

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers
HES-SO Valais-Wallis / Haute Ecole de Santé

Travail de Bachelor
Vous avez dit spiritualité ?
Perception infirmière de l'accompagnement spirituel
Revue de la littérature

Réalisé par Véronique Pálvölgyi

Promotion Bachelor 13

Sous la direction de : Valeria Ferrari

Lieu et date : Sion, le 29 juin 2016

RESUME

Dans un contexte sociétal marqué en Occident par une sécularisation croissante, plusieurs théories infirmières récentes affirment que des soins holistiques ne peuvent, pourtant, faire l'impasse de la dimension spirituelle.

L'objectif de cette revue de la littérature est d'analyser comment les infirmiers-ères perçoivent cet aspect de leur profession, quelles sont leurs ressources, leurs difficultés.

Six études datant de moins de cinq ans, ayant comme population les infirmiers-ères exerçant auprès d'adultes, de préférence hors milieu psychiatrique et en Occident, ont été retenues.

Les principaux résultats montrent que les personnes enquêtées perçoivent positivement leur rôle d'accompagnement spirituel, même si elles sont confrontées à des difficultés de temps, de manque de formation ou encore à la crainte d'être soupçonnées de prosélytisme ou de heurter la vie privée du patient. Face à cela, l'interdisciplinarité, le développement d'une relation thérapeutique de qualité, la formation ou l'expérience de sa propre spiritualité sont autant de ressources déployées par les soignants.

Enfin, il serait bon d'encourager les infirmiers-ères, tant dans les milieux de formation que dans ceux de la pratique, à oser développer des compétences en « spiritual care ».

Mots clés : perception, obstacles, ressources, spiritual care, infirmier-ère, spiritualité, accompagnement spirituel.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Mme Ferrari pour sa grande disponibilité et pour ses bons conseils durant toute la rédaction de ce travail.

Un très grand merci aussi à Suzanne et Laura qui ont eu la gentillesse de relire ces pages et d'y apporter de précieuses remarques.

DECLARATION

« Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor en sciences infirmières à la Haute Ecole de santé de Sion.

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteur-e et nullement les membres du jury ou la HES

De plus l'auteur-e certifie avoir réalisé seul-e cette revue de la littérature.

L'auteur-e déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 6.0 ».

Sion, le 29 juin 2016

Signature

TABLE DES MATIERES

1 INTRODUCTION	1
1.1 PROBLÉMATIQUE	1
1.1.1 <i>Définition générale du problème : la relation entre soins et spiritualité – histoire d'un lien en évolution</i>	<i>1</i>
1.1.2 <i>Etat de la question et explication de l'importance du problème</i>	<i>3</i>
1.2 QUESTION DE RECHERCHE	4
1.3 BUT DE LA RECHERCHE	4
2 CADRE THEORIQUE	5
2.1 SPIRITUALITÉ	5
2.1.1 <i>Religion et spiritualité : essai de compréhension</i>	<i>5</i>
2.1.2 <i>La dimension spirituelle de l'être humain</i>	<i>8</i>
2.2 BESOINS SPIRITUELS	8
2.2.1 <i>Vers une définition ?</i>	<i>8</i>
2.2.2 <i>Des besoins parmi d'autres ?</i>	<i>10</i>
2.3 ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL	13
3 METHODE	16
3.1 DEVIS DE RECHERCHE	16
3.2 COLLECTE DES DONNÉES	16
3.3 SÉLECTION DES DONNÉES	17
3.4 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	18
4 RESULTATS	19
4.1 ETUDE 1 : LES PRATIQUES D'ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL EN SOINS AIGUS (USA). 19	
4.1.1 <i>Description de l'étude</i>	<i>19</i>
4.1.2 <i>Résultats de l'étude</i>	<i>20</i>
4.1.3 <i>Validité méthodologique</i>	<i>20</i>
4.1.4 <i>Pertinence clinique</i>	<i>21</i>
4.1.5 <i>Utilité pour la pratique professionnelle</i>	<i>21</i>

4.2	ETUDE 2 : RESSOURCES ET DIFFICULTÉS DE L'ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL DANS LE CONTEXTE DES SOINS PALLIATIFS (AUSTRALIE)	23
4.2.1	<i>Description de l'étude</i>	23
4.2.2	<i>Résultats de l'étude</i>	23
4.2.3	<i>Validité méthodologique</i>	24
4.2.4	<i>Pertinence clinique</i>	24
4.2.5	<i>Utilité pour la pratique professionnelle</i>	25
4.3	ETUDE 3 : PRATIQUE INFIRMIÈRE DE L'ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL (USA)	26
4.3.1	<i>Description de l'étude</i>	26
4.3.2	<i>Résultats de l'étude</i>	26
4.3.3	<i>Validité méthodologique</i>	27
4.3.4	<i>Pertinence clinique</i>	28
4.3.5	<i>Utilité pour la pratique professionnelle</i>	28
4.4	ETUDE 4 : PERCEPTION DE LA SPIRITUALITÉ ET DU « SPIRITUAL CARE » (UK)	29
4.4.1	<i>Description de l'étude</i>	29
4.4.2	<i>Résultats de l'étude</i>	29
4.4.3	<i>Validité méthodologique</i>	30
4.4.4	<i>Pertinence clinique</i>	30
4.4.5	<i>Utilité pour la pratique professionnelle</i>	31
4.5	ETUDE 5 : CONCORDANCE ENTRE LES BESOINS SPIRITUELS DES MALADES ET LE SAVOIR DES INFIRMIÈRES (TAÏWAN)	32
4.5.1	<i>Description de l'étude</i>	32
4.5.2	<i>Résultats de l'étude</i>	32
4.5.3	<i>Validité méthodologique</i>	33
4.5.4	<i>Pertinence clinique</i>	33
4.5.5	<i>Utilité pour la pratique professionnelle</i>	34
4.6	ETUDE 6 : INFIRMIÈRES-CHEFFES ET AUMÔNERIE (SUISSE ALLEMANDE)	35
4.6.1	<i>Description de l'étude</i>	35
4.6.2	<i>Résultats de l'étude</i>	35
4.6.3	<i>Validité méthodologique</i>	36
4.6.4	<i>Pertinence clinique</i>	36
4.6.5	<i>Utilité pour la pratique professionnelle</i>	36
4.7	SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS	38

5 DISCUSSION.....	39
5.1 DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	39
5.2 DISCUSSION DE LA QUALITÉ ET DE LA CRÉDIBILITÉ DES ÉVIDENCES.....	42
5.3 LIMITES ET CRITIQUES DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	43
6 CONCLUSION.....	44
6.1 PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE	44
6.2 PROPOSITIONS POUR LA FORMATION	46
6.3 PROPOSITIONS POUR LA RECHERCHE	46
BIBLIOGRAPHIE.....	48
ANNEXES.....	I
Annexe I : Tableaux de recension.....	I
Annexe II : Pyramide des preuves	VII
Annexe III : Glossaire.....	VIII
Annexe V : Pyramide de Maslow	XVII
Annexe VI : Différents outils d'évaluation de la spiritualité	XVII

1 INTRODUCTION

Pour beaucoup peut-être, le domaine du spirituel n'a que peu ou rien à faire avec la pratique des soins infirmiers. Tout au mieux, les infirmières¹ peuvent être appelées à faire appel à un aumônier ou un représentant des religions pour aider leur patient à « passer un cap ».

Et pourtant, les théories infirmières récentes affirment que la spiritualité fait aussi partie du rôle propre de la personne soignante.

Est-il évident pour une infirmière, en 2016, de faire face à un patient chez qui on décèlerait une attente spirituelle ? Cette revue de la littérature s'intéresse à cette délicate alchimie : spiritualité et soins infirmiers, avec, comme angle d'approche, la perception infirmière de l'accompagnement spirituel.

1.1 PROBLÉMATIQUE

1.1.1 Définition générale du problème : la relation entre soins et spiritualité – histoire d'un lien en évolution

L'histoire d'hier influence la façon de comprendre et d'agir d'aujourd'hui. Dans le domaine du soin, le lien au spirituel et à la religion² a évolué. S'intéresser à certaines étapes de ces changements est la manière choisie pour définir la problématique. En effet, à l'origine de ce lien, il y a la personne soignante, la façon dont elle perçoit son rôle – ce qu'elle désire faire, mais aussi ce que la société attend d'elle.

Avant le 4^{ème} siècle av. J-C, soins et surnaturel sont intimement imbriqués l'un dans l'autre. Les soignants sont en effet considérés comme possédant des pouvoirs sacrés. Ils guérissent au nom de(s) Dieu(x) : la maladie est une malédiction divine et se traite spirituellement. Avec Hippocrate († -370) s'amorce un changement : la santé dépend de l'équilibre entre les humeurs. A une explication surnaturelle commence donc à faire place une explication biologique naturelle. La médecine ose initier une distance d'avec le surnaturel (Jobin, 2012, p. 85-86). Philon d'Alexandrie³, d'ailleurs, consacre un traité à ces hommes qu'on appelle Thérapeutes « parce que la médecine dont ils font profession est supérieure à celle qui a cours dans nos cités – celle-ci ne soigne que les corps, mais

¹ Dans les pages qui suivront, pour des raisons de commodité, le terme d'infirmière est utilisé de façon générique, englobant tout à la fois les hommes et les femmes exerçant cette profession.

² Les termes « spiritualité » et « religion » sont précisés dans le cadre théorique, p. 5 et ss.

³ Philon d'Alexandrie (env. 20 av. J.-C. - env. 50 ap. J.-C.) est philosophe helléniste juif, moraliste et exégète.

l'autre soigne aussi le psychisme » (Leloup, 1999, p. 30). Et Leloup (1999) de soulever : « l'anthropologie des Thérapeutes qui prend soin de l'être dans toutes ses dimensions corporelle, psychique et spirituelle, semble avoir été perdue » (p. 125).

L'avènement du christianisme marque une autre étape dans le monde du soin. En effet, ce sont principalement des religieux/religieuses qui s'occupent des malades. Comme le dit Poletti (2011) : « en Occident, depuis le début de l'ère chrétienne, les soins infirmiers sont fortement liés à la religion » (p. 29). On peut donc imaginer que, de par leurs valeurs et leur état, ces soignants perçoivent l'accompagnement spirituel comme inhérent à leur rôle.

En France, avec le siècle des Lumières et la Révolution s'amorce un nouveau changement sociétal marqué par un rôle croissant de l'Etat dans la prise en charge des nécessiteux, et surtout par le fait qu'« il ne s'agit plus de servir les pauvres comme le Christ les a servis mais de les assister, sans référence religieuse, d'une façon utile à la société » (Xerri, 2011, p. 51). Alors, même si les religieux et religieuses restent encore les plus compétents et nombreux pour le soin des malades, la distance entre soin et religion s'affirme de plus en plus ouvertement, pour se poursuivre, plus largement qu'en France :

depuis presque deux siècles, l'un des thèmes récurrents de la pensée occidentale est celui de la fin du religieux dans le monde moderne Le déploiement de la science et de la raison critique conduirait l'humanité vers un monde meilleur, positif, libéré de l'illusion religieuse et spirituelle. (Berghmans & Torres, 2012, p. 26)

Toutefois, en Valais, le monde soignant reste longtemps encore marqué par la culture religieuse ; ainsi, ce n'est que « depuis les années 1957-1958 que le chef du Service d'hygiène est rendu attentif au problème de la baisse tendancielle des effectifs des religieuses dans le secteur des soins » (Droux, 1994, p. 119). La laïcisation de l'école d'infirmières de Sion ne se fera qu'en 1994, lorsque la communauté des sœurs hospitalières décidera « de se retirer de la scène de l'Ecole valaisanne d'infirmières » (Droux, 1994, p. 175). Aujourd'hui encore, une discrète croix demeure dans la plupart des chambres des établissements du Réseau Santé Valais.

Cependant, dans tous les pays occidentaux, la sécularisation de la société, accompagnée d'un désenchantement par rapport à la religion, prédominant, allant même suggérer parfois que l'avancée des sciences pourrait remplacer « les prières, les superstitions et le lien au divin » (Berghmans & Torres, 2012, p. 26).

Du point de vue infirmier, une autre étape accompagne ce mouvement de sécularisation : Florence Nightingale (19ème siècle), pionnière des soins infirmiers modernes commence à former des infirmières laïques. Avec ce nouveau type de soignantes, la distanciation entre soins et religion se marque-t-elle davantage encore ? Si être soignant et être religieux ne sont plus intimement liés, cela ne signifie pas que l'attention au spirituel doit disparaître. Au contraire, chrétienne convaincue, elle enseigne à ses élèves laïques que : « la spiritualité, intrinsèque à l'humain, est une ressource essentielle qui comporte un potentiel de guérison » (Pepin & Cara, 2001, p. 37). On est donc loin du refus du spirituel.

Dans les années 60, cette tendance va se confirmer. Virginia Henderson propose son modèle basé sur la conservation ou le rétablissement de l'indépendance, afin que la personne satisfasse à ses besoins fondamentaux, dont celui d'agir selon ses croyances spirituelles (Pepin & Cara, 2001, p. 37). Le spirituel est donc intégré dans le domaine infirmier. Suivront de nombreuses théoriciennes infirmières (Leininger, Rogers, Parse, Newman, Watson) qui, elles aussi, discuteront de la notion de spiritualité dans les soins infirmiers (Pepin & Cara, 2001, p. 38-40). Le mouvement des soins palliatifs renforce cette tendance : Cicely Saunders écrit sur la « douleur totale : physique, psychologique, sociale et spirituelle » (Poletti, 2011, p. 30). La prise en compte de la dimension spirituelle n'est pas une option.

Ainsi donc s'opère un changement quant à l'intégration du spirituel dans le soin. Partant du soin prodigué par personnes investies de pouvoirs sacrés, puis par des religieux et religieuses, l'histoire amène à une période caractérisée plutôt par un refus du religieux et du spirituel, pour aboutir aujourd'hui à une affirmation claire, par de nombreux auteurs en sciences infirmières, sur la nécessaire attention à la dimension spirituelle de la personne.

1.1.2 Etat de la question et explication de l'importance du problème

Dans le domaine de la recherche, la place de la spiritualité dans les soins infirmiers semble largement légitimée. Jobin (2011) a fait, en 2011, une recherche avec comme mot clé « spirituality » sur la base de données Pubmed. Il a obtenu : « 1961-1970 : 0 article ; 1971-1980 : 1 article ; 1981-1990 : 11 articles ; 1991-2000 : 215 articles ; 2001 à août 2010 : 1192 articles » (p. 131). Mais cela signifie-t-il nécessairement que, dans la pratique, il en soit de même ?

Odier (2004) paraît affirmer l'inverse en parlant de « la difficulté à prendre vraiment au sérieux cette dimension dans les soins » (p. 70). Cela est corroboré par de récentes études empiriques qui signalent, dans leur introduction ou dans leurs propres résultats, que : les infirmières omettent d'identifier et donc d'accompagner les besoins spirituels

(Gallison, Xu, Jurgens, & Boyle, 2013, p. 95) ; l'accompagnement spirituel est parfois peu pratiqué (Castanheira Nascimento et al., 2013, p. 56 ; Gallison et al., 2013, p. 96) ; voire même : « spirituality is right there with sexuality. Nurses compartmentalize and don't talk about it » (Delgado, 2015, p. 121). Une étude américaine auprès de 75 patients souffrant d'un cancer avancé affirme même que 87 % d'entre eux « had never received any form of spiritual care from their oncology nurses » (Balboni, et al., 2013, p. 461).

Alors, qu'en est-il ? Comment l'infirmière perçoit-elle ce rôle qui lui incombe ? Intègre-t-elle vraiment la dimension spirituelle dans son offre en soins ? Y a-t-il des difficultés récurrentes ? Où trouve-t-elle des ressources ?

Ces questions sont pertinentes dans un monde où la laïcité semble avoir tendance à reléguer le religieux, voire le spirituel, hors de la sphère publique :

Longtemps, la dimension spirituelle a été uniquement assimilée au religieux. Encore aujourd'hui, dans bien des esprits, spirituel et religieux représentent une même réalité. Ainsi, le spirituel est suspecté, au même titre que le religieux, alors que ce dernier est de plus en plus évacué au sein de notre société et des institutions de santé qui en sont le reflet. (Pereira, 2007, p. 96)

L'infirmière se trouve donc face à un défi – celui d'intégrer la dimension spirituelle dans sa pratique professionnelle.

Ces questions sont importantes, car si ce qu'on attend d'une infirmière, ce sont des compétences professionnelles pour une prise en soin de la personne dans sa globalité, s'intéresser à sa perception de l'accompagnement spirituel est certainement une question qu'on ne peut éviter.

1.2 QUESTION DE RECHERCHE

Comment la prise en charge (l'accompagnement) de l'aspect spirituel est-elle perçue par l'infirmière, quelles sont ses difficultés et ses ressources ?

1.3 BUT DE LA RECHERCHE

Le but de cette revue de la littérature est : d'identifier les perceptions, difficultés et ressources de l'infirmière, exerçant de préférence dans les sociétés occidentales, concernant l'accompagnement spirituel auprès d'adultes non hospitalisés en psychiatrie.

2 CADRE THEORIQUE

Le choix a été fait de ne pas recourir, pour le cadre théorique, à un modèle précis d'une théoricienne de soins infirmiers. La principale raison réside dans le fait que les différents articles scientifiques retenus ne le font eux-mêmes pas. Il semble donc peu pertinent de vouloir poser un cadre auquel il ne sera que peu fait recours par la suite.

Par contre, plusieurs concepts ont à être définis et clarifiés afin que l'on comprenne à quoi il est fait référence : spiritualité, religion, besoins spirituels et accompagnement spirituel.

2.1 SPIRITUALITÉ

Chercher à définir la spiritualité en sciences infirmières peut paraître ardu. En effet, la littérature foisonne de définitions, pour aboutir parfois à la conclusion qu'« auteurs francophones et anglophones ont de la difficulté à établir une définition claire de la spiritualité » (Odier, 2004, p. 70), ou encore, près de dix ans plus tard, que « la spiritualité, telle qu'elle surgit dans les pratiques soignantes, est rebelle à une définition qui pourrait être la même pour tous » (Honoré, 2011, p. 23).

2.1.1 Religion et spiritualité : essai de compréhension

Quand on cherche à définir la spiritualité, une des premières sources de difficulté à laquelle il est souvent fait allusion dans la littérature consultée est la relation entre la religion et la spiritualité. Comment ces deux termes s'imbriquent-ils, se définissent-ils ?

Selon Jobin⁴ (2012), la distinction entre spiritualité et religion est assez récente puisqu'elle apparaît dans les années 60 dans le monde occidental. Elle est due à deux phénomènes : la sécularisation et la dé-traditionalisation des spiritualités. Par « dé-traditionalisation », il veut dire que la spiritualité n'est plus nécessairement liée à une tradition religieuse, à une religion. En effet, tout homme a une dimension spirituelle, c'est « une dimension intrinsèquement liée à la nature de l'être humain » (p. 87). De fait, « il n'est pas nécessaire d'appartenir à une tradition religieuse précise pour qu'elle soit effective » (p. 87).

Ainsi, spiritualité n'est pas synonyme de religion. Cela est corroboré par la majorité des auteurs. Jobin (2012), qui a recensé 30 manuels de formation en psychologie, médecine, service social et soins infirmiers publiés depuis l'an 2000, affirme que tous distinguent la

⁴ G. Jobin est professeur de théologie morale et d'éthique, et titulaire de la chaire « religion, spiritualité et santé » à la Faculté de théologie et de sciences religieuses de l'Université de Laval au Québec. Il est docteur en théologie et diplômé en sociologie.

religion de la spiritualité (p. 12), et que cette distinction, dans les manuels de soins infirmiers, se fait depuis 25 ans (p. 25). D'ailleurs, il est intéressant de remarquer que la classification de la NANDA-I (North America Nursing Diagnoses Association International) distingue les diagnostics infirmiers se référant à la pratique religieuse de ceux se référant à la spiritualité. Par exemple, la « motivation à améliorer son bien-être spirituel » est distinguée de la « motivation à améliorer sa pratique religieuse » (Doenges, Moorhouse, & Geissler-Murr, 2012, p. 159 et 718).

Mais que comprendre derrière ces termes de religion et de spiritualité ?

Toujours selon les recherches de Jobin (2012, p. 13-17), la religion se définit par

1. un aspect collectif et institutionnel,
2. des croyances codifiées par des dogmes,
3. des comportements ritualisés,
4. des règles et une (des) hiérarchie(s).

Pour la spiritualité, il nomme quatre caractéristiques majeures :

1. la quête de sens et d'authenticité,
2. la relationalité – c'est-à-dire la faculté d'entrer en relation avec l'autre (être humain, nature, cosmos, divinité),
3. l'universalité – c'est-à-dire que tout être humain est spirituel, c'est une dimension intrinsèque et essentielle,
4. l'harmonie – c'est-à-dire que la spiritualité devrait aider à atteindre « une forme d'adéquation du soi avec les différentes figures (immanentes et transcendantes) de l'altérité » (p. 17).

Ces quatre points aident à élaborer une définition de la spiritualité retenue ici : elle serait la quête de sens et d'authenticité habitant tout être humain, en vue d'atteindre une harmonie – une paix pourrait-on dire aussi, et elle comporte une dimension d'ouverture à l'altérité.

Cet essai de définition recouvre les quatre mots clés proposés par Honoré (2011) pour décrire la spiritualité : le sens, la transcendance (avec la dimension d'ouverture à l'altérité), les valeurs et l'identité (avec la quête d'authenticité) (p. 54).

Définies ainsi, spiritualité et religion apparaissent bien distinctes, voire même opposées : d'un côté l'individu et sa recherche de sens, de l'autre l'institution et ses préceptes de croyances. Opposer religion et spiritualité est d'ailleurs une position tenue par certains auteurs. D'autres, par contre, préfèrent parler d'englobement : « la spiritualité dépasse et

englobe toute forme de religions, ainsi que les institutions qui s'y rattachent » (Jobin, 2012, p. 12).

Parmi eux se trouve Xerri⁵ (2011) qui parle de spiritualités au pluriel et en distingue trois. Premièrement, la « spiritualité religieuse » (p. 164) qui s'appuie sur une tradition religieuse. Deuxièmement, la spiritualité qui développe une relation à Dieu en dehors de toute institution religieuse. Troisièmement, la spiritualité qui ne se réfère ni à Dieu ni à une institution religieuse, la spiritualité vécue « dans un itinéraire de transcendance horizontale » (p. 106).

Considérer la spiritualité comme englobant la religion est la posture retenue ici, car c'est celle qui semble la plus équilibrée. En effet, comment affirmer qu'une personne appartenant à une religion ne vit pas une spiritualité également ? Si l'on va au bout de ce type de raisonnement, on pourrait même affirmer que les personnes se référant à une religion ne sont pas spirituelles.

Si la religion comporte effectivement un aspect collectif, des règles, des croyances, des dogmes et des rites, elle peut se vivre de manière spirituelle ou de manière non spirituelle (Xerri, 2011, p. 163) – c'est-à-dire que l'on peut, ou non, y trouver sens, harmonie, relationalité.

Enfin, si l'on revient au champ proprement disciplinaire, il est intéressant de remarquer que la NANDA-I relie la spiritualité au sens et à la relationalité ; et la religion à la croyance et aux rites. Par exemple :

- « motivation à améliorer son bien-être spirituel », définie comme « capacité de ressentir et d'intégrer le sens et le but de la vie à travers les liens avec soi, les autres, l'art, la musique, la littérature, la nature ou une force supérieure, et qui peut être renforcée » (Doenges et al., 2012, p. 159),
- et : « motivation à améliorer sa pratique religieuse », définie comme « capacité d'augmenter sa confiance en des croyances religieuses et/ou de participer à des rites religieux » (Doenges et al., 2012, p. 718-719).

La réflexion qui précède sur le sens à donner à la spiritualité et à la religion s'inscrit donc dans le champ disciplinaire infirmier. Par contre, la NANDA-I ne semble pas se positionner sur la relation entre ces deux concepts : juxtaposition, englobement ? Rien ne l'indique clairement dans les six diagnostics proposés autour de ces termes.

⁵ Biologiste et médecin.

2.1.2 La dimension spirituelle de l'être humain

Monod-Zorzi (2012, p. 5-11), médecin gériatre au CHUV, explique que la médecine, face à ses progrès extraordinaires, se retrouve aussi face à ses limites : « cette médecine moderne, conçue pour repousser la mort, s'essouffle dans sa capacité à guérir et à résoudre la souffrance » (p. 7). La prise en charge de plus en plus performante du corps humain ne peut élucider une question d'un autre ordre, celle du sens : « la médecine est en quête de sens » (p. 8). On comprend par là que l'être humain ne peut être réduit à sa dimension biologique, même dans le domaine du soin. Si l'on veut soigner en toute compétence, il faut porter attention à l'homme dans sa globalité. C'est pourquoi en 1977, Engel (1977), psychiatre, publie un article promouvant « un modèle de prise en compte de l'individu qui ne se limiterait pas au biologique mais inclurait les dimensions psychologiques et sociales de la personne » (Monod-Zorzi, 2012, p. 10). Sulmasy (2002), un franciscain médecin et docteur en théologie, le complète en y intégrant la dimension spirituelle (Monod-Zorzi, 2012, p. 10).

Ce bref historique met en lumière deux aspects. Tout d'abord, tant dans le domaine biomédical que dans le domaine des sciences infirmières (cf. Nightingale, Henderson, Watson), il y a affirmation que l'homme a une dimension spirituelle. Ensuite, ici aussi, le spirituel est avant tout compris comme la quête de sens.

Cette revue de la littérature choisit de s'inscrire dans cette lignée en considérant l'homme comme un être bio-psycho-social et spirituel. Il en découle qu'une attention à toutes ces dimensions, une posture holistique, peut être légitimement attendue d'une infirmière compétente et professionnelle.

2.2 BESOINS SPIRITUELS

2.2.1 Vers une définition ?

Lorsqu'il s'agit de cerner ce que sont les besoins spirituels, on se retrouve avec une multitude de propositions, voire même d'oppositions à employer un tel concept (Poletti, 2011, p. 30). Cet embarras reflète certainement celui de la discipline infirmière face à la définition de la spiritualité.

Selon Rougeron (2007), médecin généraliste, c'est dans le sillage du travail pionnier de Virginia Henderson qu'est né ce concept ; et même s'il peut être critiquable – « peut-on parler du spirituel comme on parle des besoins physiologiques, supposant qu'une réponse adaptée permet de les faire disparaître ? » (p. 202) – il reste largement employé tant dans la littérature que dans l'usage médical ou infirmier.

Alors, que recouvre-t-il ?

La NANDA-I propose deux types de besoins spirituels à travers deux diagnostics infirmiers (ainsi que leurs risques correspondants). D'une part, la « détresse spirituelle », définie comme une « perturbation de la capacité de ressentir et d'intégrer le sens et le but de la vie par les liens avec soi, les autres, l'art, la musique, la nature ou une force supérieure » (Doenges et al., 2012, p. 320). D'autre part, la « pratique religieuse perturbée », définie comme la « difficulté à conserver sa confiance en des croyances religieuses et/ou à participer aux rites d'une religion » (Doenges et al., 2012, p. 711).

La NANDA-I prend donc le parti de considérer les besoins spirituels selon qu'ils concernent plutôt la sphère religieuse avec ses croyances et ses pratiques, ou spirituelle avec la quête de sens.

Cela rejoint la façon qu'a V. Henderson de définir ce concept : « aider le malade à pratiquer sa religion ou à agir selon sa conception du bien et du mal » (Henderson, 1969, p. 25), même si cette dernière souligne davantage l'aspect religieux. Cette définition infirmière du concept a été ensuite étoffée par de nombreux auteurs de différentes disciplines. Rougeron (2007) fait d'ailleurs état de l'existence de plusieurs listes décrivant les besoins spirituels, dont voici quelques items cités pêle-mêle : « être et rester sujet..., besoin d'être reconnu comme une personne, quête d'un sens à sa vie, besoin de se libérer de la culpabilité, désir de réconciliation, ... besoin d'un au-delà » (p. 202). Face à ce foisonnement, il propose de considérer les besoins spirituels du patient selon sa relation au temps (p. 203-205) :

1. besoin de relire le passé : lui trouver un sens qui va jusqu'à éclairer le présent. Ce sens peut prendre sa racine dans les valeurs de vie de la personne : « don de soi, unité, amour du prochain, respect » (p. 203). Un autre aspect important par rapport au passé est aussi la réconciliation – avec soi, ses proches, Dieu ;
2. besoin de densifier le présent : vivre pleinement la vie qui reste, être reconnu dans sa dignité, son identité et son autonomie, vivre la relation ;
3. besoin de gérer un futur improbable, car « l'homme ne peut pas vivre sans envisager un futur » (p. 204). Cela pourra se manifester par : garder l'espoir, préparer sa mort, se questionner sur l'au-delà.

Cette façon de considérer les besoins spirituels se rapproche d'autres modèles, comme celui de E. J. Taylor⁶, cité par Jobin (2012), qui catégorise les besoins selon qu'ils sont liés à soi (besoin d'un sens, d'espoir, d'accepter la mort, de se confier, d'être pardonné), ou aux autres (besoin de pardonner, besoin de s'adapter à la perte des êtres aimés), ou enfin à la transcendance (besoin de croire, d'expérimenter Dieu...) (p. 27).

Thieffry⁷ (2014), pour citer encore une autre source, propose de considérer les besoins spirituels comme : le besoin d'être reconnu comme une personne, la quête d'un sens, le besoin de se libérer de la culpabilité, le désir de réconciliation, le besoin de placer sa vie dans un au-delà de soi-même et enfin le besoin d'une continuité, d'un au-delà.

A nouveau, on remarque une convergence avec les autres essais de compréhension de ce concept.

Qu'en conclure ? Plutôt que de vouloir proposer une définition claire et précise des besoins spirituels, il semble plus judicieux de s'en tenir à des repères permettant de comprendre peu à peu ce qui peut se dire lorsqu'on parle de besoins spirituels. C'est d'ailleurs la position de Thieffry (2014) : « l'expérience et l'analyse des différents points de vue des auteurs qui se sont exprimés sur les besoins spirituels des malades au cours des maladies graves permettent d'identifier les convergences, qui peuvent constituer des *repères* » (p. 133).

En effet, si une définition peut rassurer le soignant au pied du lit de son patient, elle porte aussi le risque d'enfermer le concept dans une liste qui pourrait finalement empêcher de rencontrer la personne dans sa réalité. S'en tenir à des repères c'est, par contre, permettre au concept de s'ouvrir sur un au-delà imprévisible.

2.2.2 Des besoins parmi d'autres ?

Quand on parle de besoin, on fait allusion à un manque auquel il faut – ou il serait bon – de pallier, selon qu'il est vital ou non.

Comme l'explique Honoré (2011), cette idée de classer les besoins remonte déjà à Epicure qui distinguait quatre catégories :

les besoins naturels indispensables à la vie, au bien-être du corps et au bien-être de l'âme ... ; les aspirations naturelles dont on peut à la rigueur se passer ... ; les

⁶ Effie J. Taylor (1874-1970) est reconnue internationalement comme pionnière dans les soins infirmiers psychiatriques.

⁷ Médecin et prêtre en France.

aspirations de création humaine et donc artificielles, non naturelles et non nécessaires ... ; les aspirations mystiques et non réalisables. (p. 46)

Plus proche du XXIème siècle, et souvent cité dans la discipline infirmière, le psychologue Abraham Maslow propose, dans les années 50, une hiérarchie des besoins en cinq niveaux. Cette théorie sera représentée par la fameuse pyramide des besoins, mise en annexe (p. XVII).

Selon Maslow, l'individu cherche à satisfaire les besoins de la base de la pyramide, puis, une fois ceux-ci satisfaits, il passe au niveau immédiatement supérieur.

Le psychologue apportera des modifications à la partie supérieure de la pyramide en ajoutant, à l'accomplissement personnel, le besoin de réaliser une œuvre qui demeurera après sa mort. Et, au-delà de l'accomplissement personnel, il situe la transcendance, qui peut prendre des formes diverses (Honoré, 2011, p. 45). C'est donc au sommet de la pyramide que Maslow situe les besoins spirituels.

Dans le domaine infirmier, quand on aborde le concept de besoin, c'est Virginia Henderson (1897-1996) qui demeure une des grandes figures. Elle propose une grille de quatorze besoins afin de « décrire les soins que toute personne requiert, quels que soient le diagnostic posé par le médecin et le traitement qu'il a prescrit » (Henderson, 1969, p.1). Et, parmi ces quatorze besoins se trouvent les besoins spirituels, qui sont considérés comme des besoins ternaies (avec les besoins de développement personnel et de création), distingués des besoins primaires (biologiques) et secondaires (psychologiques et sociaux). Comme pour Maslow, les besoins primaires doivent être satisfaits avant de passer aux secondaires, et enfin aux ternaies (Honoré, 2011, p. 49).

Jean Watson, infirmière et docteur en psychologie de l'éducation, a une autre façon de considérer la hiérarchie des besoins. En effet, elle adapte à la discipline infirmière la classification de Maslow et affirme que les besoins « ont tous la même importance pour les soins infirmiers de qualité et la promotion d'une santé optimale. Malgré la présentation hiérarchique des besoins, tous sont précieux » (Watson, 1998, p. 115). Honoré, (2011) commentera judicieusement Watson en disant que :

Si un besoin est touché, tous les autres besoins le sont, directement ou indirectement. Aussi l'infirmière doit-elle s'intéresser de la même façon à tous les besoins Les besoins humains ne doivent donc pas être considérés isolément. La per-

sonne peut être globalement en état de besoin et certains besoins ne sont peut-être qu'un aspect d'un besoin plus vaste. (p. 51)

Xerri (2011) recourt également à cette approche intégrative, allant jusqu'à donner aux besoins spirituels une place de choix : « les besoins spirituels ne sont pas que des besoins spécifiques, ils sont liés aux autres besoins et les sous-tendent. Ils ne font pas partie d'une classe à part, ils englobent l'être entier » (p. 161). Pour cet auteur, « la dimension spirituelle n'est pas "en plus" sur le même plan que d'autres besoins. Elle les traverse, les éclaire et les vivifie. Elle est en réalité la nature même de notre humanité » (p. 162). Par sa position anthropologique – il parle d'ailleurs d'une nature spirituelle plus que d'une dimension spirituelle de la personne (p. 159) – cet auteur place au centre des besoins de l'homme les besoins spirituels.

Ainsi, selon qu'on se réfère à un auteur ou l'autre, les besoins spirituels apparaissent comme essentiels à satisfaire, ou plutôt comme ternaies (Henderson) ou au sommet d'une pyramide (Maslow). La prise en compte d'une position ou de l'autre a des conséquences bien différentes au niveau de la priorité donnée à la prise en compte de ces besoins dans la pratique. Face à cette question, le contexte hospitalier tient aussi une grande importance :

L'implication des infirmières dépend aussi du type d'établissement et du type de service dans lequel elles exercent. La dimension spirituelle n'est pas la première préoccupation dans un service d'urgence ou de chirurgie ambulatoire. En revanche, lorsqu'on prend soin de personnes âgées en long séjour ou de personnes en fin de vie dans un service de soins palliatifs, la spiritualité devient beaucoup plus importante. (Poletti, 2011, p. 32)

Toutefois, l'avantage de réflexions telles que celles de Watson est de rappeler à l'infirmière que les besoins spirituels sont une réalité de chaque personne soignée. La posture retenue ici va même plus loin, rejoignant celle de Xerri : les besoins spirituels ne sont pas des besoins parmi d'autres, mais ils sont au centre, au cœur même de la personne humaine.

2.3 ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL

Comme l'affirme Poletti (2011) : « la dimension de la spiritualité est spécifique... . C'est ce qui la rend complexe. Il ne s'agit pas d'un besoin à satisfaire, mais plutôt d'un cheminement à accompagner dans l'humilité » (p. 32).

En effet, face à une personne déshydratée ou mal ventilée, l'infirmière a souvent des outils clairs pour *évaluer* les besoins, des moyens concrets pour *intervenir*, qui aboutissent à des *résultats* aisément objectivables.

Mais face à un besoin de sens, d'identité, que faire ?

Monod-Zorzi (2012) a identifié trois modèles théoriques différents pour prendre en compte la dimension spirituelle. La description rapide de ces modèles aidera à mieux cerner ce concept d'accompagnement spirituel.

Tout d'abord le « modèle technique » (p. 39) où le soignant mène une anamnèse spirituelle à travers des outils comme les questionnaires SPIR ou HOPE⁸. Le but est d'évaluer s'il y a des besoins spirituels chez le patient – on se retrouve donc dans la première étape d'une démarche classique de soins infirmiers. Selon l'auteure, les avantages d'un tel modèle sont sa simplicité, et le faible risque de prosélytisme puisqu'il s'agit avant tout d'écouter et « *a priori* pas de *conseiller* » (p. 42). Les inconvénients sont une technicisation de l'approche de la spiritualité et le fait qu'il n'aboutisse pas nécessairement à l'identification de signes de détresse ou de besoins spirituels qui peuvent malgré tout être réels.

Cette critique est reprise et complétée par Vonarx et Lavoie (2011) qui font allusion également à d'autres types de questionnaires et pour qui de telles démarches

supposent que l'on puisse se "jeter sur l'objet" pour le mesurer ou le contrôler... . La production d'échelles et de mesures de la spiritualité repose sur cette logique qui conduit, dans tous les cas, à ignorer d'autres dimensions de la spiritualité qui seraient significatives pour une personne en particulier, mais ignorées du soignant. La variation d'une personne à l'autre est ainsi occultée, comme la possibilité que des dimensions évoquées dans les outils ne soient pas du tout significatives pour certaines personnes. (p. 316)

⁸ Cf. la présentation de ces questionnaires en annexe, p. XVII.

La mise en garde contre la dérive possible de l'utilisation de tels outils est à prendre au sérieux. Accompagner ne peut se réduire à cela. Toutefois, une fois averti, le soignant ne pourrait-il pas, à bon escient, recourir parfois à de telles démarches évaluatives, tout en intégrant dans son accompagnement le « modèle relationnel » dont il va être maintenant question ?

Le deuxième modèle est donc le « modèle relationnel » (Monod-Zorzi, 2012, p. 42), sans structure-type ou questionnaire mais s'appuyant sur une approche narrative : le soignant écoute le patient raconter son histoire. Or l'écoute, sans a priori, n'est-elle pas une dimension essentielle de l'accompagnement ? Pour Poletti (2011), accompagner, c'est

rejoindre la personne au cœur de son être, dans ce qui lui est intime, dans sa fragilité et sa vulnérabilité, ce n'est pas remplir un questionnaire ! C'est avancer petit à petit avec la personne vers la dimension mystérieuse dont elle est porteuse. L'autre est toujours une énigme. (p. 32)

L'accompagnement spirituel ne peut se réduire à une démarche sécurisante car clairement balisée : « il n'y a pas de "technique" d'approche spirituelle des malades » (Thieffry, 2014, p. 140). D'ailleurs, Poletti (2011) affirme encore qu'« aucun diagnostic médical ou infirmier ne peut venir à bout de cette dimension mystérieuse de la personne. ... Dans la dimension de la spiritualité, il y a un passage radical du faire vers l'être » (p. 32-33). L'accompagnement spirituel fait donc appel à toute la créativité et la personnalité non seulement de l'accompagnant, mais aussi de l'accompagné. Il fait appel aussi à l'humilité car il est désappropriation face au mystère de l'autre et face à son propre mystère.

Enfin, le troisième modèle proposé par Monod-Zorzi (2012) est le « modèle intégré et interdisciplinaire » (p. 44). Là, chaque dimension de la personne (bio-psycho-socio-spirituelle) reçoit une attention égale, ce qui implique que son évaluation soit faite par un spécialiste propre au domaine évalué – l'aumônier pour la dimension spirituelle. L'avantage de ce modèle est qu'il offre la plus grande expertise et favorise l'interdisciplinarité. Par contre, il nécessite un aumônier, ce qui n'est pas toujours possible.

Une autre critique à ce modèle, qui n'est pas soulevée par l'auteure, est que l'aumônier reste fortement lié à l'aspect religieux de la spiritualité, et sa visite peut être refusée, à ce titre, par certains patients. De plus, en déléguant totalement l'évaluation spirituelle à des

experts en la matière, Honoré (2011) pense que le malade peut se sentir abandonné par les soignants, d'autant plus que le dialogue entre aumônier et personnel soignant est souvent difficile (p. 36). Le rôle de chacun, dans l'accompagnement spirituel, demeure donc légitime :

Il y aura toujours besoin d'ecclésiastiques, d'experts pour répondre aux besoins religieux spécifiques des personnes soignées, mais c'est dans le quotidien de l'accueil, de l'écoute, de la confiance, de la chaleur humaine, de l'acceptation non jugeante de l'autre que se vit la spiritualité, au cœur de la pratique des soins infirmiers. (Poletti, 2011, p. 33)

3 METHODE

3.1 DEVIS DE RECHERCHE

Ce travail est mené sous la forme d'une revue de la littérature. A travers plusieurs articles scientifiques de recherche empirique quantitative^{°9}, qualitative[°] ou mixte[°], on tentera d'approfondir et de répondre aux diverses interrogations soulevées au début de ce document et à la question principale de recherche.

3.2 COLLECTE DES DONNÉES

Pour consulter efficacement les bases de données, les mots clés ont été spécifiés à travers le thésaurus[°] MeSH[°] (Medical Subject Heading) et combinés avec les opérateurs booléens[°].

Cinhal, Pubmed, Cochrane et Joanna Briggs Institute ont été consultés entre février 2015 et décembre 2015. Les tableaux ci-dessous indiquent les méthodes de recherche pour chaque base de données.

⁹ Le sigle ° signifie que le mot indiqué est défini dans le glossaire en annexe, p. VIII.

Base de données	Equation de recherche	Restriction(s)	Résultats¹⁰	Etude(s) retenue(s)
Cinhal	spirituality AND nurse	date de publication 2011-2015, tous les adultes.	162	1
	(nurse perception OR nurse belief OR nurse attitude) AND (spirituality or spiritual practices or religion or religious practices or faith) NOT dementia	date de publication 2011-2015, tous les adultes.	187	3
Pubmed	(nurse perception OR nurse belief OR nurse attitude) AND (spirituality OR spiritual) NOT dementia	date de publication : 5 ans, espèce humaine.	180	4
Cochrane	(nurse perception OR nurse belief OR nurse attitude) AND (spirituality OR spiritual) NOT dementia	aucune	18	0
Joanna Briggs Institute	(nurse perception OR nurse belief OR nurse attitude) AND (spirituality OR spiritual) NOT dementia	aucune	2	0

De plus, des alertes ont été programmées sur Cinhal et Pubmed afin de pouvoir connaître les nouvelles publications sur le sujet en temps réel.

A la suite de cela, un nombre suffisant d'articles pertinents de source primaire ont été trouvés.

Enfin, des recherches manuelles ont été entreprises pour étoffer la bibliographie par des ouvrages ou autres articles de différentes revues.

3.3 SÉLECTION DES DONNÉES

Les critères d'inclusion^o retenus proviennent, d'une part, d'exigences institutionnelles : études primaires, datant de cinq ans au maximum. D'autre part, ils sont posés en fonction du sujet de recherche (l'adulte – plus de 18 ans) et de langues de publication – français, anglais ou portugais.

¹⁰ Au 9 décembre 2015.

Les critères d'exclusion° affinent la recherche, toujours en fonction du thème de ce travail : sujet ne souffrant pas de démence ; de préférence lieu d'activité hors milieu psychiatrique ; et, enfin, lieu d'activité – si possible – hors Afrique, Asie, dans le but de cibler plus précisément l'Occident.

Etudes retenues

Auteurs	Titre	Date de publication	Base de données	Niveau de preuve
Gallison, B.S., Xu, Y., Jurgens, C. Y., & Boyle, S. M.	Acute care nurses' spiritual care practices.	2013	Pubmed	IV
Keall, R., Clayton, J. M., & Butow P.	How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns ? Facilitators, barriers and strategies.	2014	Cinhal	VI
Delgado, C.	Nurses' spiritual care practices : becoming less religious.	2015	Cinhal Pubmed	VI
McSherry, W., & Jamieson, S.	The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care.	2013	Pubmed	VI
Wu, L.-F., Koo, M., Tseng, H.-C., Liao, Y.-C., & Chen, Y.-M.	Concordance between nurses' perception of their ability to provide spiritual care and the identified spiritual needs of hospitalized patients : A cross-sectional observational study.	2015	Cinhal	IV
Winter-Pfändler, U., Flannelly, K. J., & Morgenthaler, C.	Referrals to Health Care Chaplaincy by Head Nurses.	2011	Cinhal Pubmed	IV

La pyramide des preuves se trouve dans l'annexe II, p. VII.

Deux études sont quantitatives, deux qualitatives et deux mixtes.

Toutes sont disciplinaires, sauf celle de Winter-Pfändler, retenue pour la pertinence de son objet pour cette recherche.

3.4 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Afin de respecter les exigences institutionnelles et académiques, toutes les sources citées, indirectement ou directement, sont référencées selon les normes de l'American Psychological Association (APA) 6ème édition. La bibliographie complète se trouve en fin de document.

Les études empiriques retenues ont toutes été approuvées par un comité d'éthique ; les participants ont été informés et ont donné un consentement éclairé° écrit ou non, ils sont volontaires, leur anonymat est garanti.

4 RESULTATS

Les articles vont être présentés. On commencera par une description de l'étude, puis on considérera sa validité méthodologique. Ensuite, sa pertinence clinique sera analysée, ainsi que son utilité pour la pratique professionnelle.

Ce chapitre se conclura avec une synthèse des principaux résultats.

Les références comportant uniquement un ou des numéros de pages renvoient à l'étude de la section concernée.

4.1 ETUDE 1 : LES PRATIQUES D'ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL EN SOINS AIGUS (USA)

Gallison, B. S., Jurgens, C. Y., & Boyle, S. M. (2013). Acute care nurses' spiritual care practices. *Journal of Holistic Nursing*, 31 (2), 95-103.

4.1.1 Description de l'étude

Le but de cette étude descriptive° exploratoire mixte° est d'identifier les attitudes face au « spiritual care » des infirmières et les difficultés perçues, afin d'améliorer la satisfaction des patients. Elle est réalisée dans un centre hospitalier universitaire de 800 lits de la ville de New York (USA).

Le questionnaire utilisé est le « Spiritual Care Practice Questionnaire » (SCPQ), développé par Vance (2001). Il contient deux parties.

La première examine la fréquence avec laquelle l'infirmière offre un soutien spirituel (« spiritual support », p. 98). Les réponses sont mesurées par une échelle de Likert° de 5 points. Un score de 32 est considéré comme une moyenne idéale : « the ideal mean of 32 represents nurses who are involved in spiritual care activities somewhere between "occasionally" and "often" on the Likert-type scale » (p. 98).

La seconde partie du questionnaire examine les barrières perçues.

Il a été envoyé deux fois par semaine, pendant six semaines, par courrier électronique à 271 infirmières travaillant en médecine (échantillonnage accidentel ou par convenance°). 120 ont répondu à ce questionnaire (88.3 % de femmes, 12.5 % sans religion), mais 7 ne l'ont pas rempli entièrement. L'échantillon° final retenu pour l'analyse est donc de 113 personnes. L'enquête se termine par deux questions ouvertes° : lister d'autres barrières rencontrées, et décrire une intervention spirituelle significative (respectivement : 31 et 70 réponses).

4.1.2 Résultats de l'étude

1ère partie du SCPQ : pratique du « spiritual support »

Même si 96 % estiment que l'accompagnement spirituel fait partie de leur rôle professionnel, la pratique est en deçà de la moyenne idéale, puisque le résultat est de 29.94 ($SD^{\circ} = 6.74$), avec un tiers des infirmières ayant un score ≥ 32 .

Des analyses statistiques sont réalisées pour examiner si des variables[°] démographiques, comme par exemple l'âge, la race, le nombre d'années de pratique ou encore l'affiliation religieuse, ont une influence sur la réponse à la première partie du SCPQ (test t° et analyse de variance[°]). La seule variable[°] avec une différence statistiquement significative[°] est l'examen actuel des besoins spirituels (« currently screen for spiritual needs ») ($t^{\circ} = -4.14$, $p^{\circ} \leq .001$).

2ème partie du SCPQ : barrières rencontrées

L'obstacle le plus fréquemment perçu est le manque de temps (68 %), suivi du sentiment que la spiritualité relève du domaine privé (50%). Un tiers peine à distinguer entre prosélytisme et soutien spirituel, et 21 % à accompagner des patients d'une autre croyance. Dans les questions ouvertes, les difficultés mentionnées concernent à nouveau le temps, mais aussi les « system barriers »¹¹, « patient resistance » et « lack of appropriate education ».

4.1.3 Validité méthodologique

Par rapport au type d'échantillonnage[°], le risque majeur est que seules les personnes intéressées par l'objet de l'étude y participent. Or, le tableau 2 (p. 100) indique que 91 % des participants considèrent la spiritualité comme un aspect important de leur vie.

Pour la collecte de données, le SCPQ est un outil avec une validité de contenu[°] et un coefficient de fidélité[°] adéquats (fidélité de test-retest[°] à $r = 0.80$, coefficient alpha de Cronbach[°] à 0.87 et 0.64 pour chacune des parties du questionnaire). Son choix semble pertinent par rapport au sujet de la recherche, puisqu'il s'agit de comprendre les attitudes (1ère partie du questionnaire) et les obstacles (2ème partie) face à l'accompagnement spirituel. Les questions ouvertes[°] paraissent judicieusement posées : elles rejoignent les buts de l'article et permettent de drainer « une information plus riche et plus complète » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 300).

¹¹ Les auteurs n'explicitent pas cette notion. Peut-être s'agit-il de barrières institutionnelles ? Ou des règles de bonne pratique en vigueur ?

Concernant les résultats, 79.2 % infirmières affirment « currently screen for spiritual needs » (données démographiques) alors que, selon le SCPQ, moins de 40% sont impliquées occasionnellement ou plus dans une pratique de « spiritual care activities ». Comment comprendre cette importante différence ? Peut-être que 80 % reconnaissent un besoin spirituel, mais seulement 40 % y répondent ?

Quelques imprécisions, non mentionnées par les auteurs, ont été relevées dans le tableau 1 (données démographiques, p. 99) : certains items ont un échantillon de 110 personnes, d'autres de 120, or l'analyse est basée sur n=113.

Enfin, les auteurs présentent comme résultat : « the belief the patient's spirituality was private and outside the role of the nurse was identified as a barrier by 50% of the respondents » (p. 100), en s'appuyant sur un des items du questionnaire affirmé par 50 % de l'échantillon : « I believe that a patient's spirituality is private to the individual and should not be invaded upon by the nurse ». Or, dans le tableau 2, l'affirmation : « I believe addressing patients' spiritual needs are within the role of the professional nurse » est approuvée par 96 % des participants. Il semble donc y avoir une incohérence, qui s'explique peut-être par le fait que « should not be invaded upon by the nurse » (item 1) a été transformé dans le texte en « outside the role of the nurse » (p. 100).

Finalement, l'article se termine sans conclusion, ni mention de limites.

4.1.4 Pertinence clinique

Cette étude montre que la majorité des enquêtés (> 95%) se sentent concernés par l'accompagnement spirituel. Et, pourtant, moins de 40% le pratiquent occasionnellement ou plus. Cela signifierait qu'avoir une perception positive de ce rôle n'est pas un élément suffisant à lui seul pour offrir une prise en charge holistique.

Comme principale difficulté, l'étude mentionne le manque de temps. Elle propose, pour y remédier, que les infirmières remplissent systématiquement une évaluation de l'aspect spirituel du patient lors de l'anamnèse d'entrée.

Le second obstacle majeur est le sentiment que la spiritualité relève de la sphère privée et ne doit pas être envahie par la personne soignante. Cela semble contredire le début de l'enquête, en tout cas dévoiler une certaine ambiguïté face au « spiritual care », même si accompagner ne veut évidemment pas dire envahir. Ici, l'étude propose comme principale solution de mieux former les infirmières.

4.1.5 Utilité pour la pratique professionnelle

Cette recherche peut aider à prendre davantage conscience, dans les milieux de soins, que l'aspect holistique demande du temps, et que soigner vite peut aussi signifier mal soigner.

Vous avez dit spiritualité ? Perception infirmière de l'accompagnement spirituel.

Elle montre que souhaiter offrir une prise en charge spirituelle ne suffit pas pour la pratiquer effectivement – cela dépend aussi du patient ou des représentations que l'on peut se faire de ses besoins, par exemple.

Enfin, en proposant d'introduire dès l'entrée du patient une question sur l'aspect spirituel, les auteurs espèrent certainement ouvrir des portes à l'accompagnement spirituel. Cela aiderait-il, par exemple, à enjamber l'obstacle que la spiritualité relève du domaine strictement privé, inabordable pour le personnel soignant ?

4.2 ETUDE 2 : RESSOURCES ET DIFFICULTÉS DE L'ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL DANS LE CONTEXTE DES SOINS PALLIATIFS (AUSTRALIE)

Keall, R., Clayton, J. M., & Butow P. (2014). How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns ? Facilitators, barriers and strategies. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3197-3205.

4.2.1 Description de l'étude

Cette étude qualitative° explore, en différents lieux de soins palliatifs d'un Etat australien (State of New South Wales), ce qui, selon les infirmières, facilite ou entrave l'accompagnement spirituel, ainsi que les stratégies mises en place. La collecte des données est réalisée par l'intermédiaire d'interviews semi-structurés° menés soit de visu, soit par téléphone, enregistrés puis retranscrits afin de mener une analyse thématique de contenu°. L'entretien comporte la récolte de données démographiques, puis des questions ouvertes° sur l'approche de l'accompagnement spirituel, les ressources, les obstacles et les stratégies. Les participants sont recrutés par une annonce faite par l'association de soins palliatifs du New South Wales et par la présentation de l'étude au sein d'un meeting de recherche (échantillonnage accidentel°). De plus, les chercheurs demandent aux participants de faire connaître l'étude à des collègues éligibles (échantillonnage en boule de neige°). L'échantillon final est de 20 personnes (19 femmes).

4.2.2 Résultats de l'étude

Les facilitateurs mentionnés pour aborder l'aspect spirituel sont : développer une relation patient/soignant (14/20) et avoir des compétences en communication (13/20).

Les obstacles rencontrés sont : le manque de temps (11/20) ; la peur de ce qui peut être découvert au détour d'une conversation spirituelle, de ne pas savoir répondre ou de rendre la situation plus délicate encore (7/20) ; confondre des problèmes psychologiques ou spirituels avec des problèmes physiques (4/20) ; le manque de confidentialité dû à la présence de tiers – famille ou autres membres de l'équipe (4/20) ; le manque de compétence d'autres membres de l'équipe (3/20) ; la différence de croyance entre le soignant et le patient (1/20).

Les stratégies mises en place sont : l'interdisciplinarité (13/20) ; garder des attentes réalistes sur son propre rôle, être conscient qu'on ne peut tout résoudre (7/20) ; savoir se montrer disponible, en acceptant par exemple une tasse de café ou en s'asseyant (7/20) ; se former afin d'améliorer ses compétences (6/20).

Enfin, il est question de la stratégie à mettre en place par rapport à la documentation de l'accompagnement spirituel. Les avis – non chiffrés – divergent entre l'importance de sauvegarder la confidentialité et celle d'assurer le suivi des soins.

4.2.3 Validité méthodologique

L'échantillonnage soulève le même type de question que l'étude de Gallison et al. (2013) : est-il représentatif ? Ici, les données démographiques montrent que 60 % (12/20) appartiennent à une tradition religieuse : il y a 11 chrétiens et 1 bouddhiste. Quant à savoir si cette croyance est importante pour les participants, 14 ont répondu – les 12 affiliés à une religion et 2 sans tradition religieuse mais pour qui la spiritualité est importante. Parmi ces 14 personnes, 2 considèrent que la spiritualité n'est pas essentielle. Ces données, non négligeables pour vérifier un éventuel biais lié à la représentativité de l'échantillon, sont difficiles à interpréter. Puisque 14 personnes sur 20 ont répondu à la question sur l'importance de la spiritualité, qu'en est-il des 6 autres ? Peut-on penser que la spiritualité n'est pas importante pour elles, ce qui équivaldrait à un taux de 40 % sur l'ensemble de l'échantillon (2+6 sur 20) ? Ou alors faut-il s'en tenir à 14 % (2 sur 14) ?

Au sujet de la collecte des données, on peut souligner la bonne traçabilité des verbatim°, tout en maintenant l'anonymat, grâce à un habile codage des réponses.

Par rapport aux résultats, en ce qui concerne la stratégie de documentation de l'accompagnement spirituel, des positions diverses sont rapportées, mais de manière imprécise puisque non chiffrée.

Enfin, concernant la véracité°, les auteurs remarquent que la majorité de leurs résultats converge avec ceux d'études précédentes. Par exemple, l'importance de posséder de bonnes compétences en communication se lit également chez Puchalski et Romer (2000), Okon (2005) ou Chochinov (2006). L'obstacle lié au manque de temps, quant à lui, est un thème récurrent de la littérature (Bush & Bruni, 2008 ; Leung & Esplen, 2010).

4.2.4 Pertinence clinique

Cet article a l'intérêt de relever plusieurs stratégies employées sur le terrain qui ont montré leurs preuves.

La collaboration interdisciplinaire apparaît, entre autres, comme une ressource importante pour la pratique du « spiritual care », tout comme, à l'inverse, le manque de compétence d'un membre de l'équipe peut affecter négativement le travail des autres.

L'étude affirme aussi que les habiletés nécessaires à une bonne communication, que devrait d'ailleurs posséder toute infirmière formée, sont la base essentielle de l'accompagnement spirituel. L'écoute active, l'authenticité, le silence, la compassion, le langage non verbal sont mentionnés. Cela peut-il rassurer une infirmière qui estimerait

avoir peu de compétences en accompagnement spirituel ou aucune formation spécifique ? Elle pourrait s'appuyer sur celles reçues pour entrer en relation thérapeutique. Toutefois, est-ce suffisant ? C'est un point qui sera discuté par la suite.

4.2.5 Utilité pour la pratique professionnelle

Les différentes stratégies éprouvées sur le terrain peuvent être des pistes intéressantes afin d'améliorer la pratique professionnelle en accompagnement spirituel. Elles sont d'autant plus pertinentes qu'elles paraissent transférables en contexte valaisan. En effet, collaborer en interdisciplinarité, se former, ou encore maintenir des attentes réalistes ne semblent pas réservés à l'Australie.

A ces stratégies s'ajoute un tableau (p. 3201) recensant des questions proposées par les enquêtés afin de faciliter les conversations autour de la spiritualité. Elles sont le fruit de leur expérience. On peut y lire par exemple : « Are you peaceful inside do you feel peaceful or what about the family ? », « What are the three biggest problems ? », « Have you got any hopes, dreams or wishes at the moment ? » Là encore, pourquoi ne pas y voir des outils concrets pour oser initier une conversation qui pourrait déboucher sur un entretien spirituel ?

Enfin, cette recherche rappelle que la prise en charge holistique d'un patient est l'affaire de toute une équipe interdisciplinaire. Il y a des compétences variées, les reconnaître permet d'éviter des obstacles liés à un manque de savoir-faire ou de savoir-être. Cela permet aussi de se former en bénéficiant de l'expertise de chacun.

4.3 ETUDE 3 : PRATIQUE INFIRMIÈRE DE L'ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL (USA)

Delgado, C. (2015). Nurses' spiritual care practices : becoming less religious ? *Journal of Christian Nursing*, 32 (2), 116-122.

4.3.1 Description de l'étude

L'étude mixte^o (devis mixte séquentiel explicatif^o) de Delgado identifie les pratiques d'accompagnement spirituel infirmier et en évalue l'efficacité perçue par les personnes soignantes. Elle a aussi pour objet de voir si ces dernières se sentent préparées à le pratiquer et si elles le font aisément avec des patients d'une croyance autre que la leur.

La collecte des données se déroule en deux phases. Tout d'abord, pour la phase quantitative, des infirmières de l'Université du Midwest sont contactées par courriel, ainsi que les infirmières membres du Ohio League for Nursing par une annonce sur leur site internet. L'auteure suppose que, les personnes répondant à l'enquête, sont des infirmières en activité. L'échantillon^o se compose de 123 personnes, dont 94 % de femmes (échantillon accidentel^o).

L'enquête quantitative^o comporte une récolte de données démographiques suivie de 22 questions. Une liste de 14 interventions spirituelles est notamment proposée. Le participant doit indiquer celles qu'il exerce, avec qui (patient de même croyance ou pas), et celles qu'il considère comme les plus efficaces. Il est possible de rajouter des items à cette liste, ce que personne n'a fait. On demande aussi au participant s'il a été formé au « spiritual care », s'il pense que ce soin fait partie du rôle infirmier, et qui l'initie le plus souvent (l'infirmière, le patient ou un tiers).

A la fin du questionnaire, la chercheuse fait appel à des volontaires pour participer à un interview basé sur quatre questions ouvertes^o (deuxième phase, qualitative^o). Cinq personnes y répondront (4% de l'échantillon^o).

4.3.2 Résultats de l'étude

94.1 % ont déjà soigné¹² une personne d'une confession de foi différente, et 88.1 % n'y éprouvent pas de difficultés majeures. Dans 60 % des situations, ce sont les infirmières elles-mêmes qui initient l'accompagnement spirituel et 92.4 % pensent que cela fait partie de leur rôle.

L'action la plus souvent engagée est l'écoute (90 %), perçue d'ailleurs comme l'intervention la plus efficace par 88 % des soignants. Suit le contact physique – tenir la main, poser la main sur l'épaule (84 %) – estimé comme efficace par 67.5 %. L'évaluation

¹² L'auteure ne précise pas de quel type de soins il s'agit : « spiritual care », soins corporels ?

des besoins spirituels est également largement pratiquée (80.2 % avec les patients d'une autre croyance, 70.9 % pour les autres) et perçue efficacement. 70 % des infirmières font appel à des personnes ressources lorsqu'elles soignent quelqu'un d'une autre confession, et 55-60 % lorsqu'il s'agit de patients de la même confession. Cela est ressenti comme efficace par 55 % à 60 % des infirmières. Plus de 50 % prient ou méditent pour leur patient, et environ 30 % le font avec lui. Cela est perçu efficacement par 30-35 % des infirmières. Enfin, 11.7 % estiment être solidement formées à l'accompagnement spirituel, et le même pourcentage affirme ne l'être pas du tout.

La phase qualitative renseigne sur d'autres ressources déployées par les infirmières. Ainsi, elles s'appuient sur leurs connaissances des autres cultures pour accompagner, tout en veillant à ne pas stéréotyper les situations. Elles apprennent aussi de leurs propres expériences professionnelles et personnelles. Elles demandent de l'aide à d'autres collègues plus expérimentés. Enfin, deux soignantes craignent d'engager une discussion sur la religion par peur d'être considérées comme prosélytes par leurs employeurs.

4.3.3 Validité méthodologique

Le document ne reprend pas la forme classique d'un article de recherche. Ce manque de structure rend moins aisé la quête d'informations.

Concernant le devis, la phase qualitative° enrichit et complète l'interprétation des données quantitatives°, même si seules cinq personnes sont interviewées.

Le type d'échantillonnage° fait toujours encourir le risque d'avoir uniquement des participants qui se sentent interpellés par la spiritualité. Les données démographiques montrent d'ailleurs que 42.3 % des participants s'estiment peu actifs ou pas du tout actifs dans leur foi, ce qui est plus important que dans les études jusqu'ici analysées. Par contre, seuls 6.5 % se considèrent comme pas du tout ou peu spirituels. De plus, le taux de participation à l'étude quantitative° demeure non communiqué, ce qui pourtant est utile à l'interprétation des données.

Une autre question que soulève l'échantillonnage° est l'hypothèse faite par l'auteure : « this recruitment method has an inherent assumption that respondents are Registered Nurses and active in the profession » (p. 118). Mais toutes les infirmières de l'Ohio League for Nursing sont-elles effectivement en activité ?

Concernant la collecte des données quantitatives°, l'auteure a développé son propre questionnaire, sans en indiquer la fidélité° et la validité°. Par contre, elle fait preuve de transparence en inscrivant un lien internet pour le lire en son entier.

Pour l'analyse des données qualitatives°, il n'est pas mentionné de vérification externe° – soit par des pairs, soit par les participants.

Enfin, l'auteure examine si ses résultats sont concordants avec des études précédentes, ce qui contribue à améliorer la crédibilité^o des données (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 339).

4.3.4 Pertinence clinique

Distinguer les patients selon leur croyance (similaire ou pas à celle de l'infirmière) est une perspective de recherche intéressante face à la mondialisation croissante des échanges et à l'interculturalité à laquelle doit toujours plus faire face le personnel soignant.

La grande majorité des enquêtés se considère comme spirituelle, et initie dans presque 60 % des cas le « spiritual care » – ce qui peut traduire une certaine aise dans le domaine. Ils font donc partie de ceux chez qui on s'attendrait à voir se développer des interventions proprement spirituelles comme la prière, la méditation, la discussion spirituelle. Or, ils privilégient les actions à caractère non ouvertement spirituel (l'écoute, le toucher), les considérant parmi les plus efficaces. L'auteure ouvre deux pistes pour expliquer cela : la crainte de ne pas respecter les croyances du patient, et le reflet d'une société occidentale de moins en moins religieuse : « it is understandable as a reflection of the "religionlessness" of mainstream Western society » (p. 121). Est-ce une clé de lecture envisageable pour comprendre pourquoi l'accompagnement spirituel est peu pratiqué par l'infirmière en certains milieux ?

4.3.5 Utilité pour la pratique professionnelle

Comme Keall et al. (2014), Delgado parvient à pointer des interventions jugées comme efficaces en accompagnement spirituel et qui semblent transposables à d'autres terrains. Venant d'une recherche scientifique, de tels résultats sont plus crédibles qu'une simple opinion d'expert, par exemple, et peuvent encourager à oser telle ou telle activité, ou ouvrir à des discussions d'équipe.

Toutefois, peut-on se fier à ce type de listes pour une pratique plus efficace ? C'est un sujet à discuter ci-dessous : sur quoi peut-on baser la notion d'efficacité, par exemple ?

L'étude souligne aussi les difficultés vécues face à l'accompagnement spirituel, notamment le soupçon de prosélytisme venant de la hiérarchie. Est-ce transposable en terre valaisanne ? Des mots seraient peut-être à définir : ainsi, qu'est-ce que le prosélytisme, comment le distinguer d'une proposition d'accompagnement spirituel ?

4.4 ETUDE 4 : PERCEPTION DE LA SPIRITUALITÉ ET DU « SPIRITUAL CARE » (UK)

McSherry, W., & Jamieson, S. (2013). The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3170-3182.

4.4.1 Description de l'étude

Une grande enquête en ligne est réalisée en 2010 par la principale organisation infirmière du Royaume-Uni, le Royal College of Nursing (RCN), qui compte plus de 410 000 membres (infirmières, sages-femmes, travailleurs médicaux, étudiants). Le but est d'examiner la compréhension de la spiritualité et du « spiritual care ».

Pour collecter les données, les auteurs développent leur propre questionnaire. La première partie récolte des données quantitatives°. La publication et l'analyse de ces résultats font l'objet d'un article quantitatif° publié en 2011.

La seconde partie du questionnaire est qualitative°. Il est proposé aux enquêtés de rajouter des commentaires sur leur compréhension de la spiritualité et du « spiritual care » ou sur tout sujet concernant ces thèmes. 2327 personnes y répondent – taux de participation : 0.5 % (échantillonnage accidentel°). Les résultats et leur analyse (analyse thématique de contenu°) sont publiés dans l'étude qualitative° retenue ici.

4.4.2 Résultats de l'étude

Cinq thèmes sont dégagés.

Tout d'abord, la *compréhension de la spiritualité* : parce qu'individuelle, elle reste complexe et à facettes multiples. Il en résulte, pour les auteurs, qu'il est difficile de développer une définition qui ferait autorité. De nombreux mots clés sont associés à la spiritualité par les enquêtés. Les plus fréquents sont : croyance, religion, foi, individuel, personnel, Dieu, sens « meaning », chrétien, paix et relation. Des mots qui font référence à la dimension verticale et horizontale de la spiritualité, utilisés tant par ceux qui se disent croyants que par d'autres.

Pour quelques-uns (« some »), la spiritualité est considérée comme un *aspect fondamental* de la pratique infirmière – c'est le deuxième thème. La partie quantitative° de l'enquête l'affirmait déjà : > 80 % étant d'accord ou fortement d'accord avec cela.

Le troisième thème révèle que la spiritualité est *un facteur unifiant* : « spirituality is something that did not fragment the person but something that integrated » (p. 3177). Elle serait un moyen pour unifier toutes les autres dimensions de la vie humaine. Pour certains, elle devrait donc être intégrée dans une perspective de soins holistiques. Pour d'autres, par contre, elle n'a pas sa place dans la pratique infirmière.

Le quatrième thème aborde *la formation* : selon l'enquête quantitative°, près de 80 % pensent que, la spiritualité doit être abordée durant le cursus. Toutefois, la partie qualitative° révèle que pour certains, elle ne peut être transmise de manière formelle, relevant davantage de qualités personnelles et de l'expérience propre à chacun. Pour d'autres, dispenser du « spiritual care » n'est pas la tâche propre de l'infirmière et n'a pas à être enseigné.

Le dernier thème concerne le *rapport entre la croyance religieuse et le terrain professionnel* : quelques-uns partagent vivre de plus en plus de conflits entre leur foi et leur pratique. Ils mentionnent l'intolérance, la marginalisation, la peur, l'anxiété dans une société et un système de soins adoptant toujours plus des valeurs et croyances séculières.

4.4.3 Validité méthodologique

Selon les auteurs, pour la partie quantitative°, le taux de réponse est bas (1 %), malgré les stratégies mises en œuvre pour augmenter le taux de participation. Pour la partie qualitative°, la participation est de 0,5 % environ (2327 personnes, soit 57% des enquêtés). La période pendant laquelle il est possible de répondre à l'enquête est relativement brève : du 10.03.10 au 31.03.10.

L'échantillonnage accidentel° risque d'engendrer un biais°, d'autant plus que, parmi les participants, 15.6 % se disent sans croyance religieuse, 74.3 % sont chrétiens et que, parmi les croyants, 67.2 % sont pratiquants. Les auteurs en sont conscients et le mentionnent (p. 3178 et 3180). Il en résulte, selon l'article, une transférabilité° difficile (p. 3180).

L'étude fait preuve de transparence en mentionnant les avantages et inconvénients de l'usage du CAQDAS (« computer-assisted analysis of qualitative data sources », p. 3173) et en explicitant clairement la méthodologie utilisée.

Par contre, on peut s'interroger sur le choix méthodologique de mener une étude qualitative° uniquement par le biais d'un questionnaire sur ordinateur. N'est-il pas important, dans le paradigme naturaliste°, de pouvoir avoir une certaine interaction chercheur/enquêté afin d'avoir les moyens d'approfondir les résultats ?

Enfin, des imprécisions sont à noter. En effet, les auteurs font très souvent allusion à « some respondents » ou « many respondents » au lieu de fournir la proportion exacte de personnes concernées (p. 3175-3179).

4.4.4 Pertinence clinique

Un des intérêts de cet article est l'importance de son échantillon°. Ce critère n'est toutefois pas suffisant pour assurer une bonne transférabilité° à la population° infirmière,

d'autant plus que le RCN regroupe d'autres professionnels de la santé. L'étude précise d'ailleurs que l'échantillon° est composé à 63.5 % d'infirmières.

Cependant, même si la transférabilité° n'est pas garantie, il est intéressant de remarquer que le premier thème issu de cette recherche est récurrent à de nombreux ouvrages : la difficulté d'avoir une définition consensuelle de la spiritualité. Par contre, l'étude ne précise pas si c'est un obstacle à l'offre de « spiritual care ». Certes, son but n'est pas de pointer des difficultés, et pourtant il est fait mention d'un problème rencontré par les infirmières : celui de concilier foi religieuse et pratique professionnelle. Les chrétiennes, surtout, perçoivent une intolérance grandissante face à leur croyance religieuse et à leurs valeurs : « Sometimes I think ... that Christianity is more ridiculed and alternative forms of spirituality more accepted » (p. 3179). Une personne affirme également que les athées/agnostiques/humanistes sont aussi discriminés car perçus comme non spirituels ou sans moral. Il en résulte que, pour certains, « the RCN should act now to help its members not be afraid of this vital area of care. » (p. 3179).

Une autre difficulté mentionnée est le manque de formation et l'incompétence qui en découle.

4.4.5 Utilité pour la pratique professionnelle

Se pose-t-on, sur le terrain de la pratique, la question d'une définition de la spiritualité ou de l'accompagnement spirituel infirmier ? Cherche-t-on à cerner, pour mieux l'exercer, ce que devrait ou pourrait être cet accompagnement ? L'enquête révèle que plusieurs descripteurs utilisés pour décrire la spiritualité et le « spiritual care » sont, en fait, des valeurs centrales des soins infirmiers, comme le "prendre soin, l'altruisme, l'empathie, le respect". Or, toujours selon l'étude, les rapports de l'Association des patients publiés en 2009, 2010 et 2011 au Royaume-Uni montrent que ces qualités peuvent parfois manquer. Réfléchir en équipe sur le « spiritual care » pourrait aider à retrouver ces valeurs, si elles s'étaient érodées dans la pratique.

4.5 ETUDE 5 : CONCORDANCE ENTRE LES BESOINS SPIRITUELS DES MALADES ET LE SAVOIR DES INFIRMIÈRES (TAÏWAN)

Wu, L.-F., Koo, M., Tseng, H.-C., Liao, Y.-C., & Chen, Y.-M. (2015). Concordance between nurses' perception of their ability to provide spiritual care and the identified spiritual needs of hospitalized patients : A cross-sectional observational study. *Nursing & Health Sciences* 17 (4), 426-433.

4.5.1 Description de l'étude

Cette étude quantitative observationnelle transversale^o menée dans un hôpital de 1500 lits du centre de Taïwan enquête sur les besoins spirituels des patients et identifie si les infirmières perçoivent avoir les connaissances nécessaires pour y répondre. Un questionnaire a été développé par les auteurs ; il comporte 21 items décrivant des besoins. Les patients doivent les évaluer de 1 (fortement nécessaire) à 5 (pas nécessaire du tout), et les infirmières de 1 (savoir donner) à 5 (ne pas savoir donner). Il est distribué à 1850 patients, choisis aléatoirement dans tous les services, sauf ceux de pédiatrie et de psychiatrie. Il s'agit d'un échantillonnage aléatoire simple^o. 1351 réponses sont analysées (taux de participation : 73 %). La population^o infirmière, quant à elle, est informée par le biais de réunions de service. 200 infirmières ont répondu à l'enquête (échantillonnage accidentel^o, taux de participation : 96 %).

4.5.2 Résultats de l'étude

Les principaux besoins spirituels des patients sont le respect de l'intimité et de la dignité (93.3 %), la prise en considération de leurs nécessités – « showing concern » (87 %), et recevoir des conseils pour trouver sens et espérance dans la vie (85.2 %), pour trouver la paix intérieure (84.8 %), ou encore recevoir du courage (81.9 %). Seul 1.5 % des patients n'a besoin d'aucun des items proposés.

Le coefficient de corrélation des rangs de Spearman^o est utilisé pour voir s'il y a une relation entre les besoins des patients en « spiritual care » et la connaissance perçue par l'infirmière. Une association statistiquement significative^o a été observée (0.56, $p^o < 0.008$), suggérant que la majorité des infirmières ont les connaissances nécessaires pour répondre aux besoins les plus exprimés par les patients.

Par ailleurs, dans l'échantillon^o infirmier, sept variables indépendantes^o ont été évaluées par des analyses de régression logistique^o multivariée^o afin d'examiner si elles ont un lien avec le manque de connaissance perçu par les infirmières. L'âge, la croyance religieuse, la formation au « spiritual care » sont associés positivement avec le sentiment d'avoir une plus grande connaissance pour répondre à plusieurs besoins spirituels des patients.

4.5.3 Validité méthodologique

L'échantillon^o des infirmières devrait être de 205 selon les outils statistiques utilisés pour en estimer la taille appropriée. Or, ce nombre n'est pas atteint : 208 questionnaires sont distribués et 200 réponses obtenues.

Les patients sont sélectionnés aléatoirement dans les services concernés. On peut, toutefois, toujours se demander si le biais^o lié à l'intérêt suscité par la spiritualité demeure (puisqu'il faut obtenir le consentement éclairé^o et une réponse au questionnaire). Dans cette étude, 12 % des patients n'ont pas de croyance religieuse, et 87 % n'ont pas d'activité religieuse régulière. Pour les infirmières, 31.5 % n'ont pas de croyance religieuse et 89.5 % n'ont pas d'activité religieuse régulière. Ces taux sont relativement importants par rapport à ceux des autres études analysées ici.

Pour la collecte des données, les auteurs ont développé une nouvelle échelle pour évaluer les besoins en « spiritual care » des patients en soins aigus. En effet, selon eux, les outils à disposition conviennent uniquement pour des patients en stade avancé de la maladie ou avec des pathologies chroniques. L'outil a été revu à plusieurs reprises par différents experts. Le coefficient alpha de Cronbach^o est de 0.92 pour les infirmières et de 0.96 pour les patients.

73 questionnaires remplis par les patients étaient incomplets, ils n'ont donc pas été pris en compte pour l'analyse des données.

Enfin, les auteurs confrontent leurs résultats à ceux de publications précédentes, ce qui permet d'en apprécier la fiabilité^o.

4.5.4 Pertinence clinique

Cette étude est hors contexte occidental. Elle a cependant été retenue pour la pertinence de son objet et son actualité (2015). En effet, confronter les besoins exprimés par les patients au savoir perçu par les infirmières permet un angle d'approche plus large, moins subjectif peut-être.

Cet article permet aussi, indirectement, de pointer les difficultés et ressources des soignants en accompagnement spirituel.

Enfin, les auteurs ont été surpris de leurs résultats en constatant que la formation n'influence que peu l'offre en « spiritual care » . Ils l'interprètent de deux manières : seule une formation adéquate peut augmenter la connaissance perçue (Chung & Eun, 2011) – ce qui sous-entendrait que l'enseignement donné aux enquêtés est inadapté à leurs besoins ; ou alors seule une formation dispensée régulièrement serait efficace (McSherry & Jamieson, 2011, p. 1763).

4.5.5 Utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats de cette recherche peuvent être utiles pour la pratique professionnelle. En effet, si l'on veut proposer des stratégies en accompagnement spirituel, l'idéal serait d'en vérifier la pertinence. Or, s'intéresser directement aux besoins du patient semble un moyen approprié pour axer tant la formation que l'action vers la bonne direction. De plus, en récoltant des données sur les difficultés majeures des infirmières, cela permet d'ajuster les propositions de formation.

Cependant, l'étude perd en intérêt si elle ne possède pas une bonne généralisabilité°. Or, la culture taïwanaise apparaît bien différente de celle du Valais. Toutefois, il est intéressant de remarquer que les résultats ne semblent pas tant s'éloigner de ce que pourraient être les préoccupations d'un hospitalisé valaisan (le respect de la dignité, les conseils pour trouver sens à la vie, l'aide pour ne pas se sentir coupable...), et il ne serait sans doute pas abusif de se baser sur de tels résultats pour améliorer la pratique professionnelle en Suisse.

4.6 ETUDE 6 : INFIRMIÈRES-CHEFFES ET AUMÔNERIE (SUISSE ALLEMANDE)

Winter-Pfändler, U., Flannelly, K. J., & Morgenthaler, C. (2011). Referrals to Health Care Chaplaincy by Head Nurses. *Holistic Nursing Practice*, 25 (1), 26-32.

4.6.1 Description de l'étude

Cette étude quantitative exploratoire transversale° a pour but d'examiner dans quelles situations les infirmières-cheffes orientent les patients vers les services d'aumônerie et les facteurs qui influencent cette décision. Les auteurs ont listé environ 1400 institutions de santé de Suisse allemande, puis ont créé aléatoirement un échantillon de 280 institutions. Ils ont contacté les directeurs pour demander la permission de mener leur enquête auprès de deux à cinq de leurs infirmières cheffes. 117 institutions ont accepté et transmis les adresses courriels de leurs infirmières-cheffes (298 personnes). 77.5 % ont répondu, l'échantillon final étant de 192 personnes (échantillonnage aléatoire simple°).

Les auteurs ont envoyé un questionnaire proposant différentes situations pratiques, et l'enquêtée dit si elle aurait recours à l'aumônerie en utilisant une échelle de Likert° (1 = jamais, 4 = toujours). Ensuite, cinq items évaluent la qualité des services de l'aumônerie. Enfin, on demande aux participantes si elles se considèrent comme spirituelles. Le tout se termine par une récolte de données démographiques. Il est également possible d'ajouter des commentaires à la fin du questionnaire.

4.6.2 Résultats de l'étude

Les infirmières-cheffes recourent souvent à un aumônier lorsque les patients sont mourants ou nécessitent un soutien religieux/spirituel ou lorsqu'elles font face à des problèmes éthiques (moyenne de l'échelle de Likert = 2.98 sur 4). Par contre, elles leur font moins appel lorsque les patients ou leur famille vivent des émotions difficiles ou ont d'autres besoins psychosociaux (moyenne = 1.73 sur 4). Les services de l'aumônerie sont évalués positivement (moyenne = 2.74 sur 4). Enfin, la majorité des enquêtées se décrivent comme très spirituelles (moyenne = 2.98 sur 4).

L'étude met en avant plusieurs facteurs influençant positivement le recours à l'aumônier : une évaluation favorable de ce service, la propre religiosité de l'infirmière-cheffe, ou encore une bonne relation entre les soignantes et les aumôniers.

Enfin, les professionnelles travaillant en centres hospitaliers (« general hospitals », p. 29) orientent plus les patients avec des besoins psychosociaux vers les aumôniers que celles exerçant en psychiatrie, réhabilitation ou en maisons de retraite.

4.6.3 Validité méthodologique

Comme lors des études précédentes, le risque d'un biais° est à souligner – l'étude est-elle représentative de toutes les infirmières-cheffes de Suisse allemande ou ne concerne-t-elle que celles qui se disent croyantes ? Cela est d'autant plus pertinent que la moyenne mesurant la religiosité sur l'échelle de Likert° est relativement élevée (2.98 sur 4).

Concernant la collecte des données, les auteurs ont créé leur propre questionnaire en se basant, pour l'adapter, sur l'étude de Galek, Flannelly, Koenig et Fogg (2007). Ils n'ont pas travaillé seuls mais ont recouru à une équipe de quatre aumôniers afin de garantir l'inculturation au contexte suisse. Pour vérifier la fidélité° du questionnaire, ils ont utilisé le coefficient alpha de Cronbach°, qui varie entre 0.67 et 0.93 selon la partie testée. Finalement, ils ont mis en annexe de leur étude ce questionnaire, ce qui facilite la compréhension de l'article.

Pour vérifier la fiabilité° de leurs résultats, les auteurs les confrontent à d'autres recherches et constatent que, tantôt ils arrivent à des divergences, tantôt à des convergences, qu'ils essaient d'analyser et d'expliquer.

4.6.4 Pertinence clinique

Le premier intérêt de cette étude est qu'elle se déroule en Suisse allemande, donc au plus près géographiquement du Valais. Est-il pour autant légitime d'en déduire que ses résultats sont de facto généralisables au contexte valaisan ? Les auteurs eux-mêmes semblent prudents, signalant qu'il serait intéressant de refaire la même enquête en Suisse romande afin de comparer les résultats (p. 31).

D'autre part, est-il possible de transférer les résultats à la population° infirmière en son entier, étant donné que la population cible° sont les infirmières-cheffes ? On peut regretter et se demander d'ailleurs pourquoi l'étude ne concerne pas toute infirmière. Y aurait-il un sous-entendu que c'est à l'infirmière-chef de centraliser et gérer le travail avec l'aumônerie ? Ce serait alors bien réducteur de la collaboration interdisciplinaire.

4.6.5 Utilité pour la pratique professionnelle

Le travail interdisciplinaire est un aspect essentiel de la profession infirmière. En effet, une prise en charge holistique monodisciplinaire semble difficile, surtout face aux situations complexes de chronicité ou de fin de vie. Cette étude présente donc une utilité évidente pour la pratique en analysant les rapports entre les infirmières-cheffes et les services d'aumônerie. Elle met en lumière des questions importantes, comme le fait que la religiosité des soignantes influence le recours à l'aumônier. Des valeurs subjectives peuvent-elles prendre une telle place ? L'étude se demande ainsi s'il ne faudrait pas introduire des processus standardisés entre les infirmières et l'aumônerie. Elle pointe également que

« the patients with low religious resources and patients who have religious conflicts do not seek out a chaplain themselves » (p. 30), se demandant si l'évaluation des besoins et risques spirituels ne devrait pas être faite systématiquement par les infirmières. Selon les auteurs, les outils d'évaluation¹³ pourraient optimiser le soin aux patients et améliorer la qualité de la collaboration interdisciplinaire (p. 30).

¹³ Ils citent notamment l'outil FICA, en français : SPIR, présenté dans l'annexe VI, p. XVII.

4.7 SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Si les infirmières ont de la difficulté à s'entendre sur une définition commune de la spiritualité, elles perçoivent, par contre, en large majorité, l'accompagnement spirituel comme faisant partie de leur rôle propre. Le « spiritual care » serait même, pour la plupart d'entre elles, un aspect fondamental des soins, devant être intégré à part entière dans une prise en charge holistique.

Elles ont, pourtant, souvent de la peine à le pratiquer effectivement. Les principales difficultés mentionnées sont le manque de temps, de formation, la crainte de ne pas respecter l'intimité du patient avec le sentiment que la spiritualité relève du domaine privé, la peur de faire du prosélytisme, d'être critiquées, voire ridiculisées par l'équipe ou l'employeur. La différence de religion entre la personne soignante et le patient peut aussi parfois engendrer moins d'aisance.

Les ressources mises en place pour faciliter ce soin sont, tout d'abord, le développement d'une relation soignant/soigné de qualité. Pour ce faire, les compétences en matière de communication sont largement soulignées. Le travail interdisciplinaire et en équipe, avec la (re)connaissance des capacités de chacun, est également une force souvent mentionnée. Être formé aux autres cultures et religions, bénéficier du savoir-faire/être d'un collègue, avoir soi-même une croyance religieuse et de l'expérience sont autant de facilitateurs à l'accompagnement spirituel.

Enfin, certains articles retenus proposent des stratégies à l'infirmière qui voudrait améliorer ses compétences en « spiritual care ». Des aides à la communication sont proposées à travers des exemples de questions pour entamer une conversation spirituelle. Il est aussi suggéré que l'anamnèse infirmière d'entrée aborde systématiquement la thématique de la croyance afin d'ouvrir des possibilités d'échange, et de résoudre, pour une part, le manque de temps souvent invoqué.

5 DISCUSSION

5.1 DISCUSSION DES RÉSULTATS

➤ *Autour de la perception infirmière du rôle d'accompagnement spirituel*

Elle apparaît comme positive pour la grande majorité des enquêtés. Cependant, une question méthodologique importante demeure, liée à la représentativité des échantillons. Est-ce que seules les personnes intéressées par le sujet – et considérant donc probablement que l'aspect spirituel fait partie d'une offre en soins holistiques – auraient répondu à ces enquêtes ?

Ce travail a tenté d'explorer cette interrogation en analysant, pour chaque étude, la religiosité des participants. Or, pour beaucoup, la spiritualité tient une part importante dans leur vie personnelle.

Par ailleurs, la moitié des études analysées (Gallison et al., 2013 ; McSherry & Jamieson, 2013 et Delgado, 2015) rapportent que des soignants craignent d'être critiqués, voire ridiculisés, par leur entourage professionnel en offrant du « spiritual care » ou tout simplement en s'affirmant croyants. Comment alors ce même entourage, s'il est effectivement intolérant avec la foi de leurs collègues, pourrait-il percevoir positivement son rôle en ce domaine, ou encore offrir un accompagnement spirituel de qualité ? Cela permet-il de tirer des conclusions sur leur perception du « spiritual care » ?

➤ *Autour de la définition de la spiritualité*

Le cadre théorique souligne, au début de ce travail, l'ambivalence qui règne encore sur la définition de la spiritualité et de la religion. On aurait pu penser que cela soit un frein à la pratique de l'accompagnement spirituel. Or, dans les résultats des études retenues, ce souci de définition ne semble finalement pas essentiel aux enquêtés. Il est vrai que seuls McSherry et Jamieson (2013) abordent directement ce sujet. Toutefois, dans les autres articles recensant les obstacles à l'offre du « spiritual care », l'absence d'une définition consensuelle n'apparaît pas. Cependant, le manque de formation perçu par une large part de la population^o infirmière ou la crainte d'être prosélyte ne pourraient-elles pas se rapprocher de la problématique de définitions peu claires de termes pourtant essentiels ? L'étude mixte de Selman, Young, Vermandere, Stirling, et Leget (2014) semble aller dans ce sens. Son objet est de déterminer les thèmes de recherche prioritaires en « spiritual care » selon 293 médecins, 112 infirmières et 111 aumôniers exerçant en soins palliatifs. Dans la partie qualitative^o, ils nomment en premier : « understanding of spiritual care » (p. 524).

➤ *Autour des obstacles et des ressources à l'accompagnement spirituel*

Rushton (2014) a mené une revue de la littérature sur les bases de données CINAHL, Medline et British Nurse Index (littérature publiée entre 1990 et 2011) ayant comme objet de recenser les obstacles au « spiritual care ». Certaines de ses conclusions rejoignent les interrogations soulevées ci-dessus : le manque d'une définition de la spiritualité ou encore l'absence de guidelines infirmiers clairs sur le « spiritual care ». D'autres concordent avec les résultats des études analysées dans ce travail : une formation insuffisante ou le manque de temps.

Par rapport à cette dernière difficulté, Gallison et al. (2013) proposent d'intégrer à l'anamnèse infirmière d'entrée une évaluation systématique des besoins spirituels. Cela paraît simple à réaliser et peut, en effet, ouvrir des portes, ou en tout cas montrer au patient qu'une possibilité peut lui être offerte dans ce domaine. Mais est-ce réellement suffisant ? Tout dépendra sans doute de la manière dont cette évaluation est faite. L'infirmière a-t-elle le désir, les aptitudes et la possibilité d'engager plus avant une conversation spirituelle, si cela s'avérait opportun ? La question posée sera-t-elle suffisante pour ouvrir le patient à partager ses besoins spirituels ? Ces interrogations rejoignent finalement les critiques de Monod-Zorzi (2012) par rapport au « modèle technique » (p. 39) auxquelles cette revue a déjà fait allusion (p. 13). L'accompagnement spirituel ne peut se réduire à une simple modélisation, même si cela peut effectivement aider à aborder cette thématique.

L'infirmière aura de toute façon besoin, comme le rappellent Keall et al. (2014), de solides compétences en communication. Mais, là encore, est-ce suffisant de posséder de bonnes capacités à entrer en relation, à écouter, ou encore à être authentique pour savoir accompagner le patient dans sa quête de spiritualité ?

Les soignantes interrogées par Delgado (2015) semblent aller plus loin en affirmant que leur croyance personnelle et leur expérience de terrain tiennent une place importante dans l'apprentissage de l'accompagnement spirituel. Et, pourtant, il est curieux de remarquer que ces mêmes professionnelles pratiquent surtout comme « spiritual care » l'écoute, qu'elles perçoivent d'ailleurs comme l'intervention la plus efficace. Cela soulève deux questions : l'être humain resterait-il finalement seul face à ses questions de transcendance ? Et, surtout, sur quels critères mesurer l'efficacité ? Peut-on parler d'efficacité en spiritualité ? Faut-il la rechercher ? Est-ce un terme que l'on peut éthiquement employer ?

➤ *Autour de l'efficacité*

Par rapport à cette notion, Vonarx et Lavoie (2011) semblent prudents en affirmant, au sujet de l'accompagnement spirituel :

Mesurer la taille des fruits d'une expérience, juger de leur forme, de leur aspect, de leur quantité, de leur absence ..., et valoriser ainsi un type de récolte n'est pas vraiment approprié à la situation. ... Au contraire, l'expérience de santé et de maladie qui préoccupe tant la discipline infirmière requiert des attitudes plus modestes et un sens de l'ouverture à une diversité d'expériences et à des formes uniques. ... Chaque personne déploie, pense et vit une expérience spirituelle qui lui est personnelle incluant une temporalité, une structure, des significations et des expressions (affects, sensations, actions) qui lui sont propres et qu'il s'agit d'accueillir et de reconnaître. (p. 318)

L'étude de Wu et al. (2015), en partant des besoins spirituels exprimés par les patients pour analyser s'ils concordent avec le savoir des infirmières, se situe d'ailleurs plus dans ce positionnement que dans celui d'une recherche d'efficacité.

➤ *Autour de la collaboration interdisciplinaire*

Une ressource revenant fréquemment dans la littérature consultée est la collaboration interdisciplinaire, l'étude de Winter-Pfändler et al. (2011) en faisant même son objet de recherche. Cet article, en montrant que les infirmières recourent plus à l'aumônier lorsque le patient a un besoin spirituel que lorsqu'il a une difficulté plus émotionnelle, pose plusieurs questions. Est-ce un signe que ces soignantes se sentent peu compétentes pour répondre aux besoins spirituels/religieux ? Ou, alors, est-ce plutôt significatif d'une bonne collaboration interdisciplinaire où chacun reconnaît l'autre expert de son domaine, rejoignant par là le « modèle intégré et interdisciplinaire » proposé par Monod-Zorzi (2012) ? D'autre part, comment se fait-il que l'infirmière – qui, de plus, se définit comme spirituelle dans cette étude – ne recourt pas davantage à l'aumônier lorsque le patient démontre une difficulté morale (anxiété, plainte, pleurs...) ? Faut-il comprendre que les enquêtées ne pensent pas que la spiritualité puisse aider à vivre une détresse morale ? Ou qu'au contraire, elles estiment avoir les compétences en spiritualité pour aider le patient à traverser cette épreuve ? Ou encore qu'elles ne sont pas assez conscientes du bienfait du travail interdisciplinaire ?

Pour terminer, au sujet de la thématique du travail en équipe, l'étude de Keall et al. (2014) pose une interrogation pertinente : comment documenter les interventions d'accompagnement spirituel ? L'article fait état de divergences de points de vue entre l'importance de sauvegarder la confidentialité et celle d'assurer le suivi des soins. Cette question ne se rapprocherait-elle pas de celle concernant tout entretien thérapeutique ? Comment documenter une conversation avec un patient, qu'elle soit spirituelle ou pas ? Jusqu'où peut-on détailler ce qui a été partagé ? Le soignant peut-il accepter d'être lié par le patient autour d'un secret partagé ? Face à ces questions, Monod-Zorzi (2012) propose une piste intéressante pour l'aumônier : qu'il vérifie avec le patient ce qui peut ou doit être transmis au reste de l'équipe (p. 63). Pourquoi ne pas envisager une telle stratégie pour l'infirmière ?

5.2 DISCUSSION DE LA QUALITÉ ET DE LA CRÉDIBILITÉ DES ÉVIDENCES

Les études retenues ont un niveau de preuve de IV ou de VI.

Deux devis sont qualitatifs°, deux sont quantitatifs° et deux sont mixtes°, ce qui permet d'aborder la question de recherche à travers différents paradigmes°.

Pour chacune des études, un biais° lié à la représentativité des échantillons° semble se confirmer (cf. p. 39), ce qui remet en question la possibilité de généraliser les résultats à toute la population° infirmière.

La fidélité° des instruments de mesure est évaluée par le coefficient alpha de Cronbach pour les études de Gallison et al. (2013), de Wu et al. (2015), et de Winter-Pfändler et al. (2011). L'étude de Gallison et al. (2013) rajoute la fidélité de test-retest. L'étude de Delgado (2015) a développé son propre questionnaire, mais ne mentionne pas en avoir vérifié la fidélité ou la validité.

Les tests statistiques utilisés dans les études de Gallison et al. (2013), de Wu et al. (2015) et de Winter-Pfändler et al. (2011) correspondent au niveau de mesure° des variables° analysées.

Tous les articles retenus comparent leurs résultats avec des publications précédentes, remarquant le plus souvent d'importantes convergences. En outre, trois études n'hésitent pas à confronter des résultats divergents et à y chercher des explications (Keall et al., 2014, p. 3202 ; Delgado, 2015, p. 121 ; Wu et al., 2015, p. 431).

De plus, les résultats analysés ici sont parfois eux-mêmes en contradiction, notamment par rapport au besoin de formation en « spiritual care ». Cela a sans doute l'avantage de mieux refléter la réalité : elle est multiple et complexe.

On peut apprécier que toutes les études (sauf celle de Gallison et al., 2013) mentionnent leurs faiblesses ou leurs forces.

Finalement, tous les articles sélectionnés ont apporté des réponses à la question de recherche.

5.3 LIMITES ET CRITIQUES DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

La première limite est liée au fait que ce travail n'analyse que six études. C'est certainement insuffisant pour répondre de manière exhaustive à la question de recherche, même si des pistes intéressantes ont émergé.

Par ailleurs, si on veut transférer ces résultats en terre valaisanne, demeure la question de la généralisibilité^o ou de la transférabilité^o. En effet, pour un sujet comme la spiritualité, le contexte culturel a une influence majeure. C'est pourquoi on a essayé de privilégier des études occidentales. Toutefois, il faut reconnaître que, même en Occident, le lien au spirituel est loin d'être homogène. Ainsi, pour l'étude réalisée en Suisse allemande, les auteurs préconisent de mener une autre recherche en Suisse romande (Winter-Pfändler et al., 2011, p. 31).

Malgré tout, l'analyse des différents résultats a montré que les thèmes étaient assez semblables d'un pays à l'autre.

Enfin, un certain embarras a été rencontré face à l'expression anglaise « spiritual care ». Comment la traduire en français, que regroupe-t-elle exactement ? On a donc préféré laisser ce terme dans sa langue d'origine.

6 CONCLUSION

6.1 PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE

➤ *Reconnaître ses propres limites*

Reconnaître ses propres limites engagera l'infirmière à maintenir des attentes réalistes et à ne pas se décourager. Chemin long et personnel, qui se trace au cœur des expériences de la vie.

Reconnaître ses limites invite aussi à se former et à ne pas travailler seul mais à apprendre à bénéficier de la richesse de la collaboration interdisciplinaire.

Reconnaître ses limites amène enfin à cultiver cette humilité dont parlent si bien Vonarx et Lavoie (2011), et qui paraît importante lorsqu'il s'agit de rencontrer un autre humain dans ce qu'il a de plus intime :

Il est clair que [les infirmières] ont à se défaire de certitudes et à faire, de ceux et celles qui les acceptent dans leur itinéraire de soins, des partenaires essentiels. Car ce sont bien eux les experts qui détiennent des savoirs au sujet de leur expérience, alors que les infirmières ne connaissent jamais rien ou presque rien de cette expérience avant d'en faire elles-mêmes partie. (p. 318)

Le consensus pour la « best practice » des soins spirituels en Suisse (Recommandations Soins palliatifs et Soins spirituels, 2008) se situe bien dans cette perspective : « apporter une aide sur ce plan ne peut être qu'une démarche pleine d'humilité et de respect de l'autre » (p. 1). Le développement de compétences en « spiritual care » semble inséparable du développement personnel.

➤ *Oser !*

De nombreux obstacles ont été nommés par les études retenues : le manque de savoir-faire et de savoir-être, la peur du prosélytisme, le souci d'envahir un domaine perçu comme trop privé et intime, la peur d'être critiqué, etc.

Les mots de Thierry Collaud¹⁴ (2011) semblent faire écho à toutes ces craintes, pour engager la personne soignante à les dépasser :

¹⁴ Thierry Collaud est médecin, théologien et philosophe (bioéthique). Il est, à l'Université de Fribourg, professeur associé de théologie morale et d'éthique sociale chrétienne, directeur de l'Institut Interdisciplinaire d'Ethique et des Droits de l'Homme, codirecteur

On pourrait se retirer de tout discours, se dire que la seule chose à faire est d'offrir à l'autre des conditions, un espace ou un vis-à-vis pour qu'il puisse de lui-même s'ouvrir à, ou découvrir, la dimension spirituelle de ce qui lui arrive. C'est une posture fréquemment adoptée de nos jours : être à l'écoute, respecter l'autre, lui permettre de se dire. Cette posture est adoptée en réaction à un discours religieux perçu, la plupart du temps à tort, comme peu respectueux du cheminement personnel de chacun. ... Mais est-ce suffisant ? ... La personne en détresse doit trouver en elle-même le chemin vers l'au-delà du visible... . Cependant, pour passer du désespoir à l'espérance, il lui faut *un savoir sur la possibilité de cette quête*, sur la possibilité de renverser l'absurde et de (re)trouver une harmonie même partielle avec l'univers, avec le divin. ... Il faut quelqu'un qui nous dise « Ecoute ! », témoignant par là qu'il a, lui, déjà entendu quelque chose. ... ce qui se transmet en premier lieu ce n'est pas le comment ni le résultat de la quête, c'est *le savoir de sa possibilité même*. (p. 335)

La question de recherche se préoccupait d'identifier la perception infirmière de l'accompagnement spirituel. On se rend compte, avec la réflexion de Collaud, de l'importance essentielle pour l'infirmière de percevoir son rôle spirituel avec grande acuité, et d'être encouragée, dans les milieux pratiques, à oser s'y engager pleinement. Elle peut, parfois, être la seule auprès du patient à pouvoir indiquer, même en balbutiant, un chemin insoupçonné.

➤ *L'interdisciplinarité*

Le travail en interdisciplinarité apparaît comme une piste à développer dans le domaine du « spiritual care ». Pourquoi ne pas, par exemple, faire participer à part entière aux différents colloques interdisciplinaires un membre de l'équipe d'aumônerie ? Cela se fait déjà en certains endroits. Plusieurs bénéfices pourraient en être retirés, par exemple : donner une place plus visible à la dimension spirituelle – voire même la légitimer, s'il en était encore besoin ; partager en équipe sur des situations d'accompagnement spirituel, demander des relectures d'expérience et ainsi augmenter l'expertise de tous en ce domaine ; ou encore améliorer l'accompagnement et la prise en charge holistique du patient.

6.2 PROPOSITIONS POUR LA FORMATION

Si certaines infirmières affirment avoir reçu une bonne formation sur le « spiritual care », il ressort cependant de cette revue de la littérature que, pour beaucoup, elle demeure insuffisante. Les infirmières se sentent souvent démunies dans ce qui apparaît indubitablement comme un de leur rôle propre.

La formation actuellement dispensée à la Haute Ecole de Santé du Valais aborde la spiritualité principalement dans le cadre du module de soins palliatifs, et dans celui consacré à la population vieillissante et à la thanatologie. On comprend ces choix, les populations concernées se trouvant souvent face à des besoins spirituels importants. On peut donc apprécier que les étudiants soient sensibilisés à cette dimension de l'être humain. Cela se fait aussi plus discrètement tout au long de la formation, lorsqu'on apprend à la future infirmière à établir son recueil de données sans négliger d'aborder la dimension spirituelle. Mais, est-ce suffisant ?

La formation Bachelor en soins infirmiers en Suisse romande est basée sur deux piliers : la théorie et la pratique. Or, qu'en est-il pour l'accompagnement spirituel ? L'étudiant a-t-il l'occasion de le pratiquer ? Ne serait-il pas bon, par exemple, de l'inciter à formuler, au moins une fois durant son cursus, un objectif de stage allant dans ce sens ?

Par ailleurs, ne faudrait-il pas inciter des rencontres avec les équipes d'aumônerie pour développer la capacité à travailler en interdisciplinarité également avec ce domaine d'expertise ? L'étudiant est facilement invité à passer du temps avec un physiothérapeute ou un ergothérapeute. Mais avec un aumônier ?

6.3 PROPOSITIONS POUR LA RECHERCHE

Un des problèmes méthodologiques soulevés à la lecture des articles est celui de l'échantillonnage°. Comment arriver à rejoindre la population peu intéressée par une enquête sur l'accompagnement spirituel ?

La tentation de déduire que la non-participation signifie la perception négative du rôle infirmier de l'accompagnement spirituel est une conclusion sans doute peu scientifique.

Il serait, par conséquent, intéressant de chercher à atteindre cette population° par un autre biais. Par exemple, pourquoi ne pas demander aux enquêtés comment ils perçoivent leurs collègues face au « spiritual care » ? Cela a déjà été abordé, mais sans en être formellement l'objet de recherche, par les études de Delgado (2015), Gallison et al. (2013), et McSherry et Jamieson (2013).

Vous avez dit spiritualité ? Perception infirmière de l'accompagnement spirituel.

Une autre proposition serait d'enquêter sur la population^o infirmière masculine, largement sous-représentée dans la littérature consultée.

Enfin, il serait utile de mener une étude en Valais sur la question de la spiritualité. Comment, en cette terre où il n'y a pas si longtemps encore des religieuses se trouvaient parmi le personnel soignant, l'accompagnement spirituel a-t-il évolué et est-il vécu actuellement ?

BIBLIOGRAPHIE

- American Nurses Association. (S.d.). *Effie J. Taylor*. Accès <http://www.nursingworld.org/EffieJTaylor>
- Balboni, M. J., Sullivan, A., Amobi, A., Phelps, A. C., Gorman, D. P., Zollfrank, A., . . . Balboni, T. (2013). Why is spiritual care infrequent at the end of life ? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *Journal of Clinical Oncology*, 31(4), 461-467. doi: 10.1200/JCO.2012.44.6443
- Berghmans, C., & Torres, J.-L. (2012). *Santé et spiritualité : un pont thérapeutique*. Paris : InterEditions.
- Bush, T., & Bruni, N. (2008). Spiritual care as a dimension of holistic care : a relational interpretation. *International Journal of Palliative Nursing*, 14, 539-545. doi : 10.12968/ijpn.2008.14.11.31758
- Castanheira Nascimento, L., de Freitas Moreira Santos, T., Santos de Oliveira, F. C., Pan, R., Floria-Santos, M., & Melo Rocha, S. M. (2013). Spirituality and religiosity in the perspectives of nurses. *Text & Context Nursing*, 22(1), 52-60. doi : 10.1590/S0104-07072013000100007
- Chochinov, H. M. (2006). Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA : A Cancer Journal for Clinicians*, 56, 84-103. doi : 10.3322/canjclin.56.2.84
- Chung, M. J., & Eun, Y. (2011). Development and effectiveness of a spiritual care education program for nursing students - based on ASSET model. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41, 673-683.
- Collaud, T. (2011). Le rôle des témoins dans la dimension spirituelle du prendre soin. *Revue internationale des soins palliatifs*, 26(4), 333-338.
- Delgado, C. (2015). Nurses' spiritual care practices : becoming less religious ? *Journal of Christian Nursing*, 32(2), 116-122. doi : 10.1097/CNJ.0000000000000158
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler-Murr, A. C. (2012). *Diagnostics infirmiers. Interventions et justifications*. Bruxelles : De Boeck.
- Droux, J. (1994). *L'école valaisanne d'infirmières de Sion (1944-1994)*. Sion : Ecole valaisanne d'infirmières.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model : a challenge for biomedecine. *Science*, 196, 129-136. doi : 10.1126/science.847460
- Fineout-Overholt, E., Mazurek Melnyk, B., & Schultz, A. (2005). Transforming Health Care from the Inside Out : Advancing Evidence-Based Practice in the 21st Century. *Journal of Professional Nursing*, 21(6), 335-344. doi : 10.1016/j.profnurs.2005.10.005

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Chenelière Education.
- Galek, K., Flannelly, K. J., Koenig, H. G., & Fogg, S. L. (2007). Referrals to chaplains : the role of religion and spirituality in healthcare settings. *Mental Health, Religion and Culture*, 10(4), 363-377. doi : 10.1080/13674670600757064
- Gallison, B. S., Xu, Y., Jurgens, C. Y., & Boyle, S. M. (2013). Acute care nurses' spiritual care practices. *Journal of Holistic Nursing*, 31(2), 95-103. doi: 10.1177/0898010112464121
- Henderson, V. (1969). *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. Bâle : S. Karger Basel.
- Honoré, B. (2011). *L'esprit du soin : la dimension spirituelle des pratiques soignantes*. Paris : Seli Arslan.
- Jobin, G. (2011). La spiritualité : facteur de résistance au pouvoir biomédical de soigner ? *Revue d'éthique et de théologie morale*, 266, 131-149.
- Jobin, G. (2012). *Des religions à la spiritualité : une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital*. Bruxelles : Lumen Vitae.
- Keall, R., Clayton, J. M., & Butow, P. (2014). How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns ? Facilitators, barriers and strategies. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3197-3205. doi : 10.1111/jocn.12566
- Leloup, J.-Y. (1999). *Prendre soin de l'être : Philon et les Thérapeutes d'Alexandrie*. Paris : Albin Michel.
- Leung, D., & Esplen, M. J. (2010). Alleviating existential distress of cancer patients : can relational ethics guide clinicians ? *European Journal of Cancer Care*, 19, 30-38. doi : 10.1111/j.1365-2354.2008.00969.x
- Loiselle, C. G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent : ERPI.
- McSherry, W., & Jamieson, S. (2011). An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1757-1767. doi : 10.1111/j.1365-2702.2010.03547.x
- McSherry, W., & Jamieson, S. (2013). The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3170-3182. doi : 10.1111/jocn.12411
- Monod-Zorzi, S. (2012). *Soins aux personnes âgées : intégrer la spiritualité ?* Bruxelles : Lumen Vitae.
- Odier, C. (2004). Accompagnement spirituel ou "faire passer un chameau par le trou d'une aiguille...". *Frontières*, 17(1), 69-74.

- Okon, T. R. (2005). Palliative care review : spiritual, religious, and existential aspects of palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 8, 392-414. doi : 10.1089/jpm.2005.8.392
- Pepin, J., & Cara, C. (2001). La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières. *Théologiques*, 9(2), 33-46.
- Pereira, J. (2007). *Accompagner en fin de vie : intégrer la dimension spirituelle dans le soin*. Paris : Médiaspaul.
- Poletti, R. (2011). Soins infirmiers et besoins de spiritualité. *La revue de l'infirmière*, 173, 29-33.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research : Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9th ed.). Philadelphia : Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.
- Puchalski, C., & Romer, A. L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*, 3(1), 129-137. doi : 10.1089/jpm.2000.3.129
- Recommandations Soins palliatifs et Soins spirituels : consensus pour la « best practice » en Suisse*. Bigorio (2008). Accès : http://www.palliativegeneve.ch/wp-content/uploads/2012/04/Bigorio_2008_Spiritualite.pdf
- Rougeron, C. (2007). Les besoins spirituels des malades en fin de vie à domicile. *Médecine palliative*, 6(3), 202-205.
- Rushton, L. (2014). What are the barriers to spiritual care in a hospital setting ? *British Journal of Nursing*, 23(7), 370-374. Accès <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d85f53b5-1bfb-4b04-af6a-5c43d49a9cf3%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4214>
- Selman, L., Young, T., Vermandere, M., Stirling, I., & Leget, C. (2014). Research Priorities in Spiritual Care : An International Survey of Palliative Care Researchers and Clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(4), 518-530. doi : 10.1016/j.jpainsymman.2013.10.020
- Slim, K. (2007). *Lexique de la recherche clinique et de la médecine factuelle (Evidence-Based Medicine)*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Sources chrétiennes. (S.d.). *Les Œuvres de Philon d'Alexandrie*. Accès <http://www.sourceschretiennes.mom.fr/collection/collection-oeuvres-philon-alexandrie>
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42, 24-33. doi : 10.1093/geront/42.suppl_3.24

Vous avez dit spiritualité ? Perception infirmière de l'accompagnement spirituel.

- Thieffry, J.-H. (2014). Les besoins spirituels lorsque la vie psychique et/ou physique s'altère. In D. Jacquemin, & D. de Broucker, *Manuel de soins palliatifs* (p. 132-143). Paris : Dunod.
- Vance, D. L. (2001). Nurses' attitudes towards spirituality and patient care. *MedSurg Nursing*, 10, 264-278. Accès <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c787f2de-ae2f-4c11-b6c3-c8548cc2a02c%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4204>
- Vonarx, N., & Lavoie, M. (2011). Soins infirmiers et spiritualité : d'une démarche systématique à l'accueil d'une expérience. *Revue internationale de soins palliatifs*, 26(4), 313-319.
- Watson, J. (1998). *Le Caring : philosophie et science des soins infirmiers*. Paris : Seli Arslan.
- Winter-Pfändler, U., Flanelly, K. J., & Morgenthaler, C. (2011). Referrals to Health Care Chaplaincy by Head Nurses. *Holistic Nursing Practice*, 25(1), 26-32. doi : 10.1097/HNP.0b013e3181fe266c
- Wu, L.-F., Koo, M., Tseng, H.-C., Liao, Y.-C., & Chen, Y.-M. (2015). Concordance between nurses' perception of their ability to provide spiritual care and the identified spiritual needs of hospitalized patients : A cross-sectional observational study. *Nursing & Health Sciences*, 17(4), 426-433. doi : 10.1111/nhs.12210
- Xerri, J.-G. (2011). *Le soin dans tous ses états*. Paris : Desclée de Brouwer.

ANNEXES

ANNEXE I : TABLEAUX DE RECENSION

Etude 1 : Gallison, B. S., Jurgens, C. Y., & Boyle, S. M. (2013). Acute care nurses' spiritual care practices. *Journal of Holistic Nursing*, 31(2), 95-103.

<p>Type d'étude : devis mixte séquentiel explicatif, composante majeure quantitative. Enquête descriptive exploratoire.</p> <p>Paradigme : positiviste et naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : IV</p>	<p>Echantillon : 113 infirmières du service de médecine d'un hôpital de 800 lits de New York City. Taux de participation : 44.3 %. Parmi elles, 7 n'ont pas répondu à tous les items du questionnaire et ont été exclues pour éviter les biais (n=113). 75 % < 40ans, 88% femmes.</p> <p>Echantillonnage : de convenance</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion : <i>Inclusion</i> : toutes les infirmières de médecine. <i>Exclusion</i> : administrateurs, directeurs, éducateurs et infirmières hors de la division de médecine.</p>	<p>But : décrire les attitudes face au « spiritual care » et identifier les obstacles perçus par les infirmières en soins aigus, dans le but d'améliorer la satisfaction des patients.</p>	<p>Cadre de référence : Synergy Model^o</p>	<p>Méthode de collecte des données : questionnaire envoyé par e-mail, e-mails de rappel toutes les 2 semaines pendant 6 semaines. Contenu du questionnaire : 1) démographique 2) Spiritual Care Practice Questionnaire (SCPQ), créé par Vance (2001). Le SCPQ a 2 parties. La 1ère sert à déterminer la fréquence avec laquelle les infirmières offrent un soutien spirituel. La 2ème évalue les barrières perçues empêchant d'offrir du « spiritual care ». 3) deux questions qualitatives pour permettre d'éventuels commentaires supplémentaires : lister d'autres barrières à offrir un soutien spirituel et décrire une intervention spirituelle vécue comme porteuse de sens.</p> <p>Ethique : répondre au questionnaire en ligne est considéré comme consentement éclairé. Approbation de l'université du chercheur principal et par le centre médical où a eu lieu l'enquête. Participation anonyme et volontaire.</p>	<p>Méthode d'analyse : Pour les données quantitatives : • statistiques descriptives pour les données démographiques et les résultats du SCPQ. • test t (for factors with 2 groups) et analyse de variance (for factors with more than 2 groups) pour l'analyse statistique des résultats de la 1ère partie du SCPQ, afin de voir si la variable dépendante : <i>pratique du « spiritual care »</i> est influencée par les variables indépendantes suivantes : <i>âge, race, lieu de pratique, années de pratique, niveau d'éducation, affiliation religieuse, sexe, école, « currently screen for spiritual needs »</i>. p ≤ 0.001</p> <p>Pour la partie qualitative : analyse de contenu.</p> <p>Logiciel statistique : SAS software program, version 9.2</p>	<p>Résultats : Pour la 1ère partie du SCPQ (pratique du « spiritual support ») : réponses mesurées par une échelle de Likert. Moyenne idéale = 32. Dans l'étude, la moyenne est de 29.94 (SD = 6.74) → les infirmières de cette enquête offrent un soutien spirituel en deçà de la moyenne idéale. La seule variable démographique qui influence de manière statistiquement significative ce 1er score est « currently screen for spiritual needs » ($t = -4.14$, $p \leq .001$).</p> <p>Pour la 2ème partie du SCPQ (barrières perçues) : manque de temps (68%), croyance que la spiritualité du patient est quelque chose de privé et ne doit pas être envahie (« invaded ») par l'infirmière (50%), difficulté de distinguer entre prosélytisme et offrir un soutien spirituel (32%), croyances et pratiques du patient différentes de celles de l'infirmière (21%), être critiquées ou ridiculisées parce qu'on offre du « spiritual care » (6%). A noter que 96 % des interrogées pensent qu'offrir un soutien spirituel fait partie du rôle professionnel de l'infirmière.</p> <p>Pour les deux questions ouvertes : 31 personnes sur 120 ont répondu. Pour les barrières supplémentaires, 39 % mentionnent encore le manque de temps, 30 % le système (« system barriers »), 17 % la résistance du patient et 17 % un manque de formation adéquate. Pour une expérience d'intervention spirituelle, 70 personnes sur 120 ont répondu. Les thèmes les plus fréquents sont : « making referrals » (44.3%), prier avec les patients et familles (17%) et utiliser les ressources du système (13%).</p> <p>Conclusion : les infirmières sont conscientes de leur rôle à offrir du « spiritual care », mais manquent d'une formation appropriée. Les auteurs proposent que l'évaluation spirituelle soit faite par l'équipe infirmière, ce qui pourra aider à créer un environnement thérapeutique, permettre une communication authentique, et résoudre, pour une part, le manque de temps souvent invoqué et le fait que la spiritualité est fréquemment perçue comme appartenant à la sphère privée du patient.</p> <p>Enfin, pour aider à distinguer le prosélytisme du soutien spirituel, la formation aidera l'infirmière à être sensible aux cultures/religions et à répondre ainsi à la diversité des demandes.</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude : non mentionnées par les auteurs</p>
---	--	---	--	--	--	--

Vous avez dit spiritualité ? Perception infirmière de l'accompagnement spirituel.

Etude 2 : Keall, R., Clayton, J. M., & Butow P. (2014). How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns ? Facilitators, barriers and strategies. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3197-3205.

<p>Type d'étude : qualitative. Etude phénoménologique.</p> <p>Paradigme : naturaliste.</p> <p>Niveau de preuve : VI</p>	<p>Echantillon : 20 infirmières, soins palliatifs, Etat de New South Wales, Australie, 19 femmes ; 11 chrétiens, 1 bouddhiste.</p> <p>Echantillonnage : accidentel et en boule de neige.</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion : non mentionnés explicitement.</p>	<p>But : explorer les facilitateurs, obstacles et stratégies mis en place pour le « spiritual/ existential care ».</p>	<p>Méthode de collecte des données : information sur l'étude donnée via deux associations de soins palliatifs, présentation de l'étude à un meeting de recherche, et demande aux participants recrutés de faire connaître l'enquête à d'autres participants potentiels. Recrutement entre avril et juin 2012. 20 interviews semi-structurées, 10 de visu, 10 par téléphone. Durée : 21 à 55 minutes. Déroulement de l'interview : collecte de données démographiques puis questions ouvertes sur l'approche du « spiritual care », ce qui le facilite, ce qui le rend difficile et les stratégies développées pour discuter de problèmes spirituels avec le patient.</p> <p>Ethique : étude approuvée par le comité d'éthique de la recherche humaine de l'Université de Sydney, consentement écrit des participants. Participation anonyme et volontaire.</p>	<p>Méthode d'analyse : transcription des interviews enregistrés et analyse thématique de contenu.</p>	<p>Résultats :</p> <p>Facilitateurs : 1) développer une relation soignant/soigné (14/20), avec 3 sous-thèmes – confiance et expérience (du soignant), marcher à côté du patient (respecter son rythme, ses choix), ouverture du patient ; 2) compétences en communication (13/20), avec 5 sous-thèmes – écoute active, être authentique, connaître ses limites, permettre le silence, montrer de la compassion et de l'empathie, importance du langage non verbal. Ce thème se termine par des exemples de questions utilisées pour faciliter la conversation avec le patient.</p> <p>Barrières : 1) manque de temps (11/20) ; 2) peur de ce que le soignant peut découvrir (7/20) ; 3) se méprendre sur la nature des problèmes du patient (prendre des problèmes psychologiques ou spirituels pour des problèmes physiques) et donc ne pas les traiter de façon adéquate (4/20) ; 4) manque de confidentialité (4/20) dû à la présence de tiers (famille ou autres membres de l'équipe) ; 5) manque de compétence d'autres membres de l'équipe (3/20) ; 6) différence de croyance entre le soignant et le patient (1/20).</p> <p>Stratégies : 1) mettre le patient en relation avec d'autres membres de l'équipe interdisciplinaire (13/20) ; 2) maintenir des attentes réalistes (7/20), i.e. savoir que le soignant ne pourra pas tout solutionner ; 3) utiliser des moyens pour montrer la disponibilité du soignant à une conversation plus profonde (7/20), comme accepter une tasse de thé, s'asseoir ; 4) se former (6/20) ; 5) documenter pour assurer un suivi dans l'équipe (donnée non chiffrée).</p> <p>Conclusion : la formation apparaît comme un élément clé pour améliorer la confiance que les infirmières peuvent avoir en elles-mêmes, leurs compétences, et donc la prise en charge du patient. Contrairement à une autre étude, cette recherche suggère que le degré d'importance accordé à la spiritualité ne dépend pas du nombre d'années d'expérience mais de l'intérêt personnel des infirmières et des patients. Le manque de temps, de compétence, de confidentialité et la peur de ce que le soignant peut découvrir au détour d'une conversation sont des obstacles qui apparaissent dans de nombreuses autres études. La douleur ou d'autres symptômes physiques non soulagés, la différence culturelle ou de croyance sont également des difficultés signalées par d'autres chercheurs. Enfin, cette étude suggère qu'il est essentiel de documenter les interventions en « spiritual care » afin d'assurer un suivi et d'accentuer la prise de conscience sur l'importance de ce soin.</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude : <i>Forces :</i> la plupart des thèmes relevés comme facilitant ou étant un obstacle au « spiritual care » se retrouvent dans d'autres études. <i>Faiblesses :</i> petit échantillon provenant d'une seule région, participants auto-sélectionnés (risque de biais), pas de données sur les expériences de perte ou de prise en soin d'un être cher par les soignants alors que ces 2 aspects peuvent aider à entamer une discussion spirituelle.</p>
--	---	---	--	--	---

Vous avez dit spiritualité ? Perception infirmière de l'accompagnement spirituel.

Etude 3 : Delgado, C. (2015). Nurses' spiritual care practices : becoming less religious ? *Journal of Christian Nursing*, 32(2), 116-122.

<p>Type d'étude : devis mixte, composante majeure quantitative. Enquête descriptive exploratoire.</p> <p>Paradigme : positiviste et naturaliste.</p> <p>Niveau de preuve : VI</p>	<p>Echantillon Quantitatif : n =123, 94.3 % de femmes, 77.4 % travaillant à temps plein, 87.8 % de chrétiens, 4.1 % de juifs et 2.4 % d'athées ou agnostiques.</p> <p>Qualitatif : 5 volontaires parmi les 123, venant de différents milieux de la pratique.</p> <p>Critère d'inclusion : être un infirmier en exercice.</p>	<p>But : identifier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les pratiques des infirmières en « spiritual care » et le degré d'efficacité perçue ; • si elles se sentent formées, • si elles sont autant à l'aise dans cette pratique avec des personnes de la même croyance qu'elles, qu'avec les autres. 	<p>Méthode de collecte des données : Durant l'hiver 2012-2013, en 2 phases.</p> <p>1^{ère} phase (quantitative) : recrutement des infirmières de l'Université du Midwest via e-mail, ainsi que des infirmières membres du Ohio League for Nursing via une annonce dans la newsletter en ligne de la Ligue. L'enquête comporte une récolte de données démographiques suivie de 22 questions. Une liste de 14 interventions spirituelles est proposée et le participant doit indiquer celles qu'il pratique, avec qui (patient de même croyance ou pas), et celles qu'il considère comme les plus efficaces. Les autres questions abordent des sujets tels que la formation ou le rôle infirmier.</p> <p>2^{ème} phase (qualitative) : à la fin de l'enquête, demande de volontaires pour participer à un interview personnel basé sur 4 questions ouvertes : partager son expérience en « spiritual care », dire si on estime que ces soins sont importants, si on estime que les autres infirmières et les patients pensent que ces soins sont importants et enfin partager comment les croyances personnelles influencent la façon de donner du « spiritual care ». 5 personnes ont répondu. Interview par téléphone, durée : 45 à 80 minutes, enregistré, puis retranscrit.</p> <p>Ethique : permission de l'Institutional Review Board®, obtention du consentement éclairé des participants. Participation anonyme et volontaire.</p>	<p>Méthode d'analyse :</p> <p>Données quantitatives mises en tableau Excel puis analysées par un logiciel statistique : SPSS PASW 18. Analyse descriptive.</p> <p>Données qualitatives : recherche de thèmes, qui sont ensuite comparés aux résultats quantitatifs.</p>	<p>Résultats :</p> <p>Données quantitatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 46.4 % sont « very active or somewhat active in own faith », 89.5 % se considèrent comme « very active or somewhat active » en spiritualité. • Les infirmières initient le « spiritual care » dans 59.8 % des situations, tandis que, dans 35 % des cas, c'est à la demande des patients et 5.1 % à la demande de tiers. • 92.4 % des infirmières pensent que cela fait partie de leur rôle propre. 11.7 % ont été solidement formées durant leurs études au « spiritual care ». • Au niveau de la pratique, l'écoute s'exerce par 91 % des infirmières, perçue comme l'outil le plus efficace (88 %). Evaluer les besoins spirituels ou questionner sur les préoccupations spirituelles est perçue comme efficace par 73.5 % des infirmières et pratiquée par 80.2 % envers les personnes d'une autre croyance, et 70.9 % envers les personnes de la même croyance. Le contact physique est exercé par 84 % envers des croyants d'autres confessions et 70.9 % envers la même confession. 67.5 % des infirmières l'estiment efficace. Communiquer avec d'autres membres de l'équipe sur les besoins spirituels d'un patient est plus pratiqué lorsque celui-ci est d'une confession différente (72.6% contre 54.5 % si la confession est la même), et est perçue comme efficace par 54.7 % des infirmières. Contacter un conseiller spirituel est une mesure efficace pour 61.5 % des soignants. <p>Données qualitatives : 3 thèmes ressortent – la spiritualité et l'expérience personnelle forment la pratique ; entrer en relation avec respect ; les attitudes ambivalentes des autres soignants face au « spiritual care ».</p> <p>Conclusion : les infirmières perçoivent le « spiritual care » comme un aspect à part entière d'une prise en charge holistique. Elles apprennent à pratiquer de tels soins surtout à partir de leur système de croyance personnelle et de leur expérience de terrain. Les interventions non ouvertement religieuses sont favorisées. Peut-être qu'une approche trop ouvertement religieuse (comme la prière ou la méditation) fait peur, peur de ne pas respecter les croyances de l'autre. Ceci diffère d'une étude de 2004 où la prière était la mesure la plus pratiquée. 2 infirmières craignent parler religion à cause de leur employeur qui pourrait y soupçonner du prosélytisme. Les infirmières de cette étude se sentent globalement à l'aise pour donner du « spiritual care » et en prennent l'initiative lorsqu'elles perçoivent une détresse spirituelle, contrairement à ce que rapporte une recherche de 2010.</p> <p>Faiblesses de l'étude : généralisabilité limitée (échantillon).</p>
--	---	--	--	---	--

Vous avez dit spiritualité ? Perception infirmière de l'accompagnement spirituel.

Etude 4 : McSherry, W., & Jamieson, S. (2013). The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3170-3182.

<p>Type d'étude : qualitative.</p> <p>Paradigme : naturaliste.</p> <p>Niveau de preuve : VI</p>	<p>Echantillon : 2327 membres du RCN qui en compte plus de 410000 (infirmières, sages-femmes, travailleurs dans les services médicaux, étudiants). 63.5 % de l'échantillon = infirmières.</p> <p>Echantillon-nage : accidentel</p> <p>Critères d'inclusion : membres du RCN.</p>	<p>But : permettre aux membres du RCN d'exprimer leur compréhension de la spiritualité et du « spiritual care ».</p>	<p>Méthode de collecte des données : enquête menée entre le 10.03.10 et le 31.03.10. Recrutement par des annonces dans un document hebdomadaire publié par le RCN, par des emails, par la page d'accueil du site du RCN.</p> <p>Enquête en 2 parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> • quantitative (4054 réponses, soit 1%) → a fait l'objet d'un article en 2011 ; • qualitative (2327 réponses, soit 0.5%) → article ici analysé. <p>Le questionnaire quantitatif se termine avec la possibilité de rajouter des commentaires sur la compréhension de la spiritualité et du « spiritual care » ou sur tout sujet concernant ces thèmes. La présente étude analyse ces réponses (340 pages).</p> <p>Ethique : étude approuvée par la « Faculty Research Ethics Committee », financée par RCN. Participation anonyme et volontaire.</p>	<p>Méthode d'analyse : analyse par mots clés, puis analyse thématique de contenu → CAQDAS (computer-assisted analysis of qualitative data sources). Logiciel Microsoft word 2007.</p>	<p>Résultats : 5 thèmes :</p> <p>1) compréhension théorique et conceptuelle de la spiritualité : grande diversité des réponses. Difficile donc de développer une définition de la spiritualité qui aurait autorité. Pour certains, la spiritualité est universelle et applicable à toute personne, elle est l'essence de l'individu. D'autres rappellent que soutenir les patients est un aspect essentiel du « spiritual care », et que négliger l'aspect spirituel peut être une souffrance pour certains d'entre eux.</p> <p>2) la spiritualité et le « spiritual care » sont un aspect fondamental des soins infirmiers, ce qui est confirmé par l'étude quantitative : 40.4 % sont d'accord et 43 % fortement d'accord avec cela.</p> <p>3) la notion d'intégration et de soins intégrés : la spiritualité unifie la personne. Elle ne doit pas être « ajoutée » aux soins infirmiers, comme une option, mais intégrée dans une pratique holistique. D'autres ne sont pas de cet avis, il suffit de traiter les personnes en individus « it should be sufficient to treat people as individuals » (p. 3177).</p> <p>4) le développement professionnel et l'éducation en matière de spiritualité : 79.8 % pensent que la spiritualité doit faire partie des programmes de formation et beaucoup disent manquer de compétences, ne recevant pas assez de guidance. Mais pour certains, le « spiritual care » ne peut pas être enseigné car il relève de l'expérience et des qualités personnelles, ou alors il n'a pas à être enseigné car il est de la responsabilité d'autres disciplines et des familles.</p> <p>5) la croyance religieuse et la pratique professionnelle : sur les 4054 enquêtés (échantillon de la partie quantitative), 15.6 % n'ont pas de croyance religieuse, 74.3 % sont chrétiens, 1.7 % d'autres religions et 7.9 % ont coché « autres » ; 67.2 % pratiquent leur religion. Selon des participants, il y a de plus en plus de tensions entre leur foi et leur pratique professionnelle. Ils ressentent intolérance, marginalisation et peur dans une société et un système de soins adoptant toujours plus, selon eux, des valeurs et croyances séculières.</p> <p>Conclusion : • la spiritualité est personnelle et interprétée personnellement. Cependant, avoir une telle approche largement inclusive de la spiritualité peut être problématique quand on conduit des recherches (problème de définitions).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malgré de nombreuses recherches internationales sur la spiritualité et sa pertinence dans les soins infirmiers, elle est encore vivement contestée par certaines parties de la société. • Il est nécessaire d'analyser la tension grandissante ressentie par certaines infirmières entre leur croyance et leur pratique infirmière : elles perçoivent que, dans la société séculière actuelle, il n'y a plus de place pour l'expression de sa foi/croyance. <p>Faiblesses de l'étude : taux de réponses bas, UK uniquement, ne reflétant donc pas l'ensemble du monde infirmier ; participants auto-sélectionnés, donc avec un intérêt personnel sur la question, manque de diversité ethnique, religieuse et culturelle.</p> <p>Forces : c'est la plus grande étude faite au UK sur la perception infirmière de la spiritualité et du « spiritual care ».</p>
--	---	---	---	--	---

Etude 5 : Wu, L.-F., Koo, M., Tseng, H.-C., Liao, Y.-C., Chen, Y.-M. (2015). Concordance between nurses' perception of their ability to provide spiritual care and the identified spiritual needs of hospitalized patients : A cross-sectional observational study. *Nursing & Health Sciences* 17(4), 426-433.

<p>Type d'étude : quantitatif, étude observationnelle transversale.</p> <p>Paradigme : positiviste.</p> <p>Niveau de preuve : IV</p>	<p>Echantillon : Patients : 1850 questionnaires distribués, 1424 réponses dont 73 incomplètes → 1351 réponses analysées (73 %). Infirmières : 208 questionnaires distribués, 200 réponses (96%)</p> <p>Echantillonnage : Patients : chaque semaine, pendant 12 semaines, 10 personnes sont sélectionnées aléatoirement parmi les 16 patients adultes d'un hôpital du centre de Taïwan (1500 lits) → échantillonnage aléatoire simple. Infirmières : informées de l'enquête dans des réunions de service → échantillonnage accidentel.</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion : Patients : <i>inclusion</i> = avoir ≥20 ans. <i>Exclusion</i> = être admis en pédiatrie ou en psychiatrie, ne pas pouvoir répondre par écrit ou verbalement à l'enquête. Infirmières : <i>inclusion</i> = être infirmière diplômée travaillant à temps plein avec des patients hospitalisés.</p>	<p>But :</p> <ul style="list-style-type: none"> • enquêter sur les besoins en « spiritual care » des patients • évaluer si les infirmières ont le sentiment d'avoir les connaissances pour y répondre. 	<p>Méthode de collecte des données : questionnaire avec récolte de données démographiques et 2 versions d'une échelle développée par les auteurs, la « Spiritual Care Needs Inventory (SCNI) ».</p> <p>La 1ère version s'adresse aux patients et évalue leurs besoins en « spiritual care » par 21 items décrivant ces besoins. Ils doivent les coter de 1 (fortement nécessaire) à 5 (pas nécessaire du tout).</p> <p>La 2ème version est pour les infirmières et évalue si elles savent répondre à ces besoins, avec les mêmes items qu'elles doivent coter de 1 (savoir comment donner) à 5 (ne pas savoir). Coefficient alpha de Cronbach : 0.92 pour les infirmières, 0.96 pour les patients.</p> <p>Ethique : étude approuvée par l'Institutionnal Review Board° de l'hôpital enquêté, application de la Déclaration d'Helsinki°, consentement écrit des enquêtés, participation volontaire, anonymat. Subvention du National Science Council.</p>	<p>Méthode d'analyse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • statistiques descriptives pour les caractéristiques démographiques ; • corrélation des rangs de Spearman pour évaluer la relation entre les besoins des patients et la perception par les infirmières de leur connaissance de ces besoins ; • analyses de régression logistique multivariée pour évaluer si 7 variables indépendantes (sexe, âge, niveau d'éducation, croyance religieuse, années d'expérience clinique, formation au « spiritual care » à l'école / au travail) sont associées avec la connaissance perçue par les infirmières pour chacun des 21 items. • $p < 0.05$ = seuil de signification statistique retenu. <p>Logiciels statistiques : IBM SPSS Statistics software package, version 21.0.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour estimer la taille de l'échantillon : G*Power, 3.1.9.2 	<p>Résultats :</p> <p>Patients : 12 % sans croyance religieuse, 24.8 % bouddhistes, 21.8 % taoïstes, 53.3 % avec des activités religieuses occasionnelles, 13 % régulières.</p> <p>Infirmières : 96.5 % de femmes, 70 % ont reçu une formation au « spiritual care » à l'école ou au travail, 31.5 % sans croyance religieuse, 43% avec des activités religieuses occasionnelles, 10.5% régulières, 100 % veulent offrir du « spiritual care ».</p> <p>Besoins spirituels des patients : 93.3 % intimité et dignité, 87 % recevoir de l'attention, 85.2 % recevoir des conseils pour trouver sens et espérance dans la vie, 84.8 % pour trouver la paix intérieure, 81.9 % recevoir du courage. Seuls 1.5 % des patients n'ont besoin d'aucun des items proposés.</p> <p>Connaissance perçue par les infirmières : le % des infirmières ayant répondu « je ne sais pas » va de 0 % (pour les items : respecter la vie privée et la dignité, offrir de l'interaction et, enfin, écouter, accompagner et rassurer) à 31.5 % (guider pour être en paix avec le monde, demandé par 63.7 % des patients).</p> <p>Relation entre les besoins spirituels des patients et la perception des infirmières d'avoir la connaissance pour y répondre : corrélation des rangs de Spearman = 0.56 ($p < 0.008$) → suggère qu'en général les infirmières perçoivent avoir la connaissance pour les besoins spirituels les plus exprimés.</p> <p>L'analyse des variables indépendantes montre que les infirmières de plus de 30 ans perçoivent avoir la connaissance pour guider afin de trouver la paix intérieure (OR=2.6, $p=0.045$). La formation au « spiritual care » sur le lieu de travail est associée avec le sentiment de savoir guider pour trouver confiance (OR=2.7, $p=0.016$), et la formation scolaire avec une plus grande aisance à pouvoir engager une conversation spirituelle (OR=1.9, $p=0.072$). Enfin, la croyance religieuse est associée avec le sentiment de savoir guider pour trouver une place dans une église (OR=2.1, $p=0.071$).</p> <p>Conclusion : les infirmières désirent offrir du « spiritual care » et leurs connaissances perçues sont généralement adéquates avec les besoins exprimés par les patients.</p> <p>Faiblesses de l'étude : 1) échantillon limité à un centre médical de Taïwan et donc peut-être non généralisable à d'autres lieux, 2) motif d'hospitalisation des patients non enregistré, et donc impossible de savoir si les besoins en « spiritual care » varient avec les raisons d'hospitalisation, 3) évaluation uniquement du savoir perçu par les infirmières et non de leur savoir réel ou de leur pratique clinique, 4) aucune des 7 variables indépendantes analysées n'est fortement associée avec un manque de connaissance en « spiritual care ». D'autres variables, comme les perspectives spirituelles (non précisées par les auteurs) et les obstacles perçus au « spiritual care », devraient donc être évaluées dans de futures études.</p>
---	---	---	--	--	--

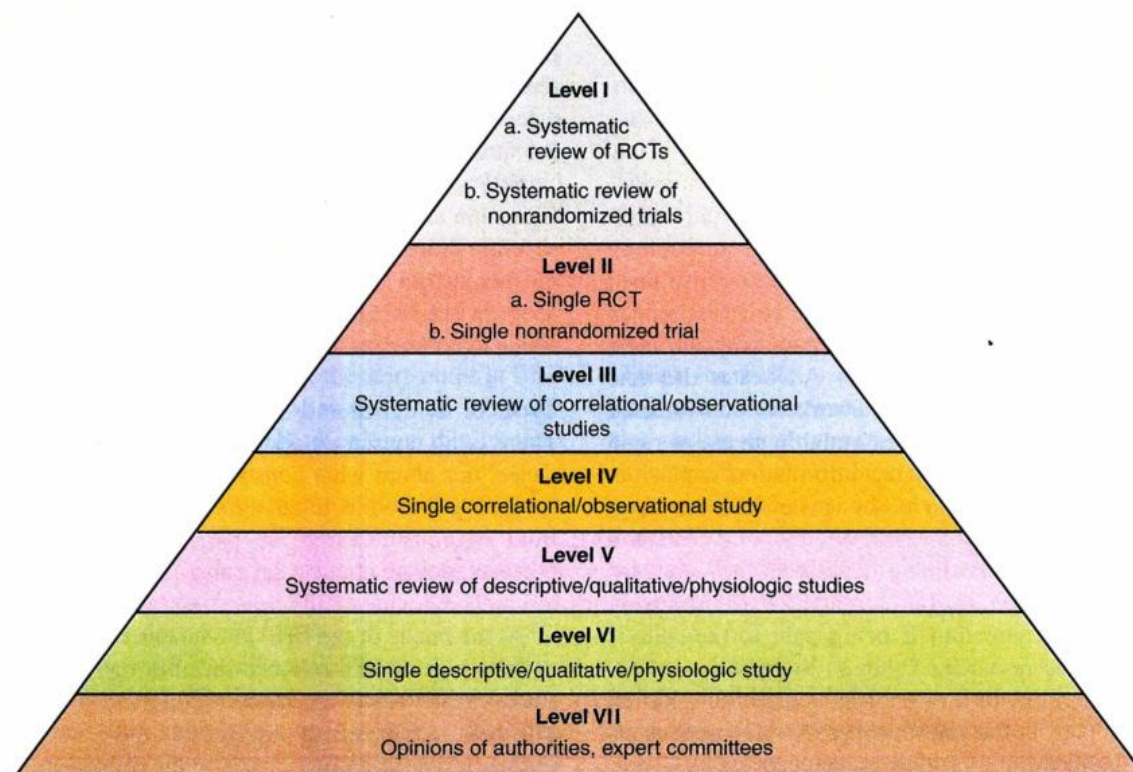
Vous avez dit spiritualité ? Perception infirmière de l'accompagnement spirituel.

Etude 6 : Winter-Pfändler, U., Flanelly, K. J., & Morgenthaler, C. (2011). Referrals to Health Care Chaplaincy by Head Nurses. *Holistic Nursing Practice*, 25(1), 26-32.

<p>Type d'étude : Quantitatif Étude exploratoire transversale.</p> <p>Paradigme : positiviste.</p> <p>Niveau de preuve : IV</p>	<p>Echantillon : 231 réponses, (taux de participation = 77 %). Echantillon final retenu : 192 infirmières cheffes (73.44 % de femmes) de 117 institutions de santé de Suisse allemande. Ces institutions ont été sélectionnées aléatoirement parmi les 1400 de la liste initiale établie par les auteurs.</p> <p>Echantillonnage : aléatoire simple.</p> <p>Critère d'inclusion : (implicite) infirmière cheffe.</p> <p>Critère d'exclusion : (implicite) directrice de home (car, selon l'étude, elle ne fait pas référence à l'aumônier dans son travail quotidien)</p>	<p>But :</p> <ul style="list-style-type: none"> déterminer dans quelles situations les infirmières cheffes orientent les patients vers les aumôniers déterminer les facteurs qui influencent cette décision. 	<p>Méthode de collecte des données : questionnaire en ligne rempli en 10 mn, en mai 2009, envoyé à 298 infirmières cheffes. Les 3ers items décrivent 3 situations où le patient est face à la mort ou à une question éthique ou religieuse/spirituelle (coefficient alpha de Cronbach = 0.67), les 10 items suivants se réfèrent à des situations où le patient ou sa famille a des besoins psychosociaux ou émotionnels (coefficient alpha de Cronbach = 0.93). A tous ces items, l'enquête répond de 1 (jamais) à 4 (toujours) à la question : avez-vous recours à l'aumônier ? Puis le questionnaire évalue la perception des services rendus par les aumôniers (coefficient alpha de Cronbach = 0.84), et un autre item cherche à mesurer la religiosité des participants. Le questionnaire se termine avec une enquête démographique. Il est enfin possible d'ajouter des commentaires à la fin du questionnaire.</p> <p>Éthique : approbation des comités fédéraux d'éthique de Bâle et Lucerne. Participation volontaire, confidentialité.</p>	<p>Méthode d'analyse :</p> <ul style="list-style-type: none"> analyses de régression multiple pour évaluer l'influence de 5 variables indépendantes (âge, sexe, institution, qualité perçue des services de l'aumônier, religiosité des infirmières) sur le recours à l'aumônier soit dans des situations éthiques ou spirituelles, soit dans des situations plus psychologiques (variable dépendante) tests de Durbin-Watson° <p>Logiciel statistique : SPSS version 14</p>	<p>Résultats : les infirmières cheffes recourent souvent à un aumônier lorsque les patients sont mourants ou nécessitent un conseil/soutien religieux-spirituel ou lorsqu'elles sont face à des questions éthiques (moyenne de l'échelle de Likert = 2.98 sur 4). Mais elles ne font appel que rarement aux aumôniers lorsque les patients ou leur famille expriment des sentiments négatifs ou des besoins psychosociaux (moyenne = 1.73 sur 4). Les services rendus par les aumôniers sont évalués positivement (moyenne = 2.74 sur 4). Les infirmières cheffes de cette enquête se décrivent comme très spirituelles (moyenne = 2.98 sur 4).</p> <p>Facteurs influençant positivement le recours à l'aumônier : évaluation positive de l'aumônerie, religiosité de l'infirmière cheffe, bonne relation entre les infirmières et les aumôniers. De plus, les infirmières cheffes qui travaillent en centres hospitaliers (general hospitals) sont plus enclines à référer les patients avec des sentiments négatifs ou des besoins psychosociaux aux aumôniers que celles travaillant en psychiatrie, en cliniques de réhabilitation ou en maisons de retraite.</p> <p>Conclusion : recours est fait à l'aumônier principalement pour des situations de fin de vie ou des problèmes éthiques /religieux ou lorsque le patient exprime un besoin spirituel. Par contre, les infirmières se sentent responsables des situations liées au traitement médical, comme par exemple accompagner face à un diagnostic qui se péjore. Elles ne semblent pas conscientes que les aumôniers peuvent aider également dans ce domaine. Le recours à l'aumônier, plus fréquent en hôpital général, s'explique par le fait qu'en psychiatrie il y a ambiguïté sur les questions de compétence entre les infirmières et les aumôniers. De plus, en hôpital, l'aumônier est souvent le seul responsable pour les questions psychosociales, contrairement en milieu psychiatrique. Pour les maisons de retraite, les situations pointées par l'échelle sont moins fréquentes qu'en hôpital général, ce qui explique les résultats.</p> <p>Faiblesses de l'étude : 1) infirmières des maisons de retraite et des cliniques de réhabilitation sous-représentées, car taux de réponse des directeurs de ces établissements bas, 2) étude transversale, qui limite la possibilité de faire des inférences causales, 3) échantillon incluant seulement des institutions de suisse allemande. De plus, les résultats de cette étude auraient pu être approfondis par une étude qualitative et, enfin, une autre étude devrait être faite avec le personnel médical et les travailleurs sociaux.</p>
--	---	---	---	--	---

Vous avez dit spiritualité ? Perception infirmière de l'accompagnement spirituel.

ANNEXE II : PYRAMIDE DES PREUVES



Evidence hierarchy : levels of evidence regarding the effectiveness of an intervention

Figure 1. Tiré de Polit & Beck, 2012, p. 28

ANNEXE III : GLOSSAIRE

- La plupart des définitions proviennent de deux ouvrages.
Si elles proviennent de l'ouvrage de Fortin (2010), elles sont référencées F suivi du numéro de page.
Si elles proviennent de l'ouvrage de Loisel et Profetto-McGrath (2007), elles sont référencées LPM suivi du numéro de page.
Sinon, la référence complète selon les normes APA 6 suit la définition.
- Lorsque le texte n'est pas cité exactement, il est mis « selon » avant la référence.
- Les termes signés par un * sont des définitions de mots apparaissant dans le glossaire uniquement.

Analyse de contenu : traitement des données qualitatives afin d'en dégager les thèmes saillants et les tendances (F595).

Analyse de la variance (ANOVA) : vérifier la différence entre les moyennes arithmétiques de trois (ou plus) groupes ou ensembles de scores reliés (LPM380).

Analyse de régression multiple : analyse statistique qui permet de comprendre les effets simultanés de deux ou de plusieurs variables indépendantes (variables explicatives) sur une variable dépendante (LPM381).

Biais : erreurs qui affectent toute observation ..., qui font que les résultats obtenus sont différents de la réalité (Slim, 2007, p. 16).

Biais de l'échantillonnage : distorsion qui se produit quand un échantillon n'est pas représentatif de la population d'où il provient (LPM266).

Code de déontologie : ensemble des règles et devoirs qui régissent une profession ou une fonction, la conduite de ceux qui l'exercent, les rapports entre ceux-ci et leurs clients ou le public. Ces règles et devoirs comprennent aussi les principes éthiques fondamentaux servant à guider les chercheurs qui entreprennent un projet de recherche portant sur des êtres humains (ou sur des animaux) (LPM91).

Coefficient alpha de Cronbach : indice de fidélité qui évalue la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés. Sa valeur varie de 0.00 à 1.00, une valeur élevée indiquant une grande cohérence interne (F408-409).

Coefficient de corrélation des rangs de Spearman : vérifie l'existence d'une relation entre deux variables (LPM380).

***Confirmabilité** : critère permettant d'évaluer la qualité de la recherche qualitative ; cette notion renvoie à la congruence des données ou encore à la confirmation de l'analyse et de l'interprétation (LPM340).

Consentement éclairé : principe de déontologie qui exige des chercheurs qu'ils obtiennent la participation volontaire des sujets après les avoir informés des risques et avantages éventuels (LPM94).

Crédibilité : critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative renvoyant à la confiance qu'on peut avoir dans la véracité de ces données (LPM337).

Critère d'exclusion : caractéristique que les sujets ne doivent pas avoir pour faire partie de la population (selon LPM265).

Critère d'inclusion : critère utilisé pour désigner les caractéristiques de la population cible et sur lequel on se base pour sélectionner les participants d'une étude (LPM264).

Déclaration d'Helsinki : adopté en 1964 (et révisé en 2000) par l'Association médicale mondiale, ce document fournit des recommandations aux personnes qui participent à la recherche sur les êtres humains (LPM91).

Devis mixte séquentiel explicatif : devis avec prise de données quantitatives préalable à la collecte qualitative dans le but d'approfondir les résultats quantitatifs et d'expliquer les phénomènes (F375).

Ecart type (ou standard deviation – SD) : indicateur de dispersion. Il indique comment en moyenne les valeurs de la variable sont groupées autour de la tendance centrale \bar{x} (moyenne arithmétique). Un écart type faible signifie que les valeurs sont peu dispersées

autour de la moyenne (série homogène) et, inversement, un grand écart type signifie une dispersion importante (série hétérogène) (Slim, 2007, p. 41).

Echantillon : sous-ensemble d'une population donnée, sélectionné pour participer à une étude (LPM265).

Echantillonnage : processus de sélection d'une partie de la population, de telle sorte que cette partie représente la totalité (LPM265).

Echantillonnage accidentel ou par convenance : méthode d'échantillonnage non probabiliste qui consiste à choisir des personnes selon leur accessibilité dans un lieu déterminé et à un moment précis (F234).

Echantillonnage aléatoire simple : type d'échantillonnage probabiliste le plus simple, dans lequel on crée une base d'échantillonnage en énumérant tous les membres d'une population et en sélectionnant par la suite un échantillon à partir de la base d'échantillonnage grâce à des techniques tout à fait aléatoires (LPM270).

Echantillonnage en boule de neige ou par réseaux : méthode d'échantillonnage qui consiste à demander à des personnes recrutées initialement selon des critères de sélection précis de suggérer le nom d'autres personnes qui leur paraissent répondre aux mêmes critères (F236).

Echelle de Likert : échelle additive constituée d'une série d'énoncés pour lesquels le répondant exprime son degré d'accord ou de désaccord ... ou une fréquence d'utilisation ou d'application (F439).

***Erreur alpha ou risque alpha ou erreur de type 1 ou de première espèce** : conclure à tort qu'un examen, un traitement ou un facteur pronostique est différent d'un autre, alors que cela est simplement dû au hasard (Slim, 2007, p. 10).

***Erreur bêta ou risque bêta ou erreur de type 2 ou de deuxième espèce** : conclure à tort qu'un test diagnostique ou un traitement n'est pas différent d'un autre (hypothèse nulle), alors qu'il l'est en réalité. Ce risque est d'autant plus élevé que le nombre de patients comparés est faible (Slim, 2007, p. 15).

Etude descriptive : étude qui décrit un ou des phénomènes quelconques sans chercher à en établir la cause (F599).

Etude observationnelle ou non expérimentale : étude dans laquelle le chercheur rassemble des données sans modifier le cadre de son enquête (LPM193).

Etude transversale : étude dont les données sont recueillies à un moment précis dans le temps. Elle sert à décrire la fréquence d'apparition d'un événement et de ses facteurs associés (F599).

Fiabilité : critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative, renvoyant à l'uniformité des données au fil du temps et dans différentes situations (LPM340).

Fidélité de l'instrument de mesure : constance des valeurs obtenues à l'aide de l'instrument de mesure (F405).

Fidélité de test-retest (stabilité temporelle) : un des moyens pour mesurer la fidélité d'un instrument de mesure. Mesure la constance sur le plan temporel des mesures prises à deux occasions auprès d'un groupe de sujets et dans des circonstances identiques (F410).

Généralisabilité : critère utilisé en recherche quantitative pour évaluer si les conclusions d'une étude peuvent s'appliquer à d'autres groupes et dans d'autres contextes (LPM47).

Inférence causale ou relation causale : relation entre deux variables ; la présence ou l'absence de l'une des variables (la « cause ») détermine la présence, l'absence, ou encore la valeur de l'autre (l' « effet ») (LPM41).

Interview (ou entretien) semi-structuré (ou semi-dirigé) : interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes qu'il souhaite aborder avec le participant. (F428).

MeSH : le *Medical Subject Heading* (MeSH) est un thésaurus, c'est-à-dire une liste normalisée et structurée de mots acceptés à l'indexation (les descripteurs) et d'équivalents (Slim, 2007, p. 72).

***Mesure à intervalles** : niveau de mesure où une variable est classée en fonction d'une échelle qui se caractérise par des distances égales entre les points (degrés Celsius, par exemple) (LPM355).

***Mesure avec proportions** : niveau de mesure qui se caractérise par des distances égales entre les résultats et un zéro véritable (le poids, par exemple) (LPM355).

***Mesure nominale** : niveau de mesure le plus simple, reposant sur la répartition des caractéristiques en catégories (hommes, catégorie 1 ; femmes, catégorie 2) (LPM354).

***Mesure ordinale** : niveau de mesure qui permet de classer les phénomènes selon des attributs donnés, par exemple être autonome ou avoir besoin d'aide (LPM354).

Mixte (méthode de recherche mixte) : méthodologie combinant ou associant des méthodes qualitatives et quantitatives dans une même étude afin de répondre de façon optimale à une question de recherche (F372).

Multivarié : le terme *multivarié* désigne des analyses faisant intervenir simultanément au moins trois variables (mais généralement plus) (LPM381).

Niveau de mesure : système de classement des mesures selon la nature de l'information et le type d'opérations mathématiques auxquelles ces mesures se prêtent ; il y a quatre niveaux de mesure, les mesures nominales, ordinales, à intervalles et avec proportions (LPM354).

Odds ratio (OR) ou rapport des cotes (RC) : rapport de risque. C'est le rapport entre le risque (cote) de survenue d'une maladie ou d'un événement dans un groupe et celui dans un groupe de contrôle. ... Un RC égal à l'unité signifie un risque identique, un RC > 1 signifie une augmentation du risque dans le groupe évalué, et inversement. Plus le RC est éloigné de 1, plus le risque ou l'effet d'un traitement est important (Slim, 2007, p. 28).

Opérateurs booléens : termes (ET, OU, SAUF) servant à unir des mots clés dans un repérage documentaire (F600).

Paradigme : conception du monde, système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action (F24).

Paradigme naturaliste : paradigme qui diffère du paradigme positiviste traditionnel et postule l'existence de multiples interprétations de la réalité ; la recherche vise à comprendre la façon dont chacun construit la réalité dans le contexte qui lui est propre ; ce paradigme est souvent associé à la recherche qualitative (LPM16).

Paradigme positiviste : paradigme traditionnel qui sous-tend l'approche scientifique, dans lequel on suppose l'existence d'une réalité fixe et ordonnée qui se prête à une étude objective ; souvent associé à la recherche quantitative (LPM15).

Population : ensemble des personnes ou des objets ayant certaines caractéristiques communes (LPM264).

Population cible : ensemble des sujets qui intéressent le chercheur et auxquels ce dernier voudrait pouvoir appliquer les résultats de l'étude de façon généralisée (LPM265).

Qualitative (recherche) : analyse d'un phénomène, d'ordinaire de façon complète et approfondie, grâce à la collecte de données narratives étoffées dans le cadre d'un devis de recherche souple (LPM17).

Quantitative (recherche) : analyse d'un phénomène qui se prête à des mesures et à une quantification précises, souvent dans le cadre d'un devis rigoureux et structuré (LPM17).

Question fermée : énoncé proposant aux personnes interrogées un ensemble de réponses exclusives et exhaustives parmi lesquelles elles doivent choisir la réponse la plus représentative de leurs perceptions, attitudes, croyances ou préférences (LPM299).

Question ouverte : dans une entrevue ou dans un questionnaire, question qui ne restreint pas à des options préétablies les réponses fournies par les personnes interrogées (LPM300).

Régression linéaire : dans toute analyse de régression, on utilise l'association entre deux variables quantitatives afin de prédire la valeur de l'une par rapport à l'autre. En cas de régression linéaire, la relation entre les deux variables continues est représentée par une ligne droite et sous la forme d'une équation simple : $y = ax + b$ (où y représente par exemple le poids à la naissance d'un enfant et x la taille de la mère). L'analyse de régression linéaire entre dans le cadre des analyses dites univariées (Slim, 2007, p. 100).

Régression logistique : test de statistique inférentielle utilisé pour prédire le comportement d'un sujet pour une variable à partir des scores qu'il a obtenus concernant une ou plusieurs autres variables indépendantes (F602).

Régression logistique multivariée : technique de régression multivariée destinée à analyser les relations entre des variables indépendantes multiples et des variables dépendantes nominales (LPM386).

Séance d'échanges entre pairs : rencontre avec des pairs destinée à examiner et à analyser différents aspects d'une étude, la plupart du temps qualitative (LPM339).

Statistique : mesure effectuée auprès d'un échantillon issu d'une population (F602).

Statistique descriptive : valeur numérique qui résume un ensemble de données en fournissant le centre de l'étalement (moyenne, écart type, étendue) (F602).

Statistique inférentielle : branche des statistiques qui concerne la vérification d'hypothèses et la généralisation de résultats obtenus auprès d'un échantillon de la population cible (F602).

Statistique multivariée : test statistique conçu pour analyser les relations entre trois variables ou plus (LPM381).

Statistiquement significatif : la différence observée est suffisamment importante par rapport aux fluctuations aléatoires, c'est-à-dire que le résultat n'est pas attribué au hasard. ... Le terme statistiquement significatif est généralement ou « consensuellement » associé à une différence pour laquelle la valeur p est inférieure à 0.05. Cela veut dire qu'il y a moins de 5 chances sur 100 que la différence soit due au hasard. Le seuil de significativité est donc un moyen de contrôler le risque d'erreur alpha (Slim, 2007, p. 113).

Synergy model : the core concept of the model is that the needs or characteristics of patients and families influence and drive the characteristics or competencies of nurses. Synergy results when the needs and characteristics of a patient, clinical unit, or system are matched with a nurse's competencies (http://www.medscape.com/viewarticle/572309_3).

Technique de régression multivariée ou analyse de régression multiple ou analyse de corrélation multiple : analyse statistique qui permet de comprendre les effets simultanés de deux ou de plusieurs variables indépendantes (variables explicatives) sur une variable dépendante (LPM381).

Test de Durbin-Watson : utilisé pour détecter l'autocorrélation entre les résidus d'une régression linéaire (<https://www.xlstat.com/fr/solutions/fonctionnalites/durbin-watson-test>).

***Test paramétrique :** procédé statistique servant à faire l'estimation des paramètres de la population et à vérifier des hypothèses en tenant compte des postulats sur la distribution des variables et sur l'utilisation des mesures d'intervalle et de proportion (F521).

Test *t* ou test *t* de Student : test paramétrique servant à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations (F522).

Thésaurus : répertoire alphabétique de termes et de descripteurs normalisés. Il catégorise le contenu des documents afin de faciliter la recherche d'éléments d'information (F603).

Transférabilité : degré auquel les conclusions s'appliquent à d'autres contextes ou à d'autres groupes ; terme souvent utilisé en recherche qualitative et analogue au terme *généralisation* dans une étude quantitative (LPM341).

Valeur *p* : dans un test statistique, probabilité que les résultats obtenus sont uniquement le fait du hasard ; probabilité de commettre une erreur dite de type I (LPM373).

Validité de contenu : représentativité des énoncés d'un instrument afin de mesurer un concept ou un domaine particulier (F603).

Validité d'un instrument de mesure : capacité de l'instrument à mesurer ce qu'il doit mesurer (F411).

Variable : caractéristique ou qualité qui peut avoir plusieurs valeurs (LPM36).

Variable dépendante : variable censée dépendre d'une autre variable (variable indépendante) ou être causée par celle-ci (F604).

Variable indépendante : variable qui peut expliquer la variable dépendante ; elle peut aussi influencer sur cette dernière (F604).

Véracité : niveau de confiance que les chercheurs travaillant dans le domaine qualitatif accordent à leurs données ; évalué à l'aide des critères suivants : crédibilité, transférabilité, fiabilité et confirmabilité (LPM337).

Vérification externe : le processus de vérification externe comprend deux techniques permettant d'établir la crédibilité des données : la séance d'échanges entre pairs et la vérification par les participants (selon LPM339).

Vérification par les participants : méthode de validation de la crédibilité des données qualitatives par l'entremise de séances d'information et de conversations avec les participants (LPM339).

ANNEXE V : PYRAMIDE DE MASLOW



Figure 2. Tirée de http://udamp.wifeo.com/images/p/pyr/pyramide_besoins_maslow.png

ANNEXE VI : DIFFÉRENTS OUTILS D'ÉVALUATION DE LA SPIRITUALITÉ

Cette annexe est entièrement citée de : Recommandations Soins palliatifs et Soins spirituels (2008).

SPIR :

C'est un outil d'auto- et d'hétéro-évaluation. ...

Les quatre lettres reprennent quatre notions qui peuvent être approchées 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 ?

Vous avez dit spiritualité ? Perception infirmière de l'accompagnement spirituel.

– *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 famille, 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 2006. 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 ?