Former les futurs professionnels de la santé à l'intégration de la spiritualité dans les soins

Une enquête en Suisse romande

Serena BUCHTER(1),
Manuela EICHER(2), Stéfanie MONOD-ZORZI(3)

(1) Institut des Humanités en médecine, Faculté de Biologie et de Médecine UNIL-CHUV, ORCID 0009-0000-8173-1742, (2) Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins, Faculté de Biologie et de Médecine, UNIL-CHUV ORCID 0000-0002-7691-719, (3) Département épidémiologie et systèmes de santé, Unisanté, ORCID 0009-0001-8318-5789

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.9807

Résumé : Les étudiants en santé sont-ils aujourd'hui formés, et si oui comment, pour prendre en considération les dimensions existentielles, spirituelles ou religieuses du soin ? Cette attention que l'on nomme spiritual care bénéficie à la qualité des soins et à la santé tant des soignants que des soignés. Elle prépare les futurs professionnels à mieux accueillir la vision du monde et de la santé de leurs patients, à comprendre leurs choix et questions, à favoriser la mobilisation de leurs ressources dans ce domaine pour faire face aux épreuves de la vie. Cependant cette formation n'est pas encadrée, ni ne semble particulièrement promue dans les cursus des filières en santé en francophonie européenne. Pour mieux estimer cette formation au spiritual care, une enquête a été réalisée auprès des établissements de formation prégraduée en sciences médicales et infirmières de Suisse romande (francophone). Le but de cette enquête est d'objectiver en particulier le volume horaire, la perception de l'enseignement, le soutien reçu et souhaité, les compétences-clés travaillées dans les curricula pour ces thématiques. Globalement, les répondants jugent que cet enseignement est trop superficiellement traité par manque d'heures de cours. L'enseignement est le plus souvent réalisé dans le cadre de modules à option avec un petit nombre d'étudiants probablement déjà sensibilisés. Les enseignants souhaiteraient plus de soutien (référentiels, matériaux pédagogiques) mais aussi de pouvoir ouvrir des espaces de débats et d'échanges de pratiques.

Mots-clés : spiritualité, spiritual care, éducation en santé, vulnérabilité

Abstract: Are healthcare students today trained to take into account the existential, spiritual or religious dimensions of care? This attention is called spiritual care and has benefits for the quality of healthcare services and for the health of both caregivers and patients. Spiritual care training prepares future caregivers to be more receptive to their patients' worldviews, to understand their choices and questions, and to consider their spiritual needs and resources. However, in European french speaking countries, there is no adopted framework or official references for this training. This education doesn't appear to be particularly promoted in health care curricula. In order to gain a better understanding of this spiritual care training, a survey was carried out among pre-graduate medical and nursing schools in French-speaking Switzerland. The aim of the survey was to objectivize : the number of dedicated hours, the perception of teaching, and the key competencies developped in the curricula for these themes, the support received and desired from teachers. Overall, respondents felt that teaching was too superficial, due to a lack of teaching hours. Teaching is

most often carried out as part of optional modules with a small number of students who are probably already aware of the issues. Teachers would like to see more support (reference materials, teaching tools, etc.), as well as opportunities for debate and exchange.

Keywords: spirituality, spiritual care, health education, vulnerability.

1 Introduction

L'attention des professionnels de la santé, aux dimensions existentielles, spirituelles et religieuses du soin, et toutes les actions qui en découlent, est de plus en plus souvent nommée « spiritual care » (Réseau Santé, 2018). Le spiritual care[1] prend en compte les questions, désirs et ressources mais aussi les besoins et souffrances dans le domaine existentiel, spirituel et/ou religieux des patients.

Depuis les vingt dernières années, dans le champ de la santé, ce domaine fait l'objet d'un nombre exponentiel de recherches en spiritual care. Ces travaux encouragent systématiquement la formation des professionnels de la santé à cette prise en considération. La plupart des études portant sur le spiritual care ont en effet montré un impact positif de celui-ci d'une part sur l'état de santé et d'autre part sur la qualité des soins (Dominguez, Veronese, & Barbagallo, 2024 ; Oman & Syme, 2018). Ces études concluent ainsi à l'importance cruciale de la formation initiale et continue au spiritual care.

Depuis les années 2010, des référentiels pour l'enseignement du spiritual care ont été publiés afin de favoriser et guider la formation des futurs professionnels de la santé, principalement les médecins et infirmiers[2] (Anandarajah *et al.*, 2010 ; McSherry *et al.*, 2020 ; Puchalski *et al.*, 2014). Ces référentiels de compétences précisent en particulier des éléments de définitions (concernant l'existentiel, le spirituel et le religieux), les compétences à développer et proposent des stratégies pédagogiques adaptées.

Une des définitions la plus fréquemment utilisée dans ces référentiels pour la spiritualité est une définition consensuelle co-construite par des experts internationaux et portée par la Dre C. Puchalski, directrice de l'Institut Spiritualité & Santé à l'Université George Washington en 2014. La spiritualité est décrite comme :

> « la dimension dynamique de la vie humaine, relative à la manière dont les personnes (en tant qu'individu ou en communauté), expérimentent, s'expriment et/ou cherchent un sens, un but et une transcendance, ainsi que la manière dont ils se connectent au moment présent, à eux-mêmes, aux autres, à la nature, à ce qui a du sens et/ou au sacré. »[3]

[1] La formulation « soins spirituels » ne sera pas utilisée dans les travaux de cette recherche. En francophonie européenne, elle évoque fréquemment des pratiques de type « invocation de(s) l'esprit(s) », pratiques chamaniques, etc. c'est-à-dire des soins qui se réclament de l'action d'un ou de plusieurs esprits ou d'énergies directement sur la santé.
Spiritual Care : Tome 1, Comment en parler en français ? Des concepts pour des contextes : Sauramps médical ; 2018.

[2] Nous avons choisi d'utiliser le masculin pour plus de lisibilité, sans discrimination de genre et conscientes que ces deux types de formations sont aujourd'hui majoritairement étudiées par des femmes.

[3] Cette version française de la définition consensuelle de Puchalski, ainsi que celle du NES (plus loin) ont été traduites à l'aide d'un panel d'exper · tes rassemblés par le réseau RESSPIR sous la direction de

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

Cette définition assume la distinction contemporaine entre spiritualité et religion mais bien plus encore, elle montre au clinicien que chaque personne définit pour elle-même ce qui est spirituel, ce qui est pour elle « sacré ». Elle intègre ainsi pleinement le tournant subjectiviste dans ce champ : le clinicien, pour « faire » du spiritual care, va devoir construire le savoir, et l'intervention qui en découle, à partir de ce qu'en dit son patient, à partir de ce que celui-ci décrit être la spiritualité pour lui.

Ce tournant s'est traduit aussi dans la pédagogie du spiritual care. Celle-ci est passée du paradigme de la connaissance, qui consiste à apprendre des savoirs « livresques » à partir d'une description des cultures, religions, courants spirituels (qui représente « le savoir sur »), au paradigme de l'apprentissage qui consiste à « apprendre à apprendre » de l'autre (qui représente « le savoir avec »). Du côté du « savoir sur » ce sont les courants spirituels/religieux majoritaires qui sont étudiés, du côté du « savoir avec » ce sont les moyens qui permettent de saisir la spiritualité de l'autre, chaque fois unique et différente, qui sont étudiés (Jones *et al.*, 2021 ; Rykkje *et al.*, 2022).

Ce changement de paradigme se réalise sous l'influence de plusieurs courants et phénomènes de société. Tout d'abord, les mutations sociétales des dernières décennies ont profondément changé le paysage culturel et religieux au sein de la population (Stolz, 2017). Les patients appartiennent en effet à une société de plus en plus multiculturelle, ce brassage de cultures et la mixité intergénérationnelle produit un métissage accéléré des appartenances religieuses. A cette mixité grandissante s'ajoute les phénomènes de sécularisation. Les populations « indigènes » sont de plus en plus distanciées de la religion voir, pour une part grandissante, a-religieuses (Stolz *et al.*, 2016), cependant leurs besoins existentiels et spirituels n'en sont pas moins présents (Stripp *et al.*, 2023). Les populations « immigrées » proviennent d'horizons de plus en plus diversifiés, avec des appartenances religieuses certes plus fortes et unifiées au sein de leur communauté mais se traduisent de plus en plus fréquemment par des phénomènes de distanciation et de positionnement a-religieux (notamment suite à des persécutions ou coercitions).

Pour le soignant une seule certitude face à cette diversité : celle de ne plus pouvoir présumer de la spiritualité sur la base d'une provenance géographique, ethnique, et d'un savoir livresque. Le soignant ne peut se baser que sur l'apprentissage d'un savoir-faire, qui lui donne quelques pistes pour approcher la réalité d'autrui avec sensibilité. Ce changement de paradigme s'est aussi traduit dans les approches interculturelles qui se sont développées ces dernières années. Elles sont passées du langage des « compétences culturelles » qui consistaient à connaître et savoir appréhender les codes et pratiques culturelles de différentes cultures/religions pour mieux les intégrer aux démarches de soins, au concept de « l'humilité culturelle » (Foronda *et al.*, 2016) qui est plutôt une posture et démarche d'ouverture invitant à se situer dans le non-savoir « sur » et prêt à apprendre de l'autre dans une approche transculturelle. Une des illustrations est la publication de plusieurs outils de soutien à la conversation sur des sujets existentiels et spirituels ces vingt dernières années dans le milieu de la santé (outils HOPE,

Serena Buchter (Responsable scientifique du Réseau international santé, soins et spiritualités, UCLouvain) et de Pamela Cone (Prof. à l'Azusa Pacific University, California) lors de la traduction et validation du Standard de Compétences au Spiritual Care EPICC. https://www.resspir.org/projets/competences-en-spiritual-care-pour-les-infirmier-eres-et-sages-femmes (consulté le 25.1.2025)

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

TRUST, FICA, SPIR, etc. (McSherry & Ross, 2010)). Ces outils se présentent comme autant de questions qui peuvent être posées pour tenter d'approcher et de « capter » les savoirs du patient qui permettront ensuite de co-élaborer et déployer avec lui un spiritual care.

L'enseignement au spiritual care, dans ce paradigme précisément de l'apprentissage, n'est pas toujours intégré dans les cursus de formation en santé. Or, lorsque cette considération n'est pas présente, il réside un risque d'exclusion d'une partie de la personne (sa part spirituelle), qui peut aboutir à terme à l'exclusion de certaines personnes du système de santé, ne se percevant pas reconnues dans leur diversité. C'est particulièrement le cas des personnes les plus vulnérables, celles qui ne partagent pas les références du système de santé dominant, ni ne savent parler son langage et ses codes pour en profiter.

Les personnes particulièrement précarisées, migrantes ou atteintes de troubles psychiatriques, par exemple, portent parfois des conceptions de la santé différentes. Ces conceptions de la santé sont en général plus instrumentales par rapport à d'autres buts : survivre, trouver un toit, un équilibre, vivre des partages, ressentir une appartenance, etc. La spiritualité représente bien souvent une ressource importante voir essentielle dans leur vie et au cœur de leurs épreuves. Dans une perspective des capabilités, nous pourrions dire qu'un défaut d'attention à leur vie spirituelle les prive à la fois de nous partager leur vision du monde et de la santé ou du sens de leur vie, mais aussi les prive de l'accès à leurs ressources. Négliger ainsi une part de leur humanité, la part spirituelle, peut mener à se sentir exclu du système qui est censé les accueillir mais qui n'arrive pas à prendre leur perspective en considération (Bodenmann *et al.*, 2022 ; Revercez, 2022).

> « Lorsque la biomédecine n'intègre pas une part constitutive de notre identité, sa part spirituelle, elle prend le risque d'exclure son dynamisme de vie le plus essentiel, ramenant la personne à un objet de soins. Elle perd sa perspective duale comme l'énonce Georges Canguilhem en tension entre "connaissance objective et généralisante, d'un côté, et l'expérience subjective et singulière, de l'autre"[4].

Ainsi le spiritual care apprend aux professionnels de la santé à prendre en compte cette dimension spirituelle chez tous les patients rencontrés. L'apprentissage rend attentif aux risques de négligence des besoins spirituels d'un côté, et de l'autre, des risques liés à la violation de l'intimité ou du risque de prosélytisme. Actuellement dans les milieux des soins la balance des risques penche du côté du risque de négligence des besoins spirituels. En effet de nombreux facteurs limitent le déploiement du spiritual care comme le manque de temps, d'intimité et d'encouragements au spiritual care et particulièrement le manque de formation qui est une des priorités majeures pour

[4]Odier S., Buchter S. (2025). De l'exclusion du religieux à l'intégration de la spiritualité, Les voies ouvertes par la Constitution vaudoise pour les institutions sanitaires suisses. In Les exclus de la santé Médecine et Hygiène. citant Lefève, C. (2014). De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical. Revue de métaphysique et de morale, 82, 197-221. citant Lefève, C. (2014). De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical. Revue de métaphysique et de morale, 82, 197-221.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

limiter ces « négligences » (Green, Kim-Godwin, & Jones, 2020 ; Harrad *et al.*, 2019 ; Paal, Helo, & Frick, 2015). Tandis que la peur du prosélytisme ainsi que d'heurter les patients, semble bien présente auprès des étudiants/professionnels en santé, et les prévient de ces risques mais jusqu'à en être excessive et constituer une barrière au spiritual care (McGee *et al.*, 2021). En francophonie européenne, là où la laïcité est de plus en plus interprétée dans la population comme une laïcité d'interdiction (Baubérot), la tendance est à une précaution trop importante. La formation permet de clarifier les limites et les nécessités du spiritual care modérant ainsi ces deux risques.

Au vu de l'importance de l'éducation au spiritual care pour offrir aux patient une prise en soin globale, une démarche de type « état des lieux » a été entreprise dans une région de la francophonie européenne. L'enquête souhaite permettre de mieux objectiver la formation (quantité et qualité) dans les filières en santé en Suisse francophone (romande) pour les filières pré grades en sciences médicales et infirmières.

2 Contexte de l'enquête

En Suisse, les directives professionnelles ou les référentiels de compétences officiels qui permettent de construire les curricula en médecine et en soins infirmiers (PROFILES[5] ou PEC[6] respectivement), mentionnent la nécessité de prendre en compte les choix, besoins spirituels des patients. Cependant ces indications ne permettent pas de déduire avec assurance des exigences pour la formation au spiritual care.

Pour le PROFILES, le référentiel de compétences pour la formation des médecins en Suisse, une des mentions les plus explicite est décrite dans les EPAs (*Entrustable Professional Activities*). Ces EPAs sont des actes qui peuvent être confiés aux étudiants et qui les réalisent en autonomie après une période de probation. Ainsi l'EPA 1.1 stipule que :

> *"Les médecins sont capables de réaliser une anamnèse médicale dans le but "d'obtenir un historique précis et complet de façon organisée, en tenant compte des attentes, des priorités, des valeurs, des représentations et des besoins spirituels du patient ; … »* (traduction des auteures)[7].

Tandis que dans les soins infirmiers, les mentions suivantes permettent de le sous-entendre dans le Plan d'Études Cadre pour la filière de formation soins infirmiers (PEC) : l'infirmier assume son rôle d'expert « en respectant l'autonomie, les choix et préférences des personnes »[8] ; et son rôle de promoteur de la santé « en aidant les patient · es/client · es à prévenir, surmonter, vivre, avec des restrictions fonctionnelles, des handicaps ou la maladie. »[9]

[5] https://www.profilesmed.ch/PROFILES ; Principal Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland. Bern : Joint Commission of the Swiss Medical Schools ; 2017.

[6] PEC Plan d'Études Cadre pour la filière de formation soins infirmiers

[7] "The physicians are able to take a medical history in a way to « Obtain a complete and accurate history in an organized fashion, taking into account the patient's expectations, priorities, values, representations and spiritual needs ; … »."

[8] Compétences Ab1 et Ab3.

[9] Compétence Eb3.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

Ces mentions restent toutefois très générales. Un référentiel de compétences propre au spiritual care permettrait ainsi de clarifier les compétences à acquérir de façon explicite. A l'heure actuelle aucun référentiel spécifique pour l'enseignement du spiritual care n'a été adopté dans les filières de formation en santé ni en Suisse ni en francophonie européenne et aucune obligation n'exige une formation spécifique à l'intégration de la spiritualité dans les soins.

L'Axe Spiritualité-Santé de l'Institut des humanités en médecine (CHUV/UNIL) a mis en œuvre un vaste projet de recherche depuis 2023, pour définir les conditions d'élaboration ou d'adoption et de mise en œuvre d'un tel référentiel pour les cursus pré-grade en médecine et en soins infirmiers (Buchter & Monod, 2024). L'objectif de ces travaux est de trouver les meilleures modalités pour soutenir les enseignants et les institutions de formation afin former de la manière la plus efficiente les étudiants à ces dimensions du prendre soin.

Pour initier cette recherche, un diagnostic de l'état de l'enseignement au spiritual care en Suisse romande (francophone) a été souhaité. Cet état des lieux devait permettre d'identifier auprès des établissements de formation concernés l'étendue, les caractéristiques et les besoins pour cet enseignement. Les objectifs spécifiques étaient :

1. d'objectiver la place du *Spiritual Care* (SC) dans les formations prégraduées en médecine et en soins infirmiers (nombre d'heures, compétences développées, etc.) ;
2. d'identifier les spécificités propres à chaque discipline ;
3. d'explorer les perspectives d'évolution de cet enseignement ;
4. de cerner les besoins en matière de soutien à la formation, notamment l'intérêt d'un référentiel de compétences par rapport à d'autres modalités de soutien.

Ces résultats sont ici présentés et discutés en articulation avec la thématique du numéro sur la diversité des savoirs en santé.

3 Méthode

Pour répondre à ces objectifs, une enquête au design mixte, convergent et parallèle a été retenu. L'enquête a été adressée à un échantillon raisonné composé de répondants issus des institutions de formation prégraduée en sciences infirmières (Haute École de Santé — HEdS) et en sciences médicales (Faculté de médecine) de Suisse romande (N = 10). Les directeurs, directrices, doyens et doyennes ainsi que les responsables des programmes de bachelor ont été contactés individuellement, à plusieurs reprises (relances), par courriel. La plupart ont désigné des enseignants référents et/ou des responsables de programme/année pour y répondre.

Les critères d'inclusion exigeaient soit une implication directe dans un enseignement de type *Spiritual Care*, soit une connaissance approfondie des contenus et modalités de ces enseignements en tant que responsable de programme p. ex. Les personnes ne disposant pas d'une vision globale de cet enseignement (par exemple, formateurs externes invités pour une intervention courte et ponctuelle ou responsables ne connaissant pas le détail des contenus) ont été exclues. Le niveau d'expertise en spiritual care

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

des enseignants ne faisait pas partie des critères d'inclusion, les cursus de formation pour l'enseigner dans les filières en santé étant, à l'heure actuelle, quasi inexistants.

Le souci d'accessibilité et disponibilité des répondants a guidé les modalités de l'enquête. En effet, la crainte d'un taux de participation bas était importante, en raison d'une thématique potentiellement perçu comme « non-prioritaire » et au su de la surcharge des potentiels répondants (enseignants ou de ceux endossant un haut niveau de responsabilité dans la gestion). Le nombre de répondants souhaités était estimé à 20 minimum (2 par institutions) dont 8 par entretien semi-directifs.

Après obtention du consentement (et accord pour l'enregistrement si accepté), la confidentialité des données a été garantie (destruction des enregistrements et anonymisation des transcriptions). Pour favoriser un taux de participation élevé, deux modalités de participation étaient proposées :

- un entretien semi-structuré (durée de 30 minutes annoncée min., modalité privilégiée, enregistrement souhaité mais non obligatoire ; en présentiel ou par visioconférence) ;
- ou, à défaut, un questionnaire par formulaire en ligne (durée de 20 minutes annoncée), reprenant les mêmes questions, des questions ouvertes et quelques questions fermées (principalement des choix à cocher).

La collecte des données sous ces différentes modalités s'est déroulée entre octobre et décembre 2023 au rythme des disponibilités des répondants.

L'enquête n'a pas été soumise à un comité d'éthique, compte tenu de l'absence de risques significatifs pour une population non qualifiée de vulnérable, et du caractère peu invasif des questions (pas d'intrusion dans l'intimité de sa propre spiritualité p. ex.). La confidentialité des données a été garantie et la publication des résultats annoncée à tous les participants (avec anonymisation des données et dans le cadre d'un article publié). Les entretiens semi-directifs qui n'ont pas été enregistré, ont fait l'objet d'une prise de notes la plus exhaustive possible sur le moment même par la chercheuse principale, en amenant les participants à régulièrement reformuler certains passages.

Les questions ont été sélectionnées en s'inspirant d'enquêtes similaires réalisées en Europe cette dernière décennie dans les facultés de médecine ou écoles de soins (Culatto & Summerton, 2015 ; Jones *et al.*, 2021 ; Taverna *et al.*, 2019).

Les principaux aspects investigués portaient sur : le volume horaire, le caractère obligatoire ou optionnel des cours, la perception de l'enseignement (par les étudiants, les collègues ou les directions), le soutien reçu et souhaité (notamment l'intérêt pour un référentiel de compétences) ainsi que les propositions d'amélioration. Les répondants devaient également identifier les domaines de compétences mobilisées, sur la base des compétences proposées par le *Standard EPICC* pour l'enseignement au *Spiritual Care*, à savoir :

1. Spiritualité intrapersonnelle (prise de conscience de sa propre spiritualité, de son histoire, de ses ressources, de ses réactions face à la spiritualité d'autrui) ;

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

2. Spiritualité interpersonnelle (capacité à entrer en relation avec autrui sur ces questions) ;

3. Évaluation des besoins et planification des soins (évaluation de la détresse spirituelle, adaptation du plan de soins) ;

4. Interventions et évaluation (mise en œuvre et évaluation d'interventions pertinentes).

Cette répartition est aujourd'hui fréquemment utilisée pour catégoriser des résultats de recherches dans les études en pédagogie du spiritual care (Jones *et al.*, 2021). Le référentiel EPICC a été identifié en 2024 comme celui faisant actuellement autorité dans le domaine au niveau international (Buchter & Monod, 2024).

Le guide d'entretien pour les entretiens semi-directifs était similaire au questionnaire (voir annexe) à l'exception de questions de relance, adaptées sur le moment aux remarques et réponses des répondants et dans le but d'approfondir les difficultés, paradoxes ou souhaits des répondants pour cet enseignement. Des espaces pour des remarques « libres » étaient proposées dans le questionnaire en ligne, ainsi que la possibilité de transmettre leur support de cours, syllabus, plan de cours etc.

Le questionnaire et guide d'entretien a été révisé par les deux collaborateurs experts en spiritual care de l'Institut des Humanités en médecine du CHUV, puis testé auprès de deux enseignants, un en faculté de médecine et un en HEdS (test de type « acceptabilité »).

3.1 Méthode d'analyse

Les données qualitatives issues des questions ouvertes ont fait l'objet d'une analyse thématique. Le codage était inductif à l'exception de celui relatif aux compétences, pour lesquelles un codage déductif basé sur la structure du *Standard de compétences EPICC* a été appliqué. Les codes et l'analyse thématique ont été discutés par les deux collaborateurs experts en spiritual care de l'Institut des Humanités en médecine du CHUV qui avaient précédemment révisé le questionnaire.

4 Résultats

4.1 Participation

Neuf institutions sur dix ont répondu à l'enquête (4/4 Facultés de médecine et 5/6 Hautes Écoles de Santé). Ainsi au total 27 participants ont contribué à l'enquête : 5 en posture de responsabilité ; 18 enseignants et 4 intervenants externes dans le cadre de cours spécifiques confiés. L'enquête s'est déroulée pour la majorité (20 participants) par le formulaire en ligne et 7 entretiens ont été acceptés et deux réalisés en présentiel ou cinq par vidéo-conférence. Le temps moyen des entretiens était de 55 minutes, bien au-delà des 30 minutes annoncées. Quatre entretiens ont pu être enregistrés et transcrits. Le codage a été effectué sur les trois autres à partir de la prise de note. Un seul site, sur les 10 existants dans la région romande, n'a pas pu fournir de personnes répondantes pour l'enquête.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

4.2 Volume d'heures et type de cours

L'enseignement dédié à la spiritualité est soit explicite dans des cours dédiés, soit inclus dans d'autres cours. Il peut être offert dans des cours obligatoires ou optionnels. Le nombre d'heures varie entre 0 et 16 heures, le nombre maximum d'heures étant en général réalisé dans le cadre d'un cours à option, impliquant un nombre très restreint d'étudiants. Lorsque cet enseignement est obligatoire, il est généralement beaucoup plus réduit et représente 2h à 8h de « sensibilisation ». L'enseignement est aussi parfois intégré dans d'autres cours, typiquement lorsque sont évoquées des problématiques complexes, en particulier et par ordre de fréquence : Soins palliatifs ; Deuil/perte ; Oncologie ; Interculturalité ; Théorie de soins infirmiers (dans le HEdS) ; Éthique ; Gérontologie et mentionné qu'une seule fois : Sciences humaines ; Self-care/Mindbody ; Santé communautaire.

Sur la base de ces résultats, il est impossible d'établir une moyenne, médiane et écarts-types des heures attribuées à cette thématique dans les plans d'études actuels (Tableau 3). En effet, pour établir une telle moyenne il aurait fallu obtenir le nombre d'étudiants participant chaque année aux cours à option en spiritual care sur un certain nombre d'années, ainsi que dans les cours où cette thématique est abordée avec le nombre exact d'heures. Ces données sont très complexes et difficiles à collecter, et très variables selon les années (changements d'enseignants, cours à option bisannuel, etc.). Le tableau montre ainsi la dispersion de ces heures selon les modalités (cours obligatoire ou à option).

Tableau 3 : Variation du volume d'heures entre établissements de formations et selon le type de cours

	Nombre d'heures de cours dédiés spécifiquement au spiritual care (dispersion : entre x et y nbre d'heures selon les établissements de formation)		**Nombre d'heures de cours où des aspects du spiritual care sont intégrés dans d'autres cours** (dispersion : entre x et y nbre d'heures selon les établissements de formation)	
	Cours obligatoires	**Cours à option**	**au sein d'un cours obligatoire ou à option**	**Thème du cours** (par ordre décroissant de fréquence)
Facultés de médecine (prégrade)	0	0-15	0-4	Soins palliatifs ; Interculturalité ; Éthique ; Sciences humaines ; Self-care/Mindbody.
Hautes Écoles de Santé (filière prégrade en soins infirmiers)	4-10	0-16	4-12	Soins palliatifs ; Deuil/perte ; Oncologie ; Interculturalité ; Théorie de soins infirmiers ; Éthique ; Gérontologie, Santé communautaire.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

L'enquête met en évidence que trois facultés (sur quatre) de médecine n'ont pas de cours dédiés à la spiritualité, ni en bachelor ni en master. La 4e propose un cours dédié, mais uniquement dans le cadre d'un cours à option (15h) réunissant, lorsqu'il a lieu, très peu d'étudiants (entre 4 et 8 selon les années).

Cependant des répondants à l'enquête au sein des facultés de médecine évoquent des apprentissages qu'ils ne qualifieraient pas explicitement de « *spiritual care* » mais qui sont proches, par exemple lorsqu'ils mettent l'accent sur l'accompagnement des étudiants dans leur développement identitaire. Avec des dispositifs pédagogiques différents, ils accompagnent les étudiants à différents types de prise de conscience qui inclut une exploration de leur intériorité, de leurs ressources et de la manière dont ils développent leur identité de médecin : *« …les aider à aller en profondeur, à faire un travail sur soi en sorte » Verbatim 12J ; « […] voir comment cela résonne en eux. » Verbatim 12M ;* ou lors d'une réflexion identitaire dans un cours sur le professionnalisme : *« quel rêve a été détruit à ce moment-là ? » Verbatim 7Q.*

Pour les soins infirmiers, la majorité des cursus bachelor des HEdS, offrent 4-10h de cours obligatoires ciblés sur le spiritual care et intègrent des éléments dans d'autres cours thématiques. Cela peut représenter jusqu'à 20h de cours obligatoire. Ces enseignements sont décrits comme ayant pleinement leur place dans les études *: « c'est en fait au cœur de notre pratique infirmière depuis Nightingale » Verbatim 16B.* L'inscription de la dimension existentielle et spirituelle du soin dans les théories de soins infirmiers est un élément récurrent et fondateur pour ces enseignants qui souhaiteraient pouvoir encore plus intensifier ces fondements : *« On a ce concept d'holisme dans les soins infirmiers […] » Verbatim 17N ; « […] c'est là, ça toujours été là, c'est comme … oublié. » Verbatim 17E.*

4.3 Appréciation de l'enseignement

Globalement l'enseignement est jugé insuffisant, notamment en termes de temps alloué (Figure 1).

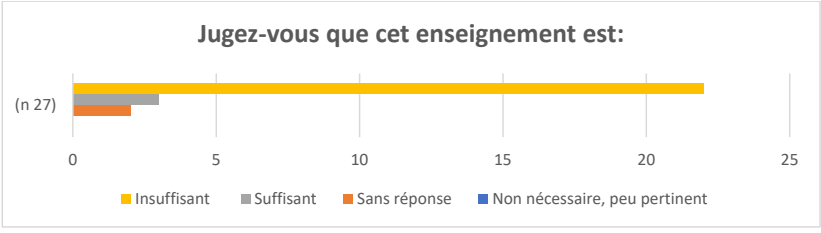


Fig. 1 : Appréciation de l'enseignement au Spiritual Care

Plusieurs répondants des HEdS souhaiteraient avoir la possibilité de montrer l'impact de la prise en compte de la spiritualité dans des situations concrètes et par le biais d'études de cas : *« On n'a pas le temps de faire faire des exercices et du coup ils vont trouver cela trop théorique » Verbatim 16J.* Par manque de temps, la spiritualité est abordée de manière trop superficielle au détriment d'une appropriation par les étudiants. Ils postulent ainsi un faible impact plus tard sur la pratique clinique :

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

« […] sans pouvoir s'y exercer ils ne vont pas pouvoir appliquer ces réflexes dans leur travail » Verbatim 16J. Ils jugent aussi trop étroite la conception de la spiritualité dans leur établissement. L'amalgame spiritualité-religion par leurs pairs est nommée comme un frein. Cette thématique « spiritualité » au sein de leurs plans d'études est souvent attribuée aux cours traitant de la mort et des soins palliatifs. Ce confinement à ces domaines des soins leur parait révélatrice d'une représentation limitée du spiritual care : *« On reste enfermés dans : soins palliatifs égal mort égal spiritualité ou religion, et aux préjugés sur les patients étrangers » Verbatim 16H.*

4.4 Compétences-clefs travaillées

Les compétences mobilisées durant l'enseignement pré-grade sont rapportées dans la Table 4.

Tableau 4 : Compétences au spiritual care développées dans les cours actuels (Structuration et formulations du référentiel EPICC)

Domaine de compétences au spiritual care du référentiel EPICC[11]			
Dans le domaine intrapersonnel	Dans le domaine interpersonnel	Dans le domaine identification et planification	Dans le domaine mise en œuvre et évaluation
Prend conscience de sa propre spiritualité, réfléchit à ses propres valeurs et croyances. Est capable d'expliquer l'impact de la spiritualité sur la santé et le bien-être. Sait distinguer et articuler les concepts de spiritualité-religion.	Comprend les visions du monde/religions différentes (croyances et cultures). Est apte au dialogue, capacité pour la rencontre/conversation sur un thème spirituel.	Comprend les différentes approches permettant de réaliser une anamnèse spirituelle : outils de repérage (« dépistage ») et d'exploration (soutien à la conversation). Comprend la souffrance globale /détresse spirituelle/ressource spirituelle ; Sait les repérer.	Comprend de ce que sont les soins globaux (holistiques), soins centrés sur la personne. ***(En lien avec les théories de soins infirmiers pour les HEdS)***
Peut s'investir dans un travail sur soi.	Reconnait le caractère « unique » de la spiritualité des personnes. Interagit et répond de façon sensible à la spiritualité de l'autre.	Mène une anamnèse spirituelle pour identifier les besoins et ressources spirituelles et rédige une transmission dans le dossier. Collabore avec d'autres professionnels. Est capable de contenir et de gérer les émotions de manière adéquate.	Comprend le concept d'empathie et de compassion, de pleine présence (consciente, parfois silencieuse) et manifeste celles-ci en particulier dans les situations d'incertitude et d'impuissance. Comprend le rôle des spécialistes pour le spiritual care (aumôniers, accompagnants spirituels, référents religieux), est apte à la collaboration. Connais ses limites personnelles dans le spiritual care et en référer aux personnes appropriées.
		Sait comment répondre de façon appropriée aux besoins et ressources spirituels identifiés. Sait comment évaluer si les besoins spirituels sont satisfaits.	Évalue et rapporte (transmissions écrites ou orales) les aspects personnels, professionnels et organisationnels du spiritual care et adapte le suivi de manière adéquate.
Section verte : compétences relevées par les répondants sur plus de 3 sites (Facultés ou HEdS) Section jaune : compétences relevées par les répondants sur 2 ou 3 sites (Facultés ou HEdS) Section rouge : compétences relevées par les répondants sur 1 seul site.			

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

Elles sont très similaires entre Faculté de médecine et HEdS ce qui nous a amené à ne produire qu'un seul tableau. Seule la référence aux théories de soins infirmiers pour les HEdS étaient une compétence spécifique propre aux HEdS : *« ils doivent sortir d'ici en sachant que c'est quand même au cœur de notre profession, dans les grandes théories de soins c'est là, ça c'est une question d'identité pro. » Verbatim 8J.*

Les répondants étaient invités à sélectionner les compétences-clés travaillées avec leurs étudiants parmi celles du référentiel EPICC[10] pour l'enseignement du spiritual care.

Les compétences principalement développées sont liées à la prise de conscience de sa propre spiritualité ; en même temps que l'ouverture à la diversité en se confrontant aux visions du monde d'autrui. Les aptitudes au dialogue sur des sujets spirituels sont aussi plus fréquentes à être enseignées, dans le cadre d'un soin envisagé comme global (dont l'exploration des concepts de souffrance globale). Les compétences les moins fréquentes sont celles liées aux interventions et à leur planification/évaluation/transmission. Par manque de temps d'enseignement, précisent les répondants, elles ne sont généralement pas abordées.

La compétence intrapersonnelle du standard EPICC « Reconnait et sait mettre en œuvre un (spiritual) self care », très proche du « travail sur soi », est absente du tableau. Mais elle a été toutefois évoquée par deux établissements comme un nouvel enseignement en préparation, un troisième annonçait vouloir développer aussi celle-ci dans le futur dans son établissement.

4.5 Soutien des enseignants

Le soutien éventuel que les répondants souhaitent recevoir pour eux-mêmes ou pour soutenir leur établissement dans cette réflexion est illustré dans la Figure 2. Quatre choix étaient possibles, 18/27 répondants ont fourni une réponse.

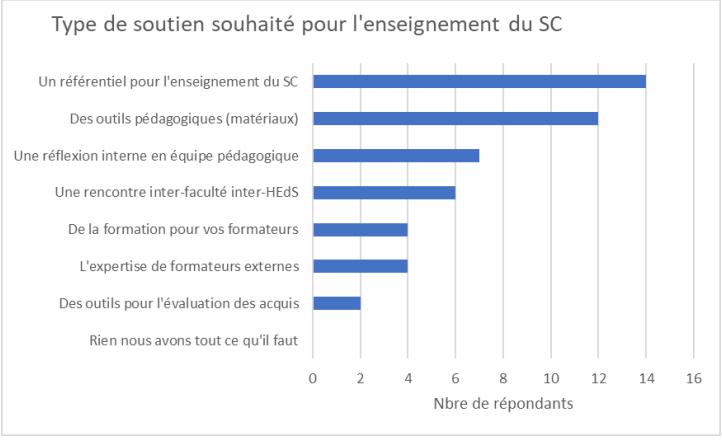


Fig. 2 : Type de soutien souhaité pour l'enseignement du *Spiritual Care*

[10]La traduction du standard EPICC en français est celle du Réseau international francophone Santé, Soins et Spiritualités, RESSPIR en 2022.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

Le soutien principal souhaité était le référentiel de compétences : *« qu'on ce soit clair avec ce que l'on fait, qu'on attend d'un étudiant » Verbatim 19J* et *« pour être plus crédible » Verbatim 19B.*

4.6 Souhaits et propositions des enseignants

Parmi les autres réponses aux questions ouvertes, six répondants indiquent que les échanges avec leurs collègues sont très soutenants, puis viennent par ordre décroissant : les contacts avec des accompagnants spirituels[11] (dont certains sont sollicités comme intervenants externes), la lecture de la littérature sur le thème spiritual care ou en soins palliatifs, les questions des étudiants et leurs travaux abordant parfois le sujet, l'analyse de leur propre expérience, les groupes d'échanges en humanités médicales, la formation universitaire (p. ex. avoir suivi une mineure en sciences des religions, ou des formations courtes sur la diversité religieuse en institution).

Les répondants ont émis les souhaits suivants pour l'avenir :

1. élaborer une approche plus transversale et longitudinale *« du début à la fin du parcours ils devraient en entendre parler dans plusieurs cours » Verbatim 16J*, touchant de nombreux enseignements en évitant que ne soient considérées que certaines populations comme les personnes âgées ou en fin de vie ; donc un élargissement à tous les milieux de soins, à tous les âges et pour une patientèle avec tous types de pathologies ;

2. faire de ces enseignements un thème central, une priorité et non une option *« ça ne devrait pas être la cerise sur le gâteau » Verbatim 16M* ;

3. pouvoir travailler des cas concrets en formation, avoir le temps de les approfondir, utiliser la simulation comme stratégie pédagogique ainsi que des jeux de rôles, interviews de patients, etc.

Les barrières à ces souhaits selon les répondants sont la surcharge des curricula, le manque de crédibilité de la thématique, et la peur du prosélytisme.

Thèmes des réponses complémentaires aux questions ouvertes

Le codage des réponses aux questions ouvertes ou les demandes de précisions, a permis d'identifier les catégories principales suivantes : frustrations et limitations face à cet enseignement, manque de reconnaissance au niveau institutionnel, besoin de crédibilité/légitimité, sujet tabou, transversalité, sens au travail/des études et désenchantement, attention à soi, développement identitaire. La chercheuse principale a codé et les codes et catégories ont été discutés-remaniés avec les co-auteures ainsi qu'avec deux experts de l'IHM.

4.7 Supports de cours

Aucun répondant n'a transmis de support de cours (syllabus, PPT, etc.) mais trois plans de cours ont été communiqués.

[11] Selon les établissements nommés aumôniers, aumônières.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

5 Discussion

Globalement cette enquête permet de constater, comme d'autres enquêtes similaires en Europe (Culatto & Summerton, 2015 ; Taverna *et al.*, 2019), que l'enseignement au spiritual care reste marginal et hétérogène (Jones *et al.*, 2021), très rarement obligatoire, et soumis à certaines représentations (soins palliatifs, deuil, religion, etc.). Les compétences développées sont alignées avec celles évoquées dans la majorité des études sur la formation au spiritual care en Europe et aux USA, c'est-à-dire ne disposant pas du temps pour envisager l'évaluation des interventions, ni les aspects de transmission et confidentialité ou d'identification des barrières au spiritual care en milieu de soin (Jones *et al.*, 2021 ; Puchalski *et al.*, 2014).

Quantité d'enseignement

L'enseignement dans notre enquête est donc jugé, comme ailleurs, insuffisant. Même s'il n'a pas été possible d'obtenir une moyenne et un écart type des heures d'enseignement, la variation selon les établissements nous permet de constater que les minima obligatoires ne permettent certainement pas de former à des soins globaux. En particulier dans les HEdS, les répondants décrivent la frustration de ne pas pouvoir illustrer concrètement le spiritual care par des cas cliniques et considèrent par conséquent que l'enseignement est trop théorique et superficiel. Or nous l'avons vu en introduction une des caractéristiques du spiritual care est de ne pas pouvoir être anticipé, d'être une co-élaboration renouvelée pour chaque patient et nécessite d'intégrer son savoir – sa spiritualité – dans cette démarche. Cette particularité nécessite pédagogiquement un temps d'apprentissage suffisant pour pouvoir sortir de la logique habituelle des guidelines pour envisager une autre manière de penser le soin dans le registre d'une posture, d'une approche plutôt que d'actions reproductibles. Le spiritual care peut être difficilement anticipé et c'est ce que cherche à traduire la définition émanant du Service national de la santé écossais pour l'éducation à la santé (Scottish National Education) en 2009 :

> « Le spiritual care, c'est prendre en compte la dimension spirituelle de l'être humain, lorsque celui-ci fait face à des changements dans sa vie (comme une naissance, un traumatisme, une maladie, une perte, …) ou lorsqu'il est confronté à la tristesse. Il peut inclure le besoin d'estime de soi, d'expression individuelle, le besoin de trouver un sens, d'être soutenu par la foi (par exemple pour des rites, la prière, un sacrement, …) ou tout simplement de bénéficier d'une oreille attentive. Le spiritual care commence par encourager la compassion au sein des relations humaines puis évolue dans toutes les directions possibles, selon les nécessités. »[12]

Cette définition montre bien l'enracinement dans le savoir du patient que seule une écoute empathique pourra permettre et qui aboutit à des actions non prescriptibles

[12] « *Care which recognises and responds to the human spirit when faced with trauma, ill health or sadness, and can include the need for meaning, for self-worth, to express oneself, for faith support, perhaps for rites or prayer or sacrament, or simply for a sensitive listener. Spiritual Care begins with encouraging human contact in compassionate relationship and moves in whatever direction need requires." (NES 2009,6).*

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

à l'avance. Elle sollicite la créativité du clinicien, la co-créativité avec son patient et ses proches, processus qui mèneront à des interventions « dans toutes les directions possibles ». L'action peut même ressembler en apparence à de l'inaction, lorsque le spiritual care consiste à assurer auprès d'une personne une présence silencieuse. C'est ce qu'ont relevés des répondants dans les HEdS : *« ça peut être juste être là, ça c'est un truc qu'ils doivent intégrer, que c'est un soin spi » Verbatim 11J.*

Optionnel *versus* obligatoire

Le caractère optionnel de cet enseignement est fortement remis en question. La recherche actuelle met en garde par rapport à l'enseignement facultatif : seuls les étudiants les plus sensibilisés au spiritual care y participent en général (Linda Rykkje *et al.*, 2022). Or selon Rykkje *et al.*, ce sont auprès des étudiants les plus indifférents, voir réticents à la thématique, que ces sensibilisations seraient les plus profitables. Les étudiants se déclarant déjà sensibilisés, évaluent leurs compétences en spiritual care déjà positivement avant même la formation (Ross *et al.*, 2018). Notre état des lieux en Suisse romande montre que les Facultés de médecine, en particulier, devraient considérer cette obligation. À l'heure actuelle, ils ne disposent d'aucune heure obligatoire dédiée à cette thématique pour leurs étudiants. Une formation minimale obligatoire permettrait d'atteindre les étudiants les moins convaincus, c'est-à-dire ceux qui ont le plus besoin d'une sensibilisation. Pour les filières de formation en soins infirmiers la situation est meilleure selon les chiffres (minima de 4h) mais jugée toutefois insuffisante par la majorité des répondants à l'enquête.

Si en soins infirmiers, l'enseignement au spiritual care obligatoire est un peu plus important en volume horaire, c'est parce que cette profession a toujours défendu une vision holistique du soin. Le recours à la notion de « prise en soin globale » est fréquent parmi les répondants des HEdS. Ils évoquent les théories de soins infirmiers, de Henderson à Watson en passant par Parse, Newman, Reed, qui fondent et légitiment la place de la spiritualité dans les soins (Buchter, 2024 ; Martsolf & Mickley, 1998 ; O'brien, 2021). Ce soin global s'exprime chez certains répondants dans le registre de ce que nous renommerons ici un « sens du devoir » : *« On se doit de les faire sortir en sachant qui ils sont, que c'est au cœur de leur pratique et que c'est naturel d'y faire attention » Verbatim 12M.*

Pour modérer ce constat assez négatif quant à l'enseignement obligatoire, nous identifions tant dans les HEdS que pour les Facultés de médecine, un déplacement du spiritual care habituellement compris comme une attention à la spiritualité d'autrui (le patient), au spiritual self-care, c'est-à-dire un (spiritual) care contribuant au prendre soin du soignant. Nous avons vu que certaines Facultés de médecine en Suisse romande offrent des modalités d'apprentissage pour favoriser la conscience des perceptions « intérieures » telles que la *mindbody*, le mentorat, les relectures à l'aide de la littérature et des arts (toutefois sans en référer explicitement aux dimensions existentielles et spirituelles). Cette tendance est aussi perceptible dans la littérature internationale sur le *self-care*, qui s'est développée ces dernières années, et particulièrement post-COVID. Le prendre soin de soi, devient une nécessité de plus en plus explicite pour bien prendre soin d'autrui et le spiritual care commence à l'introduire comme une compétence clef (Schwartz *et al.*, 2021).

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

Spiritual Self-Care

La formation au spiritual care est décrite comme une contribution à cette exploration de l'intime favorisant le développement de l'identité professionnelle en lien avec le vécu personnel (Paal, Helo, & Frick, 2015 ; Whitehead *et al.*, 2023). Certaines études mettent en évidence l'importance de la spiritualité pour le self-care (spiritual self-care) en soins infirmiers (Ausar, Lekhak, & Candela, 2021 ; Green, 2021 ; Vittone & Sotomayor, 2021) et en médecine (Estupiñan & Kibble, 2018 ; Wachholtz & Rogoff, 2013), en élargissant la notion de souffrance au travail à ses dimensions existentielles et spirituelles. Cet apport spécifique et complémentaire d'une formation au spiritual care pour le self-care, rejoint les préoccupations, largement relayées dans la littérature, de désenchantement durant les études, la diminution de l'empathie et les différents types d'épuisements liés à, notamment, une distanciation des affects (Neumann *et al.*, 2011). En Suisse romande et en faculté de médecine cela a été parfois mis en évidence pour des aspects précis tel que l'accompagnement des étudiants à aborder la mort qui ne fait pas suffisamment l'objet d'attention (Foley & Saraga, 2021 ; Rey, Bonvin, & Cantin, 2024). Aujourd'hui, nous manquons d'études longitudinales pour explorer les conséquences d'une « exposition » des étudiants aux souffrances existentielles et spirituelles des patients sans y avoir été préparé (Anandarajah *et al.*, 2016). Ceci est particulièrement inquiétant dans milieux de soins où les patients vivent de nombreuses pertes fonctionnelles, ou se trouvent en situation d'échecs médicaux, ou en fin de vie, là où les annonces de mauvaises nouvelles sont fréquentes et sont le quotidien des cliniciens. Ces étudiants et plus tard jeunes praticiens, n'ont pas été accompagnés dans le cadre de leur formation à anticiper les difficultés existentielles et spirituelles de leurs patients. Des difficultés qui les renvoient souvent à leurs propres questions dans ce domaine et pour lesquelles ils n'ont pas bénéficié d'espace de partage explicite durant leur cursus.

Épuisement professionnel

De nouvelles études depuis une dizaine d'années, mais qui restent rares, permettent d'explorer les liens entre formation au spiritual care et fatigue de compassion et burn-out auprès des étudiants en médecine (Balboni *et al.*, 2015 ; Estupiñan & Kibble, 2018 ; Wachholtz & Rogoff, 2013). Elles montrent une corrélation positive entre le fait de « nourrir » sa vie spirituelle et la satisfaction au travail et le sentiment d'efficacité personnelle. Un des phénomènes qui serait à l'œuvre semblerait être le remplacement des mécanismes de coping négatif tels que le cynisme par des mécanismes de coping spirituels, mais ces hypothèses doivent être encore confirmées. Ces études sont le début d'une vaste exploration de plus en plus nécessaire vu le taux croissant de malaise de type dépressifs et de burn-out décrits durant les études en médecine (Rotenstein *et al.*, 2016) et plus largement dans les formations en santé (la formation en soins infirmiers n'est pas épargnée (Wei *et al.*, 2021)). La formation au spiritual care pourrait être envisagée comme une contribution à ce renforcement personnel pour mieux appréhender les difficultés rencontrées dans la clinique.

Les apprentissages basés sur la prise de conscience de soi, le travail sur soi et le soin de soi requièrent un engagement conséquent en termes de temps, de modalités

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

pédagogiques innovantes et de formation des enseignants. Ce sont autant de défis pour les enseignants et responsables pédagogiques.

Barrières à la formation

Les barrières nommées par certains répondants pour le spiritual care sont aussi largement identifiées dans la littérature comme la surcharge des curricula et la peur du prosélytisme (Daudt, d'Archangelo, & Duquette, 2019 ; Paal, Helo, & Frick, 2015)). La majorité des répondants décrivent aussi un manque, voir aucun échange en équipe pédagogique sur ce sujet ainsi qu'un manque d'encouragement institutionnel et de discussion. Ces remarques aussi rejoignent les constats des états des lieux sur l'implémentation de l'enseignement du spiritual care aujourd'hui (Jones *et al.*, 2021).

Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées : la non-priorité de cette dimension du soin dans un contexte de surcharge des enseignants, l'amalgame spiritualité-religion couplé à la perception d'une laïcité inhibitrice tabouisant le sujet ou encore le manque d'assurance dû à un déficit de connaissance des enseignants. Nous n'avons pas pu explorer systématiquement ces barrières. Cependant, dans l'HEdS où le spiritual care est le plus investi et important en nombre d'heures, une équipe d'enseignants, dont certains d'entre eux sont formés au spiritual care, échangent régulièrement et se coordonnent pour ces enseignements. Ainsi offrir des opportunités pour un débat au sein des institutions et une visibilité aux dimensions existentielles-spirituelles de l'apprentissage au soin permettrait probablement de donner une impulsion à cette formation.

Partage des expériences d'enseignement

Le peu de supports de cours récoltés peut être lié à différentes raisons dont la justification n'était pas demandée (confiance accordée, peur d'être jugé, absence de support de cours, etc.). Les trois plans de cours communiqués émanaient des lieux où une dynamique interne de concertation sur cet enseignement était active et où le nombre d'heures d'enseignement était le plus élevé. Ces plans de cours mentionnaient dans les trois cas des initiatives pour que cet enseignement soit le plus transversal possible ainsi que la sollicitation interdisciplinaire d'intervenants. Ces données offrent quelques indications exploratoires sur l'impact du dynamisme intra institutionnel sur la diversité, transversalité et quantité de l'éducation au spiritual care. Ces résultats viennent conforter la nécessité d'ouvrir le débat au cœur des établissements et d'approfondir les conditions d'implémentation d'un enseignement substantiel.

6 Limites et forces

Le design de cette enquête, et notamment les modalités de recrutement des participants, ne permet pas d'obtenir une exhaustivité totale de l'enseignement en spiritual care prégrade de ces deux filières en Suisse romande. Il est possible que cette thématique soit parfois abordée dans le cadre d'autres cours que ceux mentionnés, notamment en médecine, sans que cela soit connu des responsables de programme/bachelor p. ex. échappant ainsi à l'enquête. Une autre limite est le petit nombre d'établissements concernés par l'enquête en Suisse romande : 9 institutions sont représentées sur les 10 existantes. Le nombre de répondants (27) est cependant suffisant pour, sans être exhaustif, être représentatif de l'enseignement en Suisse romande. Il serait toutefois

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

profitable d'élargir cette démarche à d'autres régions linguistiques de la Suisse afin d'identifier les influences culturelles, organisationnelles ou d'envisager une enquête pour la francophonie européenne.

Les données socio-démographiques des répondants n'ont pas été récoltées. Elles auraient permis de mettre en évidence des caractéristiques liées à l'âge des répondants, leurs expériences pédagogiques préalables, leur affiliation spirituelle-religieuse, et en particulier la formation et le niveau d'expertise dans le domaine du spiritual care. Ces données auraient permis d'investiguer des pistes pour explorer ensuite des corrélations entre expertise (formation des formateurs) et enseignement concrètement proposé aux étudiants.

La force de cette étude est d'avoir réussi à accéder à la population ciblée avec une bonne acceptabilité de l'enquête, voire un intérêt franc pour la thématique. Ceci a été perçu lors des entretiens semi-directifs, qui se sont avérés particulièrement riches en données qualitatives.

Les biais d'auto-sélection (potentiellement pro-spiritual care) était limité par la demande initiale, adressée non pas aux enseignants eux-mêmes mais aux personnes en posture de responsabilité de programmes, de bachelor, etc. Ceux et celles-ci soit y répondaient soit chargeaient certains enseignants d'y répondre.

7 Conclusion

La formation au spiritual care est déterminante pour assurer que cette dimension des soins soit intégrée, permettant d'envisager réellement des soins « globaux », respectueux mais aussi sécures, en particulier pour les personnes les plus vulnérables.

La question qui se pose alors pourrait être formulée ainsi : le spiritual care et son enseignement, sont-ils dès lors dans le registre du "nice to have" ou du "must have" ? Les répondants à cette enquête souhaitent voir évoluer cet enseignement en lui accordant une place plus importante et plaident pour le « must have ». Cela se traduirait notamment par l'intégration de cours obligatoires.

Les résultats de cette enquête montrent que l'état de l'enseignement du spiritual care aujourd'hui en Suisse romande dans les filières prégrade en sciences médicales et infirmières, ne permet pas d'assurer des compétences de base au spiritual care telles que les recommandations le préconisent (Best *et al.*, 2020 ; Jones *et al.*, 2021 ; Paal, Helo, & Frick, 2015 ; Rykkje *et al.*, 2022).

Par conséquent cela suscite des interrogations sur la qualité des soins globaux offerts aux patients. Dès lors deux grands risques sont présents.

Le premier, c'est un risque de négligence par rapport aux patients. Un manque de compétences dans le domaine du spiritual care ne permettra pas aux professionnels de prendre en considération la spiritualité du patient, ses besoins, ses valeurs et particulièrement auprès des personnes les plus vulnérables. Un manque de formation va augmenter fortement le risque de préjugés, ou de négliger des besoins essentiels dans les situations complexes, en oubliant ou évitant de s'intéresser à la vie spirituelle des patients. Plus les personnes viennent d'un milieu différent, plus ce risque est élevé. Les

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

personnes plus vulnérables combinent à la fois la probabilité d'avoir une autre manière de voir le monde, le corps, la santé, et en même temps la difficulté de l'exprimer, d'oser demander une adaptation ou la compréhension de leur perspective. Cette accumulation peut mener à des abandons de suivis, des humiliations et de véritables exclusions. Dans cette même catégorie de risque, la spiritualité peut être aussi considérée dans le registre des ressources mobilisées dans les moments d'épreuves. Le risque est donc de priver la personne de ses ressources les plus essentielles. Les professionnels de la santé ayant développé des compétences en spiritual care sont plus à même d'encourager l'accès à ces ressources – valeurs, pratiques, liens communautaires – et particulièrement auprès des personnes les plus vulnérables. Plus de recherche devrait aujourd'hui être encouragée, permettant d'objectiver les conséquences de cette impréparation sur le sentiment d'être jugé, incompris, mal accompagné voir « maltraité ».

Le deuxième risque est lié au développement et à la santé des étudiants eux-mêmes. Ces étudiants se trouvent plus précocement et plus fréquemment que la population générale confrontés à des patients vivant des situations dramatiques avec des souffrances existentielles et spirituelles qui résonnent comme autant de questions que se posent aussi les étudiants, partageant une commune vulnérabilité bien qu'à des degrés d'intensité différente. Notre enquête montre une insuffisance dans le suivi des étudiants même si des démarches de type self-care sont en cours de développement dans certaines facultés et écoles.

Enfin pour terminer, d'autre type de soutiens concrets pour l'enseignement sont souhaités : un référentiel, des matériaux pédagogiques, de l'expertise et des espaces pour en parler. Les directions et responsables de programmes sont invités à ouvrir le débat avec leur corps enseignant. Certains se sont déclarés prêts en Suisse romande à requestionner leurs dispositifs de formation, en témoignent ces deux doyens de Facultés de médecine, désemparés suite aux résultats assez sombres d'un sondage de l'association suisse des étudiants en médecine (SWIMSA) qui met en évidence le désenchantement extrême auprès des étudiants en médecine en fin de formation (Pascual, 2024). La formation au spiritual care ne se présente certainement pas comme « la » solution au désenchantement, mais peut contribuer de manière profitable au débat sur l'ouverture à la diversité des savoirs en santé. Cette diversité est indispensable pour saisir la complexité de la vie humaine et du prendre soin, tout autant que pour honorer leur richesse.

8 Remerciements

Ce travail de recherche a pu être mené grâce au soutien financier de l'Institut des Humanités en médecine du CHUV/UNIL à Lausanne. Nous en remercions son directeur, le Pr Ralf Jox, ainsi que le Dr Etienne Rochat et Mme Elena Martinez pour leur aide et expertise généreusement offerte.

Bibliographie

Anandarajah, G., Craigie, F., Jr., Hatch, R., Kliewer, S., Marchand, L., King, D., Hobbs, R., 3rd, & Daaleman, T. P. (2010). Toward competency-based curricula in patient-centered spiritual care : recommended competencies for family medicine resident education. *Acad Med*, *85*(12), 1897-1904. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181fa2dd1

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

Anandarajah, G., Roseman, J., Lee, D., & Dhandhania, N. (2016). A 10-Year Longitudinal Study of Effects of a Multifaceted Residency Spiritual Care Curriculum : Clinical Ability, Professional Formation, End of Life, and Culture. *Journal of pain and symptom management*, *52*(6), 859-872.e851. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.06.006

Ausar, K., Lekhak, N., & Candela, L. (2021). Nurse spiritual self-care : A scoping review. *Nursing Outlook*, *69*(4), 660-671.

Balboni, M. J., Bandini, J., Mitchell, C., Epstein-Peterson, Z. D., Amobi, A., Cahill, J., Enzinger, A. C., Peteet, J., & Balboni, T. (2015). Religion, Spirituality, and the Hidden Curriculum : Medical Student and Faculty Reflections. *J Pain Symptom Manage*, *50*(4), 507-515. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.04.020

Best, M., Leget, C., Goodhead, A., & Paal, P. (2020). An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliative Care*, *19*, 1-10.

Bodenmann, P., Jackson, Y.-L., Vu, F., & Wolff, H. (2022). *Vulnérabilités, diversités et équité en santé*. RMS éditions/Médecine et Hygiène.

Buchter, S. (2024). La revanche spirituelle de Jean Watson. Succès d'une théorie de soins infirmiers. *RELIER*, *32*(2). https://doi.org/10.7202/1117911ar

Buchter, S., & Monod, S. (2024). Spiritual care competencies in pre-graduate medical and nursing education A narrative literature review and comparison with two reference frameworks for teaching. *Spiritual Care*, *13*(3).

Culatto, A., & Summerton, C. B. (2015). Spirituality and Health Education : A National Survey of Academic Leaders UK. *J Relig Health*, *54*(6), 2269-2275. https://doi.org/10.1007/s10943-014-9974-4

Daudt, H., d'Archangelo, M., & Duquette, D. (2019). Spiritual care training in healthcare : Does it really have an impact ? *Palliative & supportive care*, *17*(2), 129-137.

Dominguez, L. J., Veronese, N., & Barbagallo, M. (2024). The link between spirituality and longevity. *Aging Clinical and Experimental Research*, *36*(1), 32.

Estupiñan, B., & Kibble, J. (2018). The Relationship Between Spirituality and Burnout in the Lives of Medical Students. *Medical Science Educator*, *28*(1), 37-44. https://doi.org/10.1007/s40670-017-0490-5

Foley, R.-A., & Saraga, M. (2021). Soignants et étudiants face à la mort : des émotions à écarter. *Anthropologie et sociétés*, *45*(1), 277-296.

Foronda, C., Baptiste, D.-L., Reinholdt, M. M., & Ousman, K. (2016). Cultural Humility :A Concept Analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, *27*(3), 210-217. https://doi.org/10.1177/1043659615592677

Green, A., Kim-Godwin, Y. S., & Jones, C. W. (2020). Perceptions of Spiritual Care Education, Competence, and Barriers in Providing Spiritual Care Among Registered Nurses. *Journal of Holistic Nursing*, *38*(1), 41-51. https://doi.org/10.1177/0898010119885266

Green, C. (2021). Spiritual Health First Aid for Self-Care : Nursing During COVID-19. *J Christ Nurs*, *38*(3), E28-e31. https://doi.org/10.1097/cnj.0000000000000851

Harrad, R., Cosentino, C., Keasley, R., & Sulla, F. (2019). Spiritual care in nursing : an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomed*, *90*(4-S), 44-55. https://doi.org/10.23750/abm.v90i4-S.8300

Jones, K. F., Paal, P., Symons, X., & Best, M. C. (2021). The Content, Teaching Methods and Effectiveness of Spiritual Care Training for Healthcare Professionals : A Mixed-Methods Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*, *62*(3), e261-e278. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.03.013

Martsolf, D. S., & Mickley, J. R. (1998). The concept of spirituality in nursing theories : Differing world-views and extent of focus. *Journal of Advanced Nursing*, *27*(2), 294-303.

McGee, J., Palmer Kelly, E., Kelly-Brown, J., Stevens, E., Waterman, B. L., & Pawlik, T. M. (2021). Assessing the impact of provider training and perceived barriers on the provision of spiritual care : a mixed methods study. *Journal of Cancer Education*, 1-8.

McSherry, W., & Ross, L. (2010). *Spiritual assessment in healthcare practice*. M&K Update Ltd.

McSherry, W., Ross, L., Attard, J., van Leeuwen, R., Giske, T., Kleiven, T., Boughey, A., & Network, E. (2020). Preparing undergraduate nurses and midwives for spiritual care : Some developments in European education over the last decade. *Journal for the Study of Spirituality*, *10*(1), 55-71.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A., & Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons : a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*, *86*(8), 996-1009. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615

O'brien, M. E. (2021). *Spirituality in nursing : Standing on holy ground*. Jones & Bartlett Learning.

Oman, D., & Syme, S. L. (2018). Weighing the Evidence : What Is Revealed by 100+ Meta-Analyses and Systematic Reviews of Religion/Spirituality and Health ? In D. Oman (Ed.), *Why Religion and Spirituality Matter for Public Health : Evidence, Implications, and Resources* (pp. 261-281). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73966-3_15

Paal, P., Helo, Y., & Frick, E. (2015). Spiritual Care Training Provided to Healthcare Professionals : A Systematic Review. *J Pastoral Care Counsel*, *69*(1), 19-30. https://doi.org/10.1177/1542305015572955

Pascual, M. (2024). Revue Médicale Suisse : Face au désenchantement des étudiants en médecine, les facultés sont prêtes à innover. *Revue Médicale Suisse*, *20*(856-857), 5-8. https://doi.org/10.53738/revmed.2024.20.856-7.05

Puchalski, C. M., Blatt, B., Kogan, M., & Butler, A. (2014). Spirituality and health : the development of a field. *Acad Med*, *89*(1), 10-16. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000083

Réseau Santé, S. e. S. (2018). *Spiritual Care : Tome 1, Comment en parler en français ? Des concepts pour des contextes*. Sauramps médical. https://books.google.be/books?id=gdlVwAEACAAJ

Revercez, M. (2022). La résilience, la spiritualité et la religion chez les adultes ayant vécu un parcours d'exil.

Rey, A., Bonvin, R., & Cantin, B. (2024). Rencontre avec la mort durant les études de médecine : une étape initiatique qui nécessite un accompagnement adapté. *Revue internationale de soins palliatifs*, *38*(2), 90-97.

Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2016). Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Jama*, *316*(21), 2214-2236. https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324

Rykkje, L., Søvik, M. B., Ross, L., McSherry, W., Cone, P., & Giske, T. (2022). Educational interventions and strategies for spiritual care in nursing and healthcare students and staff : A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, *31*(11-12), 1440-1464. https://doi.org/10.1111/jocn.16067

Schwartz, A., Baume, K., Snowden, A., Patel, J., Genders, N., & Ali, G. (2021). Self-care. In *Enhancing Nurses' and Midwives' Competence in Providing Spiritual Care : Through Innovative Education and Compassionate Care* (pp. 57-76). Springer.

Stolz, J. (2017). Institutional, alternative, distanced, and secular. Four types of (un) belief and their Gods. *Nordic Journal of Religion and Society*, *30*(1), 4-23.

Stolz, J., Könemann, J., Purdie, M. S., Englberger, T., & Krüggeler, M. (2016). *(Un) believing in modern society : religion, spirituality, and religious-secular competition*. Routledge.

Stripp, T. A., Wehberg, S., Büssing, A., Koenig, H. G., Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., Søndergaard, J., & Hvidt, N. C. (2023). Spiritual needs in Denmark : a population-based cross-sectional survey linked to Danish national registers. *The Lancet Regional Health–Europe*, *28*.

Taverna, M., Berberat, P. O., Sattel, H., & Frick, E. (2019). A Survey on the Integration of Spiritual Care in Medical Schools from the German-Speaking Faculties. *Adv Med Educ Pract*, *10*, 1009-1019. https://doi.org/10.2147/AMEP.S224679

Vittone, S., & Sotomayor, C. R. (2021). Moral Distress Entangled : Patients and Providers in the COVID-19 Era. *HEC Forum*, *33*(4), 415-423. https://doi.org/10.1007/s10730-021-09450-y

Wachholtz, A., & Rogoff, M. (2013). The relationship between spirituality and burnout among medical students. *J Contemp Med Educ*, *1*(2), 83-91. https://doi.org/10.5455/jcme.20130104060612

Wei, H., Dorn, A., Hutto, H., Corbett, R. W., Haberstroh, A., & Larson, K. (2021). Impacts of Nursing Student Burnout on Psychological Well-Being and Academic Achievement. *Journal of Nursing Education*, *60*(7), 369-376. https://doi.org/doi:10.3928/01484834-20210616-02

Whitehead, I. O., Moffatt, S., Warwick, S., Spiers, G. F., Kunonga, T. P., Tang, E., & Hanratty, B. (2023). Systematic review of the relationship between burn-out and spiritual health in doctors. *BMJ Open*, *13*(8), e068402. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068402

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

9 Annexe

Questionnaire en ligne envoyé aux participants.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243