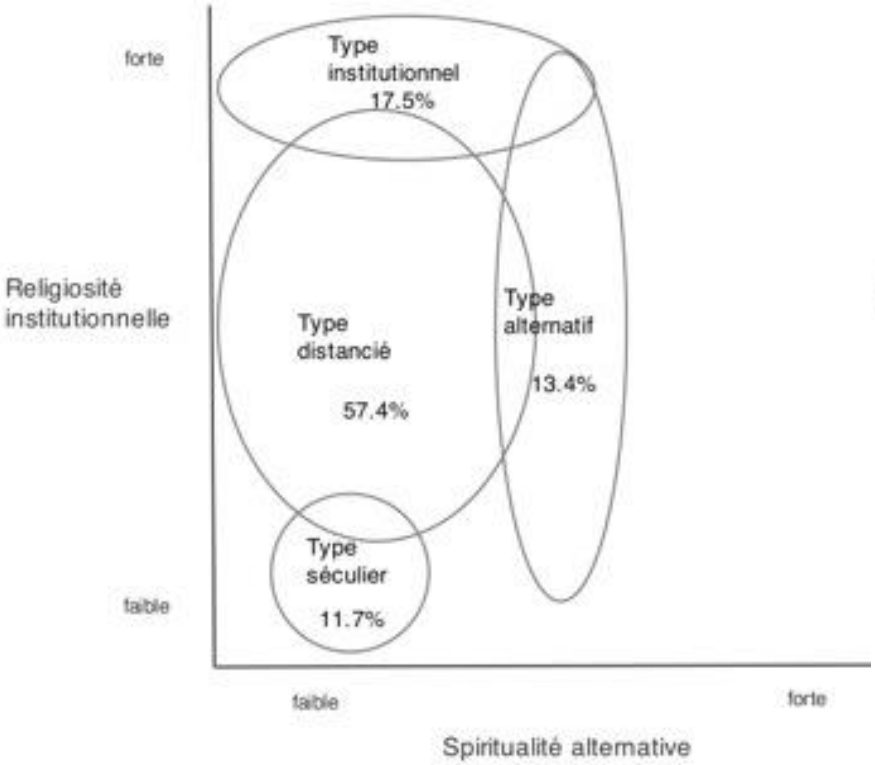
- Les instances qui ont traditionnellement la responsabilité des aumôneries d'hôpitaux dans le canton de Vaud, sont l'Eglise protestante et l'Eglise catholique. Pour cela :
  - elles sont financées par l'Etat
  - elles ont l'obligation légale d'organiser cette aumônerie de manière œcuménique comme une mission commune
  - au service de tous les patients, de leurs proches et aussi au service des soignants

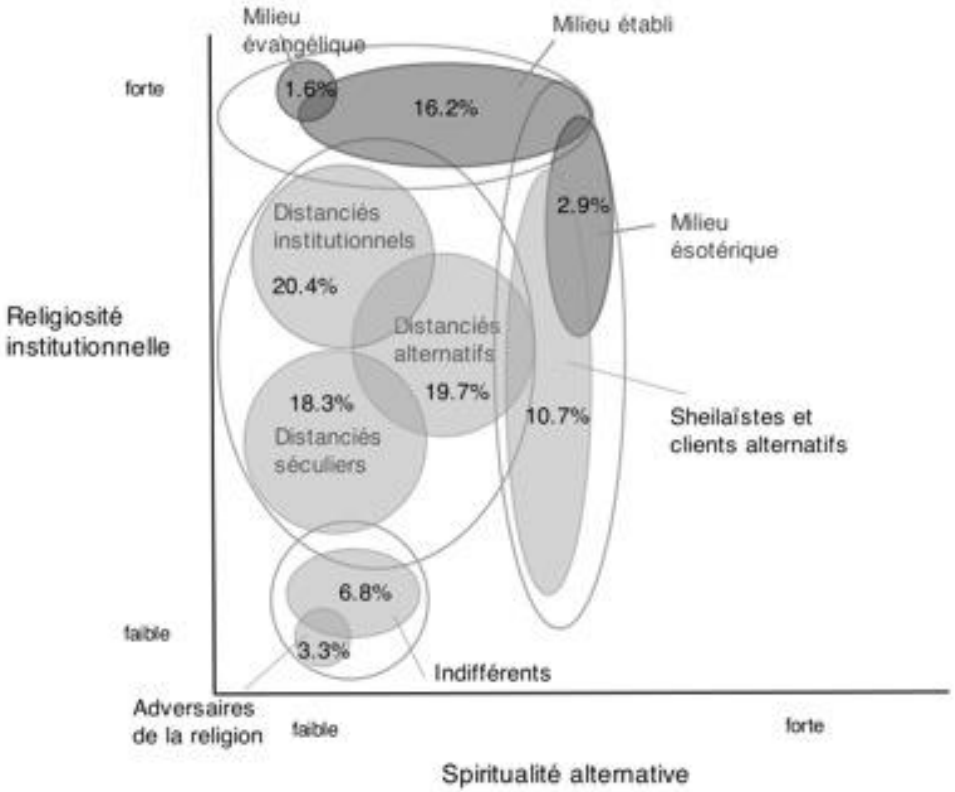
Appartenance religieuse dans le canton de Vaud en 2021 (n=671’590)



Office fédéral de la statistique. Lien consulté le 30 mars 2023: https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/langues-religions/religions.assetdetail.23985062.html

Aujourd'hui: quatre types de religiosité en Suisse
(Stolz et al., 2015)





Quatre types

Neuf sous-types

Rive-Neuve : Axe 2: Contexte

2.3. Gestion politique du religieux et de la santé

- rapport entre l'Etat et les institutions religieuses: de droit: L'Eglise protestante (EERV) et l'Eglise catholique-romaine (FEDEC) ont un statut officiel d'utilité publique dans le canton de Vaud
- définition de la laïcité
- cadre légal réglant les pratiques de Spiritual Care: missions communes confiées à l'EERV et à la FEDEC
- histoire religieuse de l'institution de santé: plutôt une histoire d'ouverture spirituelle au sens large

2.4. Agenda de l'organisme de financement

- agenda politique du financeur de l'intervention/de la pratique: La Fondation milite pour l'intégration de la spiritualité dans les soins
- éventuelles orientations religieuses de cet organisme

Rive-Neuve : Axe 3: Anthropologie

3.1. Définition de la spiritualité

- par rapport à la religion: incluse dans ou débordant le religieux
- définition essentialiste (recherche du sacré, relation au transcendant), holiste (approche globale, multidimensionnelle), comme quête de sens, comme vision du monde

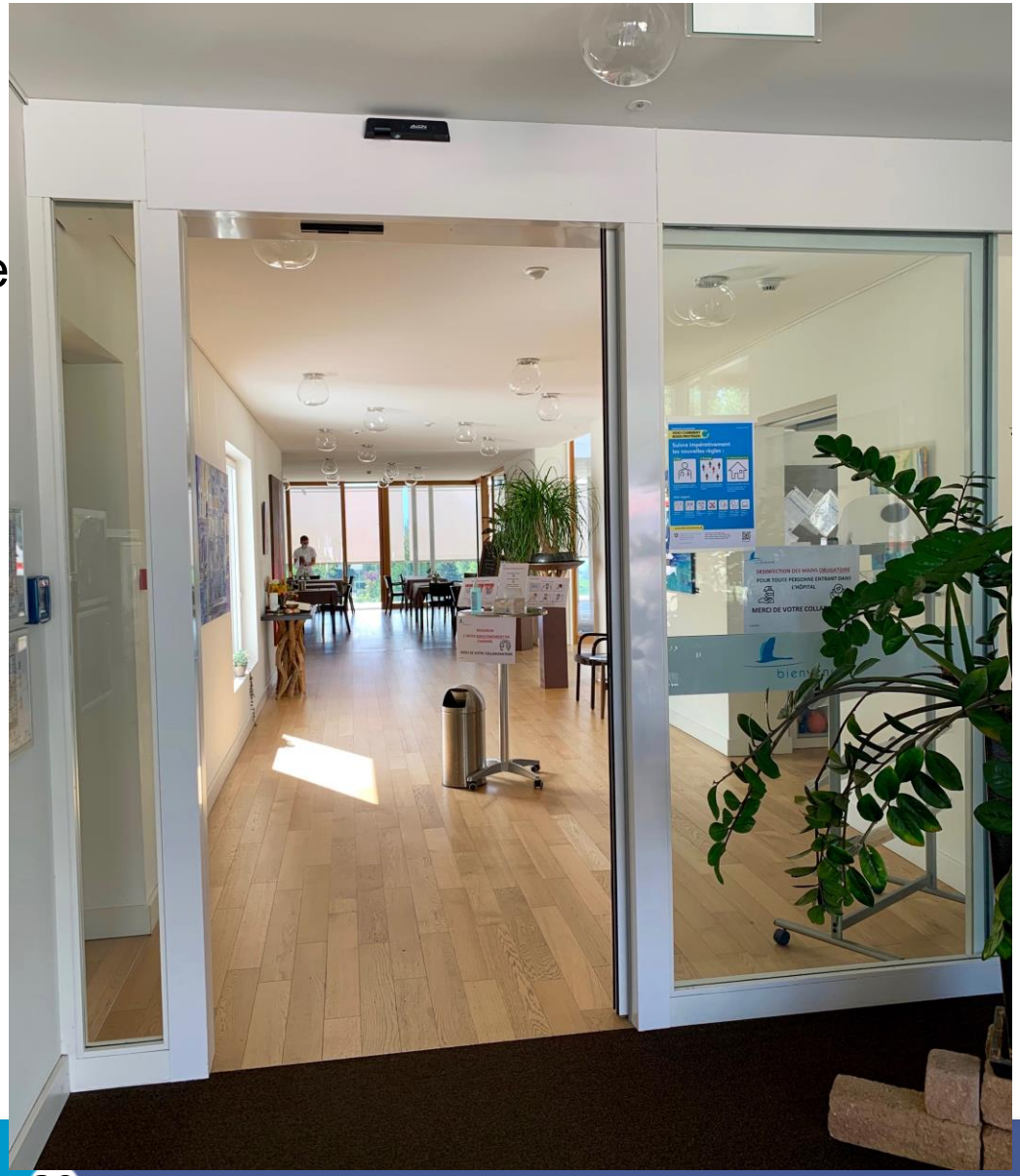
Rive-Neuve : Axe 3: Anthropologie

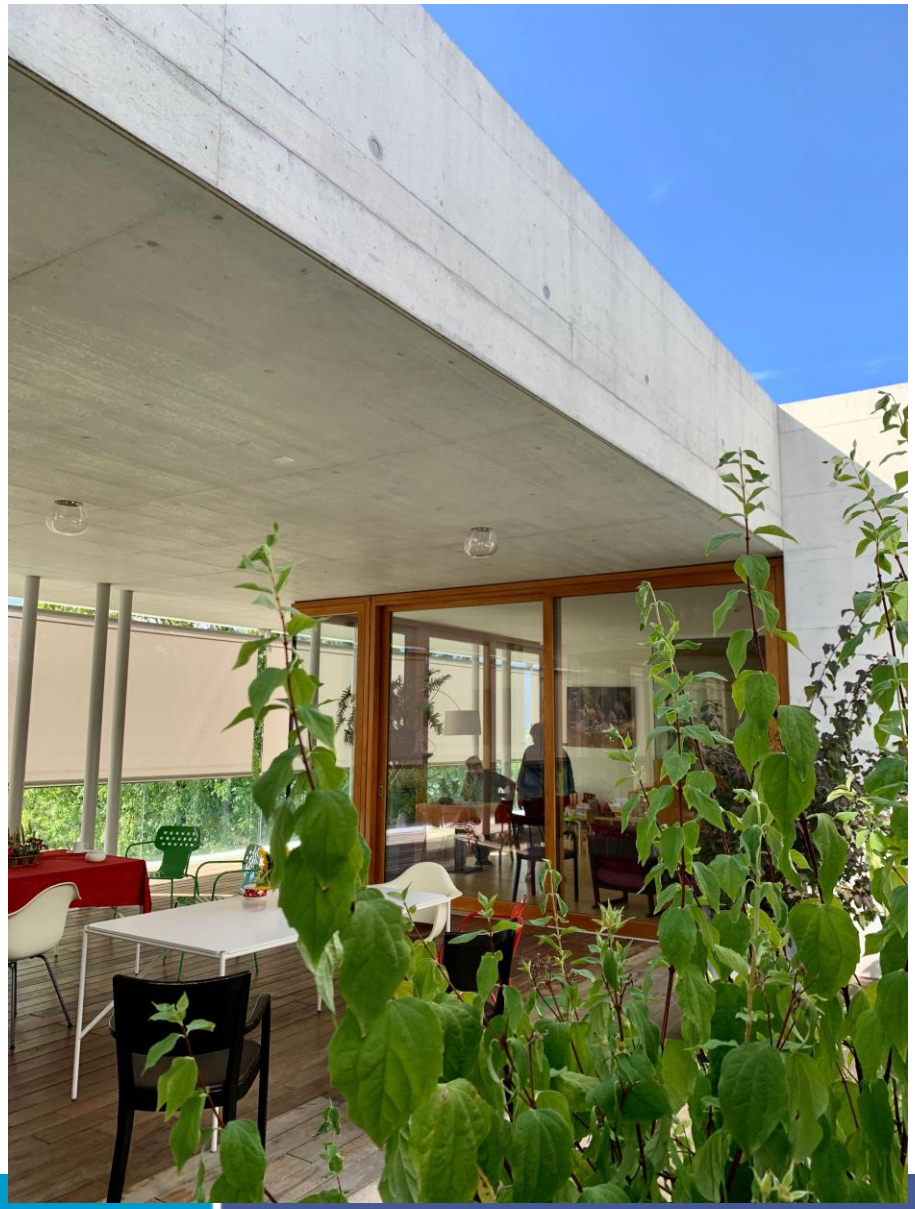
3.1. Définition holiste de la spiritualité

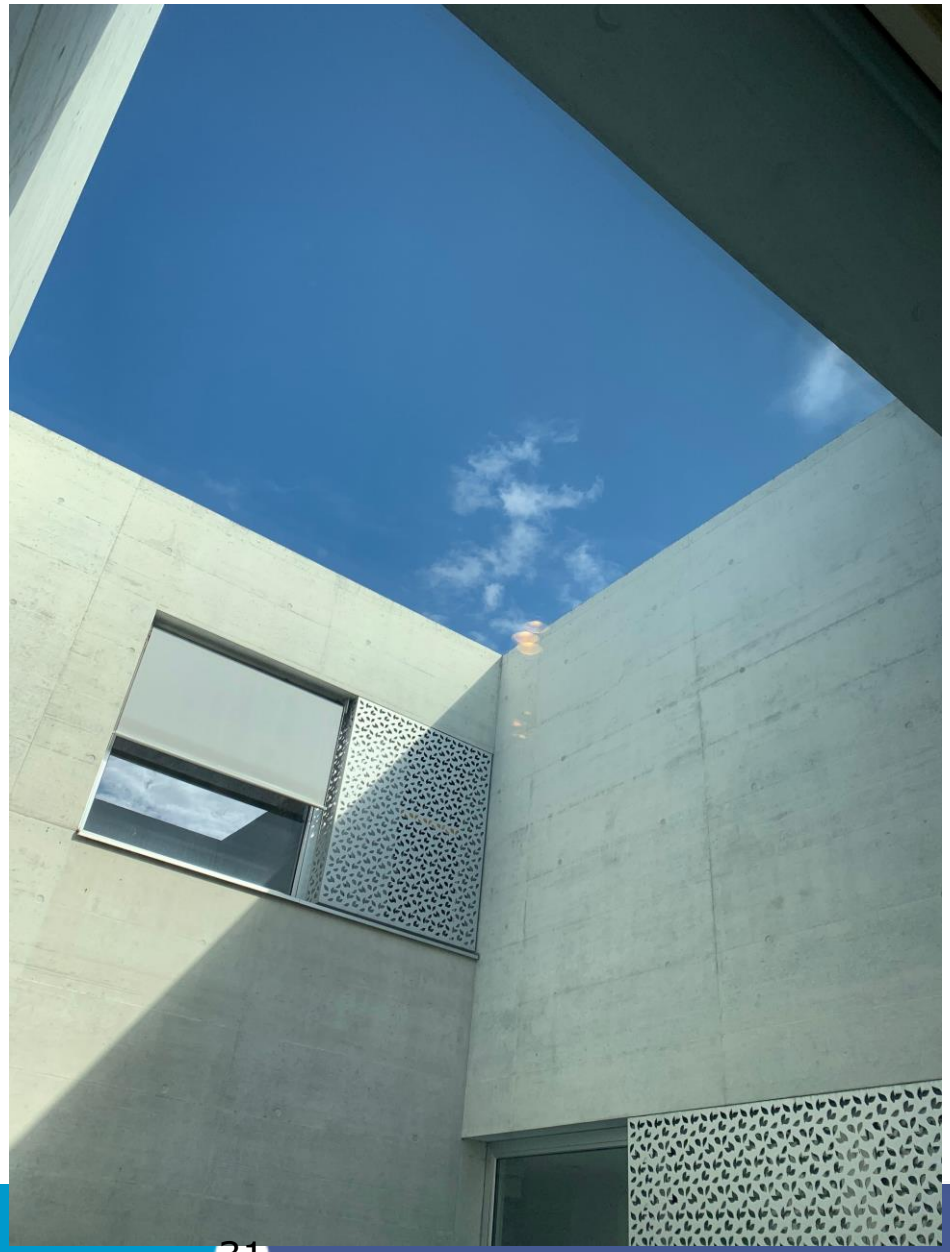
L'architecture du bâtiment de 2012 se veut empreinte de spiritualité

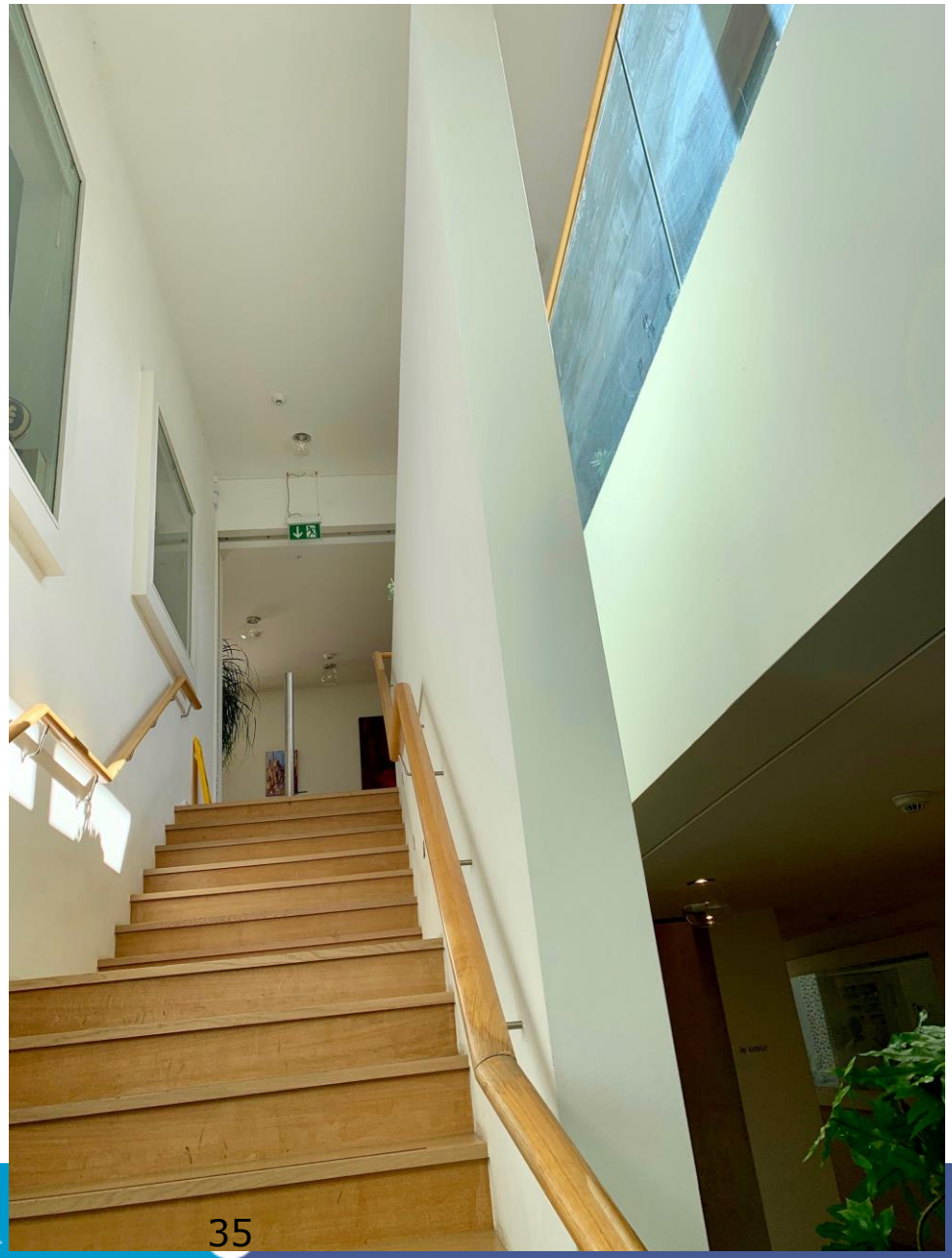
- Les architectes ont corrigé les plans après consultation du personnel sur ce point
- Ils ont adoptés pour principes de base:
  - la fluidité
  - la lumière
  - l'ouverture
  - la beauté
  - la circulation de la vie
  - le lien à la nature
- Des photos de François Rosselet pour l'illustrer
- La définition de la spiritualité basée sur ces principe mériterait d'être plus explicitée

L’entrée, déjà ouverte sur l’extérieur…



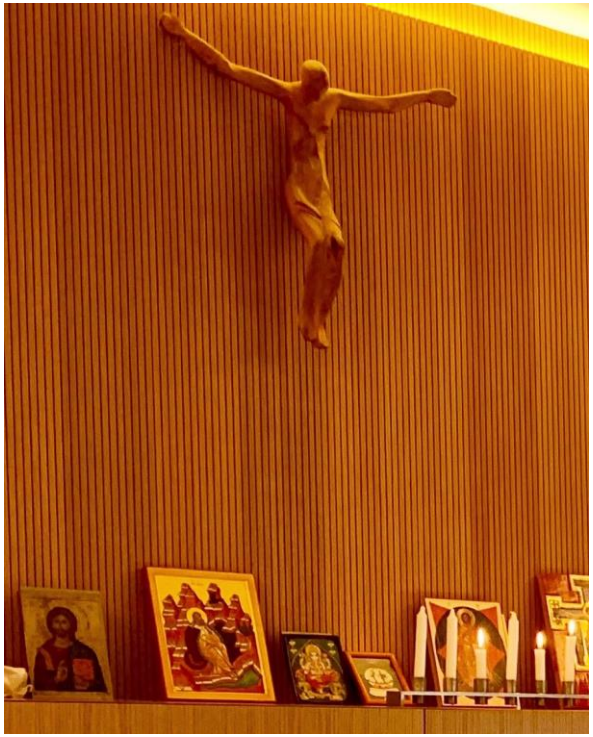






Le « Cœur », et non la chapelle…

Chrétien et ouvert (un peu!)…



Rive-Neuve : Axe 3: Anthropologie

3.2*. Spiritualité: Rapports entre théorie et pratique

- discours fondant la pratique observée: le mouvement des soins palliatifs comme école de pensée et expérience clinique

3.3. Définition de la santé

- Conceptions des soins de santé: vision bio-médicale, biopsychosociale, biopsychosociale et spirituelle, psycho-culturelle (transculturelle, ethnopsy)
- Conceptions pastorales, sociales, écologiques/holistes

3.4. Vision fondamentale de l'être humain

- Fondements philosophiques (p.ex. philosophie de la nature, optimisme ou pessimisme anthropologique, humanisme, vision théologique, etc.)

Rive-Neuve : Axe 4: Interprofessionnalité

4.1. Reconnaissance du SC dans l'institution de soins

- se situe au niveau individuel (le mode d'intégration dans la pratique est propre à chaque professionnel) ou institutionnel

4.2. Rapports collaboratifs généraux

- SC est organisé de manière disciplinaire, pluridisciplinaire, interdisciplinaire, transdisciplinaire

  « L'équipe transdisciplinaire s'engage à accompagner la personne dans toutes ses dimensions, y compris au niveau spirituel » (Rapport 2008, 20e anniversaire)
- Répartition des rôles de SC: entre les membres de l'équipe soignantes
  - Cf. dia suivante

Rive-Neuve : Axe 4: Interprofessionnalité

4.2. Rapports collaboratifs généraux

- Répartition des rôles de SC: entre les membres de l'équipe soignantes

- Ici, on aurait besoin d'une théorie des rôles permettant de distinguer divers rôles de SC. P.ex.:
  - écoute active
  - dépistage des besoins
  - évaluation des besoins,
  - évaluation de la spiritualité (HOPE, STIV, SPIR, etc.)
  - accompagnement de soutien
  - administration d'une prestation religieuse
  - etc.

Rive-Neuve : Axe 4: Interprofessionnalité

4.3. Prises de décisions autour du patient

- Le plan de soins est construit par l'équipe lors du colloque hebdomadaire (à vérifier) Qui y définit la place accordée au SC?
- hiérarchie des rôles (à vérifier: infos pas récoltées)
- régulation d'éventuels conflits entre différents modes d'intégration du SC; régulation des conflits éthiques (à vérifier: infos pas récoltées)

4.4. Compétences

- Savoirs, savoir-être, savoir-faire (à vérifier: infos pas récoltées)
- Ici, on aurait besoin d'une grille des:
  - compétences de SC spécifiques pour chaque groupe professionnel
  - compétences de SC transversales dont doivent disposer tous les acteurs de l'institution

De la description d'un cas à sa modélisation

1. On décrit un cas à l'aide de la grille
2. On extrait les caractéristiques
3. On en fait un modèle (réduction du cas aux caractéristiques extraites)
4. On regarde si ce modèle permet de décrire d'autres institutions de soins
   - Dans le cas particulier qui vient d'être décrit, on commencera par tester si le modèle permet de décrire d'autres (voire toutes les?) institutions de soins palliatifs

Unité de soins palliatifs / France (cas fictif) [USP/F]

Source:
https://vitre.maville.com/actu/actudet_-chantepie.-faute-de-medecin-les-soins-palliatifs-ferment-_dep-5308253_actu.Htm
Consulté le 6 avril 2023

- Localisation : France
- Institution de 10 lits dédiée aux soins palliatifs

USP/F : Axe 1: Intervention / Pratique

1.1. Champs de l'intervention / de la pratique

- formellement: visée clinique
- sur le fond: on vise la qualité de vie

1.2*. Dispositif de soins

- bénéficiaires du Spiritual Care: à destination de tous (universalité de la spiritualité)
- Prestataires de SC: les Eglises protestante et catholique (au travers des aumôniers présents dans l'institution) et l'institution sanitaire (au travers de tout le personnel employé par Rive-Neuve)

1.3. Enracinement disciplinaire

- multidisciplinaire: fédère des acteurs de diverses disciplines qui empruntent chacun des outils propres à sa discipline
- modes relationnels dans les soins: forte subsidiarité

1.4. Enracinement éthique

- valeurs défendues: droit à l'autodétermination, devoir de bienveillance et de non-malfaisance
- bénéficiaires: le patient a ce droit, le soignant à ce devoir

USP/F : Axe 2: Contexte

2.1. Environnement culturel et religieux

- traditions religieuses présentes dans la société: Description du paysage religieux français
- Variété des formes d'affiliation (y.c. distancés, séculiers)

2.2. Représentations culturelles du Spiritual Care

- Les instances qui ont traditionnellement la responsabilité des aumôneries d'hôpitaux dans le canton de Vaud, sont les traditions religieuses. Pour cela :
  - elles sont financées par l'Etat via les établissements
  - elles ont l'obligation légale d'organiser cette aumônerie de manière confessionnelle comme une mission confessionnelle
  - au service des patients de la même confession, de leurs proches
- Pour les soins palliatifs, des bénévoles pour l'accompagnement relationnel (y.c. spirituel) sont intégrés aux équipes pluridisciplinaire

USP/F : Axe 2: Contexte

2.3. Gestion politique du religieux et de la santé

- rapport entre l'Etat et les institutions religieuses: réglé par la Loi de 1905
- définition de la laïcité: les institutions publiques sont laïques; la religion / la spiritualité appartiennent à la sphère privée
- cadre légal réglant les pratiques de Spiritual Care: réglé par la loi de 1905 puis par diverses directives
- histoire religieuse de l'institution de santé: variable suivant les cas.

2.4. Agenda de l'organisme de financement

- agenda politique du financeur de l'intervention/de la pratique: variable suivant les cas
- éventuelles orientations religieuses de cet organisme

USP/F : Axe 3: Anthropologie

3.1. Définition de la spiritualité

- par rapport à la religion: incluse dans ou débordant le religieux
- définition essentialiste (recherche du sacré, relation au transcendant), holiste (approche globale, multidimensionnelle), comme quête de sens, comme vision du monde

3.2*. Spiritualité: Rapports entre théorie et pratique

- discours fondant la pratique observée: le mouvement des soins palliatifs comme école de pensée et expérience clinique

3.3. Définition de la santé

- Conceptions des soins de santé: vision bio-médicale, biopsychosociale, biopsychosociale et spirituelle, psycho-culturelle (transculturelle, ethnopsy)
- Conceptions pastorales, sociales, écologiques/holistes

3.4. Vision fondamentale de l'être humain

- Fondements philosophiques (p.ex. philosophie de la nature, optimisme ou pessimisme anthropologique, humanisme, vision théologique, etc.)

USP/F : Axe 4 : Interprofessionnalité

4.1. Reconnaissance du SC dans l'institution de soins

- se situe au niveau individuel (le mode d'intégration dans la pratique est propre à chaque professionnel) ou institutionnel

4.2. Rapports collaboratifs généraux

- SC est organisé de manière disciplinaire, pluridisciplinaire, interdisciplinaire, transdisciplinaire

  « L'équipe transdisciplinaire s'engage à accompagner la personne dans toutes ses dimensions, y compris au niveau spirituel » (Rapport 2008, 20e anniversaire)
- Répartition des rôles de SC: entre les membres de l'équipe soignantes

USP/F : Axe 4 : Interprofessionnalité

4.3. Prises de décisions autour du patient (vérifier s'il y a une norme)

- Le plan de soins est construit par l'équipe Qui y définit la place accordée au SC?
- hiérarchie des rôles
- régulation d'éventuels conflits entre différents modes d'intégration du SC; régulation des conflits éthiques

4.4. Compétences (vérifier s'il y a une norme)

- Savoirs, savoir-être, savoir-faire propres au SC requis en fonction des divers types d'interventions

Description de différents cas à l'aide d'une grille modélisant le Spiritual Care en quatre axes

1. Méta-modèle
2. En variant les valeurs dans une rubrique ou une autre, on crée théoriquement d'autres modèles
3. On peut ensuite chercher si des cas concrets permettent d'illustrer tel ou tel modèle
4. Question: quels modèles sont illustrés?
5. Quels sont ceux qui ne le sont pas? Pourquoi?
   - parce que, pour des raisons théoriques, il n'est pas plausible qu'ils soient mis en œuvre
   - parce que pas encore mis en œuvre (l'occasion ne s'est pas présentée)
   - parce qu'on ne les a pas encore décrits

Illustration de ce que permet de voir la comparaison de modèles

Par exemple, la description de plusieurs institutions de soins palliatifs

- Si la description de plusieurs institutions de soins palliatifs:
  - prend les mêmes valeurs pour les variables des:
  - axe 1 (description de la pratique)
  - axe 3 (anthropologie)
  - axe 4 (interprofessionnalité),
- tout en ayant des variations pour:
  - L'axe 2 (contexte)
- on en conclura qu'il s'agit d'une pratique ancrée dans un mouvement qui impose son modèle de SC indépendamment du contexte socio-politique et religieux.

Illustration de ce que permet de voir la comparaison de modèles

Exemple A: la description de plusieurs institutions de soins palliatifs

- Hypothèse: le mouvement des soins palliatifs est une pratique qui réussit à imposer son modèle de SC indépendamment du contexte socio-politique et religieux
- Cette hypothèse peut être testée en appliquant la grille à plusieurs institutions de soins palliatifs

Illustration de ce que permet de voir la comparaison de modèles

Exemple B: la description de plusieurs modèles différents de SC dans un même hôpital, voire dans une même équipe en fonction des acteurs

On se limite à l'axe 3

Illustration de ce que permet de voir la comparaison de modèles: Exemple B

3.1. Définition de la spiritualité

- Tous les acteurs: par rapport à la religion: débordant le religieux
- Définition:
  - Médecin: recherche du sacré, relation au transcendant
  - Certains soignants: relation au transcendant
  - D'autres soignants: holiste (approche globale, multidimensionnelle)
  - Psychologue: comme quête de sens, comme vision du monde
  - Aumônier: relation au transcendant

3.2*. Spiritualité: Rapports entre théorie et pratique

- Médecin: discours «evidence-based»
- Certains soignants: discours «evidence-based»
- D'autres soignants: transposition du modèle des soins palliatifs
- Psychologue: «meaning-making»: résolution de dissonance cognitive
- Aumônier: discours théologique sur la foi et l'encouragement dans l'épreuve

Illustration de ce que permet de voir la comparaison de modèles: Exemple B

3.3. Définition de la santé

- Médecin: vision bio-médicale
- Certains soignants: vision bio-médicale
- D'autres soignants: vision biopsychosociale et spirituelle
- Psychologue: vision biopsychosociale
- Aumônier: vision biopsychosociale et spirituelle

3.4. Vision fondamentale de l'être humain

- Médecin: vision humaniste
- Certains soignants: vision humaniste
- D'autres soignants: philosophie de la nature ou New Age
- Psychologue: vision humaniste
- Aumônier: vision théologique

Illustration de ce que permet de voir la comparaison de modèles: Exemple B

L'analyse de l'exemple B, seulement pour l'axe 3 (sachant que l'axe 2 est le même pour tous), met en évidence:

- Axe 2: identique pour tous
- Axe 3: des conceptions anthropologiques divergentes

qui vont provoquer des tensions pour:

- Axe 1: impossible de construire un dispositif de SC convergent
- Axe 4: impossible d'avoir une répartition des tâches coordonnée

Illustration de ce que permet de voir la comparaison de modèles: Exemple B

Tensions pour axe 1:

- 1.1. : tout le monde est d'accord pour s'intéresser au SC avec une visée clinique
- 1.2: certains estiment que la spiritualité ne concernent que certaines personnes (religieuses ou intéressées par la spiritualité), d'autres que c'est une dimension universelle de la personne. Donc SC n'est pas proposé à tous par tous les acteurs
- 1.3.: pas d'uniformisation des outils d'évaluation de la spiritualité; pas d'accord sur la visée (évaluation, soutien, etc.) de l'usage des outils
- 1.4: on pourrait imaginer que tous soient pourtant d'accord pour défendre la vaeur éthique de l'autodétermination du patient

Illustration de ce que permet de voir la comparaison de modèles: Exemple B

Tensions pour axe 4:

- 4.1. : peut-être que tous s'accordent pour dire que SC se situe au niveau institutionnel (mais pas garanti)
- 4.2: certains estiment que le SC est l'affaire de spécialistes (aspect disciplinaire), d'autres que c'est l'affaire de tous (aspect pluri-,inter- ou transdisiplinaire). Faible subsidiarité.
- 4.3.: certains pensent que la prise en compte de la spiritualité dans le plan de soin est décidée par le médecin, d'autres que c'est l'affaire de tous
- 4.4: pas de consensus sur la répartition des compétences en SC au sein de l'équipe

Illustration de ce que permet de voir la comparaison de modèles: Exemple B

- 1.1. Champs de l'intervention / de la pratique: Accord
  - formellement: visée clinique
  - sur le fond: on vise la santé (*cure*), sinon la qualité de vie (*care*)
- 1.2*. Dispositif de soins (bénéficiaires, prestataires): Désaccord
- 1.3. Enracinement disciplinaires variables: Désaccord
- 1.4. Enracinement éthique: Accord possible
- Axe 2: indifférent
- 3.1. Environnement culturel: Spi déborde Rel: Accord
- 3.2*. Spiritualité: Rapports entre théorie et pratique: Désaccord
- 3.3. Définition de la santé: Désaccord
- 3.4. Agenda de l'organisme de financement: indifférent
- 4.1. SC se situe au niveau institutionnel: Accord
- 4.2. Répartition des tâches: Désaccord
- 4.3. Prise en compte de la spiritualité dans le plan de soin: Désaccord
- 4.4: Répartition des compétences en SC: Désaccord

Ce que nous apprennent ces exemples

- La comparaison permet d'étudier les liens entre des caractéristiques entre elles

- Pas besoin de décrire toutes les rubriques de chaque axe pour pouvoir utiliser la grille pour comparer des pratiques
  - au moins 4 modèles différents résultant des désaccords mentionnés (cf présentation à Lausanne au Symposium interdisciplinaire « Spiritual Care: Enjeux disciplinaires, interprofessionnels et éthiques », CHUV, 18-19 Octobre 2018:
    - Modèle 1: la spiritualité peut contribuer au bien-être
    - Modèle 2: l'accompagnement spirituel, prérogative des aumôniers
    - Modèle 3: la spiritualité, dimension constitutive d'une prise en soins holiste
    - Modèle 4: modèle interdisplinaire de Spiritual Care

Rappel: Modèle 1
la spiritualité peut contribuer au bien-être

- la spiritualité: un facteur de santé parmi d'autres
  - augmentation de la satisfaction par rapport à la vie
  - augmentation de la durée de vie
- Résultat d'une grande quantité d'études multifactorielles publiés dans des revues médicales
- Sous la responsabilité du médecin qui détermine le plan de soins
- La spiritualité est réduite à ses effets thérapeutiques

Rappel: Modèle 1
la spiritualité peut contribuer au bien-être

- Spiritual Care: un soin parmi d'autres dans un modèle fragmenté de la prise en soins
- Sensibilisation nécessaire de l'ensemble du personnel soignant
- Pas de réflexion approfondie sur le choix des soignants qui prodiguent ce soin
  - Variété de mises en pratiques, suivant les équipes soignantes
  - L'expertise dans ce domaine n'est pas véritablement thématisée

Rappel: Modèle 2
l'accompagnement spirituel, prérogative des aumôniers

- Les histoires de vie spirituelle rapportées par les patient sont complexes
  - On ne peut pas les formater dans des protocoles préconstruits d'entretiens
- Pour **comprendre** les enjeux religieux et spirituels des récits produits par les patients…

  … il faut des **connaissances** approfondies des systèmes religieux et spirituels…

  … et de la **manière** dont un individu **s'y réfère**…

  … pour **donner sens** à son existence et à sa souffrance

Rappel: Modèle 2
l'accompagnement spirituel, prérogative des aumôniers

- Spiritual Care: une activité hautement spécialisée dans un modèle fragmenté de la prise en soins
- tâche exclusive des aumôniers (Lawrence 2002)
  - Les langages de la science et de la religion sont radicalement différents
  - Les médecins n'ont pas le temps pour le Spiritual Care
    - S'ils s'en occupe: au détriment de quoi vont-ils intégrer cette préoccupation dans leur pratique?
  - Le médecin n'est pas compétent pour s'occuper d'évaluer la spiritualité ou pour énoncer des recommandations dans ce domaine

Rappel: Modèle 3
la spiritualité, dimension constitutive d'une prise en soins holiste

- modèle biopsychosocial-spirituel des soins, notamment pour l'accompagnement de la fin de vie (Sulmasy 2002)
- La spiritualité considérée comme une dimension constitutive de l'être humain
- Le plan de soins prévoit la thématisation systématique de cette dimension
  - Il s'agit de répondre aux attentes religieuses et spirituelles de tous les patients…
  - … traduites sous la forme de préoccupations existentielles et questions de sens chez les patients qui se présentent comme agnostiques ou athées

Rappel: Modèle 3
la spiritualité, dimension constitutive d'une prise en soins holiste

- Spiritual Care: un dispositif de soins construit de manière à intégrer la dimension spirituelle
- Ce qui n'implique pas de réflexion approfondie sur le choix des soignants qui prodiguent ce soin
  - La répartition des rôles pas clairement définie (Sulmasy 2002)
  - L'ensemble des membres du personnel soignant est formé
- Exemple d'étude: Hefti & Esperandio 2016: modèle holistique de SC (Brésil/Suisse)

Rappel: Modèle 4
modèle interdisplinaire de Spiritual Care

En général, comme pour le modèle 3:

- modèle biopsychosocial-spirituel des soins

- Le plan de soins prévoit la thématisation systématique de cette dimension spirituelle
  - Il s'agit de répondre aux attentes religieuses et spirituelles de tous les patients…
  - … traduites sous la forme de préoccupations existentielles et questions de sens chez les patients qui se présentent comme agnostiques ou athées

Rappel: Modèle 4
modèle interdisplinaire de Spiritual Care

- Spiritual Care: la prise en compte des attentes d'accompagnement spirituel des patients et l'affaire de tous dans le respect des compétences spécifiques
- Ce qui implique une répartition claire des rôles aux sein de l'équipe interdisciplinaire
  - En première ligne les infirmières, aides-infirmières, aides-soignantes, etc; avec orientation vers les experts que sont les aumôniers, accompagnants spirituels, psychologues (Borasio 2016). Et le médecin?
  - le médecin est le généraliste, l'aumônier le spécialiste (Handzo & Koenig 2004)
- Défi pour les aumôniers de redéfinir leur place dans un tel modèle intégré (Handzo & Cobb 2014)

Rappel: Modèle 4
modèle interdisplinaire de Spiritual Care

- Prise en compte des questions éthiques lorsqu'il y a une répartition claire des rôles aux sein de l'équipe interdisciplinaire
- L'exemple d'équipes interdisciplinaires dans des unités de réanimation (Timmins & Pujol 2018)
  - Quel est e rôle de l'aumônier au regard de la prise de décision de réanimer ou non?
  - Proposition de réponse des auteurs: Accompagnement des familles dans la prise de décision (aspects éthiques)

Développements nécessaires pour faciliter l'usage de la grille

1. Jusqu'à présent, on a construit et organisé l'ensemble des variables
   - On pense avoir été exhaustif
   - Organisation en 4 axes
   - Pour certaines variables: modalités déjà déterminées
2. Nécessité d'un travail théorique pour préciser les modalités de certaines variables (Top-down)
   - Spiritualité…
   - Les modèles de santé de Rumbold: les modèles pastoraux sont-ils incompatibles avec les modèles de soins de santé ou les modèles écologistes/holistes ?
3. Nécessité de décrire de nombreux cas pour construire les modalités de chaque variable (bottom-up)
   - Vers un système de codage unifié qui permette la comparaison

Prochaines étapes

1. Descriptions aussi complètes que possibles de plusieurs cas à l'aide de la grille
   - Pour documenter la diversité, l'étendue des variations
2. Standardiser les modalités caractérisant chaque variable
   - Pour disposer d'un système de codage commun
3. Utilisation de la grille pour analyser une pratique
   - Aide à considérer des aspects qu'on laisserait sinon dans l'ombre
   - Fournit un lexique pour caractériser la pratique
4. Comparaison de pratiques
   - Utiliser la grille comme «méta-modèle» général qui présente le paysage général de différents possibles et situer une pratique dans ce paysage
   - Comparer deux pratiques entre elles en ne s'intéressant qu'à qu'à certaines variables, qu'à un ou deux axes, etc.

Intérêt de la comparaison

1. Permet de mieux comprendre comment certaines contraintes auxquelles sont soumises les pratiques
2. Donne des idées en vue d'innovations
   - Par la comparaison de cas provenant de contextes similaires
   - Permet d'imaginer des cas non encore observés:
     - par exemple (cf. dias suivantes)

Construction d'un cas que l'on cherche à observer

Axe 1: Intervention / Pratique

1.1. Champs de l'intervention / de la pratique

- formellement: visée de formation
- sur le fond: on vise la santé (*cure*), sinon la qualité de vie (*care*)

1.2*. Dispositif de soins

- bénéficiaires du Spiritual Care: à destination de tous
- Prestataires de SC: l'ensemble de l'équipe soignante

1.3. Enracinement disciplinaire

- des outils: construction d'un outil interdisciplinaire
- de l'émergence de l'intervention: évaluation de la spiritualité

1.4. Enracinement éthique

- valeurs défendues: devoir de bienveillance et de non-malfaisance
- bénéficiaires: les patients

Construction d'un cas que l'on cherche à observer

Axe 2: Contexte

2.1. Environnement culturel et religieux

- traditions religieuses présentes dans la société: indifférent
- Variété des formes d'affiliation: indifférent

2.2. Représentations culturelles du Spiritual Care

- instances qui en ont traditionnellement la responsabilité: indifférent

2.3. Gestion politique du religieux et de la santé

- cadre légal réglant les pratiques de Spiritual Care: des instances gouvernementales veulent réguler le SC

2.4. Agenda de l'organisme de financement

- agenda politique du financeur de l'intervention/de la pratique: la régulation du SC est du ressort de l'Etat
- éventuelles orientations religieuses de cet organisme: ouvert (on est intéressé aussi bien par des cas où l'Etat aurait une orientation religieuse affichée que des cas où l'Etat affirmerait sa neutralité dans ce domaine)

Construction d'un cas que l'on cherche à observer

Axe 3: définition de la spiritualité

3.1. Environnement culturel et religieux

- par rapport à la religion: débordant le religieux
- approche globale, multidimensionnelle

3.2*. Spiritualité: Rapports entre théorie et pratique

- discours fondant la pratique observée: discours pragmatique basé sur la pluralisation du religieux dans la société

3.3. Définition de la santé

- Conceptions des soins de santé: biopsychosociale et spirituelle

3.4. Agenda de l'organisme de financement

- agenda politique du financeur de l'intervention/de la pratique: la régulation du SC est du ressort de l'Etat
- éventuelles orientations religieuses de cet organisme: recherche ouverte:
  - on est intéressé aussi bien par des cas où l'Etat aurait une orientation religieuse affichée que des cas où l'Etat affirmerait sa neutralité dans ce domaine

Construction d'un cas que l'on cherche à observer

Axe 4: interprofessionnalité

4.1. Reconnaissance du SC dans l'institution de soins

- se situe au niveau institutionnel

4.2. Rapports collaboratifs généraux

- SC est organisé de manière interdisciplinaire
- Répartition des rôles de SC: entre les membres de l'équipe soignante, avec des intervenants externes (bénévoles, spécialistes du religieux ou de la spiritualité, etc.)

4.3. Prises de décisions autour du patient

- Recherche ouverte à divers modèles

4.4. Compétences

- Recherche ouverte: intéressée à voir comment les compérences de SC sont définies pour chaque type d'intervenants

Références bibliographiques

Bramadat, P., Coward, H., & Stajduhar, K.I. (Eds) (2013). *Spirituality in hospice palliative care*, Albany, New York : State University of New York Press.

Brandt, P.-Y. (2013). Psychological aspects of the role of religion in identity construction. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, *47*, 299-303.

Brandt, P.-Y., & Besson. J. (éd.) (2016). *Spiritualité en milieu hospitalier*, Genève: Labor et Fides.

Brandt, P.-Y. Mohr, S., Gillièron, C., Rieben, I., Huguelet, P. (2012). Religious coping in schizophrenia patients : Spiritual support in medical care and pastoral counselling. *Toronto Journal of Theology*, *78*, 193-208.

Cadge, W. (2012). *Paging God. Spirituality in the Halls of Medecine,* Chicago: The University of Chicago.

Campiche, R. (2004). *Les deux visages de la religion : Fascination et désenchantement*. Genève : Labor et Fides.

Fallot, R.D. (2001), Spirituality and religion in psychiatric rehabilitation and recovery from mental illness. *International Review of Psychiatry*, 13, 110–116.

Jobin, Guy (2017). Santé, bien-être et spiritualité : une évaluation critique. Interaçoes, 11 n° 20, 31-47.

Lawrence, R.J. (2002). The Witches' Brew of Spirituality and Medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, *24*(1), 74–76.

Pearce, M.J. (2013). Addressing religion and spirituality in health care systems. In K. I. Pargament (Ed.), *Handbook of psychology, religion, and spirituality. Volume 2* (pp. 527-541). Washington, DC: American Psychological Association, 2013.

Rumbold, B. (2012). Models of spiritual care. Cobb, M., Puchalski, C., & Rumbold, B. (Eds.). *Oxford textbook of spirituality in healthcare*, 177-183.

Stolz, J., Könemann, J, Schneuwly Purdie, M., Englberger, T., & Krüggeler, M. (2015). *Religion et spiritualité à l'ère de l'ego : Profils de l'institutionnel, de l'alternatif, du distancié et du séculier*. Genève : Labor et Fides.

Thank you for your attention !

Pierre-Yves.Brandt@unil.ch