



Centre hospitalier universitaire vaudois

Intégration de la spiritualité dans la prise en charge : un cas de réadaptation gériatrique

Lopez Bernadette, accompagnante spirituelle
Rochat Etienne, accompagnant spirituel et
Responsable de la Plateforme MS3

CHUV 24.1.2017



Plan de la présentation

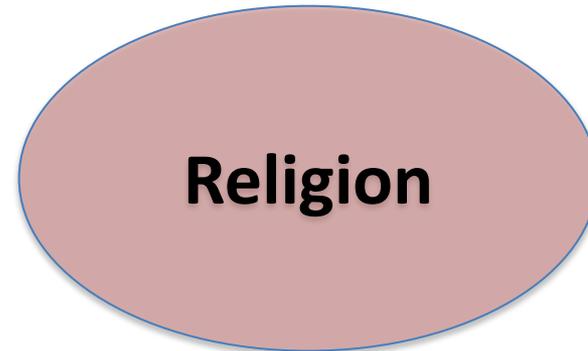
- Soins et spiritualité : aspect idéologique
- Médecine et spiritualité : la recherche
- Médecine et spiritualité : la clinique
- Prise en charge globale et spiritualité : aspects transverses
- Présentation du modèle d'évaluation STIV/SDAT
- Présentation d'une vignette clinique

Soins et spiritualité

- La spiritualité est traitée différemment dans chacun des silos disciplinaires de la communauté soignante :
- Silo des soignants : très idéologique
- Silo des médecins : très pragmatique
- Silo des aumôniers : très narratif

Soins et spiritualité

- L'acquis du silo disciplinaire soignant :
- **Religion** et **spiritualité** sont distinguées

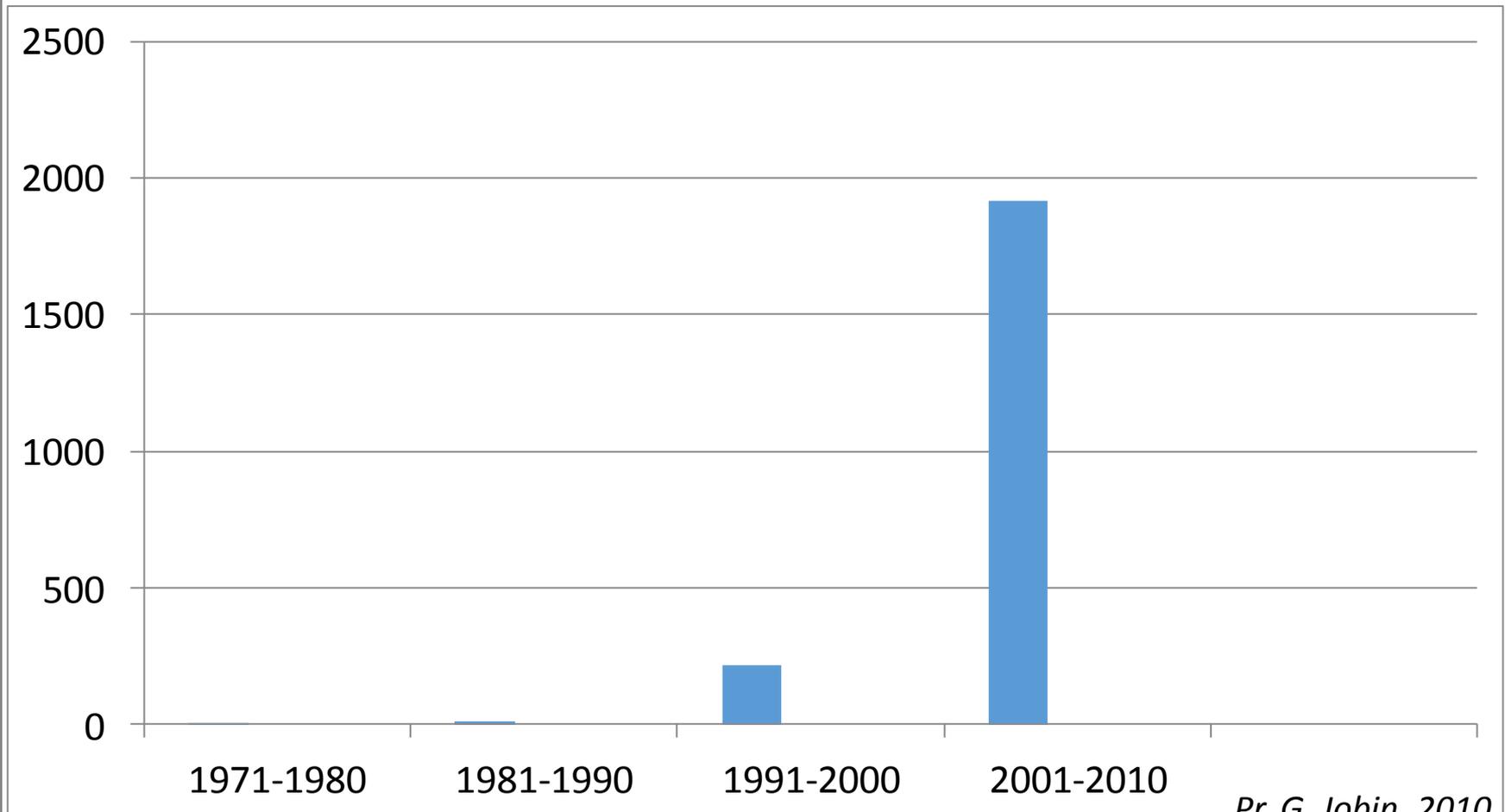


Soins et spiritualité

Dans le silo disciplinaire médical, au plan de la recherche :

- Religion, religiosité et spiritualité sont peu distinguées, même si la recherche n'est pas centrée sur une religion particulière, mais sur des aspects particuliers comme la croyance en une puissance supérieure, la paix intérieure, ou encore des pratiques singulières (prière, méditation, etc.) ou communautaires (rites, etc.).

Spiritualité en médecine, aspects de recherche



Pr. G. Jobin, 2010

Spiritualité en médecine, aspects cliniques

- En clinique, comme plus de 60 % des patients souhaitent que leur médecin aborde la question de la spiritualité et ou de la croyance religieuses avec eux, plusieurs listes de questions ont été développées pour que le médecin puisse entrer en dialogue sur cette thématique : SPIR / FICA, HOPE, etc.

Spiritualité en médecine, aspects cliniques

- Importance of faith and medical decision regarding cancer care
- 100 patients with advanced lung cancer and 257 oncologists.

	Rank	
	Patients	Oncologists
•Cancer doctor's recommendation	1	1
• Faith in God	2	7
•Ability of treatment to cure disease	3	2
•Side effects	4	3
•Family doctor's recommendation	5	5
•Spouse's recommendation	6	4
•Children's recommendation	7	6

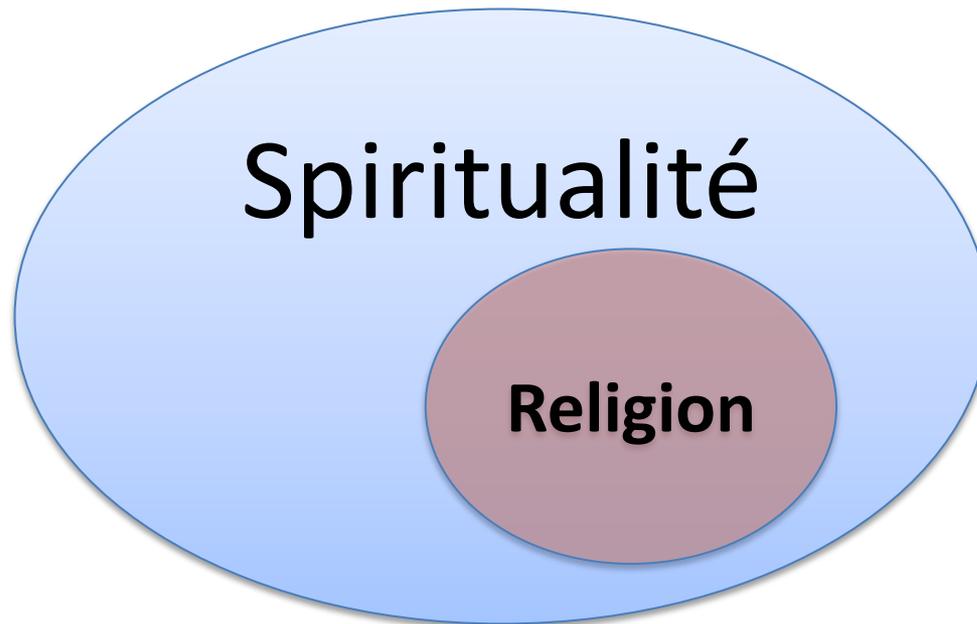
Présentation du SPIR

- ✓ **Spiritualité, croyance**
«Vous décrivez-vous au sens le plus large du terme comme une personne croyante, spirituelle / religieuse?»
- ✓ **Place**
«Quelle est la place de la spiritualité dans votre vie ?
Quelle est son importance dans le contexte de votre maladie?»
- ✓ **Intégration**
«Etes-vous intégré dans une communauté spirituelle ?»
- ✓ **Rôle**
«Quel rôle souhaiteriez-vous me donner dans le domaine de la spiritualité ?»

Liens entre spiritualité et religion

Perspective transverse

Articulation possible dans une institution laïque de santé



Liens entre spiritualité et religion

Perspective transverse

- La dimension spirituelle d'un patient ne peut pas être réduite à son éventuelle appartenance religieuse
- La dimension spirituelle d'un patient peut être déterminée par son éventuelle appartenance religieuse

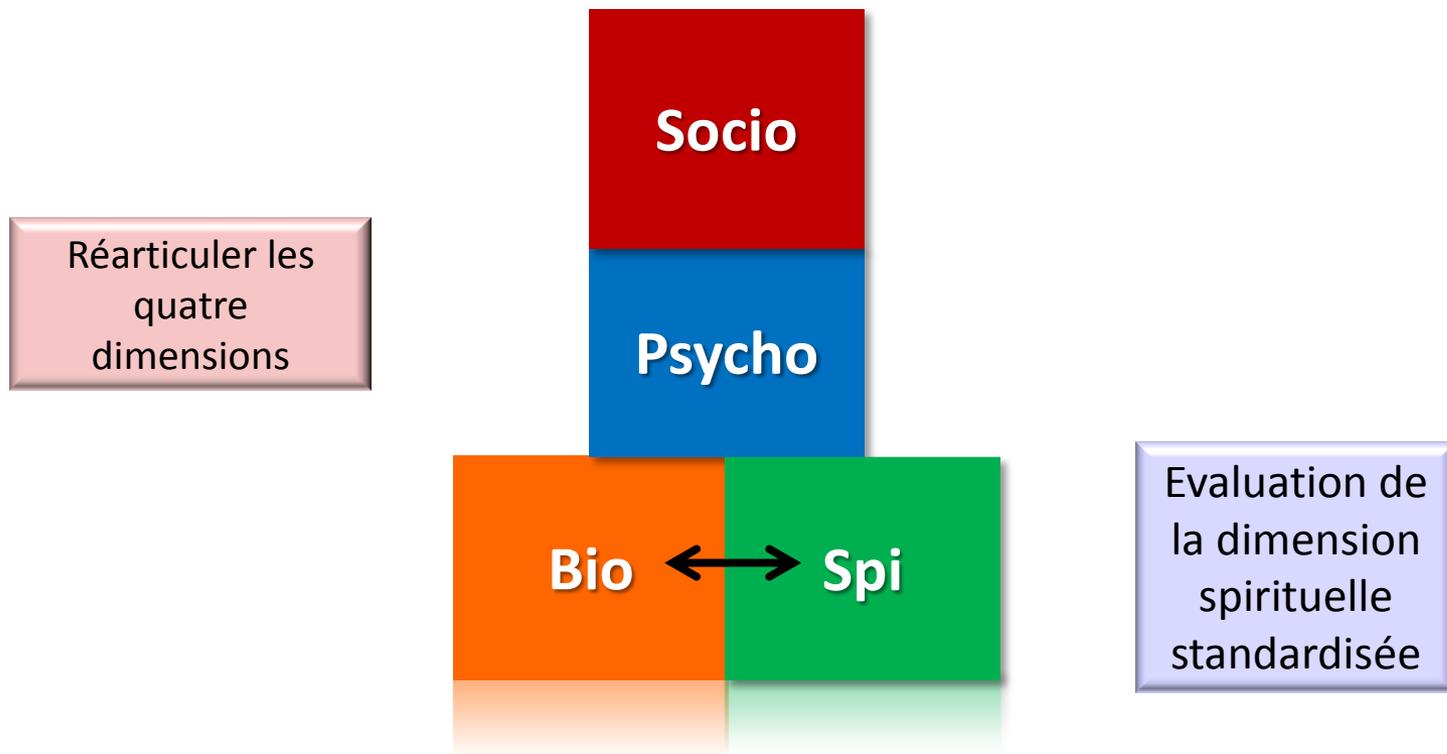
Modèle biopsychosocial et spirituel

(Sulmasy, 2002)



*Source : Stéphanie Monod, Soins aux personnes âgées. Intégrer la spiritualité ?
coll. Soins & Spiritualités, ed Lumen vitae, Bruxelles, 2012.*

Réarticulation des 4 dimensions



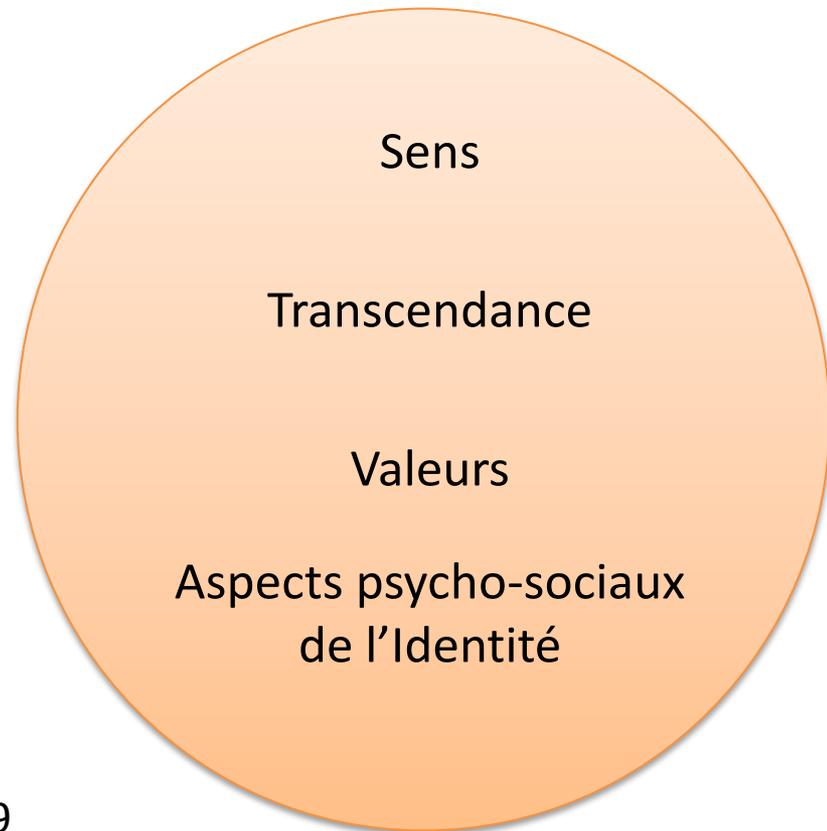
Présentation du modèle d'évaluation STIV SDAT

Références :

- Monod, Stefanie et collab. 2010. The Spiritual Needs Model: Spirituality assessment in the geriatric hospital setting. *Journal of Religion, Spirituality and Aging* 22, n° 4 : 271 - 284.
- Monod, Stefanie et collab. 2010. Development and validation of an instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons : The Spiritual Distress Assessment Tool. *BMC Geriatrics*, n°10.
- Monod, Stefanie et collab. 2011. Spirituality Assessment in Clinical Research: A Systematic Review of Instruments. *JGIM* 26.
- Monod, Stefanie et collab. 2012. Validation of the Spiritual Distress Assessment Tool in older hospitalized patients. *BMC Geriatric*, n° 12.

Concept de la spiritualité à 4 sous-dimensions

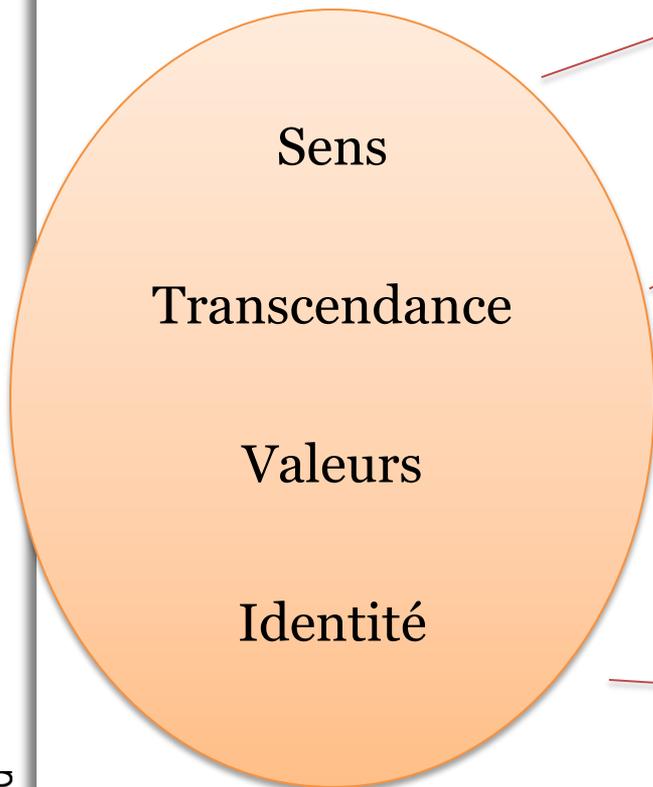
Dimension
spirituelle



S. Monod, E. Rochat. Gerontology 2009

Modèle des besoins spirituels

Dimension de la spiritualité



Besoins spirituels

Besoin d'un équilibre global de vie

Besoin d'être en lien avec sa transcendance

Besoin que les soignants comprennent ce qui a de la valeur pour soi

Besoin d'être associé aux décisions des soignants

Besoin de maintenir son identité

Evaluation de la détresse spirituelle

Dimensions de la spiritualité

Sens

Transcendance

Valeurs

Identité

Besoins spirituels

Besoin d'un équilibre global de vie

Besoin d'être en lien avec sa transcendance

Besoin que les soignants comprennent ce qui a de la valeur pour soi

Besoin d'être associé aux décisions des soignants

Besoin de maintenir son identité

Exemples de besoins non couverts

“je sais que je dois faire avec, que je dois retrouver un équilibre, mais j'arrive pas... je n'ai plus la force...”

Résultats possibles de cette évaluation

- Ce que cette évaluation permet de dire :
 - La présence (ou non) d'une détresse spirituelle et sa qualification (type et degré)
 - La dynamique interne à la dimension spirituelle de la personne
 - Un profil (sur quelle sous dimension la personne est centrée)
 - Des recommandations pour l'accompagnement et l'élaboration du plan de soins

Etape 1

Evaluation de la dimension spirituelle

- **Aumônier**
- Modèle de besoins spirituels **STIV**

Etape 2

Intégration de la dimension spirituelle avec les autres dimensions

- Equipe interdisciplinaire (y compris aumônier)
- **Colloque interdisciplinaire**
- **Discussion éthique**

Etape 3

Construction d'un plan de soins coordonné

- Chaque membre de l'équipe interdisciplinaire (y compris l'aumônier)
- Prise en charge coordonnée des besoins

Présentation d'une vignette

Mme X, 75 ans

Bio

Histoire médicale:

- Fracture de hanche suite à une chute
- Pose d'une PTH
- BEG

ATCD:

- Episodes dépressifs (actuellement contrôlé)
- Maladie de Horton

Mme X, 75 ans

- Mme X a été infirmière pendant de longues années dans un hôpital psychiatrique, d'où son réflexe de contrôler sans cesse les médicaments qu'on lui donne. L'équipe médicale et soignante est exposée à une patiente très exigeante.
- Même si en apparence c'est une personne calme et bienveillante (vis-à-vis de l'équipe médicale et soignante), elle peut se mettre en colère quand elle a le sentiment de perdre le contrôle de ce qui se passe (instabilité émotionnelle)
- Mme X a une conscience religieuse très stricte. Lors de son séjour, elle est très préoccupée par une situation en lien avec sa communauté de foi, ce qui la rend très anxieuse.

Mme X, 75 ans

- Mme X vit avec son mari, qui est malade lui aussi, avec des troubles cognitifs.
- Mme X est très attachée à son mari. Elle vit très mal toute séparation, même courte.
- Le couple a une fille qui, avec son mari, reste très présente. Mme X ne décide rien ni ne fait rien sans l'accord de sa fille. Pour la fille et le beau-fils : la prise en charge du couple devient très lourde.

Mme X, 75 ans

Socio

- Avant son hospitalisation: repas à domicile 2 x semaine, ménage assumé par le couple.
- Lors du séjour à l'hôpital, Mme prend conscience qu'il sera très difficile, vu leur état de santé, de continuer de vivre dans leur appartement, même avec des aides extérieures augmentées.

Mme X, 75 ans

Spi

Evaluations de Mme X par le SDAT (Spiritual Assessment Tool)

(trois évaluations stables au cours du séjour)

- Mme X présente une détresse spirituelle moyenne à sévère, avec un profil sur la Transcendance (sous dimension la plus importante pour elle).
- La dynamique interne de la dimension spirituelle est limitée.

Cette évaluation permet de formuler 3 hypothèses :

- 1) L'alliance thérapeutique sera difficile à mettre en place, tant dans les aspects relationnels que dans ceux qui touchent au plan de soins.
- 2) La personne veillera à la conformité des projets proposés par rapport à la volonté présumée de (son) Dieu et non pas par rapport aux bénéfices potentiels qu'offre la médecine.
- 3) La personne aura une difficulté plus grande que la moyenne à distinguer ses intérêts propres des intérêt plus globaux (peu de possibilité de prendre des décisions pour soi, et impacts des décisions sur elle-même et sa qualité de vie peu distingués des impacts sur la famille et les proches).

Mme X, 75 ans

Spi

Cette évaluation génère trois recommandations :

- 1) Le médecin et l'équipe soignante doivent développer une alliance thérapeutique spécifique avec Mme X.
- 2) Dans le cadre de cette alliance :
 - a. les intervenants seront attentifs à leur posture physique lors des visites médicales ou lors des soins.
 - b. au plan du **processus**, les intervenants ne proposeront pas de projets (traitements, avenir) sans une rencontre avec les proches.
 - c. les intervenants oseront le dialogue sur la Foi et la Spiritualité.
- 3) Le projet à proposer pour la suite, et qui ne devrait pas déclencher de résistance, est un placement du couple en EMS de suite.

Mme X, 75 ans

Colloque interdisciplinaire suivant :

- Le projet proposé par médecin chef, médecin assistant, infirmière, ergo et physio : RAD de suite avec aide.
- Accompagnant spirituel argumente à partir de son évaluation pour un placement du couple en EMS de suite.

Discussion animée puis décision unanime :

- Le projet de placement de couple est retenu et sera proposé lors d'une rencontre de famille.
- Ce projet sera mis en œuvre, si possible, à partir du domicile.
- Une préinscription sera néanmoins faite depuis le CUTR avec l'aide de l'IDL.

Conclusion : take home messages

- Il existe un modèle biopsychosocial et spirituel pour la prise en charge globale
- Il existe une manière d'évaluer la dimension spirituelle des patients
- Cette évaluation génère un discours sur le patient et des recommandations capables d'impacter le plan de soins