

Consensus pour la «best practice» en Suisse

Préface

«*Tout être humain, consciemment ou non, et spécialement lorsqu'il se sent mourir, a des besoins spirituels, au plus large sens du terme. L'accompagner dans cette recherche n'est pas seulement l'affaire des aumôniers, mais de tous ceux qui l'entourent, non pour lui imposer leurs propres convictions, mais pour l'aider à vivre sa vérité.*»

(in VIELLIRENSUISSE: bilan et perspectives; Rapport de la commission fédérale, Berne 1995 chap. XII: L'accompagnement des mourants, § 4.2: L'accompagnement relationnel)

La rencontre interdisciplinaire d'experts de Bigorio 08 – médecins, infirmiers, aumôniers et bénévoles – a choisi de mettre en exergue cette citation relevant remarquablement le fait que la spiritualité fait partie intégrante de la prise en soins globale des patients et qu'il incombe donc à chaque soignant, au sens large¹, de l'intégrer dans sa pratique.

Avancer cela, c'est reconnaître, en amont, que la spiritualité est une composante indissociable de l'être humain, qu'elle est en lien avec son existence, et que, par là même, elle est de l'ordre de l'incontournable. Approche multi dimensionnelle, réalité complexe, la spiritualité est souvent au-delà des mots, au-delà des définitions visant à la circonscrire au plan cognitif. Dès lors elle n'est que partiellement maîtrisable.

Dans notre tâche d'articuler soins et spiritualité, nous nous appuyons sur trois prises de position d'instances reconnues:

- l'Académie Suisse des Sciences Médicales, qui, dans ses directives médico-éthiques, stipule que les patients ont droit à une prise en charge palliative. Celle-ci comprend l'ensemble des traitements médicaux et des soins, ainsi qu'un appui psychique, social et spirituel aux patients et à leurs proches².
- «Palliative ch» (SSMSP) qui intègre la spiritualité dans l'article 3 de ses statuts.
- L'OMS définit les soins palliatifs comme devant prendre en considération les problèmes psychologiques, sociaux et spirituels tels que faisant partie de la lutte menée contre la douleur et les autres symptômes³.

1 Essai de définition

Spiritualité

La spiritualité imprègne toutes les dimensions de la personne; elle concerne son identité, ses valeurs, ce qui

donne du sens, de l'espoir, de la confiance, de la dignité à son existence. Elle se vit significativement dans la relation à soi, dans la relation à l'autre, dans la relation à ce qui transcende son humanité (Dieu, force supérieure, mystère, ...). Elle comporte également le questionnement généré par la maladie, par la finitude de la vie, ainsi que les éléments de réponses individuelles et communautaires qui constituent une ressource pour la personne malade.

Si la spiritualité est bien une dimension constitutive de tout être humain, il paraît toutefois impossible – théoriquement et pratiquement - de lui trouver une définition universelle. En effet, son expression est corrélative au contexte singulier, social, culturel de chacune des personnes qui l'approchent.

La spiritualité ne se réduit pas à la religion: chaque religion exprime une part du champ spirituel dans un langage structuré, rituel, traditionnel, mais aucune ne peut prétendre le recouvrir entièrement. Dès lors, apporter une aide sur ce plan ne peut être qu'une démarche pleine d'humilité et de respect de l'autre.

L'approche palliative a remis en évidence la dimension spirituelle, en complément aux dimensions bio – psycho – sociales. Néanmoins nous relevons que la spiritualité n'est pas seulement une dimension supplémentaire, mais qu'elle interagit aussi avec les trois autres réalités: symptômes somatiques, réactions psychologiques, et liens sociaux (voir fig. 1, page 2).

Bien-être spirituel

Ainsi vue comme un espace de relation au cœur de la personne, la spiritualité peut constituer ou devenir une importante ressource pour le patient. Il n'est pas rare que dans une situation palliative des patients redécouvrent la force de la vie spirituelle. Souvent, cela s'exprime par:

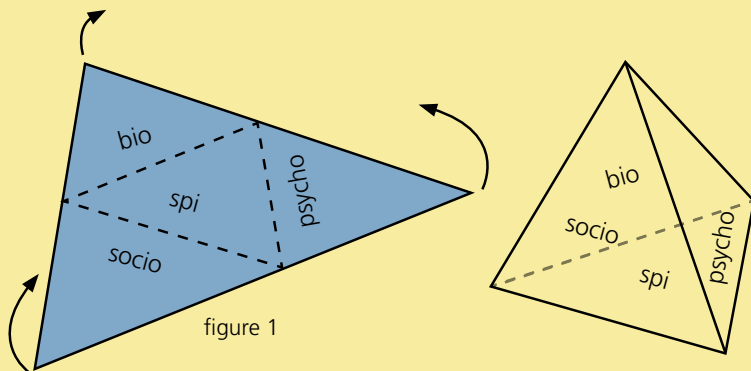
- une espérance réaliste et non pas seulement un désir ou une illusion,
- un sens donné à sa vie: L'expérience de vie - dans ses moments bons ou difficiles a et/ou a eu un sens.
- une prise de conscience de sa propre finitude. Le patient peut ainsi plus facilement accepter ses limites, mener à terme une chose qui était demeurée inaccomplie, œuvrer à achever la symphonie de sa vie.
- la croyance dans une vie après la mort, ceci dans un double sens:
 - > se préparer à léguer quelque chose à ceux qui survivront: un témoignage, un souvenir, des objets matériels qui constitueront un souvenir.
 - > être animé par l'espérance d'une transcendance: la mort ouvre à une autre réalité, à un mystère auquel le patient peut se confier.

Détresse spirituelle

La maladie grave représente une menace pour l'intégrité de la personne et peut la conduire vers une situation de souffrance spirituelle voire de douleur totale.

1 Par le terme soignant, nous entendons tout professionnel prenant part aux soins du patient: Médecin, infirmier-e, psychologue, assistant social, physiothérapeute, aumônier, et autres.
 2 In: Prise en charges des patients en fin de vie, § 3.1: Soins palliatifs: www.bullmed.ch/pdf/2005/2005-03/2005-03-1398.PDF
 3 In: Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs, Rapport 804 de l'OMS Genève, 1990, chapitres 2.1 & 7

Consensus pour la «best practice» en Suisse



Proposition de schématisation quadripartite du passage d'une vision «horizontale» de l'être humain à une vision incluant une dimension «verticale», ouvrant ainsi un espace de relation au coeur de sa personne.

«La détresse spirituelle est 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».⁴

Selon Chochinov⁵, la souffrance spirituelle peut se manifester dans divers domaines de l'expérience du patient, soit physique (p.ex. douleur réfractaire) soit psychologique (p.ex. anxiété, dépression, désespoir), soit social (p.ex. désintégration des relations humaines). Toutefois, il n'est pas possible de reconnaître la détresse spirituelle uniquement sur la base de symptômes. La détresse spirituelle est plutôt une combinaison des symptômes sus-mentionnés et de comportements caractéristiques, à savoir: patients désespérés qui veulent fuir leur situation, patients ayant des attentes impossibles à l'égard de leurs soignants, patients qui continuent à essayer de nouvelles thérapies en l'absence de tout bénéfice, et patients qui demandent d'augmenter les doses d'analgésiques ou de sédatifs sans résultats apparents, même si ces mesures sont contreproductives. Ces comportements souvent évoquent des descriptions telles que souffrance globale ou angoisse, lesquelles peuvent aider à identifier cette forme de détresse.

Pour apporter un soulagement à cette détresse, le soignant pourra tenter de reconnecter le patient avec les ressources spirituelles qu'il a élaborées lorsqu'il était en bonne santé. En effet, les éléments qui ont contribué au bien-être dans l'histoire de vie d'une personne peuvent contribuer à son mieux-être dans les temps de crise.

2 Evaluation

Aller à la rencontre de la dimension spirituelle est le plus souvent vu comme une approche très subjective, tant du côté des soignants que des patients, ce qui au premier abord réfute une méthode plus objective. Toutefois, le soignant n'a

pas besoin de partager les croyances – ou non-croyances – du patient pour être ouvert à sa sensibilité spirituelle.

Ceci conduit à considérer qu'une démarche d'évaluation des besoins spirituels d'une personne malade est possible dès lors qu'elle est centrée sur le patient, respectueuse de l'altérité des personnes en présence et que le soignant est disponible à rencontrer ces questionnements.

Apporter un soin implique préalablement avoir défini un besoin. Ce que nous avons dit précédemment de la détresse spirituelle offre quelques pistes, mais nous souhaitons donner accès ici à quelques outils permettant une évaluation plus concrète des besoins spirituels.

Il existe malheureusement peu de documentation ayant de réelles applications cliniques à ce sujet. Nous nous référerons ici aux travaux de Christina Puchalski, médecin aux E-U,⁶ et à la reprise qu'en a faite Eckhard Frick, médecin en Allemagne.

Constatant le bien-fondé des réflexions de sa collègue, il a repensé cette approche pour le contexte européen et l'a présentée dans un congrès francophone de psycho-oncologie⁷. Nos recommandations intègrent la méthode proposée, nommée FICA en anglais, SPIR en français.

Prédispositions personnelles du soignant

Aborder l'aspect spirituel est une question personnelle difficile à transposer au plan professionnel. Toutefois ceci est possible à partir du moment où le soignant a ouvert en lui un espace de disponibilité à cette dimension. Penser à ses propres croyances, réticences, questions, et se préparer à accueillir dans la bienveillance, dans l'altérité, ce qui habite le patient: ceci permet de prendre un bon départ.

Outils d'évaluation proposés

Le soignant peut recourir à certains «outils» pour faciliter l'expression du vécu intérieur. Leur utilisation revêt un aspect technique, mais le soignant saura choisir l'outil qui convient à sa sensibilité, outil qu'il aura exercé, intégré à sa personne et à sa pratique professionnelle. Il pourra alors, avec délicatesse, s'en servir pour explorer la dimension spirituelle avec le patient en se laissant guider par les

4 La spiritualité en soins palliatifs Guide des soins palliatifs du médecin vaudois, No 5-2008

5 M-H Chochinov: Cancer J Clin 2006;56:84-103

6 Interdisciplinary spiritual Care for seriously ill and dying patients: Voir 6.Références bibliographiques

7 Eckhard Frick, Peut-on quantifier la spiritualité?, Revue francophone de psycho-oncologie, 2006 n°3)

Consensus pour la «best practice» en Suisse

questions suggérées, ou en s'en inspirant plus librement. Dans la mesure où chaque méthode accentue le regard sur un aspect plus spécifique, le soignant saura également choisir l'outil qui convient le mieux au but recherché.

Ces outils sont de deux types: Les uns (SPIR, HOPE) sont mieux adaptés pour les soignants, l'autre (STIV) est mieux adapté pour les aumôniers⁸.

SPIR:

C'est un outil d'auto- et d'hétéro-évaluation. Comme relevé ci-dessus, il est le fruit des travaux d'E. Frick, adapté particulièrement au contexte médical.

Les quatre lettres reprennent quatre notions qui peuvent être abordées par les questions proposées:

- **Spiritualité:** Est-ce que vous diriez – au sens large – que vous avez une spiritualité, une religion, une croyance?
- **Place dans la vie:** Est-ce que vos convictions ont de l'importance dans votre vie, en particulier en ce qui concerne votre maladie?
- **Intégration:** Est-ce que vous faites partie d'une communauté spirituelle ou religieuse? Avez-vous des personnes avec qui vous partagez ce que vous croyez?
- **Rôle du professionnel de la santé:** Que désirez-vous que nous fassions de ce que nous venons de nous dire? Souhaitez-vous en reparler? Eventuellement suggestions d'actions.

But: Mettre des mots sur l'importance de la dimension spirituelle pour le patient et sur ses attentes à l'égard du soignant

HOPE:

C'est un outil d'évaluation développé aussi par des médecins de famille⁹, souhaitant mettre en lien les sources de confort, de force d'un patient avec les aléas de son existence.

- **Hope:** sources d'espérance, de sens, de réconfort, de force, ...
- **Organised:** appartenance à une communauté organisée
- **Practice:** Pratique et spiritualité personnelle
- **Effects:** Effets de la spiritualité du patient sur son état de santé lors de traitements médicaux et à l'approche de la mort

But: évaluer les ressources «Espérance», «Sens» et les activer au cours d'un traitement

STIV:

C'est un outil développé par un groupe intitulé «label CTR» dans le canton de Vaud dès 2006¹⁰. Cette grille est

plus adéquate pour les aumôniers et utilisée dans leurs transmissions aux soignants. Quatre concepts font également l'objet de l'attention de l'agent pastoral:

- **Sens:** Besoin se manifestant lors d'une crise qui affecte l'équilibre de vie
- **Transcendance:** Fondement extérieur à la personne et qui l'enracine
- **Identité:** Besoin que l'environnement social favorise le maintien de la singularité de la personne
- **Valeurs:** Ce qui a du poids dans la vie du patient, ce qui détermine le bien, le vrai.

But: Pistes pour aborder les questions spirituelles plus en profondeur.

De manière générale, deux questions peuvent ouvrir à un échange au plan spirituel:

- Qu'est-ce qui a du sens dans votre vie?
- Qu'est-ce qui a été une ressource pour vous dans les moments difficiles que vous avez déjà traversés?

3 Interventions

Préalables contextuels:

Nous soulignons ici deux éléments importants pour offrir un cadre propice:

- Choisir le bon lieu, le bon moment de la rencontre, voire aussi la bonne personne (qualités individuelles et /ou professionnelles), sachant que le patient choisit également ses vis-à-vis, selon ce qu'il vit.
- Créer un espace de confiance, de respect; susciter une forme d'alliance avec le patient.

Présence et écoute, attentive, globale

Composante essentielle de la formation à la relation, nous relevons quelques traits de l'écoute qui apparaissent de manière plus spécifiques dans un échange coloré de spiritualité:

- l'expression de l'identité spirituelle du patient peut émerger au travers de l'histoire de sa vie, de souvenirs significatifs, d'évènements particulièrement difficiles ou ressourçants.
- le patient s'exprime parfois par des langages symboliques ou métaphoriques: y être attentif en étant prudent quant aux interprétations que nous pouvons en faire.
- Conséquemment, un tel entretien ne peut pas se vivre dans un temps «comprimé»: l'écouter devrait avoir la souplesse de respecter le rythme de la personne, de la «laisser souffler» si nécessaire, de tenir compte de ses hésitations, de permettre l'expression de ses émotions, espoirs ou désespoirs.
- les consignes d'acceptation inconditionnelle et de non-jugement sont indispensables dans ce domaine.
- l'offre d'un tel espace d'écoute n'est pas qu'un processus passif: il est déjà une action déterminante, utile et qui aura un impact positif sur le patient.

8 Le terme aumônier regroupe les divers accompagnants spirituels mandatés par les Eglises: pasteurs, diacres, prêtres, assistants pastoraux, théologiens laïcs, ...

9 G. Anandarajah, *Spiritual and Medical Practice*, American Family Physician, Jan. 2001, vol 63, Nb 1

10 Prise en compte de la spiritualité de la personne hospitalisée en Centre de Traitement et Réadaptation
<http://www.readaptation.ch/fichiers/DossierSpiCTR28.10.04.pdf>

Consensus pour la «best practice» en Suisse

Une réponse adaptée

En fonction des besoins exprimés, le soignant pourra rechercher avec le patient quels sont les moyens de soulagement appropriés ou les personnes ressources adéquates.

Au plan spirituel, il pourrait s'avérer opportun pour le patient de renouer un lien avec une personne éloignée, d'initier une démarche de conciliation ou de réconciliation, de retrouver un sens, une espérance à travers la maladie, ou toute autre démarche émergeant de la rencontre.

Au plan rituel, si la personne présente un enracinement religieux significatif, une présence confessionnelle ou sacramentelle peut lui apporter un réel soutien.

Selon la demande du patient, le soignant pourrait suggérer une lecture spirituelle, une écoute musicale, une image apaisante, ..., pour nourrir l'espérance ou soulager les questionnements du soigné.

Dans ce registre, il est essentiel que le soignant soit sensible et bienveillant à l'égard de ses propres limites. Personne n'est en devoir d'assumer seul la charge de l'accompagnement d'un patient, de ses proches, et d'offrir la satisfaction de tous ses / leurs besoins.

Circonscrire son rôle, accepter ses possibilités et reconnaître ses limites permet d'intégrer d'autres intervenants, de travailler de manière interdisciplinaire en transmettant, en se coordonnant, en se soutenant. Par là même, l'occasion peut être donnée au bénéficiaire de rencontrer d'autres personnes faisant partie de l'équipe élargie (aumônier, bénévole, art-thérapeute, philosophe, psychologue...).

Si une part de soins spirituels peut être prise en charge par l'ensemble des soignants, nous relevons que les services d'aumônerie peuvent apporter une expérience et une expertise particulière dans des situations plus spécifiques ou aiguës: Détresse spirituelle, crises de foi, enjeux religieux ou théologiques particuliers.

Prendre en compte la charge émotionnelle que représentent les soins palliatifs nécessite que tout professionnel sache prendre soin de lui-même, prendre une distance salutaire par rapport à son rôle et reconnaître l'utilité d'une supervision.

4 Compétences

Individuelles

(ce qui est attendu de chaque personne dans l'équipe soignante)

- Développer une attitude intégrant l'authenticité dans la relation: le respect de l'altérité dans ce que chacun est, dans ce qu'il croit et dans ce qu'il peine à croire.
- Pratiquer une écoute active, une approche centrée sur le patient
- Savoir être présent sans apporter forcément des solutions
- Être attentif à ses intuitions et savoir agir en fonction
- Identifier et respecter ses limites, être vigilant face aux dangers de projections et prosélytisme.

Spécialisées

- Incarner la vie spirituelle et offrir un temps, un espace pour habiter cette dimension.
- Démontrer une expertise dans l'accompagnement spirituel des patients, proches et soignants.
- Evaluer à l'aide des outils adéquats les enjeux spirituels, religieux et éthiques et proposer des démarches qui les respectent,
- Connaître les différentes traditions religieuses, la littérature qui s'y réfère
- Célébrer de manière appropriée des rituels, des sacrements ou appeler un-e collègue, un répondant plus proche des origines, des croyances, des traditions du patient.
- Dynamiser la démarche spirituelle de l'équipe.
- S'impliquer dans la formation des soignants, et le cas échéant, les recherches et les publications

Générales

(ce qui est attendu de tous les membres de l'équipe œuvrant en interdisciplinarité)

- Créer un espace de rencontre et de disponibilité
- Acquérir et mettre en œuvre les compétences en communication verbale et non-verbale nécessitées par la variété des situations rencontrées
- Reconnaître l'impact que peuvent revêtir la spiritualité et la religion pour les patients et leur entourage et savoir évaluer leurs besoins.
- Prodiguer des soins respectueux des besoins spirituels, pratiques religieuses et croyances, selon ce qui est possible
- Développer des capacités réflexives, être attentif à sa propre vulnérabilité
- Connaître les apports possibles des autres professionnels et savoir y faire appel
- Faciliter les transmissions orales et écrites relatives aux interventions spirituelles, tout en respectant la confidentialité (voir fig.2, page 5).

5 Mise en œuvre

En Suisse, les différentes législations donnent un espace différent à la dimension spirituelle de l'être humain, de même qu'à l'ancrage religieux et culturel. Par exemple dans le canton de Vaud, dans l'article 169 de sa constitution, il est stipulé que l'Etat reconnaît la dimension spirituelle de l'être humain, ce qui facilite son intégration dans les soins, dans les équipes et dans les services hospitaliers. A Genève, la politique d'accès aux soins pour les intervenants spirituels est plus restrictive, alors qu'au Tessin, les possibilités d'accompagnement sont davantage réduites à l'aspect religieux

Nous pouvons rappeler ici que le principe de laïcité, qui autrefois a réagi au pouvoir religieux prépondérant dans certains domaines (santé, enseignement, ...), n'est pas une raison de mettre à l'écart la spiritualité, laquelle est

Consensus pour la «best practice» en Suisse

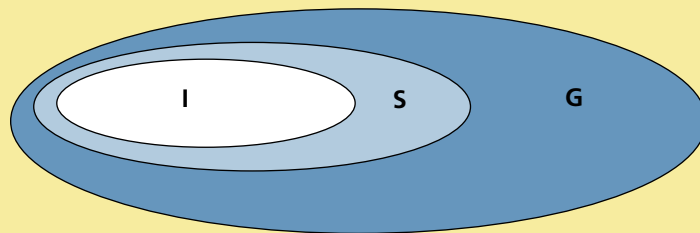


figure 2

Schéma de l'imbrication des compétences individuelles (I), spécialisées (S) et générales (G), constituant la richesse du vécu d'une équipe palliative qui inclut les soins spirituels.

intrinsèque à la nature humaine. De la sorte, des ouvertures sont possibles dans des contextes qui n'ont pas officiellement pris position à ce sujet.

Nous tenons ici à relever quelques constatations importantes faites au cours de nos échanges:

- Les patients sont les premiers bénéficiaires de cette ouverture spirituelle
- les services de soins palliatifs qui intègrent la dimension spirituelle dans le vécu «communautaire» de l'équipe y trouvent richesse et intensité.
- Certaines équipes extra-hospitalières ne peuvent pas compter sur une personne ressource en spiritualité. Ce problème devra faire l'objet de développements ultérieurs.

Pour stimuler le développement d'une spiritualité intégrée au vécu des patients et des équipes soignantes, voici quelques pistes concrètes et recommandées:

- Inviter un aumônier à rencontrer voire à intégrer l'équipe palliative, dans un esprit de réciprocité,
- Travailler à la mise en commun des valeurs, des questions spirituelles actives chez chacun des membres de l'équipe palliative,
- Intégrer l'approche spirituelle dans une charte (p.ex. dans le cadre d'un audit).
- Encourager la recherche dans ce domaine pour documenter les constatations issues de l'expérience.

6 Références bibliographiques

Français

- Cosette Odier, Accompagnement spirituel ou «faire passer un chameau par le trou d'une aiguille», Frontières 2004
- Eckhard Frick, Peut-on quantifier la spiritualité?, Revue francophone de psycho-oncologie, 2006 n°3
- Rapport du Groupe de Travail sur la prise en compte de la dimension spirituelle chez les personnes hospitalisées en CTR: disponible sur www.readaptation.ch/fichiers/DossierSpiCTR28.10.04.pdf
- C. Rougeron, Les besoins spirituels des malades en fin de vie à domicile, Le Courrier de l'éthique médicale (7), n° 2, 2e semestre 2007, p 17-19
- La spiritualité en soins palliatifs, Guide des soins palliatifs du médecin vaudois, N° 5, 2008, supplément gratuit du courrier du médecin vaudois n° 6 2008
- C. Bollondi & coll, Spiritualité et soins infirmiers, Cycle d'approfondissement en soins palliatifs, HUG, 2001

- Béatrice Dolder, L'espace spirituel et l'art-thérapie en soins palliatifs, Infokara 2007; 22:79-87
- Henri Dom, Accompagnement spirituel et spiritualité au sein du mouvement des Hospices, Journal EAPC 2002, 9

Allemand

- Ralph Charbonnier, Seelsorge in der Palliativversorgung, Wege zum Menschen, Jg 60, 512-528
- Spiritualität und Medizin, Gemeinsame Sorge um den Kranken Menschen, Hg. Eckhard Frick, Traugott Roser, 200 S., Kohlhammer 2009
- Traugott Roser, Spiritual Care, Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge, 304 S., Kohlhammer 2007
- Birgit Heller, Bedeutung religiös-kultureller Unterschiede in der Palliative Care, in C. Knipping, Lehrbuch Palliative Care, S.432-437, Hans Huber 2006
- Erhard Weiher, Das Geheimnis des Lebens berühren, Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod, Eine Grammatik für Helfende, 357 S., Kohlhammer 2008
- Erhard Weiher, Spirituelle Begleitung in der Palliative Care, in C. Knipping, Lehrbuch Palliative Care, S. 438-453, Hans Huber, 2006
- Christian Zwingmann, Erfassung von Spiritualität/Religiosität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2005;55:241-246

Italien

- A.Filiberti (a cura di), Quale uomo per quale cura? Argomenti per una clinica etica, Franco Angeli, Milano 2005.
- A.Filiberti, R.Lucas (a cura di), La spiritualità nella sofferenza. Dialoghi tra antropologia, psicologia e psicopatologia, Franco Angeli, Milano 2006.
- M.Petrini, La cura alla fine della vita. Linee assistenziali, etiche, pastorali, Aracne, Roma 2004.
- L.Sandrin, Pastorale della salute, in BUCCI R. (a cura di), Manuale di medical humanities, Zedigroma, Roma 2006.
- L.Sandrin, Abbi cura di te. C'è un tempo per gli altri e un tempo per sé, Camilliane, Torino 2007.
- L.Sandrin, Aiutare senza bruciarsi. Come superare il burnout nelle professioni di aiuto, Edizioni Paoline, Milano 2004.
- L. Sandrin, Chiesa, comunità sanante. Una prospettiva teologico-pastorale, Paoline, Milano 2000

Consensus pour la «best practice» en Suisse**Anglais**

- Cicely Saunders, Spiritual pain. *Journal of Palliative Care*, 1988; 4(3) sept: 29-32,
- Christina M. Puchalski, Interdisciplinary Spiritual Care for Seriously Ill and Dying Patients: A Collaborative Model; in *Cancer J* 2006;12:398-416
- Christina M. Puchalski, *A Time for Listening and Caring*, Oxford, University press, 2006
- Karen M. Gutierrez, Critical Care Nurses' Perceptions of and Responses to Moral Distress, in: *DIMENS CRIT CARE NURS.* 2005;24(5):229/241
- Roberta Cavendish, Do Pastoral Care Providers Recognize Nurses as Spiritual Care Providers? in *Holist Nurs Pract* 2007;21(2):89–98
- Ke-Ping Yang, Xiu-Ying Mao, A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey; in *International Journal of Nursing Studies* 44 (2007) 999-1010
- Roberta Cavendish, Patients' Perceptions of Spirituality and the Nurse as a Spiritual Care Provider; in *Holist Nurs Pract* 2006;20(1):41-47
- Rene van Leeuwen, Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility, *Journal of Clinical Nursing* 15, 2006, 875-884
- Richard J. Wall, Spiritual care of families in the intensive care unit; in *Crit Care Med* 2007 Vol. 35, No. 4
- Roberta Cavendish, Spiritual Perspectives of Nurses in the United States Relevant for Education and Practice; *Western Journal of Nursing Research*, 2004, 26(2), 196-212
- Harold G. Koenig, Concerns About Measuring «Spirituality» in Research, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Volume 196, Number 5, May 2008

Liste des participants à la session 2008:**Responsables**

Cosette Odier
Hans Neuenschwander
Daniel Pétremand
Claude Fuchs

Participants

Eva Balmer
Christian Bernet
Gérard Berney
Jean-Michel Bigler
Catherine Bollondi Pauly
Daniel Büche
Elke Burg
Manuela Colla Züger
Monica Escher
Claudia Gamondi
Heike Gudat
Philippe Laurent
Luisella Manzambi
Bea Marx
Hans Ruedi Meier
Ruth Merk
Catherine Pictet
Sébastien Philipona
Daniel Rauch
François Rosselet
Margherita Stefen-Fantini
Nathalie Steiner Collet
Jeannine Stepczynski
Nicole Thorens
Sylvie Wermeille

Rédaction

Daniel Pétremand
Jean-Michel Bigler
Daniel Büche
Philippe Laurent
Claude Fuchs

Consensus pour la «best practice» en Suisse

Consensus pour la « best practice » en Suisse