

Faculté de santé publique

**Spiritual Care – Compétences (auto-évalués)
auprès d’infirmier·e·s aux Cliniques
Universitaires Saint-Luc**

Validation française du questionnaire « *Spiritual Care Competences
Questionnaire* »

Mémoire réalisé par
Alda Cecilia NEVES OLIVEIRA

Promoteur(s)
Dominique JACQUEMIN

Année académique 2018-2019
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

**Spiritual Care – Compétences (auto-évalués)
auprès d’infirmier·e·s aux Cliniques
Universitaires Saint-Luc**

Validation française du questionnaire « *Spiritual Care Competences
Questionnaire* »

Mémoire réalisé par
Alda Cecilia NEVES OLIVEIRA

Promoteur(s)
Dominique JACQUEMIN

Année académique 2018-2019
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Nom, Prénom: Neves Oliveira, Alda Cecília

Titre du mémoire : Neves Oliveira, A.C. (2019). *Spiritual Care – Competences (auto-évalués) auprès d’infirmier·e·s aux Cliniques Universitaires de Saint-Luc : validation française du questionnaire « Spiritual Care Competences Questionnaire »*. (Master’s thesis). Université Catholique de Louvain, Bruxelles.

Promoteur : Jacquemin, Dominique

Résumé

Contenu : au fil de dernières années la recherche sur la dimension spirituelle ne cesse d’augmenter, soutenue par l’envie de l’incorporer dans le quotidien des soins de santé. Pour cela les professionnel·le·s doivent être compétents dans ce domaine afin de fournir les meilleurs soins à leurs patient·e·s. Mais quelles sont les compétences nécessaires et comment évaluer leur acquisition par les professionnel·le·s de santé, particulièrement des infirmier·e·s (les professionnels les plus proches des patient·e·s en milieux hospitalier) ? Nous voulons pouvoir répondre à cette question, mais aussi, comprendre quels facteurs peuvent influencer l’acquisition de ses compétences. Pour pouvoir le réaliser, nous avons traduit le « Spiritual care competence questionnaire », conçu spécifiquement pour évaluer les compétences de la dimension spirituelle des professionnel·le·s de santé

Méthodes : Notre public cible se compose d’infirmier·e·s en milieux hospitalier (à savoir des Cliniques Universitaires Saint-Luc) de plusieurs départements. Il s’agit d’une étude quantitative pour laquelle le questionnaire traduit « Spiritual Care Competence Questionnaire » leur a été transmis, afin de pouvoir le valider, de comprendre quelles compétences sont déjà bien acquises ou non par ces professionnels et de comprendre quels facteurs sociodémographiques pourraient influencer ces même compétences. Le logiciel SPSS a été utilisé pour le traitement des données.

Résultats : cette étude a permis de valider la traduction en français du questionnaire « Spiritual Care Competence Questionnaire ». Nous avons pu comprendre que les infirmier·e·s ici étudié·e·s, ont bonnes compétences en ce qui concerne les connaissances d’autres religions. Il·elle·s ont des difficultés à communiquer avec leurs patient·e·s et collègues au sujet de la spiritualité, mais également des difficultés concernant la capacité de se documenter et structurer des documents sur la spiritualité de leurs patient·e·s. L’âge, l’expérience professionnelle ou même le département n’ont pas d’influence sur l’acquisition des compétences en « *Spiritual Care* », toutefois celle-ci est influencée par l’appartenance religieuse (d’en avoir ou non), la croyance, la fréquence à laquelle les professionnel·le·s prient/ méditent et l’accord qu’il·elle·s donnent à la spiritualité dans leur pratique professionnelle.

Propositions de mots-clés (MeSH Terms) : Spirituality – Competencies – Questionnaire - Nursing – Health Professions

Remerciements

Je tiens à remercier, tous ceux ayant contribué à la réalisation de ce mémoire, particulièrement :

Mon promoteur, Dominique Jacquemin, pour sa proposition de réaliser ce travail, son soutien et ses encouragements tout au long de celui-ci ;

Mon compagnon, Steve Boudart pour sa patience dans les relectures, son aide pour la correction linguistique mais aussi pour son soutien jour après jour, non seulement pour ce travail mais pour l'ensemble de mon parcours académique.

Je remercie du fond de mon cœur ma famille, ma grand-mère, ma mère et ma sœur, qui n'ont jamais arrêté de croire en moi et de me soutenir, malgré la distance de 1500 kms.

Enfin, je remercie Madame Buchter et Monsieur Lorent pour leur rôle de lectrice·eur et membre du jury.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des Matières

Liste de tableaux	i
Liste des figures	ii
Liste des abréviations	iii
1. Introduction	1
1.1. Cadre théorique.....	4
1.1.1. Le « Spiritual Care ».....	4
1.1.1.1. Comment le traduire ?	4
1.1.1.2. Comment le définir ?	5
1.1.1.3. Comment l'intégrer dans les milieux des soins ?	8
1.1.2. Les Compétences des professionnel·le·s en soins de santé.....	11
1.1.2.1. Les compétences pour « Spiritual care »	12
2. Méthodologie.....	15
2.1. Contexte.....	15
2.2. Population cible	16
2.3. Outil de recherche.....	17
2.4. Collecte des données	19
2.5. Analyse des données.....	19
2.6. Hypothèses et variables d'investigation	21
2.7. Respect éthique.....	22
3. Résultats	23
3.1. Présentation globale de l'échantillon.....	23
3.2. Compétences pour le « spiritual care ».....	26
3.2.2. Analyse de fiabilité	30

3.3. Présentation des groupes des facteurs – les compétences en « Spiritual care » et les « obstacles »	31
3.3.1. .Test des hypothèses - Comparaison entre les compétences en « Spiritual Care » et avec les variables sociodémographiques	34
4. Discussion, conclusion et perspectives	41
4.1. Discussion.....	41
4.2. Perspectives d'amélioration.....	44
4.3. Limites	44
4.4. Conclusion.....	47
5. Bibliographie.....	49
6. Annexes.....	53
Annexe 1 : Questionnaire des compétences en Spiritual Care	53
Annexe 2 : Distribution des services selon les départements.....	56
Annexe 3 : Accord pour la distribution du SCCQfr au sein des CUSL	57
Annexe 4 : Mesures de l'adéquation de l'échantillonnage (KMO) de chaque item du questionnaire SCCQfr	59
Annexe 5 : Variance totale expliquée du questionnaire SCCQfr	60
Annexe 6 : Test non paramétrique Kruskal-Walis pour les variables département et l'appartenance religieuse.....	61
Annexe 7 : Comparaisons appariées appartenance religieuse (Correction de Bonferroni).....	63

Liste de tableaux

<u>Tableau 1</u> - Caractéristiques de l'échantillon (N=173)	25
<u>Tableau 2</u> - Matrice des composants après Rotation Varimax du SCCQ ^{fr}	27
<u>Tableau 3</u> - Consistance Interne des catégories des données du SCCQ ^{fr}	30
<u>Tableau 4</u> - Distribution des moyennes et de valeur extraite pour chaque question (N=173)	32
<u>Tableau 5</u> - Corrélation entre les Scores SCCQ des participants (n=173) et les variables sociodémographiques	35
<u>Tableau 6</u> – Distribution des services selon de département.....	56
<u>Tableau 7</u> - Mesures de l'adéquation de l'échantillonnage (KMO) de chaque item du questionnaire SCCQ ^{fr}	59
<u>Tableau 8</u> - Variance totale expliquée du questionnaire SCCQ ^{fr}	60
<u>Tableau 9</u> - Test non paramétrique Kruskal-Walis pour la variable département	61
<u>Tableau 10</u> - Test non paramétrique Kruskal-Walis pour la variable appartenance religieuse.....	62
<u>Tableau 11</u> - Valeurs de signification ajustées par la correction Bonferroni de la distribution de « Self Awareness and Proactive Opening ».....	63
<u>Tableau 12</u> - Valeurs de signification ajustées par la correction Bonferroni de la distribution de « Proactive Empowerment Competences ».....	64
<u>Tableau 13</u> - Valeurs de signification ajustées par la correction Bonferroni de la distribution de « Obstacles »	65

Liste des figures

Figure 1 - Diagramme en moustaches de l'étendue de chaque catégorie du SCCQ ^{fr}	34
Figure 2 - Diagramme en moustaches de la distribution de la « Self-Awareness and proactive Opening Competences » selon les différentes catégories d'appartenance religieuse.....	38
Figure 3 - Diagramme en moustaches de la distribution de la « Proactive Empowerment Competences » selon les différentes catégories d'appartenance religieuse	39
Figure 4 - Diagramme en moustaches de la distribution de la catégorie obstacles selon les différentes catégories d'appartenance religieuse	40

Liste des abréviations

ACP	Analyse en Composants Principales
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
CUSL	Cliniques Universitaires Saint-Luc
IPEH	Infirmier Partenariat Ecole Hôpital
OMS	L'Organisation Mondiale de la Santé
SCCQ	« <i>Spiritual Care Competence Questionnaire</i> »
SCCQ^{fr}	Questionnaire des compétences en « <i>Spiritual Care</i> »
UCL	Université Catholique de Louvain

1. Introduction

Ce travail de recherche est réalisé dans le cadre d'un mémoire pour l'obtention du master en santé publique à l'Université Catholique de Louvain (UCL). Le thème de celui-ci était proposé par le professeur Dominique Jacquemin et il a suscité chez moi un grand intérêt soutenu par mon parcours personnel comme professionnel. Infirmière de formation au Portugal et exerçant en Belgique depuis presque une dizaine d'années, je me suis confrontée à deux réalités culturelles différentes. En effet, parler de cultures différentes revient forcément à parler de besoins des patient·e·s distincts et conséquemment des soins infirmiers aussi. Cette différence m'a rarement posé question ou problème dans mon activité quotidienne, mais elle était remarquablement présente dans le domaine de la spiritualité et tout ce qu'il englobe. Celle-ci était si importante qu'elle m'a demandé de poser une réflexion consciencieuse et une adaptation à une réalité morale, voire légale, différente de ma réalité précédente. Un simple exemple, pour mieux expliquer cette situation, réside dans la position du soignant face à l'euthanasie passive ou interruption de toutes mesures de maintien de vie, incluant toutes mesures d'hydratation et d'alimentation. En Belgique, celle-ci est acceptée et vue comme une bonne pratique, car elle va permettre une mort naturelle sans une prolongation inutile de l'état du·e la patient·e en souffrance, pour lequel plus aucun bénéfice ne serait attendu du traitement. Au Portugal, elle était perçue comme une mauvaise pratique (et même illégale), car les besoins physiologiques basiques, nourrir et hydrater, n'étaient pas assurés, donnant donc le sentiment de « laisser le·a patient·e mourir de faim et de soif », et « d'accélérer » son décès. Ce sont deux points de vue et pratiques professionnelles antagonistes face à la même situation, qui, dans leur contexte, sont tous deux valables, car issus de réalités socioculturelles différentes et par conséquent ayant des valeurs, des croyances et des pratiques distinctes.

Les études relatives à la spiritualité ne cessent d'augmenter au fil des dernières années¹, soutenues par le « *réel intérêt et des volontés institutionnelles d'intégrer les ressources spirituelles et religieuses dans une pratique globale du soin* » (Jobin, 2012, p.5). La pratique globale du soin nous amène à la notion holistique des soins, c'est-à-dire, prendre en compte toutes les dimensions de l'être humain, notamment, la dimension physique, psychologique, sociale et spirituelle. La plupart de ces études ont démontré une association positive entre la

¹« Une recherche faite en août 2010 sur la banque PUBMED indique les nombres d'articles ayant le mot-clé spirituality comme descripteur : 1971-1980, 1 article ; 1981-1990, 11 articles ; 1991-2000, 215 articles ; 2001-2010, 1195 articles. » (Jobin, 2012, p.5)

spiritualité et différents indicateurs, tels que, un meilleur état de santé mentale (Moreira, Neto & Koenig, 2006), une amélioration de la qualité de vie (Sawatzky, Ratner & Chiu, 2005) et du coping (Cumming & Pargament, 2010). De ce fait, récemment, une directive européenne sur les compétences en soins palliatifs recommandait que les professionnel·le·s de santé dans ce domaine soient capables de comprendre les besoins des patient·e·s à propos de la dimension spirituelle, d'ouvrir et de discuter sur des sujets existentiels/spirituels et aussi d'intégrer la spiritualité dans le programme des soins (Gamondi, Larkin & Payne cited as Paal, Roser & Frick, 2014).

Dans la prise en charge des patient·e·s, les infirmier·e·s² sont les professionnel·le·s de santé les plus proches qui les accompagnent sur l'ensemble de la journée. Les infirmier·e·s deviennent les observateur·rice·s et acteur·rice·s les plus important·e·s dans la réponse aux besoins des patient·e·s, y compris ceux concernant la dimension spirituelle. Toutefois, différentes études mettent en évidence que le manque de formation et de développement des compétences professionnelles sont des barrières potentielles pour l'inclusion de la dimension spirituelle dans les soins (Baldacchino, 2011 ; McSherry and Jamieson, 2013 ; Ross et al, 2018 ; van Leeuwen, Tiesinga, Middel, Post, Jochemsen, 2008).

Pour toutes ces raisons et en tant qu'infirmière de profession, nous désirons approfondir le thème des compétences dans la dimension spirituelle chez les infirmier·e·s au travers de ce mémoire. Ce travail a comme but principal de valider la « Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ) » en langue française à partir de l'original en allemand. Par la suite, nous voulons aussi pouvoir comprendre quelles sont les compétences les plus ou moins intégrées par les infirmier·e·s dans les soins qu'il·elle·s fournissent. Aussi, nous voulons tester les hypothèses suivantes avec les données récoltées grâce à notre questionnaire :

- Que la perception de la part des infirmier·e·s de leur propre spiritualité comme étant sans importance dans leur pratique professionnelle a une influence dans les compétences en « *Spiritual Care* » ;
- Être croyant·e a un effet sur les compétences en « *Spiritual Care* » ;
- Les compétences en « *Spiritual Care* » varient selon la fréquence à laquelle les répondant·e·s prient/méditent ;
- Les compétences en « *Spiritual Care* » sont identiques, peu importe l'appartenance religieuse des répondant·e·s ;

²Ecriture Inclusive

- L'âge des infirmier·e·s influence les compétences en « *Spiritual Care* » ;
- L'expérience professionnelle impacte les compétences en « *Spiritual Care* » ;
- La satisfaction professionnelle a une incidence sur les compétences en « *Spiritual Care* » ;
- Les compétences en « *Spiritual Care* » restent identiques quel que soit le département auquel l'infirmier·e appartient.

Pour développer cette thématique, ce travail se subdivisera en quatre parties distinctes. La première partie commence par une revue de la littérature qui donnera corps à notre cadre théorique et permettra de définir les axes importants du sujet étudié. Dans la deuxième partie, nous aborderons la méthodologie utilisée dans la récolte des données auprès d'infirmier·e·s des Cliniques Universitaires Saint Luc (CUSL) à Bruxelles. Dans la troisième partie, nous expliquerons les analyses effectuées pour pouvoir valider le questionnaire SCCQ en langue française et ensuite l'analyse de données pour pouvoir comprendre quelles corrélations existent entre les différentes compétences et entre celles-ci avec les variables restantes afin de pouvoir répondre aux hypothèses formulées. La quatrième et dernière partie est composée d'une interprétation des résultats obtenus, des potentielles pistes d'amélioration relatives à cette thématique ainsi que les limitations trouvées dans notre étude.

1.1. Cadre théorique

La dimension spirituelle dans le programme des soins aux patient·e·s fait partie intégrante de l'histoire de l'art en soins infirmiers. Nightingale, en 1860, définit que les valeurs religieuses et spirituelles doivent faire partie du cadre des soins infirmiers. Par la suite, Henderson en 1961 avec la théorie sur les besoins fondamentaux de l'homme et Watson en 1979 dans sa théorie du « *caring* », incluent aussi la dimension spirituelle dans leurs travaux. Il en est de même, en 1988, pour Saunders, fondatrice des soins palliatifs, qui avec sa définition quadridimensionnelle de la souffrance globale, englobe donc les souffrances physiologiques, psychologiques, sociales et spirituelles.

Plusieurs études montrent que les infirmier·e·s sentent qu'inclure la dimension spirituelle est un élément essentiel dans la pratique de soins holistiques et qu'il·elle·s jouent un rôle essentiel pour que cette dimension soit prise en compte (Ozbasaran et al, McSherry and Jamieson, Lundberg and Kerdonfag, Lundmark cited as Timmins, Neil, Murphy, Begley, Sheaf, 2015). Malgré cette reconnaissance, la revue de littérature met en évidence que les infirmier·e·s ressentent d'importantes difficultés dans la prestation du *spiritual care*, entre autres liées au manque d'orientation claire, de préparation, d'assurance et de compétences (Timmins, Neil, Murphy, Begley, Sheaf, 2015).

En tenant en compte de ces éléments, nous allons développer et approfondir dans ce chapitre les concepts importants pour notre étude, notamment le « *spiritual care* », la dimension spirituelle, les compétences, et les relations liant ces concepts.

1.1.1. Le « *Spiritual Care* »

1.1.1.1. Comment le traduire ?

Avant de développer la définition de la dimension spirituelle et tout ce qu'elle représente, nous trouvons important de débiter ce chapitre en clarifiant l'adoption délibérée du terme « *spiritual care* » tout au long de ce travail.

Comme développé par les auteurs du Réseau de santé, soins et spiritualités (2018), le mot « soin » n'arrive pas à englober toute la représentation du mot anglais « *care* ». Le « *care* » peut signifier le « soin » mais aussi « concerner », « soutenir », « se soucier », « attentionner » (p.16). Ces significations donneraient son origine à des traductions comme « souci spirituel », « préoccupation spirituelle », « attention spirituelle », « soutien spirituel » ..., termes qui ne

sont généralement pas présents dans le langage commun des milieux de soins ou dans la formation des professionnel·le·s (p.16).

Un autre point important est que le terme « soin » peut évoquer une appropriation plutôt pragmatique (p.17). Dans la pratique biomédicale, afin de mieux traiter, et pour que le « soin » gagne de la valeur, il faut chercher à étayer, quantifier/qualifier, à connaître l'influence, les mécanismes et l'impact d'une intervention (Jacquemin, 2012, p.11). Mais le « *spiritual care* » englobe beaucoup plus que le côté que nous pouvons instrumentaliser, comme l'accompagnement de la personne malade, par des échanges sur son expérience et du sens qu'elle donne à sa propre maladie (Jacquemin, 2012, p.11).

Donc, pour cela, les auteurs, Réseau de santé, soins et spiritualités (2018), préfèrent garder « *spiritual care* » d'une traduction de l'anglais, et pour une traduction de l'allemand, du flamand ou du français, qui n'emploie pas le terme « *spiritual care* », ils restent les plus fidèles possible à la traduction littéraire (p.18). À l'instar de ces auteurs, dans ce travail, dans notre cadre théorique, nous utiliserons le « *spiritual care* » car celui-ci, comme expliqué précédemment, est moins réducteur que la traduction francophone de « soin spirituel ».

Comme le questionnaire utilisé dans ce travail est d'origine allemande, avec précaution, nous chercherons à utiliser les termes qui permettront de rester le plus proche du sens littéral de la langue.

1.1.1.2.Comment le définir ?

Actuellement, dans la littérature médicale et soignante, la définition de la spiritualité est encore très ambiguë et il manque un réel consensus entre les différents auteurs. Car, comme Foucault (2004) l'évoque : « *la spiritualité est un phénomène complexe, difficilement palpable et multidimensionnel* ». La spiritualité touche au monde des valeurs, des croyances et des convictions personnelles, ce qui fait que l'expérience, la nature ou le sens que nous lui donnons, soit unique à chaque individu. De ce fait, les descriptions des auteurs sont influencées régulièrement par des facteurs comme la culture ou la religion (Cooper, Chang, Sheehan, Johnson, 2013). Toutefois, bien que les définitions actuelles ne puissent pas capturer tout l'essence de la dimension spirituelle, chacune prouve l'existence d'un intérêt à la comprendre au mieux et d'en préciser les multiples éléments la caractérisant.

Sessanna, Finnel et Jezewski (2007) ont analysé différentes définitions de la spiritualité de plusieurs auteurs du domaine de la santé. Comme résultats de cette analyse, quatre thèmes principaux ont été mis en évidence :

- La Spiritualité liée à des croyances et des valeurs en rapport avec une pratique religieuse : tout ce qui est orienté par la pratique d'une religion, la croyance dans le divin, le sacré, en Dieu.
- La Spiritualité comme sens de la vie, le but et la connexion avec les autres : qui va orienter le sens, la raison de vivre, la signification de la vie, de la maladie et de la mort, qui permet de se connecter avec soi, les autres, Dieu ou la nature.
- La Spiritualité liée à des croyances et des valeurs sans lien avec le religieux : pratiques sans rapport explicite avec la religion, communes aux personnes croyantes et non croyantes, athées ou non ; des rituels, des comportements qui pourront être associés ou non à des pratiques religieuses (par exemple, être végétarien, vu comme une pratique de protection de la vie et allant contre la souffrance animale, mais qui est aussi une pratique religieuse chez les bouddhistes ou les hindous)
- La Spiritualité comme phénomène métaphysique ou transcendant : croyances en relation avec le transcendant, l'incorporel, l'immatériel, l'existentiel, qui va au-delà de la dimension physique.

De cette analyse, le premier élément qui nous aide à mieux comprendre la dimension spirituelle est la séparation des concepts de spiritualité et de religion.

Construite au travers de l'histoire, la relation entre ces deux concepts a amené à ce qu'ils soient couramment confondus ou pris comme synonymes l'un de l'autre. Mais l'évolution de la définition de la dimension spirituelle, montre que ceux-ci sont différents. La religion n'est seulement qu'un moyen pour l'individu d'exprimer sa spiritualité. Simard (2006) définit la religion comme l'ensemble des rituels et des pratiques, en rapport avec une force supérieure ou Dieu, qui sont associés à une entité organisée d'appartenance. L'expression de la spiritualité par la religion est plutôt un phénomène culturel (Jobin, 2018). Cependant, la spiritualité prend un sens plus large. Tous les êtres humains ont une dimension spirituelle, mais il·elle·s ne sont pas tous forcément religieux (comme les agnostiques ou les athéistes). Cela conduit au fait que la dimension spirituelle va incorporer la sphère de la religion dans sa totalité (Pujol, Jobin, Beloucif, 2014).

La religion, avec ses rituels et pratiques, mais aussi la méditation, la musique, la poésie, la nature, l'expression créative, un travail éloquent, la coparticipation dans les expériences humaines partagées, sont aussi des moyens d'expression de la spiritualité (Sessanna, Finnel et Jezewski, 2007). Ceci donne à la dimension spirituelle une propriété extrinsèque, tangible et interpersonnelle (Sessanna, Finnel et Jezewski, 2007). Il en découle que la spiritualité possède une facette qui est culturellement normée (Pujol, Jobin, Beloucif, 2014) et fortement influencée par le contexte socioculturel de l'individu.

De plus, la spiritualité possède une nature innée, intrinsèque et intra personnelle (Sessanna, Finnel et Jezewski, 2007). Nommée par Frick (2018) la « dimension du mystère », la dimension spirituelle est aussi singulière et intime à quiconque et c'est pour cela que les besoins, les choix, les ressources, l'étendue et les limites de la dimension spirituelle sont uniques et particuliers à chacun.

Pour cela, réussir à délimiter la sphère de la dimension spirituelle s'avère difficile et par conséquent pouvoir définir concrètement son étendue et ses frontières également. En analysant, en détail, les éléments, caractérisant la spiritualité donnés précédemment, nous pouvons observer que la dimension spirituelle est intrinsèquement liée à toutes les autres dimensions de l'être humain, notamment, physique, psychique et sociale, et en constante interaction avec chacune de celles-ci. Donc, et si à la place d'essayer de comprendre la dimension spirituelle indépendamment des autres dimensions (sociale, psychologique, ...), qui dans leur ensemble donnent la définition de l'être humain dans sa globalité, nous passons à une analyse sous une autre perspective ?

Le Professeur Dominique Jacquemin (2018) propose une autre définition. Il présente la dimension spirituelle comme le mouvement qui va lier et faire en sorte que l'ensemble des dimensions, nommément, la corporelle, la psychique, l'éthique et la transcendante et/ou religieuse (si existante) interagissent entre elles. « Tout humain a et est un corps, ce corps se trouve porté par une vie psychique, toute existence se trouve finalisée par un horizon (de bien, de bon, de bonheur, d'épanouissement, peu importe le mot utilisé) et soutenue par un rapport à l'altérité (l'autre, le monde, etc.), et pour certains par une dimension religieuse. D'une manière générale, ces quatre dimensions toujours à l'œuvre teintent, orientent le vécu et la signification de la vie » (Jacquemin, 2018, p.15). Cette définition de la dimension spirituelle, nommée par l'auteur comme le mouvement d'existence du sujet, présuppose que celle-ci est l'ensemble de ces dimensions distinctes en interaction et que chacune a une égale importance. Donc, dès

qu'une des dimensions est atteinte, cela aura de répercussions dans l'ensemble du mouvement de la vie et de ce fait dans les autres dimensions également. Un exemple donné par l'auteur pour mettre en lumière cette définition est le cas d'une personne malade. Une pathologie grave va toucher l'équilibre psychique de la personne, de même qu'une dépression peut se manifester par des troubles somatiques (perte de poids, troubles du sommeil, ...). Des incertitudes peuvent s'installer et amener la personne à perdre son axe et à se questionner sur son sens du bien, de la souffrance ou de l'avenir, ce qui amène à la souffrance éthique de la personne. Pour le sujet croyant, le vécu de la maladie peut se traduire par le doute et un questionnement de la présence et /ou justice de Dieu, et en conséquence influencer sa compréhension du sens de l'existence et sa manière d'habiter le monde. Donc, chaque pôle a une égale importance et peut donner accès à la totalité du mouvement, et donc à la dimension spirituelle. Par conséquent, donner un simple soin au corps d'une personne, devient un accès à ce lieu spirituel de l'être humain, et ceci doit être tenu en compte par le professionnel·le de santé. Peu importe le pôle sur lequel le soignant va se focaliser, la dimension spirituelle va être touchée implicitement, et donc elle mérite sa pleine attention.

1.1.1.3. Comment l'intégrer dans les milieux des soins ?

Différentes études scientifiques ont montré que les patient·e·s souhaiteraient pouvoir parler à leur médecin (Büssing et al., cited as Voltmer, Büssing, Harold, Al Zaben, 2014) et que celui-ci se montre plus intéressé (Frick et al., cited as Voltmer, Büssing, Harold, Al Zaben, 2014) par leur orientation spirituelle, afin d'avoir un meilleur accompagnement de sa part. Le « *spiritual care* » devrait faire partie intégrante de la « routine » quotidienne des professionnel·le·s de santé et ne pas être juste un complément dans l'accompagnement des patient·e·s, comme, par exemple, religieux, destiné à une prise en charge pastorale (Frick, 2018). Le « *spiritual care* » devrait être une compétence de base pour les professionnel·le·s de santé. Une sensibilité plus considérable de leur part pour cette dimension leur permettra de mieux prendre en compte les besoins, les choix, les droits et les limites des patient·e·s. De ce fait, les professionnel·le·s seront plus capables de respecter les patient·e·s dans toutes les situations de maladie, soient-elles d'urgence, de diagnostic ou d'une simple routine thérapeutique (Frick, 2018), et aux patient·e·s d'être mieux rencontré dans tout ce qu'il est et de motiver son autodétermination.

Toutefois, l'intégration du « *spiritual care* » dans les institutions de soins, dans le contexte social actuel, s'avère délicate, souvent cachée dans des arguments de l'ordre du « trop privé » ou « de la neutralité médicale » (Frick, Theiss, Recchia, Büssing, 2019).

La société s'est transformée au long de l'histoire et, en conséquence, les pratiques et les établissements de soins également. Comme nous le savons, les institutions de soins dans le passé étaient fortement impactées par des pratiques religieuses, dans la société occidentale, majoritairement chrétienne. Mais le monde médical s'est distancié de la religion, par la pluralisation ethnoreligieuse des sociétés occidentales et la sécularisation des établissements de soins ; de quoi découle le fait que les pratiques et les milieux de soins soient devenus libres de toutes formes de pratiques religieuses (Jobin, 2018, p.71). Comme la spiritualité était et est encore actuellement, confondue et analogue avec la religion, la spiritualité et toutes ses représentations ont été mises à l'écart également.

Cependant, cette vision séparatiste a été remise en question face aux enjeux ressentis par les professionnel·le·s de la santé pour établir une relation thérapeutique de qualité avec leurs patient·e·s et les proches de ceux-ci. Donc, la recherche sur la spiritualité dans le domaine de la santé s'est fortement développée, avec l'envie de la prise en charge globale de l'individu et d'incorporer la totalité du « *spiritual care* » dans la culture clinique. Néanmoins, ce changement est récent ; ce qui implique que l'intégration du « *spiritual care* » reste un processus difficile et multifactoriel.

Une des difficultés sera de commencer à différencier le concept de la religion de celui de la spiritualité et de mettre en lumière que ce dernier possède une étendue bien au-delà de la sphère de la religion. D'autres difficultés pour cette intégration sont (Jobin, 2018) : la méconnaissance sur l'ensemble de l'utilité et du réel impact de l'accompagnement de la dimension spirituelle dans les milieux de soins, l'incertitude sur la meilleure procédure à adopter par les professionnel·le·s de santé pour faire face à la variabilité d'expériences spirituelles vécues et sur la capacité de pouvoir communiquer avec les patient·e·s pour respecter le plus fidèlement possible leurs choix et leur autonomie. De plus, ceci conduit, mais aussi découle de l'insuffisante orientation sur les compétences nécessaires à acquérir pendant la formation des professionnel·le·s. Tout cela sans oublier le contexte socio-politique propre à chaque système de santé qui va distinctivement jouer dans l'intégration du « *spiritual care* » dans les établissements de soins.

Selon Pujol, Jobin, Beloucif (2014) différentes interventions pourront être adoptées dans les hôpitaux pour l'accompagnement de la dimension spirituelle; interventions qui vont de la simple présence (donnée par la disponibilité et l'écoute des patient·e·s par des professionnel·le·s de santé), de l'anamnèse spirituelle (qui pourra être réalisée pour tous les professionnel·le·s, pour mieux comprendre l'histoire, l'orientation et les souhaits des patient·e·s), de la création de plan de soins avec des équipes multidisciplinaires (afin que chaque membre, par exemple, l'infirmièr·e, le·a médecin, le·a psychologue, l'aumônièr·e puissent avoir les moyens dans l'institution pour la prise en charge en collaboration complémentaire), de la psychothérapie (avec des groupes de patient·e·s par des réunions régulières dirigées par un·e psychologue/psychiatre), comme à des pratiques plus inhabituelles dans le milieu hospitalier, comme le yoga, le reiki, la méditation, des ateliers de sophrologie mais aussi des médecines alternatives, comme la phytothérapie ou de l'acupuncture. Pour pouvoir intégrer au mieux ces actions dans leurs établissements, les auteurs font référence à un point important : c'est le choix du·e la patient·e qui prime. L'intégration de la spiritualité peut engendrer des risques d'un point de vue éthique selon les auteurs, notamment, le « *risque de prosélytisme, du non-respect de l'autonomie des patients et le risque de malfaisance* » (Pujol, Jobin, Beloucif, 2014, p.86).

La formation des professionnel·le·s de santé est évoquée dans plusieurs études comme étant un des éléments principaux à tenir en compte pour l'accompagnement de la dimension spirituelle (Baldacchino, 2011;McSherry, Jamieson, 2013 ; Paal, Roser, Frick,2014 ; Ross, al 2018).En effet, une des principales difficultés pour la mise en œuvre du « *spiritual care* », n'est pas le manque de temps ou de budget, mais le ressenti de la part des professionnel·le·s de santé, se sentant « incompétent·e·s » dans ce domaine (Frick, Theiss, Recchia, Büssing, 2019).

Selon Paal, Roser, Frick (2014), une formation devra premièrement conduire l'étudiant·e à développer la sensibilité pour sa propre dimension spirituelle, par la prise de conscience de ses propres besoins et choix, qui, selon la revue de la littérature, amènera les professionnel·le·s à être plus consciencieux·euses des besoins de leurs patient·e·s et de leur famille. Elle devra en deuxième lieu clarifier le rôle de la spiritualité dans le milieu de la santé, pour faire comprendre au mieux aux (futur·e·s) professionnel·le·s le concept de la dimension spirituelle, le « *spiritual care* », le bien-être comme la détresse spirituelle. Enfin, cette formation devra préparer les professionnel·le·s de santé pour les expériences susceptibles d'être vécues par les patient·e·s et comment utiliser les différents outils d'évaluation, comme le « *spiritual life map* », le HOPE®

ou le FICA®, STIV®, entre autres, distinguent les outils propres au mandat du soin et de la pastorale.

1.1.2. Les Compétences des professionnel·le·s en soins de santé

Tout d'abord, nous allons clarifier la notion des compétences en ce qui concerne les soins de santé. Ensuite, nous envisagerons, pour continuer notre réflexion, le domaine du « *spiritual care* », plus spécifiquement.

Romainville et al., (1998) nous donnent une définition de la compétence comme étant un « *ensemble intégré et fonctionnel de savoirs, savoir-faire, savoir-être et savoir-devenir, qui permettront, face à une catégorie de situations, de s'adapter, de résoudre des problèmes et de réaliser des projets* ». Nous pouvons mettre en évidence, en analysant cette définition, que les compétences ne se reposent pas seulement et uniquement sur une seule ressource. Pour être compétent, le·a professionnel·le doit savoir mobiliser un ensemble de ses connaissances (savoir), qui lui donneront l'habileté de savoir comment les utiliser (savoir-faire) et aussi savoir quel comportement adopter face à la situation pour mieux s'ajuster (savoir-être) (Piguet, 2018, p.47).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2015) définit les compétences dans le domaine de soins de santé, comme les actes qui associent et mobilisent les connaissances, les aptitudes et les attitudes avec les ressources existantes et disponibles pour assurer des résultats sûrs et de qualité pour les patient·e·s et les populations. Les compétences requièrent un certain niveau d'intelligence sociale et émotionnelle et sont plus flexibles au fur et à mesure qu'elles sont habituelles et judicieuses. Selon l'OMS, les compétences prennent du temps pour être acquises correctement par les professionnel·le·s et ne sont pas seulement que des connaissances techniques ou cliniques, mais comportent également des capacités de communication, de collaboration et de travail d'équipe. Pour cela, les compétences de base, dans tous les domaines de la santé, de tou·te·s les professionnel·le·s de santé indépendamment de leur spécialité, sont :

- Plaidoyer des patient·e·s – Capacité à promouvoir le droit des patient·e·s en assurant la meilleure qualité de soins et à donner aux patient·e·s les moyens de participer activement à leur santé.

- Communication efficace - Capacité à établir rapidement une relation empathique avec les patient·e·s et les membres de leur famille, en tenant compte de la culture perçue et déclarée du·e la patient·e.
- Travail d'équipe - Capacité à fonctionner efficacement en tant que membre d'une équipe interprofessionnelle comprenant des fournisseurs, des patient·e·s et des membres de la famille, de manière à refléter la compréhension de la dynamique d'équipe et des processus de groupe / équipe dans l'établissement de relations de travail productives et axées sur les résultats pour la santé.
- Soins centrés sur les personnes- Capacité à créer les conditions nécessaires pour fournir des services coordonnés / intégrés centrés sur les besoins, les valeurs et les préférences du·e la patient·e et de sa famille tout au long du continuum de soins et tout au long de la vie.
- Apprentissage permanent - Capacité à démontrer une pratique réflexive, en se basant sur les meilleures preuves disponibles, à évaluer et à améliorer continuellement les services fournis en tant que prestataire individuel et en tant que membre d'une équipe interprofessionnelle.

Guider au mieux les professionnel·le·s de santé, pour que leurs compétences puissent être développées afin que leur intervention soit la plus adéquate pour répondre aux besoins de la population, permettre d'améliorer leur productivité, leur satisfaction au travail et globalement, de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins fournis (OMS, 2015). Pour ceci, il est nécessaire de veiller à fournir les meilleures connaissances et facultés dès leur éducation initiale dans les structures d'enseignement spécialisées et aussi de veiller à ce qu'il·elle·s puissent les mettre en pratique, les développer et les consolider en étant orienté·e·s par des collègues expérimenté·e·s dans les conditions optimales tout au long de leur carrière (OMS, 2015).

1.1.2.1. Les compétences pour « *Spiritual care* »

Comme nous en avons référé précédemment dans ce cadre théorique, une des entraves principales pour que les professionnel·le·s de santé ne se sentent pas capables pour le *spiritual care*, est leur manque de compétences ressenti dans ce domaine.

« Aborder les questions spirituelles (sens de la vie, culpabilité, peur de la mort, perte de contrôle des événements, aspects religieux) avec les patients en favorisant l'expression des

croyances et représentations » est indispensable (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), 2012).

La recherche sur le *spiritual care* et les compétences des professionnel·le·s de santé dans ce domaine, se développe de plus en plus. Plusieurs études ont montré que la formation continue appropriée dans le *spiritual care* s'est avérée très efficace pour la promotion des compétences des professionnel·le·s de santé (Baldacchino, 2011 ; McSherry, Jamieson, 2013 ; Paal, Roser, Frick, 2014 ; Ross, al 2018). Cette formation a pour objet de clarifier le rôle du *spiritual care* et tout ce qu'il englobe dans les soins, de permettre aux professionnel·le·s de devenir plus sensibles aux signes de stress et aux besoins spirituels, par la prise de conscience de leur propre spiritualité (il·elle·s seront de ce fait plus à l'aise et confiants pour en parler avec leurs patient·e·s), et de pouvoir utiliser les instruments validés dans les études scientifiques (Paal, Roser, Frick, 2014). Il faut également donner des capacités de communication, de manière efficace et efficiente, afin que les professionnel·le·s puissent créer facilement une relation de confiance avec les patient·e·s et leur famille, mais aussi pour permettre le dialogue entre les différents professionnel·le·s, afin qu'il·elle·s puissent s'exprimer ouvertement et sans marginalisation au sein de leur équipe, non seulement sur la spiritualité de leurs patient·e·s mais aussi de la leur (stigmatisation ressentie par des professionnel·le·s liée à la laïcisation de soins) (McSherry, Jamieson, 2013).

Cette formation doit permettre à tou·te·s les professionnel·le·s de pouvoir comprendre le « *spiritual care* » et de permettre à tous de l'exercer, dans tous les contextes socioculturels. Pour cela, elle doit être neutre, et la plus libre possible de toute influence, notamment religieuse. Des études ont montré que la formation dans le « *spiritual care* » pourrait être perçue comme négative quand il est associé à l'idée « du Bien et du Mal » (McSherry, Jamieson, 2013), ou quand des étudiant·e·s ressentent des pressions de la part des autorités académiques pour changer leur point de vue par rapport à la spiritualité (Cooper, Chang, Sheehan, Johnson, 2012). Notre société, dans le contexte socioculturel européen, devient de plus en plus pluraliste. De ce fait, la spiritualité va être vécue et avoir un sens de plus en plus diversifié dans un même environnement, et cela doit être tenu en compte pour qu'elle soit considérée pour et par chacun de nous.

Avec le développement de la recherche, plusieurs instruments ont été développés afin de mesurer les compétences des professionnel·le·s de santé dans le domaine du « *spiritual care* ». Après avoir revu plusieurs de ces instruments, les auteurs Frick, Theiss, Recchia et Büssing

(2019) ont regroupé, les compétences considérées les plus pertinentes pour le « *spiritual care* », en fonction de leur importance dans une société laïque, en dix sujets :

1. Perception et compréhension des besoins spirituels des patient·e·s ;
2. Mise en œuvre de la spiritualité dans le travail d'équipe ;
3. Réponses personnelles à la thématique et possibilités d'intervention ;
4. Les effets des perceptions dans sa propre activité ;
5. Développement de sa propre spiritualité ;
6. Compétence proactive ;
7. Création de temps/espace ;
8. Connaissances des autres religions (« compétence pour l'étranger ») ;
9. Management des décharges et transferts ;
10. Obstacles à la mise en pratique.

En lien avec les compétences de base données par l'OMS et décrites dans le chapitre précédent, nous remarquons que l'ensemble de celles-ci s'imbriquent. Dans le plaidoyer des patient·e·s, se retrouve la compétence ; dans la communication efficace, les compétences 8 et 9 ; dans le travail d'équipe la 2 ; pour les soins centrés sur les personnes les 6, 7 et pour l'apprentissage permanent les 3, 4, 5 et la 10. Ceci nous permet de comprendre que, actuellement, les compétences développées, spécifiquement dans le domaine de la spiritualité, tiennent compte de l'ensemble de compétences de base mises en avant par l'OMS pour que les professionnel·le·s de santé puissent fournir à la population les soins de santé les plus adaptés et de meilleure qualité.

2. Méthodologie

La problématique principale de ce travail est de pouvoir étudier les compétences (auto-évaluées) des professionnel·le·s de santé, plus particulièrement ici, des infirmière·e·s d'un hôpital situé à Bruxelles.

Pour pouvoir y répondre, nous allons développer, dans ce chapitre, le contexte dans lequel nous avons fait la récolte des informations, la population cible de l'étude, le pourquoi du choix de l'outil d'évaluation utilisé et en quoi il consiste, comment nous avons procédé pour récolter les données et fait leur analyse. Pour finaliser ce chapitre, nous expliquerons comment cette étude respecte les impératifs éthiques en termes de recherche.

2.1. Contexte

Nous avons réalisé notre étude au sein des CUSL. Les Cliniques ont ouvert leurs portes en 23 août 1976 et se trouvent sous la direction de l'UCL. Les CUSL ont actuellement une capacité de 979 lits agréés, et pendant l'année de 2017, 37.912 hospitalisations et 454.526 consultations ont été réalisées. Avec l'UCL, les CUSL possèdent plusieurs partenariats afin de pouvoir offrir un système de soins plus coordonné et optimal entre les différentes institutions et pour obtenir une meilleure qualité de prestations offertes aux patient·e·s. Les CUSL ont comme mission de fournir des soins aux patient·e·s, d'assurer l'enseignement, de soutenir la recherche et aussi d'être un centre de référence nationale et internationale en ce qui concerne plusieurs pathologies complexes. Elles envisagent des soins adéquats aux patient·e·s, les plus personnalisés possibles avec une vision globale de l'humain, c'est-à-dire, « *l'humain en toutes ses dimensions, reçu avec ses particularités historiques et physiques autant que spirituelles* » (CUSL,2018). Les CUSL (2018) reconnaissant que « *les convictions philosophiques ou spirituelles* » font partie intégrante de la personne, invitent à honorer celles-ci, pour permettre au malade, dans une situation de fragilité, d'être mieux accueilli et au soignant de pouvoir le respecter dans sa globalité, en s'ouvrant à plusieurs approches (culturelle, psychologique, philosophique ou théologique), et pas seulement dans une « *rationalité scientifique médicale* » et à « *ne pas réduire le malade à son corps* ». Avec une identité catholique qui leur est propre, inscrite dans l'histoire des valeurs de l'UCL dans laquelle les Cliniques ont été fondées, celles-ci proposent un accompagnement aux patient·e·s qui le souhaitent, selon les sept traditions spirituelles reconnues par l'état Belge et le bouddhisme, mais aussi un « *espace recueillement* » ouvert à tous, afin qu'un espace de partages, de rencontres et d'échanges soit créé, le «

carrefour spirituel »³. Cependant, aucun prosélytisme n'est accepté ni aucune pression de la part de professionnel·le·s, entre collègues ou subordonné·e·s par exemple. Les CUSL (2018) invitent aussi à inclure les traditions spirituelles dans la recherche commune et dans les « *actions de formation (professionnels, étudiants, stagiaires) afin d'éveiller à la dimension spirituelle des soins et de développer avec les soignants une expertise en ce domaine* ».

Pour ces raisons, notamment, l'ouverture à la dimension spirituelle et à ce qui s'avère être le « *spiritual care* », ainsi qu'à la promotion de la recherche, nous avons trouvé pertinent de réaliser notre recherche dans une telle institution, pour comprendre au mieux quelle est la réalité des professionnel·le·s sur le terrain.

2.2. Population cible

Notre intérêt s'est porté principalement sur les infirmière·e·s. Les sages-femmes et les aides-soignant·e·s ont été aussi inclus, pour réaliser cette recherche.

Cet intérêt relève d'un aspect personnel, en tant qu'infirmière moi-même, ainsi que d'un aspect pratique car ces professionnel·le·s sont ceux·lles étant le plus en contact avec les patient·e·s ; il me semblait évident de mener cette recherche auprès de ceux-ci. Une autre raison, pour laquelle nous nous sommes focalisés sur ces professionnel·le·s, était dû au fait que plusieurs études à l'étranger ont été réalisées auprès d'eux. Du fait que notre étude soit une des premières recherches sur le territoire belge, elle sera orientée par ces études antérieures.

La raison pour laquelle nous avons inclus, dans cette étude, les aides-soignant·e·s dans notre échantillon est dû au fait qu'en Belgique, le diplôme d'aide-soignant est obtenu après un an d'études en soins infirmiers, donc la formation de base est la même pour les deux classes professionnelles. Pour la même raison, les sages-femmes ont été incluses dans cette étude. Intégrer tous ces professionnel·le·s permettait de pouvoir recueillir plus d'informations sur leur réalité et sur le terrain concernant la dimension spirituelle.

Pour cette étude, nous n'avons pas défini de restriction en termes d'âge, de genres ou autres statuts des professionnel·le·s. Cependant, nous avons limité notre recherche aux différents services de chirurgie et médecine, d'obstétrique, de pédiatrie, de gériatrie, de soins palliatifs, de révalidation et de psychiatrie. Nous n'avons pas inclus les services du bloc opératoire, les services de soins intensifs, les urgences et les consultations pour deux raisons. La première pour

³Site : <https://www.alma-aumonerie.be/>

des causes logistiques, l'accès aux services est plus difficile, et en deuxième, car nous estimons que ceux-ci apporteraient moins de résultats pertinents, vu que le contact des infirmier·e·s avec les patient·e·s est plus restreint (en termes de temps, de patient·e conscient, ...) que dans les autres services d'hospitalisation.

Bien que la demande de distribution ait été acceptée par le cadre infirmier responsable et par la cellule responsable des demandes d'enquête dans le département infirmier de l'institution, nous n'avons pas pu distribuer les questionnaires dans le service de néonatalogie (refus de la cheffe infirmière, dû à des difficultés d'organisation pour la bonne distribution des questionnaires auprès de son personnel concerné) et dans des services en isolement, comme l'hématologie (dont l'accès est fort limité).

2.3. Outil de recherche

Pour réaliser cette étude nous avons utilisé le questionnaire « Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ) » dont les auteurs sont le Prof. Dr. Eckhard Frick et le Prof. Dr. Arndt Büssing.

Nous pouvons trouver plusieurs instruments dans la littérature scientifique, pour mesurer les compétences dans la dimension spirituelle des professionnel·le·s de santé. Notre choix s'est porté sur le SCCQ pour différentes raisons. La première est dû au contact direct entre le promoteur de ce projet, Prof. Dominique Jacquemin et l'un des auteurs, le Prof. Frick, qui souhaitent pouvoir développer cet outil et le valider en français. Deuxièmement, cet outil a été développé par les auteurs de l'étude, Frick, Theiss, Recchia, Büssing (2019) ; ils ont déjà réalisé beaucoup de recherches dans le domaine. Ils l'ont créé en consultation avec plusieurs experts dans différents domaines (notamment, soins infirmiers, médecine, psychothérapie et pastoral) et en analysant divers instruments déjà disponibles, toutefois présentant certaines limitations (soit fortement influencés par des « idéologies » religieuses ; soit présentant un échantillon de recherche trop petit ; soit uniquement adaptés à une seule profession). C'est à partir de leur analyse de la littérature que nous avons présenté les 10 catégories de compétences dans le cadre théorique. En effet, les auteurs ont voulu construire un questionnaire qui pourrait être utilisé avec n'importe quel·le professionnel·le en soins de santé et applicable dans différents contextes socio-culturels, laïcs ou autres. En conséquence, cela permettra de pouvoir comparer les résultats des futures recherches dans le domaine plus facilement, les différentes

classes professionnelles d'un même contexte, ou alors les mêmes classes mais dans des contextes variables.

2.4. Le « Spiritual Care Competence Questionnaire » (SCCQ)

Le « Spiritual Care Competence Questionnaire » (SCCQ) est la traduction anglaise de l'original allemand « Spiritual Care-Kompetenz-Skala ». C'est à partir de la version allemande originale que nous avons créé la version française du questionnaire, que nous avons nommée « Questionnaire des compétences en *Spiritual Care* », mais nous préférons utiliser l'acronyme anglais, SCCQ (que les auteurs ont gardé dans les différentes langues). Dans ce travail, afin de distinguer la version à laquelle nous nous référons, nous garderons l'acronyme SCCQ pour la grille originale, et « SCCQ^{fr} » pour la version en français.

L'outil a été traduit en premier temps par un traducteur d'une agence indépendante et ensuite retraduit en allemand. Une autre traduction de l'allemand vers le français a été réalisée, par un professionnel sur recommandation du Prof Frick. Cette version a été harmonisée par le Prof Jacquemin et le Prof. Frick (qui possède des bonnes connaissances en langue française). Cette dernière version a été validée par l'auteur le Prof. Frick pour être appliquée et c'est celle-là que nous avons utilisée pour réaliser notre étude.

Le questionnaire (en annexe 1) est composé, premièrement d'une petite note explicative et de présentation des responsables de l'étude, avec leurs coordonnées, pour donner la possibilité aux répondant·e·s de les contacter s'il·elle·s le souhaitent. Deuxièmement, il comporte une demande de données sociodémographiques, telles que : l'âge, le sexe, l'état civil, l'appartenance religieuse, le domaine professionnel, les heures de travail par semaine, leur satisfaction professionnelle, leur pratique religieuse et sa fréquence. La dernière partie, est composée de 42 questions, dont 40 sont à réponse fermée, allant d'une échelle de 0 (n'est pas de tout correct) à 4 (tout à fait correct) et de 2 questions à réponse ouverte (la 58 et 60). De ces 42 questions, 26 sont relatives à l'(auto) évaluation des compétences, divisées en 7 catégories (basées sur les 10 évoquées dans notre cadre théorique) :

1. Perceptual Competences (5)
2. Team Spirit (5)
3. Documentation Competences (3)
4. Self-Awareness and proactive Opening Competences (5)
5. Knowledge about other Religions (2)

6. Interviewing Competences (2)

7. Proactive Empowerment Competences (4)

Quatre de ces questions sont regroupées dans une 8ème catégorie, qui n'évalue pas les compétences en soi, mais les obstacles à leur mise en œuvre. Les quatre dernières questions ont été formulées pour vérifier si la classe professionnelle du·e la répondant·e pouvait avoir une compétence en *spiritual care* particulière, ou si, au contraire, leur classe ne devrait pas avoir d'impact dans ce domaine. Deux de ces questions sont ouvertes pour que le·a répondant·e puisse développer sa réponse et justifier celles des deux autres questions (fermées) (celles-ci n'ont pas été analysées lors de l'étude du SCCQ). Une des questions (31) est plutôt un indicateur de spiritualité ; elle n'a donc pas été attachée à une catégorie en particulier. Les 7 questions restantes (16,23,29,34,41,55 et 56), n'ont pas pu être prise en compte pour le moment, car elles n'étaient pas suffisamment significatives lors de l'analyse statistique des questionnaires.

2.4. Collecte des données

La distribution des questionnaires s'est déroulée durant la période du 19 mars de 2019 au 2 avril 2019. Nous avons distribué les questionnaires en mains propres, en version papier, aux 35 unités hospitalières (annexe 2) des CUSL. Chaque infirmier·e chef·fe a été sollicité·e pour le distribuer dans son service, après une brève explication orale de l'étude, de la population cible et du délai de récupération des questionnaires. Pendant les 2 semaines de distribution, nous avons réalisé un total de 4 passages dans tous les services, pour récolter les questionnaires déjà remplis, fournir à nouveau des questionnaires si la participation était favorable (pour maximiser le taux de réponses) et pour faire un petit rappel aux infirmier·e-s chef·fe-s des services les moins répondants afin que les questionnaires ne soient pas oubliés ou mis de côté. Nous avons donné un total de 366 questionnaires et nous en avons récolté 178, ce qui représente un taux de répondant·e-s de 48,63%.

2.5. Analyse des données

Pour l'analyse des données, nous avons utilisé le logiciel IBM SPSS®. Lors de l'encodage de données des 178 questionnaires, 5 ont été exclus, car la troisième partie ne présentait quasiment pas de réponses (comportant moins de 5 réponses dans la totalité de la troisième partie du

questionnaire). Ceux-ci ont été éliminés pour ne pas biaiser le reste des données récoltées. Nous supposons que ces questionnaires ont été abandonnés par ces 5 répondant·e·s. Nous ne voulions pas qu'ils soient repris dans l'analyse des questions pour lesquelles le participant·e n'a pas répondu·e, suite peut-être à une incompréhension de sa part ou suscitant une incertitude. Donc, nous totalisons 173 questionnaires à analyser.

Pour l'encodage des données, nous avons procédé, premièrement, à la définition opérationnelle de chaque variable et la création d'un codebook précis.

Ensuite, au moment de l'encodage, la case profession n'a pas été prise en compte car nous n'avons effectué cette étude qu'auprès de soignant·e·s. Concernant la case du département, nous avons encodé la classification du service dans le département correspondant pour les réponses « autre » si celles-ci renvoyaient à un service spécifique (exemple : chirurgie cardiaque a été encodée dans le département chirurgie). La classification globale de chaque service selon chaque département peut se retrouver dans l'annexe 2. Pour les questionnaires dont la réponse était absente ou pas claire, nous les avons encodés comme « autre ». Pour le temps moyen de travail, une bonne partie des réponses renvoyait au type de contrat du répondant·e, c'est-à-dire, temps plein, temps partiel de 80%, 50%, ... Un contrat de 100% équivaut à une moyenne de 38 heures par semaine. Pour l'encodage, nous avons calculé le temps moyen déclaré sur cette base hebdomadaire afin d'uniformiser les réponses. Pour les questions aux réponses ouvertes, nous les avons donc encodées dans la base de données SPSS seulement comme étant « avec réponse/ sans réponse ».

À la suite de l'encodage des données, en utilisant des mesures descriptives, nous avons analysé l'échantillon global de notre étude, afin de pouvoir le présenter. Afin d'analyser la troisième partie du questionnaire et la valider, nous avons procédé, dans un premier temps, à une analyse factorielle pour vérifier si nous obtenions les mêmes résultats explicatifs que ceux obtenus par les auteurs de la grille originale. Dans un second temps, nous avons réalisé une analyse de fiabilité des questions dans le but de vérifier si notre échelle mesure bien ce que nous prétendons (consistance interne).

Après avoir vérifié si le SCCQ^{fr} était fiable et valide, nous avons pu continuer notre analyse afin de tester les hypothèses formulées pour cette étude. Pour cela, nous avons créé de nouvelles variables représentant chaque catégorie de compétences à partir d'une moyenne pondérée afin de représenter au mieux chaque question appartenant à sa catégorie. En effet,

chaque question a un poids (score) factoriel⁴ au sein du facteur/catégorie auquel elle appartient ; en réalisant la moyenne pondérée par le poids factoriel, nous tenons compte de l'importance de chaque variable dans la construction du facteur.

2.6. Hypothèses et variables d'investigation

En réalisant cette étude, nous voulons approfondir la thématique concernant les compétences en « *Spiritual Care* », et plus particulièrement chez les infirmier·e·s.

Comme objectif principal, nous voulons pouvoir valider la « Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ) » (en langue française à partir de l'originale en allemand).

Ensuite, avec les données que nous avons récoltées, nous souhaitons analyser chaque catégorie de compétences, afin de déceler celles étant les plus et les moins intégrées par les professionnel·le·s ici étudié·e·s dans les soins qu'il·elle·s fournissent. Nous voulons aussi comprendre dans quelle mesure les caractéristiques individuelles ont une influence dans les différentes catégories de compétences en « *Spiritual Care* ». Selon ce même raisonnement, nous voulons confirmer les indices donnés dans d'autres études scientifiques dans ce domaine, notamment :

- Que la perception de la part des infirmier·e·s de leur propre spiritualité comme étant sans importance dans leur pratique professionnelle (question 31) a une influence dans les compétences en « *Spiritual Care* » ;
- Être croyant·e a un effet sur les compétences en « *Spiritual Care* » ;
- Les compétences en « *Spiritual Care* » varient selon la pratique de prier/méditer des répondant·e·s ;
- Les compétences en « *Spiritual Care* » sont identiques qu'importe l'appartenance religieuse des répondant·e·s ;
- L'âge des infirmier·e·s influence les compétences en « *Spiritual Care* » ;
- L'expérience professionnelle impacte les compétences en « *Spiritual Care* » ;
- La satisfaction professionnelle a une incidence sur les compétences en « *Spiritual Care* » ;
- Les compétences en « *Spiritual Care* » restent identiques quel que soit le département auquel l'infirmier·e·s appartient.

⁴ Le poids factoriel d'une variable correspond au coefficient de corrélation entre cette variable et l'axe factoriel mis à contribution.

2.7. Respect éthique

Pour procéder correctement à la récolte des données dans une étude, il est important que l'investigateur prenne en compte le respect d'une éthique de la recherche.

Dans cette étude, afin de le considérer, nous avons fait une demande formelle auprès des responsables hiérarchiques des services souhaités des CUSL pour avoir leur permission afin de distribuer les questionnaires. Une demande a également été introduite auprès de la cellule Infirmier Partenariat Ecole Hôpital (IPEH) responsable pour obtenir l'autorisation ultime afin de démarrer la distribution sur le terrain. Nous avons obtenu, après ces demandes, l'autorisation de distribuer les questionnaires pendant la période du 19/3/2019 au 8/4/2019 (document en annexe 3).

La participation des professionnel·le·s dans l'étude était volontaire, confidentielle et leur anonymat a été préservé, tout au long de cette étude (au moment de la récolte et de l'analyse des données).

3. Résultats

Dans ce chapitre, nous allons présenter les différents résultats obtenus à la suite de l'analyse statistique des données récoltées auprès d'infirmier·e·s des CUSL. Nous détecterons, interpréterons et évaluerons ensuite les tendances et les possibles relations entre les différentes variables ici étudiées.

Après avoir introduit les données dans le logiciel SPSS version 25, nous avons procédé à l'analyse des mesures descriptives les plus appropriées aux différentes variables, pour présenter notre échantillon global.

Ensuite, nous avons procédé à une analyse factorielle et à une analyse de fiabilité. Une fois avoir validé le questionnaire SCCQ^{fr}, nous avons analysé les corrélations existantes entre les différentes catégories et les données sociodémographiques pour répondre aux hypothèses de ce travail.

3.1. Présentation globale de l'échantillon

Premièrement, nous allons présenter et analyser les données sociodémographiques et professionnelles les plus pertinentes obtenues, pour comprendre au mieux notre échantillon. Un résumé de toutes ces données sera présenté sous forme de tableau (1) par la suite.

Nous avons récolté les données de 173 personnes.

Cet échantillon est composé principalement de femmes, 146 (84,4% de l'échantillon global), ce qui est logique, vu que la classe professionnelle ici évaluée est réputée majoritairement féminine.

La moyenne d'âge est de 37 ans (19 valeurs manquantes ; 11% de l'échantillon global), avec une distribution asymétrique droite, ce qui signifie une prédominance d'âge plus basse (médiane de 35 ans, un 1^{er} quartile à 27 ans et le 3^{eme} quartile à 46 ans). Cela reste normal, il s'agit d'un reflet du marché du travail (STATBEL, 2019), vu que la tranche d'âge des personnes les plus actives se situe entre les 25 et 54 ans.

Pareillement à la variable âge, le temps (en années) d'occupation professionnelle, a aussi une distribution asymétrique à droite. Nous avons une médiane de 8 années (4 valeurs manquantes ; 2.3% d'échantillon global), le 1^{ere} quartile à 3 ans et les 3^{eme} à 18 ans (minimum de 0 année et maximum de 40 ans). Ceci suit la même logique que la variable âge, nous avons une

prédominance de personnes actives plus jeunes et par conséquent avec moins d'années d'occupation professionnelle.

Concernant le temps moyen de travail par semaine, la plupart des répondant·e·s, 45 % de l'échantillon global (77 individus) travaillent 38 heures hebdomadaires (5 valeurs manquantes ; 2.9% échantillon global). Nous avons un minimum de 18 heures hebdomadaires, et une valeur extrême de 60 heures. Les valeurs au-delà de 38 heures hebdomadaires, pourraient être expliquées par le fait que des professionnel·le·s exercent des journées prolongées ou des prestations en horaire de nuit, qui peuvent allonger jusqu'à 77 heures le temps de travail sur une semaine.

En ce qui concerne le département, 59.5% des répondant·e·s font partie des services de médecine interne (26.6% de l'échantillon global) et de chirurgie/orthopédie (32.9 % de l'échantillon global). Le département le moins représenté est la psychiatrie (2.3 %, de l'échantillon global). Cela n'est pas une surprise, car les CUSL possèdent 10 services dans le département de la médecine interne et aussi 10 services dans le département de la chirurgie/orthopédie, mais ne possèdent qu'un seul service de psychiatrie. Le taux de réponses par département est donc, en accord avec le nombre des services appartenant à ce même département.

Relativement à la satisfaction professionnelle, la plupart des répondant·e·s se sont montré·e·s satisfait·e·s (53,8% de l'échantillon global) ou très satisfait·e·s (22.5% de l'échantillon global) dans leur travail (1 valeur manquante). De la totalité des répondant·e·s, seulement 4 (2.3% de l'échantillon global) ont exprimé ne pas être satisfait·e·s, et 4 autres d'être très insatisfait·e·s dans leur travail.

En ce qui concerne l'appartenance religieuse de nos répondant·e·s les plus prédominantes sont : la catholique, 53.2% de l'échantillon global, et ceux·lles avec aucune confession, 26 % de l'échantillon global. La prédominance catholique n'est pas étonnante, vu que la Belgique est un pays de tradition et de culture catholique.

Nous pouvons remarquer que 59,3% des répondant·e·s de l'échantillon global sont très croyant·e·s à croyant·e·s et que 30,6% ne sont pas croyant·e·s du tout. Concernant leur pratique, la majorité, 40,7% des répondant·e·s de l'échantillon global (1 valeur manquante) ne prient ou méditent pas.

Tableau 1 - Caractéristiques de l'échantillon (N=173)

		<i>n (%)</i>	<i>Médiane (P₂₅ ; P₇₅)</i>
<i>Genre</i>	Femmes Hommes	146 (84,4) 27 (15,6)	
<i>Age (Années)</i> * 19 valeurs manquantes (11.0%)			35,0 (27,0 ;46,0)
<i>Situation familiale</i>	Marié·e Avec un·e partenaire Divorcé·e Célibataire Veuf·ve	67 (38,7) 59 (34,1) 10 (5,8) 36 (20,8) 1 (0,6)	
<i>Religion</i>	Catholique Protestante Musulmane Juive Autre Aucune	92 (53,2) 9 (5,2) 13 (7,5) 1 (0,6) 13 (7,5) 45 (26)	
<i>Croyance</i>	Oui absolument Oui, en quelque sorte Pas vraiment Non, pas du tout	43 (24,9) 49 (28,3) 28 (16,2) 53 (30,6)	
<i>Pratique- Prier ou Méditer</i> * 1 valeur manquante (0.6%)	Oui, régulièrement De temps en temps Plutôt rarement Non, pas de tout	34 (19,7) 47 (27,2) 21 (12,1) 70 (40,5)	
<i>Département</i>	Médecine interne Chirurgie/orthopédie Gériatrie/soins palliatifs Pédiatrie Gynécologie/Obstétrique Psychiatrie Autre	46 (26,6) 57 (32,9) 27 (15,6) 13 (7,5) 5 (2,9) 4 (2,3) 21 (12,1)	
<i>Occupation professionnelle (années)</i> * 4 valeurs manquantes (2.3%)			8,0 (3,0 ;18,0)
<i>Temps de travail hebdomadaires (heures)</i> * 5 valeurs manquantes (2.9%)			38,0 (30,0 ; 38,0)
<i>Satisfaction</i> * 1 valeur manquante (0.6%)	Très satisfait·e Satisfait·e Cela peut aller Pas satisfait·e Très insatisfait·e	39 (22,5) 93 (53,8) 32 (18,5) 4 (2,3) 4 (2,3)	

3.2. Compétences pour le « *spiritual care* »

3.2.1. Analyse factorielle

En réalisant l'analyse en composantes principales (ACP), nous espérons trouver les mêmes facteurs/ catégories que ceux donnés par les auteurs du SCCQ, pour pouvoir valider notre questionnaire.

Afin de débiter cette analyse, en premier lieu, nous avons vérifié si les items présentent des corrélations entre eux. Nous avons obtenu la matrice de corrélation, mais sa lecture peut s'avérer difficile vu la quantité d'informations. Pour faciliter la lecture et l'interprétation des facteurs, nous avons utilisé la rotation Varimax ⁵. Avant d'expliquer les résultats obtenus par celle-ci, nous avons analysé la mesure de l'adéquation de l'échantillonnage (KMO), de laquelle nous avons obtenu une valeur globale de 0,758, nous indiquant que nous avons une bonne qualité de corrélations entre les items (test sphéricité de Bartlett ($p < 0.001$)).

Chacun des items est au-dessus de 0,5, la plupart (sauf la question 29 avec une valeur de 0,505) se situe dans la tranche de 0,6 à 0,83, ce qui indique qu'ils peuvent être utilisés (annexe 4) et que nous pouvons continuer notre analyse factorielle avec nos données.

Ensuite, nous avons déterminé la quantité de facteurs à extraire, nous avons poursuivi notre analyse selon la règle de Kaiser- Guttman, c'est-à-dire ne retenir que les facteurs avec une valeur propre supérieure à 1 (annexe 5), la valeur 1 étant la contribution moyenne de chaque variable à la construction d'un facteur.

Ceci nous a donné 12 composants qui représentent 70,44% de la variance totale. Nous avons par la suite réalisé la rotation Varimax. Les résultats ont donné dans le tableau représenté ci-dessous.

Pour mieux comprendre l'analyse du tableau (2), nous avons souligné les valeurs des items avec une bonne corrélation sur chaque facteur de cette étude (poids factoriels élevés). Nous avons surligné en jaune les questions qui appartiennent aux mêmes catégories définies par les auteurs de la grille originale.

⁵ La rotation de type Varimax après une analyse en composantes principales préserve l'orthogonalité (indépendance) des facteurs tout en maximisant la variance des facteurs sur les nouveaux axes factoriels. (CeSCuP, 2015)

Tableau 2 - Matrice des composants après Rotation Varimax du SCCQ^{fr}

Questions	Perceptual competences	Obstacles	Team Spirit	Documentation	Knowledge about other Rel.	Interviewing	Self - Awareness	Facteur inconnu 1	Proactive Empowerment	Facteur inconnu 2	Facteur inconnu 3	Facteur inconnu 4
2	.759	-,050	,118	,231	-,066	-,020	,134	,044	,022	,232	,039	-,079
1	.727	-,147	,092	,257	-,008	,173	,115	,073	,102	,159	,015	-,038
7	.622	-,076	,132	,284	,120	,217	,177	,149	-,164	-,209	,042	,019
29	.558	,002	,069	-,014	,115	,333	-,157	,072	,103	,081	,040	,126
28	.476	-,025	,284	-,096	,219	,201	-,151	,134	,309	-,148	,240	,114
8	.464	-,159	,323	,221	,244	,317	,108	,218	,046	-,286	-,184	,017
46	-,143	.801	-,053	,022	-,028	-,046	-,056	-,070	-,186	-,149	,174	,040
45	-,037	.747	,067	-,035	-,179	-,073	-,218	-,007	,035	,184	,039	,063
44	-,117	.634	,013	-,078	-,023	,106	-,193	-,292	-,091	,157	-,007	,221
59	,034	.604	-,050	-,015	,040	-,170	,189	-,024	,156	-,400	-,100	,095
31	,041	.590	,067	-,048	,093	-,177	-,373	,020	,186	,091	-,257	-,337
47	-,129	.584	-,166	,022	,091	,091	,402	-,024	,013	-,064	,369	,061
14	,169	-,065	.819	,123	,082	,014	,033	,100	,052	,033	,072	,204
12	,210	-,103	.727	,184	,188	-,062	,201	-,056	,148	,182	,059	-,054
15	,026	-,018	.682	,103	-,131	,129	,328	,147	,097	,179	,010	-,082
13	,145	,198	.618	,078	,112	,267	-,167	,075	-,039	-,155	-,064	-,090
4	,132	-,001	,072	.862	-,039	,077	,031	,059	,057	,044	,033	-,023
3	,205	,010	,227	.790	,024	-,043	,055	,025	,139	-,091	-,161	-,004
5	,157	-,040	,100	.768	,104	,150	-,091	,187	-,161	,063	-,065	,100
26	,382	-,164	,264	,387	,222	,337	,225	,001	.016	,085	,011	,245
55	,013	,063	,109	-,123	.777	,116	-,012	,025	-,038	-,060	-,033	,000
56	,013	-,001	,035	,083	.674	,062	,304	,228	-,135	-,102	,258	-,074
38	,081	-,084	,071	,183	.660	,005	-,092	,162	,293	,230	-,021	-,057
39	,152	-,251	-,005	,187	.613	,073	,142	,146	,318	,326	,112	-,074
34	,247	-,096	,258	-,109	,387	,311	,226	,000	,061	-,102	-,245	,304
19	,242	,008	,116	,054	,070	.827	,135	,102	,095	,042	,065	-,145

20	,210	-,126	,058	,144	,071	,789	,156	,206	,131	,039	,028	-,071
35	,097	,004	,272	,134	,320	,443	,194	-,026	,094	,151	-,367	,148
48	,171	-,141	,089	,027	,035	,163	,791	,140	-,047	-,020	-,110	-,073
49	,003	-,070	,166	-,010	,109	,077	,765	,140	,113	,084	-,110	-,007
30	,242	-,281	,081	-,058	,083	,363	,399	-,151	-,111	-,124	,275	,211
43	,329	-,211	,076	,058	,142	,158	,140	,694	,014	,065	-,019	,125
42	,259	-,052	,189	,221	,200	,014	,303	,552	,074	,024	,106	,040
57	-,158	-,045	,452	,268	,197	,229	,037	,523	-,071	,141	,130	,158
41	,006	-,102	,027	,098	,202	,231	,033	,512	,506	,042	-,142	-,145
24	,061	,035	,146	-,028	,024	,099	,054	,035	,842	-,163	,110	,113
25	,206	-,107	,007	,284	,323	,350	-,049	-,301	,430	,076	,227	,041
17	,242	,041	,204	,018	,138	,077	,074	,103	-,153	,692	-,046	,157
23	,176	,175	,164	-,166	,144	,060	-,178	,033	,189	,034	,699	-,016
16	,023	,281	,034	,092	-,115	-,171	-,077	,109	,104	,126	-,021	,796

Dans notre analyse, nous avons pu remarquer que nous obtenons les mêmes groupes de compétences, que ceux donnés par les auteurs de la grille. Toutefois, nous obtenons quelques différences, principalement liées aux questions qu'ils n'ont pas analysées dans leur recherche.

Nous pouvons remarquer que la question 29 (« Je me rends présent aux personnes que j'accompagne par mes pensées et mes sentiments ») serait plutôt liée au « *Perceptual Competences* », et non en liaison avec la question 23, donnée ici comme un facteur explicatif isolé (grouper ces deux questions était une suggestion des auteurs sur le point de vue théorique, mais ils n'ont pas trouvé de résultats statistiquement significatifs).

Pour les « obstacles », il peut y avoir une liaison entre le groupe de questions données par les auteurs et les questions 59 et 31. La question 31 (« Ma propre spiritualité / religiosité n'a aucune importance pour ma profession ») dans l'étude originale a été traitée comme un indicateur. Mais elle a une corrélation négative avec les autres catégories des compétences et elle peut être perçue comme un frein pour les autres compétences, et donc comme un obstacle. Pour la question 59 (« Je considère que mon groupe professionnel n'est pas concerné par l'accompagnement spirituel ») pas de surprise non plus, car moins la personne se sent concernée, moins elle va donner d'importance au « *spiritual care* » et le mettre en pratique.

La question 17 (« Dans l'équipe, nous avons des rituels [par exemple, les rituels d'adieux et l'interruption du rythme habituel] pour gérer ensemble les situations problématiques ».) est donnée comme étant un facteur à part (facteur inconnu 2) plutôt que d'être intégrée dans le groupe de « *Team Spirit* ». Ceci peut être expliqué par un contexte socioculturel différent, vu qu'un rituel d'équipe est plutôt inexistant ou par une incompréhension de la question par les répondant·e·s (donc une révision linguistique peut être conseillée).

Pour les « *Self-Awareness and proactive Opening Competences* », ce groupe semble pouvoir être divisé en deux, entre les questions 48, 49 et 30 et les 42 et 43. Ce dernier groupe (42 et 43) pourrait être assimilé avec les questions 57 et 41 à un nouveau groupe (facteur inconnu 1). Ces dernières questions n'ont pas été analysées dans l'étude de départ, par manque de résultats statistiques significatifs. Cependant, les auteurs ont souligné que d'autres liaisons pourraient émerger dans d'autres recherches avec ces questions non traitées (vu que leur analyse est la première de la grille de départ). Donc, nos résultats peuvent être tributaires de ce fait. Cela signifie qu'une analyse réflexive de leur contenu pourrait être envisagée avec les auteurs pour comprendre quel autre facteur pourrait expliquer au mieux les questions regroupées dans le facteur inconnu 1. Il en va de même pour les questions 55 et 56 (pas analysées dans l'étude de départ) qui peuvent avoir une relation assez forte avec le groupe de « *Knowledge about other Religions* ».

La question 26 (« J'aide mes patient·e·s à réfléchir à leurs convictions et attitudes spirituelles ») qui ne serait liée à aucun des groupes, doit être aussi révisée pour voir si le problème est dû à la traduction (problème linguistique) ou s'il est dû au contexte sociodémographique des répondant·e·s.

La question 35 (« J'accorde de l'importance au cadre approprié pour les entretiens spirituels ») est également à revoir. Avec sa tournure, il n'est pas étonnant que dans notre analyse des données, elle apparaisse plutôt liée au « *Interviewing Competences* ».

A l'instar de la question 23 (facteur inconnu 3), la question 16 (« Je suis mal à l'aise pour parler de questions spirituelles »), est donnée comme facteur explicatif (facteur inconnu 4) isolé. La question 34 (J'aimerais avoir plus de temps pour parler à mes patient·e·s au sujet de leurs besoins spirituels.) dans cette analyse n'est en rapport avec aucun des groupes de facteurs.

Au travers de cette analyse factorielle, nous pouvons valider la construction du SCCQ^{fr}, car nous avons obtenu les mêmes facteurs que les auteurs. Toutefois, comme expliqué, une révision

(linguistique et de leur relation statistique/théorique) de quelques questions (surtout celles non utilisées) devrait être envisagée.

Pour la suite de notre analyse, nous n'avons pas fait de modifications dans l'appartenance des questions aux catégories des compétences. Nous avons gardé les catégories du SCCQ, données par les auteurs dans leur étude. En conservant notre analyse, nous étudierons 8 des 12 facteurs trouvés, expliquant à eux seuls, 58,44% de la variance totale de nos données.

3.2.2. Analyse de fiabilité

Nous avons procédé à l'analyse de fiabilité pour chacune des 8 catégories des données du SCCQ^{fr}. Les questions qui ont été exclues de l'étude du SCCQ, n'ont pas été prises en compte dans notre étude non plus.

Pour réaliser l'analyse de fiabilité, nous avons choisi la méthode d'Alpha Cronbach pour poursuivre notre analyse. Cette valeur varie entre 0 et 1, et elle peut être interprétée, comme donnant une consistance inter-items : de très bonne (de 1 à 0,9) ; de bonne (de 0,9 à 0,8); de raisonnable (de 0,8 à 0,7); d'acceptable (de 0,7 à 0,6) et de mauvaise quand inférieure à 0,6.

Dans le tableau (3) suivant nous résumons les données obtenues pour chaque catégorie analysée.

Tableau 3 - Consistance Interne des catégories des données du SCCQ^{fr}

Catégorie	Question	N (Valeurs manquantes ; %)	Alpha Cronbach
Perceptual Competence	1	165 (8 ;4,6)	0,798
	2		
	7		
	8		
	28		
Team Spirit	12	164 (9 ; 5,2)	0,737
	13		
	14		
	15		
	17		
Documentation Competence	3	165 (8 ;4,6)	0,824
	4		
	5		
Self-Awareness and proactive Opening competences	30	165 (8 ;4,6)	0,710
	42		
	43		
	48		
	49		

Knowledge about other Religion	38	170 (3 ;1,7)	0,756
	39		
Interviewing Competences	19	170 (3 ;1,7)	0,885
	20		
Proactive Empowerment Competences	24	155 (18 ; 10,4)	0,638
	25		
	26		
	35		
Obstacles	44	167 (6 ;3,5)	0,748
	45		
	46		
	47		

En analysant les alphas de Cronbach, pour chaque catégorie, nous obtenons des valeurs 0,638 (pour la catégorie « *Proactive Empowerment Competences* ») et 0,885 (pour la catégorie « *Interviewing Competences* »), ce qui nous donne des valeurs allant de l'acceptable à bon.

Nous avons analysé la catégorie « *Proactive Empowerment Competences* » plus en détail, notamment afin d'analyser si la suppression d'une des questions pourrait amener à une amélioration de la valeur alpha de Cronbach. Celle-ci pourrait être apportée en supprimant la question 24 (Je permets à mes patients de participer à des activités/ célébrations religieuses.), ce qui nous permettrait d'obtenir un alpha de Cronbach de 0,662, mais qui se trouve encore dans une plage de l'acceptable. Pour cela, nous avons continué notre analyse avec toutes les questions représentantes de la catégorie.

Une fois que le SCCQ^{fr} est valide et fiable, nous pourrions commencer à tester les hypothèses de notre étude.

3.3. Présentation des groupes des facteurs – les compétences en « Spiritual care » et les « obstacles »

Comme nous l'avons expliqué précédemment, nous analyserons les questions incluses dans notre recherche selon 8 catégories des variables :

- Perceptual Competences
- Team Spirit
- Documentation Competences
- Self-Awareness and proactive Opening Competences
- Knowledge about other Religions
- Interviewing Competences
- Proactive Empowerment Competences
- Obstacles

Pour cela, nous avons transformé l'ensemble des questions (qui composent une catégorie) dans la nouvelle variable, la catégorie associée. Nous avons encodé dans la base de données SPSS, ces nouvelles variables (catégories) selon une moyenne pondérée. Pour connaître les valeurs pondérées de chaque question, nous avons réalisé une analyse factorielle sur 1 seul facteur explicatif, ce qui nous a donné le poids factoriel pour chaque question.

Nous avons aussi traité la question 31 (« Ma propre spiritualité / religiosité n'a aucune importance pour ma profession. »), qui selon les auteurs n'est pas reliée à une compétence car celle-ci est plutôt un indicateur (plutôt un élément « descriptif » en termes d'attitude qu'une compétence).

Dans le tableau (4) ci-dessous nous résumons les valeurs extraites de chaque question, au sein du facteur/catégorie auquel elle appartient.

Tableau 4 - Distribution des moyennes et de valeur extraite pour chaque question (N=173)

<i>Catégorie</i>	<i>Question</i>	<i>N</i>	<i>M (0-3)</i>	<i>SD</i>	<i>Poids factoriels (1 composante)</i>	<i>M±SD (IC)</i>
Perceptual Competences	1	173	1,69	0,773	0,833	1,49± 0,64 (1,39 ;1,59)
	2	172	1,51	0,806	0,767	
	7	170	1,22	0,853	0,782	
	8	170	1,25	1,009	0,733	
	28	171	1,19	0,835	0,619	
Team Spirit	12	171	0,80	0,881	0,819	0,86 ± 0,57 (0,77 ;0,95)
	13	172	1,69	0,797	0,613	
	14	170	0,81	0,784	0,858	
	15	171	0,54	0,688	0,684	
	17	170	0,53	0,763	0,498	
Documentation Competences	3	169	0,72	0,845	0,885	0,64± 0,66 (0,54 ;0,75)
	4	168	0,55	0,749	0,881	
	5	170	0,74	0,773	0,815	
Self-Awareness and proactive Opening competences	30	172	1,53	1,034	0,518	0,86 ± 0,61 (0,77 ;0,96)
	42	170	0,65	0,733	0,712	
	43	171	1,12	0,913	0,671	
	48	169	0,86	1,008	0,766	
	49	171	0,39	0,738	0,769	
Knowledge about other Religion	38	172	2,13	0,806	0,896	2,05 ± 0,72 (1,94 ;2,16)
	39	170	1,98	0,788	0,896	
Interviewing Competences	19	172	1,74	0,947	0,947	1,75± 0,86 (1,62 ;1,88)
	20	171	1,73	0,887	0,947	
Proactive Empowerment Competences	24	172	2,17	0,886	0,515	1,57± 0,61 (1,48 ;1,67)
	25	170	2,02	0,846	0,751	
	26	170	0,91	0,834	0,77	
	35	157	1,39	0,924	0,723	

Obstacles	44	171	1,37	1,0	0,73	1,27 ± 0,79 (1,15 ;1,39)
	45	170	1,01	0,982	0,755	
	46	168	1,27	1,109	0,865	
	47	170	1,44	1,026	0,66	
Indicateur	31	172	1,37	1,194	/	1,37 ± 1,43 (1,19 ;1,55)

En ce qui concerne les différentes catégories des compétences en « *spiritual care* », le « *Knowledge about other Religions* » (moyenne 2,05 ; écart type $\pm 0,72$) est la catégorie la plus prononcée de notre échantillon et la plus faible est « *Documentation Competences* » (moyenne 0,64 ; écart type $\pm 0,66$).

Les « *Perceptual Competences* » (coefficient d'asymétrie de -0,029) et « *Proactive Empowerment Competences* » (coefficient d'asymétrie de 0,012) sont quasiment symétriques. Cependant, nous avons une asymétrie pour les catégories restantes. À droite, nous avons les catégories « *Team Spirit* » (coefficient d'asymétrie de 0,64), « *Documentation Competences* » (coefficient d'asymétrie de 0,886) et « *Self-Awareness and proactive Opening competences* » (0,741). Cela signifie que ces compétences, sont celles pour lesquelles les infirmier·e·s de notre échantillon se sentent le moins capables d'exécuter. D'un autre côté, les compétences dont les infirmier·e·s se sentent les plus capables sont celles avec une asymétrie à gauche, à savoir, les « *Knowledge about other religions* » (coefficient d'asymétrie de -0,531) et « *Interviewing Competences* » (coefficient d'asymétrie de -0,354).

Concernant la catégorie « obstacles », nous avons une asymétrie à gauche (valeur de 0,403), ce qui signifie que nous avons plus des réponses dans les rangs plus bas de 0 et 1, et ce qui nous indique que la plupart des infirmier·e·s se sentent plutôt à l'aise, en qui concerne le « *spiritual care* » dans leur pratique (car plus les valeurs sont élevées dans cette catégorie, plus les répondant·e·s sentent des difficultés dans leur pratique des soins).

Dans la figure (1) ci-dessous nous pouvons facilement visualiser toutes ces distributions.

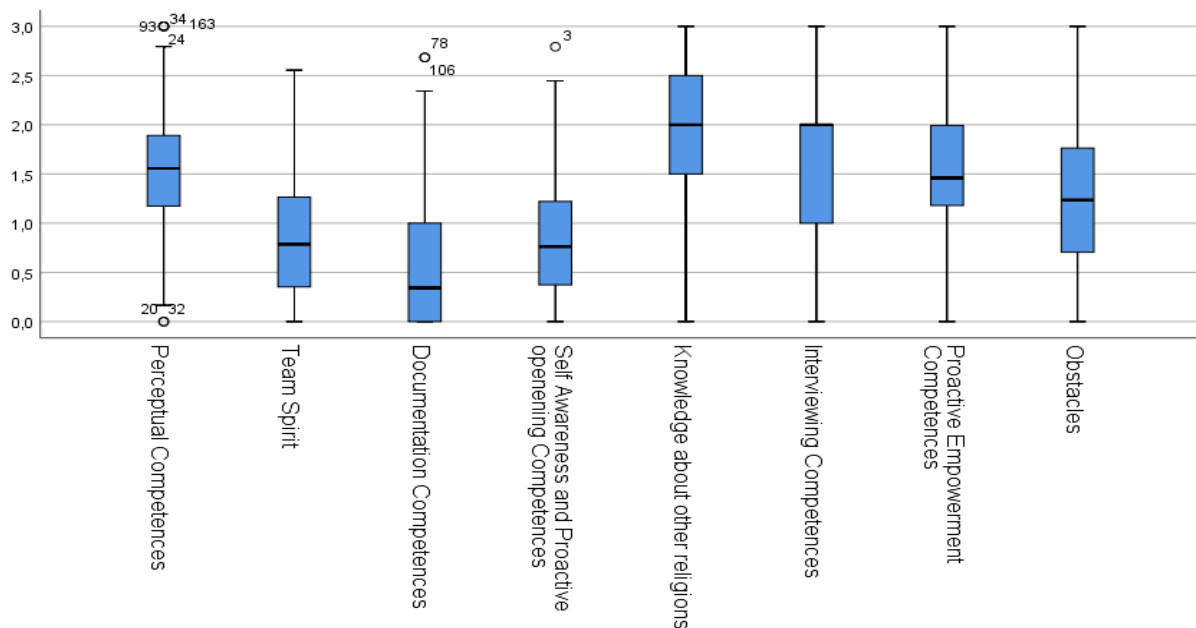


Figure 1 - Diagramme en moustaches de l'étendue de chaque catégorie du SCCQ^{fr}

3.3.1. Test des hypothèses - Comparaison entre les compétences en « *Spiritual Care* » et avec les variables sociodémographiques

Après avoir encodé les nouvelles variables, nous avons fait une analyse des différentes corrélations, à partir du test non paramétrique bilatéral de Spearman rho⁶, entre les catégories et de celles-ci avec les variables sociodémographiques, à savoir : l'âge en années, nombre d'années d'occupation professionnelle (expérience professionnelle) ; Temps de travail moyen par semaine ; Satisfaction professionnelle⁷ ; d'être croyante (à pas du tout)⁸ ; de prier ou méditer (à pas du tout)⁹.

Pour les variables sociodémographiques département et l'appartenance religieuse, vu qu'elles sont des variables nominales, nous avons utilisé le test non paramétrique de Kruskal-Wallis, afin de déterminer si les distributions de chaque catégorie des compétences restaient significativement identiques ou pas dans les différents départements et appartenances religieuses des répondant·e·s.

⁶Le test du coefficient de Spearman Rho permet de mesurer la force de la relation monotone entre deux variables ordinales (CeSCuP, 2015)

⁷Echelle : range 1-5 (1= Très satisfait·e ; 2= Satisfait·e ; 3= Cela peut aller ; 4= Pas satisfait·e ; 5= Très insatisfait·e)

⁸Echelle : range 1-4 (1=oui, absolument ; 2= oui, en quelque sorte ; 3= Pas, vraiment ; 4= Non, pas de tout)

⁹Echelle : range 1-4 (1= Oui, régulièrement ; 2= De temps en temps ; 3= Plutôt rarement ; 4= Non, pas de tout)

En ce qui concerne le coefficient de corrélation de Spearman rho, nous obtenons des résultats que se situent entre -1 et 1 (négatif ou positif, selon le sens de la relation monotone entre les variables), et nous avons considéré la relation entre les variables, dont la valeur se trouve entre (1-0,80) comme très forte; (0,79-0,60) forte; (0,59-0,40) modérée; (0,39-0,2) faible et (0,19-0) très faible (Statstutor, n.d.). Dans le tableau (5) suivant nous résumons les valeurs obtenues pour le test de corrélation de Spearman rho.

Tableau 5 - Corrélation entre les Scores SCCQ des participants (n=173) et les variables sociodémographiques

		N	Perceptual Competences	Team Spirit	Documentation Competences	Self-Awareness and proactive Opening Comp.	Knowledge about other Rel.	Interviewing Competences	Proactive Empowerment Competences	Obstacles
Compétences en « Spiritual Care »	Perceptual Competences	165	1,000							
	Team Spirit	164	0,485**	1,000						
	Documentation Competences	165	0,491**	0,254*	1,000					
	Self-Awareness and proactive Opening Competences	165	0,468**	0,353*	0,258*	1,000				
	Knowledge about other Religions	170	0,329**	0,288*	0,171*	0,234**	1,000			
	Interviewing Competences	170	0,537**	0,220*	0,242*	0,379**	0,289*	1,000		
	Proactive Empowerment Competences	155	0,612**	0,471*	0,355*	0,423**	0,458*	0,499*	1,000	
	Obstacles	167	-0,165*	-0,129	-0,078	-0,213**	-0,234*	-0,152	-0,165*	1,000
Indicateurs de spiritualité	Croyant à pas de tout	173	-0,089	-0,045	-0,076	-0,259**	-0,124	-0,110	-0,030	0,335*
	Pratique de prière/méditation régulière à pas de tout	173	-0,120	-0,080	-0,094	-0,419**	-0,197	-0,248*	-0,123	0,296*

	Q31 -Ma propre spiritualité / religiosité n'a aucune importance pour ma profession	172	-0.59	0,067	-0,070	-0,333**	0,072	-0,097	-0,067	0,339*
Variables externes	Age en années	154	0,73	-0,80	0,26	-0,006	0,002	0,023	-0,018	-0,088
	Nbre d'années d'occupation professionnelle	169	0,42	-0,73	-0,32	-0,23	-0,077	0,048	-0,094	0,057
	Temps de travail moyen par semaine	168	-0,29	-0,70	-0,11	-0,039	0,007	0,059	0,047	0,021
	Satisfaction professionnelle	172	-0,040	-0,107	0,048	0,014	-0,036	0,037	-0,016	0,190*

*p<0.05 **p<0.01 (Spearman Rho) M- moyenne SD- écart type

En analysant les coefficients de corrélation de Spearman rho entre les différentes catégories des compétences (obstacles pas inclus), nous pouvons remarquer qu'il y a une relation monotone positive ou croissante de forte amplitude ($r_s=0,612$; $p<0.01$) entre la « *Proactive Empowerment Competences* » et la « *Perceptual Competences* ». Celles-ci possèdent des relations monotones croissantes plutôt modérées avec les catégories restantes, sauf entre, la première avec la « *Knowledge about other Religions* » (relation monotone croissante faible ; $r_s=0,329$; $p<0.01$) et la deuxième avec « *Documentation Competences* » (relation monotone croissante faible ; $r_s=0,355$; $p<0.01$). Les relations monotones restantes entre les catégories compétences sont positives plutôt faibles ($p<0.01$), à l'exception d'une très faible entre « *Knowledge about other Religions* » et « *Documentation Competences* » ($r_s=0,171$; $p<0.05$). En ce qui concerne les obstacles, nous n'avons trouvé des relations monotones décroissantes significatives qu'avec 4 catégories des compétences, mais celles-ci sont quand même, de faibles amplitudes (avec « *Knowledge about other Religions* » ($r_s=-0,234$; $p<0.01$) et « *Self-Awareness and proactive Opening Competences* » ($r_s=-0,213$; $p<0.01$)) à très faibles (avec « *Perceptual Competences* » ($r_s=-0,165$; $p<0.05$) et « *Proactive Empowerment Competences* » ($r_s=-0,165$; $p<0.05$)).

Les 3 indicateurs de spiritualité permettent de tester 3 hypothèses :

- Que la perception de la part des infirmier·e·s de leur propre spiritualité comme étant sans importance dans leur pratique professionnelle (question 31) a une influence significative dans les compétences en « *Spiritual Care* » ;
- Être croyant·e a un effet significatif sur les compétences en « *Spiritual Care* » ;

- Les compétences en « *Spiritual Care* » varient significativement selon la pratique de prier/méditer des répondant·e·s ;

Nous constatons que ces 3 indicateurs possèdent des relations monotones décroissantes significatives d'intensité modérée à faible avec la catégorie « *Self-Awareness and proactive Opening Competences* » ($p < 0.01$) et des relations monotones croissantes significatives faibles avec la catégorie « obstacles » ($p < 0.01$). Seulement, la pratique de prier/ méditation présente une relation monotone significative faible décroissante, en plus que les autres indicateurs, avec la catégorie « *Interviewing Competences* » ($p < 0.01$). Ce qui nous permet de conclure que la question 31, être croyant·e et la pratique de prier méditer ont un effet significatif sur quelques catégories des compétences, la taille de l'effet varie de modéré à faible.

Pour les variables sociodémographiques restantes ici analysées dans ce tableau, nous n'avons pas trouvé des corrélations significatives, sauf entre la satisfaction professionnelle de travail avec la catégorie des « obstacles », mais celle-ci reste quand même une relation monotone croissante presque nulle ($r_s = 0,19$; $p < 0.05$). Ceci nous indique, par rapport à nos hypothèses :

- L'âge des infirmier·e·s influence les compétences en « *Spiritual Care* » ;
- L'expérience professionnelle impacte les compétences en « *Spiritual Care* » ;
- La satisfaction professionnelle a une incidence sur les compétences en « *Spiritual Care* ».

Que l'âge et l'expérience professionnelle n'influencent pas significativement les différentes catégories des compétences en « *spiritual care* » ; et que la satisfaction professionnelle a une influence positive très faible avec la catégorie des obstacles.

Concernant, les variables appartenance religieuse et le département, nous avons analysé si la distribution de chaque catégorie des compétences était identique ou pas sur les différents départements et appartenances religieuses, en utilisant le test non paramétrique de Kruskal-Wallis¹⁰.

Pour la variable département, nous formulons l'hypothèse :

- Les compétences en « *Spiritual Care* » restent identiques quel que soit le département auquel l'infirmier·e·s appartient.

Nous n'avons pas trouvé de différences significatives entre les catégories des compétences dans les différents départements testés, ce qui suggère que les compétences en « *Spiritual Care* »,

¹⁰ L'usage de l'ANOVA non paramétrique de Kruskal-Wallis est justifié par les scores de chaque compétence s'écartent d'une loi normale et sont mesurées sur une échelle ordinale. (Statstutor, n.d., p.28)

restent identiques quel que soit département auquel l'infirmier·e·s, de notre échantillon appartient (annexe 6).

Pour la variable appartenance religieuse (nous n'avons pas tenu compte de l'appartenance à la religion juive, car nous avons eu un·e seul·e répondant·e dans cette catégorie ; ce qui n'est pas suffisant pour la représenter correctement), nous avons formulé l'hypothèse :

- Les compétences en « *Spiritual Care* » sont identiques quel que soit l'appartenance religieuse des répondant·e·s.

Nous constatons que la distribution était significativement différente dans les catégories « *Self-Awareness and proactive Opening Competences* » ($p < 0,05$), « *Proactive Empowerment Competences* » ($p < 0,045$) et les obstacles ($p < 0,01$) (annexe 6). Pour mieux comprendre quelles appartenances religieuses pourraient avoir plus d'impact dans ces catégories des compétences, nous avons analysé chacun des résultats plus en détail.

Pour la catégorie « *Self-Awareness and proactive Opening Competences* » ($p < 0,05$), le rang moyen plus élevé est celui des protestants ($n = 9$; 132,88), ensuite des autres religions non précisées ($n = 13$; rang moyen de 104,17). La religion musulmane se situe au milieu ($n = 13$; rang moyen de 90,46) et la religion catholique ($n = 92$; rang moyen de 78,40) et aucune appartenance ($n = 49$; rang moyen de 73,45) sont celles qui présentent les rangs moyens plus bas. Nous présentons par la suite, le graphique des distributions en diagramme en moustaches pour mieux les visualiser.

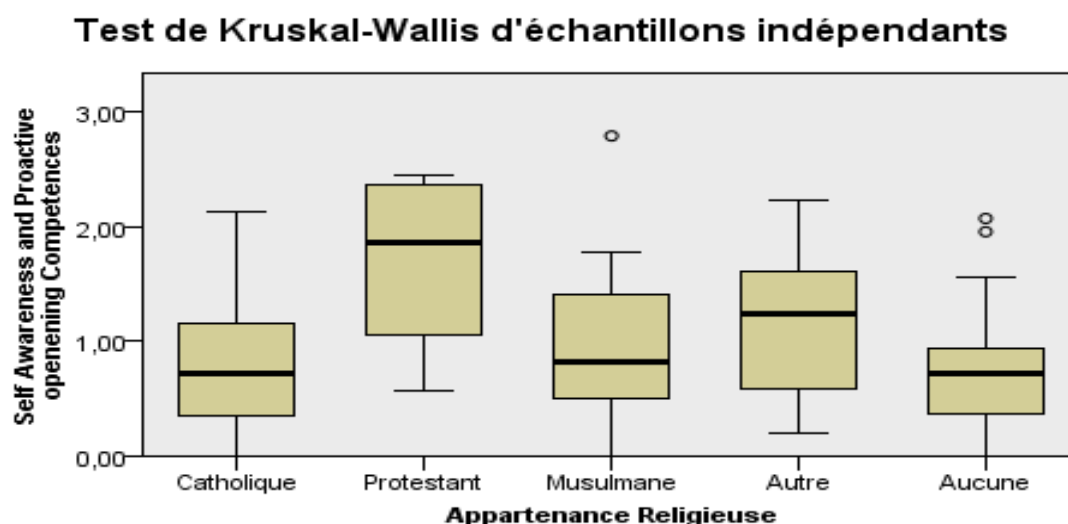


Figure 2 - Diagramme en moustaches de la distribution de la « *Self-Awareness and proactive Opening Competences* » selon les différentes catégories d'appartenance religieuse

Nous avons analysé, ensuite, chacune des distributions et les relations entre les catégories d'appartenance religieuse, à partir de la valeur de signification ajustée par la correction de Bonferroni (annexe 7). Seulement, celles qui sont significativement différentes sont celles entre les protestants et les catholiques ($p < 0,019$) et les protestants et aucune religion ($p < 0,011$).

Concernant la catégorie « *Proactive Empowerment Competences* », bien que le test Kruskal-Wallis nous ait donné une p valeur significative ($p < 0,045$), à la suite de l'analyse plus détaillée de chaque catégorie d'appartenance religieuse (tests post-hoc de Man-Whitney), les valeurs de signification ajustées par la correction Bonferroni¹¹ étaient toutes supérieures à 0,05 (annexe 7). Donc les distributions entre les différentes appartenances religieuses pour cette catégorie de compétences ne présentent pas une véritable différence significative. Nous présentons le diagramme en moustaches (figure 3) pour ces données ; nous pouvons voir que ni les rangs moyens ni les boîtes à moustaches ne sont pas réellement différenciables entre eux.

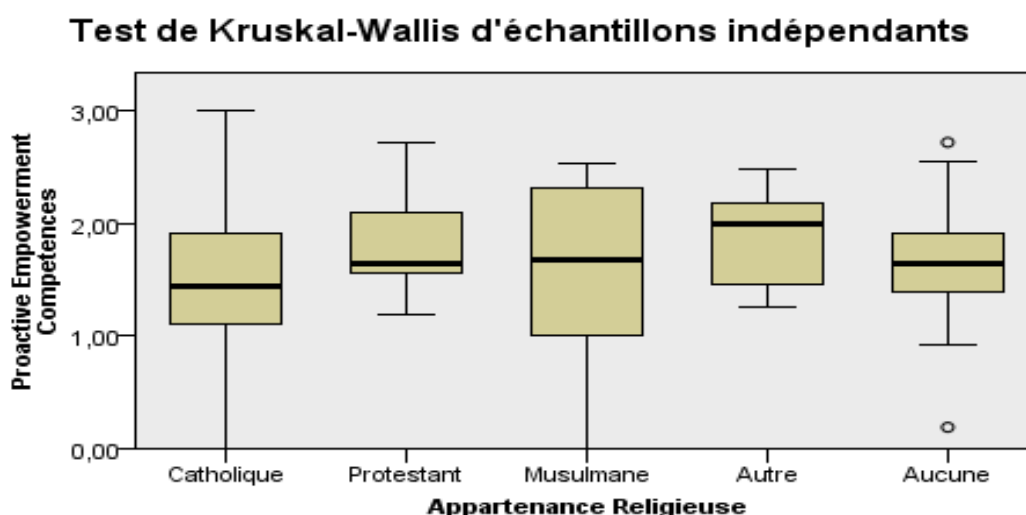


Figure 3 - Diagramme en moustaches de la distribution de la « *Proactive Empowerment Competences* » selon les différentes catégories d'appartenance religieuse

Pour la catégorie des « obstacles » ($p < 0,01$) (Figure 4), nous avons obtenu le rang moyen le plus élevé pour la catégorie de aucune appartenance religieuse ($n=45$, 104,80), ensuite la catholique ($n=92$, rang moyen de 81,39) suivi par l'autre ($n=13$, 80,71). Les rangs moyens plus bas sont la catégorie Musulmane ($n=13$; 59,38) et protestante ($n=9$, 36,12). Comme les catégories des compétences précédentes, nous avons analysé la valeur de signification ajustée

¹¹ La correction de Bonferroni permet de contrôler l'inflation ou l'augmentation du risque de type I (probabilité de trouver des différences significatives alors qu'elles sont fausses en réalité) causée par les tests post-hoc ou tests de comparaisons par paire entre N ($N > 2$) modalités ou catégories d'un facteur. Cette correction consiste à multiplier la p-valeur (ou en divisant le seuil de signification α) par le nombre de comparaisons multiples (Statistics How to, 2019).

par la correction Bonferroni, entre chaque catégorie d'appartenance religieuse (annexe 7). Les distributions qui présentent des différences significatives sont entre la protestante et aucune ($p < 0,002$) et la musulmane avec aucune ($p < 0,028$).

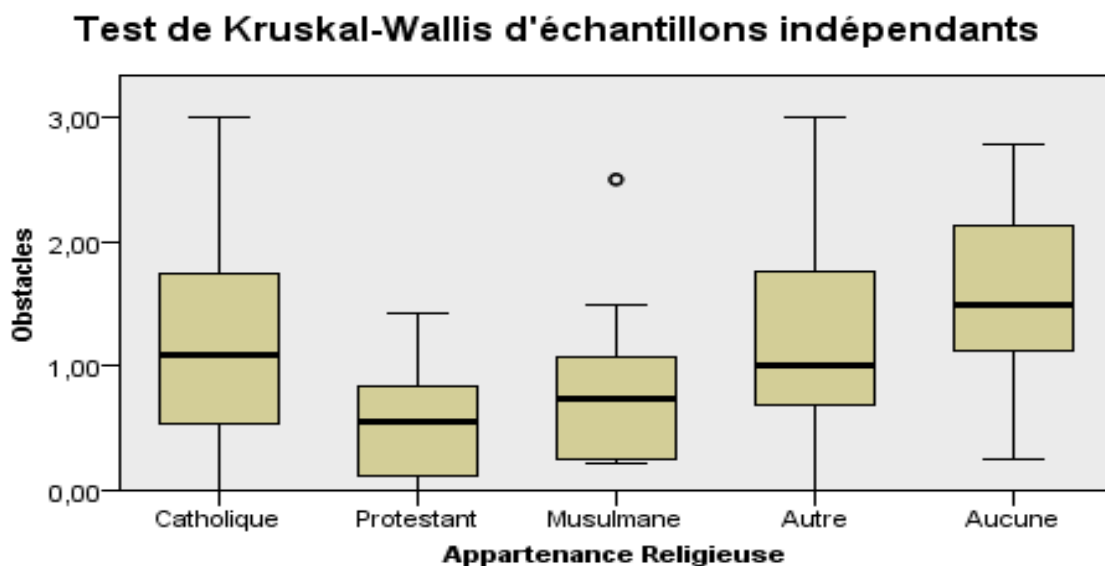


Figure 4 - Diagramme en moustaches de la distribution de la catégorie obstacles selon les différentes catégories d'appartenance religieuse

Nous pouvons conclure par cette analyse que les catégories des compétences « *Self-Awareness and proactive Opening Competences* » et des « obstacles » sont significativement impactées par l'appartenance religieuse des infirmière·e·s, mais que les compétences restantes ne le sont pas.

4. Discussion, conclusion et perspectives

4.1. Discussion

Ce travail a comme but premier de valider le « *Spiritual care competences questionnaire* » (SCCQ) en langue française à partir de l'original en allemand. Nous voulons, ensuite, pouvoir comprendre quelles sont les compétences les plus ou les moins intégrées dans les soins prodigués par l'infirmier·e·s et pouvoir répondre aux hypothèses formulées dans cette étude.

Nous avons accompli notre objectif premier, la validation du SCCQ^{fr}. Les résultats des analyses statistiques sont bons, autant pour l'ACP que pour l'analyse de fiabilité.

L'ACP nous a permis de valider la structure de notre questionnaire, une fois que nous avons obtenu les mêmes catégories des compétences que le SCCQ, avec néanmoins quelques différences. Les principales disparités étaient générées par des questions qui n'ont pas été analysées par les auteurs du questionnaire original (à savoir les questions 16, 23, 29, 34, 41, 55) et pour lesquelles les relations avec les questions restantes ne sont pas encore tout à fait bien établies. Pour les autres items qui ont présenté aussi des disparités, à savoir, les questions 17, 26, 29, 55 et 56, une révision linguistique devrait être envisagée, afin de déterminer si ces résultats de l'analyse factorielle étant différents des originaux, pourraient être dus à une éventuelle mauvaise traduction/formulation ou à une éventuelle inadaptation au contexte socioculturel ; ce qui rend ces questions difficilement compréhensibles pour les répondant·e·s.

Concernant les 8 catégories des compétences en « *Spiritual Care* » analysées dans ce travail, la plus importante est la « *Knowledge about other Religions* » et la plus faible « *Documentation Competences* ».

Que la catégorie la plus importante soit la « *Knowledge about other Religions* » n'est pas étonnant (dans l'étude de SQQC, celle-ci était la catégorie juste au milieu, donc ni une des plus fortes ni une des plus faibles). Nous avons réalisé notre récolte de données dans un hôpital de la ville de Bruxelles. Celui-ci possède un contexte socioculturel très diversifié et le contact avec différentes appartenances religieuses est constant dans le quotidien des citoyen·ne·s. Cette diversification est aussi présente dans l'hôpital, autant du côté des employé·e·s que des patient·e·s. Ceci peut expliquer pourquoi cette catégorie de compétence est la plus importante dans notre étude.

Comme la catégorie la plus faible est la « *Documentation Competences* » (catégorie aussi la plus faible dans l'étude de la SCCQ), ceci suggère que les infirmier·e·s ont un manque de

connaissances générales sur les outils/questionnaires pour réaliser une anamnèse (question 3), pour pouvoir récolter des informations bien structurées sur les besoins spirituels (question 4) de leurs patient·e·s, et comment être en capacité de les retranscrire correctement (question 5).

Nous avons aussi obtenu des résultats assez bas pour les catégories « *Team Spirit* » et « *Self-Awareness and proactive Opening competences* ». Par ces résultats, nous pouvons suggérer que les infirmier·e·s sentent que les besoins spirituels (les leurs ou de leurs patient·e·s), ne sont pas très abordés ou explorés au sein de leur équipe (peut être une conséquence de la laïcisation des soins, comme référé dans notre cadre théorique, qui crée actuellement un certain tabou autour de cette thématique). En analysant la moyenne de chaque item de la catégorie « *Team Spirit* », nous pouvons remarquer que l’item 17 (Dans l’équipe, nous avons des rituels [par exemple, les rituels d’adieux et l’interruption du rythme habituel] pour gérer ensemble les situations problématiques.) et le 15 (Dans l’équipe, nous échangeons régulièrement à propos de notre propre spiritualité.) sont les plus bas. Ceci soutient encore plus cette supposition d’un tabou qui s’est créé au sein des équipes de soins, car les infirmier·e·s ne se sentent pas à l’aise pour parler de leur propre spiritualité (ni d’ailleurs celle de leurs patient·e·s car les moyennes étaient à peine plus élevées pour les questions 12 et 14 abordant plus spécifiquement l’accompagnement des besoins spirituels des patient·e·s) au sein de leur équipe. De même, il·elle·s ne sentent pas que c’est au sein de leur équipe qu’il·elle·s vont trouver un moyen pour gérer des situations potentiellement compliquées. Au sujet de la catégorie de « *Self-Awareness and proactive Opening competences* », en analysant chaque moyenne (particulièrement, les plus basses), nous pouvons suggérer que les infirmier·e·s ne se sentent pas suffisamment à l’aise pour parler régulièrement des besoins spirituels avec leurs patient·e·s (question 42), qu’il·elle·s ne cherchent pas à approfondir leur propre spiritualité (question 48) ou même à se former davantage à ce sujet (question 49). Le plus intéressant à faire remarquer, c’est que cette catégorie de compétences en particulier (sans compter les obstacles, qui ne sont pas une compétence en soi) était une des seules à présenter une corrélation, c’est-à-dire une relation modérée à faible négative, avec tous les indicateurs de spiritualité (des résultats semblables ont été obtenus par les auteurs de la grille SCCQ également). Cela signifie, en interprétant les résultats, que plus il·elle·s prièrent /méditent, que plus il·elle·s sont croyants et que plus il·elle·s sont en accord avec le fait que leur spiritualité a une importance dans leur pratique professionnelle, plus il·elle·s sont capables de parler à propos de la spiritualité, de créer des moments pour que les patient·e·s puissent s’exprimer également sur ce sujet, ainsi que, de chercher à se développer sur cette dimension tant au niveau personnel (en approfondissant leur

propre spiritualité) qu'au niveau professionnel (par le suivi des formations). Cette réflexion est également épaulée par le fait que les indicateurs ont une relation faible positive avec la catégorie des « obstacles », ce qui signifie que moins il·elle·s sont croyants, moins il·elle·s prient/méditent, plus il·elle·s ont des difficultés pour le « *spiritual care* ».

Dans ce raisonnement, tenons en compte aussi la variable appartenance religieuse. Celle-ci a un effet sur deux catégories, la « *Self-Awareness and proactive Opening competences* » comme aussi les « obstacles ». Entre toutes les appartenances religieuses analysées, aucune appartenance est celle qui présente le rang moyen le plus bas dans la catégorie « *Self-Awareness and proactive Opening competences* » et le plus élevé dans les « obstacles ». Ceux n'ayant aucune appartenance sont donc moins capables de parler et de donner la place aux patient·e·s pour s'exprimer au sujet de la spiritualité et sont reconnus comme ayant le plus de difficultés pour le « *Spiritual Care* ».

Alors, que de plus en plus de professionnel·le·s (comme la société en général) deviennent de moins en moins croyants (30,6% de notre échantillon sont non croyant·e·s) et que leur fréquence de prier/ méditation diminue ou est nulle (40,5% de notre échantillon n'ont pas cette pratique du tout), nous sommes amenés à croire (par l'analyse de nos données) que plus ces professionnel·le·s auront des difficultés et moins il·elle·s auront de compétences pour parler ouvertement de la dimension spirituelle et ouvrir un espace pour que leurs patient·e·s puissent s'exprimer sur leur besoins, mais aussi que l'importance du « *spiritual care* » dans leurs pratiques des soins soit de plus en plus affaiblie.

Pour les variables de l'âge, l'expérience professionnelle, le temps de travail hebdomadaire et la satisfaction professionnelle (seulement une très faible relation positive avec les « obstacles » était significative) n'ont pas une influence significative sur les compétences ; ce qui nous indique une indépendance entre tous ces éléments. Nous pouvons donc suggérer par ces résultats que les compétences en « *spiritual care* » ne sont pas acquises tout simplement par le temps ou par l'expérience sur le terrain par les professionnel·le·s.

Concernant le département, en analysant les résultats obtenus nous avons pu observer que quel que soit le département, les compétences des infirmier·e·s en « *spiritual care* » restaient identiques. Cela nous indique une indépendance entre ces variables et donc que l'acquisition et/ou le développement des compétences n'est pas influencé par le lieu de travail dans lequel l'infirmier·e se trouve.

4.2. Perspectives d'amélioration

Cette étude nous a permis de récolter plusieurs informations, dans la littérature pour le cadre théorique, comme, par l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus sur le terrain que nous venons de mettre en évidence. Ces informations nous offrent des pistes pour les améliorations qui pourront être apportées à la thématique du « *spiritual care* ».

La plus évidente sera de continuer à approfondir les recherches sur ce sujet. Des études scientifiques ont déjà démontré (études que nous avons mises en évidence dans notre cadre théorique) la nécessité d'intégrer le « *Spiritual Care* » dans les soins de santé. Mais, cette thématique nécessite d'être observée plus en profondeur, pour que l'hésitation du réel étendu et l'impact de la dimension spirituelle sur l'être humain puissent être estompés. Cela permettra de donner à cette dimension sa juste valeur, et éventuellement, qu'elle soit convenablement intégrée dans la prise en charge par les professionnel·le·s des soins de santé.

Concernant les résultats que nous avons obtenus sur le terrain, nous suggérons, comme démarche étant la plus intéressante, d'instaurer une formation sur cette thématique, dans les écoles (dans la formation de base et continue) comme dans les institutions de soins (journées pédagogiques, formations institutionnelles). Nous avons pu remarquer que les compétences ne s'acquièrent pas toutes seules à partir de l'expérience des professionnel·le·s. Le but de cette formation sera de clarifier la représentation de la spiritualité et son association avec la religion, ainsi que, de diminuer le risque d'une potentielle négligence des besoins spirituels et d'une intolérance, de briser les tabous existants, afin que la communication puisse être envisageable entre toutes les parties impliquées (notamment, entre collègues comme avec les patient·e·s). L'objectif sera également de faire connaître les outils que les professionnel·le·s pourront utiliser pour comprendre les besoins spirituels des patient·e·s.

4.3. Limites

Comme dans toutes les études, des limitations se présentent tout au long de celles-ci. Ces limitations offrent des opportunités pour pouvoir développer de nouvelles recherches dans le futur et continuer à enrichir les connaissances dans une thématique.

Pour cette étude en particulier, une des limitations retrouvées est due au fait que le SCCQ est encore au début de son développement. Plusieurs questions développées par les auteurs n'ont pas pu être encore explorées par manque d'évidence statistique de leur rôle. De même, nous

n'avons pas d'autres études auxquelles comparer nos résultats. Pour cela, continuer à développer ce questionnaire est nécessaire et intéressant. Un autre élément intéressant est le fait que le questionnaire puisse être utilisé avec d'autres professions dans les soins de santé, et les seulement avec des infirmier·e·s comme nous l'avons fait.

Comme la plupart des études visant la classe professionnelle en soins infirmiers, la majorité de genre ici représenté est féminin. Dans le même sens, le contexte socioculturel induit que l'appartenance religieuse est majoritairement catholique. Réaliser d'autres études avec une répartition plus équilibrée de genre ou des appartenances religieuses serait aussi souhaitable.

Une potentielle influence qu'il faut tenir en compte est le fait que ce questionnaire a été distribué dans un contexte hospitalier duquel je fais partie en tant qu'employée. Cela a eu une influence positive, car comme une partie des répondant·e·s me connaissaient personnellement ou me reconnaissaient simplement comme un visage connu dans l'institution, cela a permis d'atteindre un taux de participation de 48,3%. De même, le fait que je travaille sur place m'a permis de passer à quatre reprises dans tous les services afin de m'assurer que les questionnaires ne soient pas oubliés ou mis de côté.

Durant le temps restreint où nous avons distribué le SCCQ^{fr}, certains services se trouvaient à ce moment avec une charge de travail assez importante. De ce fait, les infirmier·e·s de ces services n'ont pas pu remplir les questionnaires aisément ; pour cette raison nous avons eu un retour très faible voire nul de ces services.

À propos de la variable département, nous avons voulu garder les mêmes catégories données dans la grille originale SCCQ. Ceci s'avère être un choix volontaire afin de garder au maximum les variables de la grille originaire. Cependant, cela limite l'analyse, car des services comme les soins palliatifs ou l'oncologie se voient mélangés avec d'autres services, comme par exemple la gériatrie. Les soins de santé fournis dans chaque service sont différents, car nous ne trouvons pas que des patient·e·s âgés en soins palliatifs/oncologie, ni que des patient·e·s dans une optique de potentielle fin de traitement/vie en gériatrie. Pour cela, nous suggérons que cette variable soit révisée et éventuellement divisée différemment dans des recherches futures, afin que les résultats puissent être plus affinés.

Un autre facteur dont faut tenir compte, c'est que nous avons distribué et récolté les questionnaires dans les services auxquels les répondant·e·s appartiennent. Ceci a pu induire le biais de la désirabilité sociale (les répondant·e·s donnent la réponse socialement souhaitable), comme aussi, des craintes quant à l'anonymat (peur d'être reconnu·e par ses collègues à cause

des autres variables sociodémographiques très spécifiques, comme par exemple, mâle de 50 ans d'un service de médecine). Même si les résultats de notre recherche restent anonymes, ce ressenti a peut-être influencé les réponses données. Donc ce biais a peut-être été réel et il faut tenir en compte son existence potentielle dans ce travail. Cependant, nous n'avons pas beaucoup de moyens pour améliorer ce ressenti. Pour cela nous considérons que chacun·e des infirmier·e·s a donné une réponse sincère à chaque item du SCCQ^{fr}.

4.4. Conclusion

Par la réalisation de la présente étude, nous avons pu enrichir la thématique relative au « *Spiritual Care* ».

Nous avons accompli notre objectif principal qui était la validation de la « *Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ)* » en langue française à partir de l'originale en allemand. Ainsi, nous avons réussi à comprendre quelles compétences étaient les plus ou les moins intégrées par l'infirmier·e·s, de notre échantillon, dans les soins qu'il·elle·s fournissent, à tester les hypothèses formulées et de comprendre lesquelles apportent des résultats significatifs dans notre recherche.

Pour réussir à répondre à nos objectifs, cette étude a été organisée en quatre parties principales. Dans la première partie, nous avons réalisé une revue de la littérature qui a permis de donner corps à notre cadre théorique et de définir les axes les plus importants du sujet étudié. Dans la deuxième partie, nous avons abordé quelle méthodologie a été utilisée dans la récolte des données auprès d'infirmier·e·s des CUSL à Bruxelles. Ensuite, dans la troisième partie, nous avons développé les analyses effectuées afin de valider le questionnaire SCCQ en langue française et ensuite l'analyse des données pour comprendre quelles corrélations existent entre les différentes compétences et les variables restantes pour valider les hypothèses que nous avons formulées. Finalement, dans la dernière partie, nous avons apporté une interprétation des résultats obtenus, des pistes d'amélioration relatives à cette thématique. Nous y avons également exposé les limitations trouvées propres à notre étude.

Au travers de ce travail, nous avons pu comprendre pour quelles compétences en « *spiritual care* » les infirmier·e·s présentent le plus de difficultés actuellement. Celles-ci sont, principalement, la connaissance des outils qui sont à leur disposition ; comment structurer les informations au sujet de la spiritualité de leurs patient·e·s, de pouvoir communiquer ouvertement avec leurs patient·e·s sur leurs besoins spirituels (et vice-versa) et de pouvoir parler aisément avec leurs collègues de leur spiritualité comme de celle des patient·e·s à leur charge. Nous avons pu démontrer que ces compétences ne sont pas influencées par l'âge ou l'expérience professionnelle, que pour les acquérir, les infirmier·e·s ont besoin d'être guidé·e·s, orienté·e·s et formé·e·s.

Sur un point de vue plus particulier, ce travail m'a apporté énormément tant sur un plan professionnel que personnel. J'ai pu développer mes connaissances théoriques et une ouverture à cette dimension de l'être humain. Au fur et à mesure de mon avancement dans ce travail, ma

posture professionnelle a changé ; je me suis rendue compte que je posais plus ouvertement des questions à mes patient·e·s sur cette thématique, et que la plupart du temps j'étais surprise par leur retour positif du fait de mon intérêt. J'ai pu grandir sur un point de vue personnel, car ce travail m'as permis d'être plus attentive à moi-même, mais aussi, de faire face aux difficultés que j'ai rencontrées tout au long de ce travail.

Les études sur la dimension spirituelle se sont fortement développées ces dernières années. Nous espérons que, même si notre étude ne représente qu'une simple goutte d'eau, elle contribue à de futures recherches et à stimuler la curiosité pour aller plus loin. Les résultats que nous apportons sont encore très fragiles (car ils s'avèrent être parmi les premiers dans ce contexte), mais nous souhaitons qu'ils puissent contribuer pour que des formations puissent être développées, orientées selon les besoins et difficultés éprouvés par les professionnels de soins de santé.

5. Bibliographie

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) (2002) *Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs*. Retrieved from : http://www.mobiqua.org/soins-palliatifs/SOURCES/SHARED-DOCUMENTATION/GUIDES_RECOMMANDATIONS/2.PEC_ADULTE_SP..PDF

Baldacchino, D. R. (2011) Teaching on spiritual care: the perceived impact on qualified nurses. *Nurse education in practice*, 11 (1), p.47-53

CeSCuP. (2015) *L'analyse factorielle en composantes principales*. Retrieved from : <http://cescup.ulb.be/lanalyse-factorielle-en-composantes-principales/>

Cooper, K.L., Chang, E., Sheehan, A., Johnson, A. (2013) The impact of spiritual care education upon preparing undergraduate nursing students to provide spiritual care. *Nurse education today*, 33(9), p.1057-1061. Doi : 10.1016/j.nedt.2012.04.005

Cumming, J.P., Pargament, K.I. (2010) Medicine for the spirit: religious coping in individuals with medical conditions. *Religions*, 1, 28-53

Foucault, C., Mongeau, S. (2004). *L'art de soigner en soins palliatifs*. Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.

Frick, E, Theiss, M., Recchia, D.R., Büssing, A.. (2019) Validierung einer deutschsprachigen Spiritual Care-Kompetenz-Skala - Validation of a spiritual care competence scale in German language. *Spiritual Care* 2019;

Frick, E. (2018). Comment agit le spiritual care ? douze thèses in Réseau santé, soins et spiritualités. *Spiritual Care I : comment en parler en français ? Des concepts pour des contextes*. (pp. 27-36) Montpellier : Sauramps Médical.

Jacquemin, D. (2012) *Spiritualités : quelle place leur accorder dans les soins ?* Conférence pour l'association Sésame (Société-éthique-spiritualité en santé mentale) - mars 2012. Retrieved from : <https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/viespirituelle/documents/jacquemin-spiritualites-soins.pdf>

Jacquemin, Dominique. (2018) La réflexion éthique : une ouverture au sens de l'action et "au spirituel" ? Enjeux et difficultés. *Ethica Clinica*, 91, p. 12-16

Jobin, G. (2012) *Des religions à la spiritualité : une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital*. Bruxelles : Lumen Vitae

Jobin, G. (2018). L'évolution du lien entre le spirituel et médecine : histoire et enjeux actuels dans les cliniques in Réseau santé, soins et spiritualités. *Spiritual Care I : comment en parler en français ? Des concepts pour des contextes*. (pp.61-79) Montpellier: Sauramps Médical.

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

Moreira-Almeida, A., Neto, F.L., Koenig, H.G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista brasileira de psiquiatria*, 28(3), 242-250

Paal, P., Roser, T., Frick, E. (2014) Developments in spiritual care education in German – speaking countries. *BMC Medical Education*, 14(112). Doi: 10.1186/1472-6920-14-112

Piguet, C. (2018) La formation des infirmières à la dimension spirituelle dans les soins in Réseau santé, soins et spiritualités. *Spiritual Care I : comment en parler en français ? Des concepts pour des contextes*. (pp. 27-36) Montpellier : Sauramps Médical.

Pujol, N., Jobin, G. & Beloucif, S. (2014). Quelle place pour la spiritualité dans le soin ? *Esprit*, Juin (6), 75-89. Doi :10.3917/espri.1406.0075.

Réseau santé, soins et spiritualités (2018). Défi de traduction in Réseau santé, soins et spiritualités. *Spiritual Care I : comment en parler en français ? Des concepts pour des contextes*. (pp. 15-19) Montpellier : Sauramps Médical.

Réseau santé, soins et spiritualités (2018). *Spiritual Care I : comment en parler en français ? Des concepts pour des contextes*. Montpellier : Sauramps Médical.

Réseau santé, soins et spiritualités. (2018). *Spiritual Care II : la parole aux professionnels sur le terrain*. Montpellier : Sauramps Médical.

Romainville, M. et al. (1998) Réformes : à ceux qui s'interrogent sur les compétences et leur évaluation. *Forum pédagogie*, pp. 21-27

Ross, L. et al (2018) Nursing and midwifery students' perceptions of spirituality, spiritual care, and spiritual care competency: a prospective, longitudinal, correlational European study. *Nurse education today*, 67, p. 64-71. Doi: 10.1016/j.nedt.2018.05.002

Sawatzky, R., Ratner, P. A., Chiu, I. (2005) A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social indicators research*, 72 (2), 153-188

Sessanna, L., Deborah, F., Jezewski, M.A. (2007) Spirituality in nursing and health-related literature: a concept analysis. *Journal of Holistic Nursing*, 25(4), 252-262. Doi: 10.1177/0898010107303890

Simard, N. (2006) Spiritualité et santé. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 12(1), 107-126. Doi : 10.7202/013440ar

STATBEL. (2019). *Population active (travailleurs et chômeurs) et inactive depuis 2017 basé sur l'Enquête sur les Forces de Travail, par année, province, sexe, classe d'âge et niveau d'éducation*. Retrieved from <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=1a757232-67e0-46e0-b6d0-6c9a7e0b8ef1>

Statistic How To (2019). Post-Hoc Definition and Types of Post Hoc Tests. Retrieved from <https://www.statisticshowto.datasciencecentral.com/post-hoc/>

Statstutor (n.d.) *The statistics tutor's*. Retrieved from <http://www.statstutor.ac.uk/resources/uploaded/tutorsquickguidetostatisticsprint2uppamphlet.pdf>

Statstutor. (n.d.). Spearman's correlation. Retrieved from <http://www.statstutor.ac.uk/resources/uploaded/spearmans.pdf>

Timmins, F., Neill, F., Murphy, M., Begley, T., Sheaf, G. (2015) Spiritual care competence for contemporary nursing practise: a quantitative exploration of the guidance provided by fundamental nursing textbooks. *Nurse education in practice*, 15, 485-491.

Van Leeuwen, R.; Tiesinga, L.J.; Middel, B.; Post, D.; Jochemsen, H. (2008) The effectiveness of an educational programme for nursing students on developing competence in the provision of spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 17, p. 2768–2781. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02366.x

Voltmer, E., Bussing, A., Koenig, H.G., Al Zaben, F. (2014) Religiosity/Spirituality of German Doctors in Private Practice and Likelihood of Addressing R/S Issues with Patients. *Journal of Religion and Health*, 53, p.1741-1752. Doi:10.1007/s10943-013-9776-0

World Health Organisation (2015) Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services- working document. *WHO Regional Office for Europe*. Retrieved from : <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-workforce/publications/2015/strengthening-a-competent-health-workforce-for-the-provision-of-coordinated-integrated-health-services-2015>

6. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire des compétences en *Spiritual Care*



Faculté de santé publique

--	--	--	--

Bonjour chère(s) collègues,

Tout d'abord merci pour votre participation !

Je m'appelle Alda Cecilia Neves Oliveira, je suis infirmière aux Cliniques Universitaires de Saint-Luc mais également étudiante en Master en Sciences de la Santé Publique, à l'Université Catholique de Louvain. Je réalise un mémoire sous la direction du Monsieur Dominique Jacquemin, professeur à l'UCL.

Les questions suivantes portent sur la compétence spirituelle auto-évaluée des professionnels de la santé. Remplir le questionnaire n'a pas d'avantage immédiat pour vous - mais cela déclenche un important processus de réflexion. Les informations obtenues sont importantes pour planifier les possibilités d'un meilleur soutien tant pour les patients soignés que pour les personnes des différentes professions de la santé, ce qui peut contribuer à améliorer les soins aux patients ainsi que la satisfaction professionnelle et personnelle.

La participation à l'enquête est **volontaire** et devrait vous prendre entre **5 à 10 minutes**. Les informations collectées resteront **anonymes** et **confidentielles**.

Veuillez lire attentivement les questions et essayez de trouver une réponse rapidement et sans trop réfléchir cochez la case appropriée sur le formulaire (veuillez cocher une seule case pour chaque question). Nous vous prions de bien vouloir répondre à autant de questions que possible - mais vous pouvez bien sûr passer certaines questions !

Je vous remercie pour votre collaboration, Alda.

Contact : alda.neves@uclouvain.be

Questionnaire ¹²

Genre	☐ Féminin	☐ Masculin	
Age	Ans		
Situation familiale	☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e)	☐ Avec un(e) partenaire ☐ Célibataire	☐ Veuf/veuve
Appartenance religieuse	☐ Catholique ☐ Juif	☐ Protestant ☐ Autre.....	☐ Musulmane ☐ Aucune
Je suis croyant(e) pratiquant(e) :	☐ Oui absolument ☐ Pas vraiment	☐ Oui, en quelque sorte ☐ Non, pas du tout	
Je prie ou médite :	☐ Oui, régulièrement ☐ Plutôt rarement	☐ De temps en temps ☐ Non, pas du tout	
Profession :	☐ Médecin	☐ Soignant(e)	☐ Autre
Département	☐ Médecine interne ☐ Pédiatrie ☐ Autre.....	☐ Chirurgie/ Orthopédie ☐ Gynécologie / Obstétrique	☐ Gériatrie/Soins palliatifs ☐ Psychiatrie / Psychothérapie
Employé depuis :	Ans		
Temps de travail moyen ?	heures par semaine		
Satisfaction professionnelle	☐ Très satisfait(e) ☐ Pas satisfait(e)	☐ Satisfait(e) ☐ Très insatisfait(e)	☐ Cela peut aller

¹² Questionnaire traduit et validé par l'auteur de : Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ®), created by Eckhard Frick and Arndt Büsing (2017)

Pour les déclarations suivantes, veuillez juger comment vous vous sentez concerné par ces formulations énoncées et quelle importance elles ont pour vous. Cochez la case appropriée. Veuillez être aussi sincère que possible, il n'y a pas de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses.		N'est pas correct	À peine correct	Plutôt correct	Tout à fait correct
1	Je me sens en mesure de percevoir les besoins spirituels des patients.	0	1	2	3
2	Je me sens en mesure de percevoir les besoins spirituels des proches.	0	1	2	3
3	Je connais des outils (par ex. liste de sujets) d'une brève anamnèse spirituelle.	0	1	2	3
4	Je connais des outils / questionnaires pour le recueil structuré de besoins spirituels.	0	1	2	3
5	Je sais comment bien documenter l'anamnèse spirituelle de mes patients de façon intelligible.	0	1	2	3
7	Je peux percevoir des besoins existentiels/spirituels même lorsque les patients ont peu de lien à la religion.	0	1	2	3
8	Je peux aussi parler à des patients très éloignés de la religion de leur vie existentielle /de leurs besoins existentiels /spirituels.	0	1	2	3
12	Nous parlons régulièrement au sein de l'équipe des besoins spirituels de nos patients.	0	1	2	3
13	Dans notre établissement (cabinet, clinique, etc.), il y a une grande ouverture au domaine de la spiritualité.	0	1	2	3
14	En tant qu'équipe, nous échangeons régulièrement des idées sur le thème de la spiritualité quant à l'accompagnement des patients.	0	1	2	3
15	Dans l'équipe, nous échangeons régulièrement à propos de notre propre spiritualité.	0	1	2	3
16	Je suis mal à l'aise pour parler de questions spirituelles.	0	1	2	3
17	Dans l'équipe, nous avons des rituels (par exemple, les rituels d'adieux et l'interruption du rythme habituel) pour gérer ensemble les situations problématiques.	0	1	2	3
19	Je suis en mesure d'avoir un entretien ouvert sur des sujets existentiels.	0	1	2	3
20	Je suis en mesure d'avoir un entretien ouvert sur des sujets religieux.	0	1	2	3
23	Quand je repense à ma journée, je pense régulièrement à mes patients.	0	1	2	3
24	Je permets à mes patients de participer à des activités/ célébrations religieuses.	0	1	2	3
25	Lorsque je prends des décisions thérapeutiques, je fais attention aux préférences, attitudes et convictions religieuses / spirituelles du patient concerné.	0	1	2	3
26	J'aide mes patients à réfléchir à leurs convictions et attitudes spirituelles.	0	1	2	3
28	Je suis en mesure de supporter la douleur et la souffrance des patients et de leurs proches.	0	1	2	3
29	Je me rends présent aux personnes que j'accompagne par mes pensées et mes sentiments.	0	1	2	3
30	Ma propre spiritualité façonne ma manière d'être avec les autres personnes et avec les malades.	0	1	2	3
31	Ma propre spiritualité / religiosité n'a aucune importance pour ma profession.	0	1	2	3
34	J'aimerais avoir plus de temps pour parler à mes patients au sujet de leurs besoins spirituels.	0	1	2	3

35	J'accorde de l'importance au cadre approprié pour les entretiens spirituels.	0	1	2	3
38	Je suis bien conscient(e) des particularités religieuses des patients d'autres communautés religieuses qu'il faut prendre en compte.	0	1	2	3
39	Je veille à ce que les particularités religieuses des patients des autres communautés religieuses soient dûment prises en considération.	0	1	2	3
41	Je connais des personnes de contact appropriées (p.ex. des guides spirituels chrétiens, musulmans et juifs), à qui je peux confier certains groupes de patients, si nécessaire.	0	1	2	3
42	J'approche régulièrement les patients pour thématiser leurs besoins spirituels.	0	1	2	3
43	J'ouvre verbalement, mais aussi non verbalement, un "espace" dans lequel le patient peut être en mesure de confier ses préoccupations spirituelles, sans être obligé de le faire.	0	1	2	3
44	Je connais trop peu de choses sur la religion / spiritualité pour m'impliquer de manière compétente.	0	1	2	3
45	Je ne me considère pas concerné par des sujets religieux/spirituels.	0	1	2	3
46	Je n'ai pas le temps pour des sujets religieux / spirituels.	0	1	2	3
47	Il n'y a pas d'espace convenable disponible pour parler des questions spirituelles / religieuses (qui sont effectivement privées) en toute sécurité.	0	1	2	3
48	Je m'occupe régulièrement de l'approfondissement de ma propre spiritualité (p. ex-journées de réflexion, méditation, participation à des services religieux, etc.).	0	1	2	3
49	Je suis régulièrement des cours de formation continue sur des questions spirituelles.	0	1	2	3
55	Je trouve important d'être réceptif pour la souffrance des autres et de la partager de manière empathique.	0	1	2	3
56	Les faiblesses et blessures propres sont aidantes pour la compétence spirituelle.	0	1	2	3
57	Je trouve que mon groupe professionnel possède une compétence spirituelle particulière.	0	1	2	3
58	A savoir :				
59	Je considère que mon groupe professionnel n'est pas concerné par l'accompagnement spirituel.	0	1	2	3
60	Parce que :				

Annexe 2 : Distribution des services selon les départements

Tableau 6 – Distribution des services selon de département

Département	Unité des CUSL - service
Médecine interne	33 – Neurologie / Néphrologie 34 – Neurologie « Stroke Unit » 43 – Médecine interne générale + Hématologie 44 – Médecine interne générale + Hématologie 63 – Cardiologie 64 – Cardiologie 71 – Endocrinologie / Rhumatologie / Oncologie 73 – Pneumologie / Gastro-entérologie 74 – ORL/ Hépatologie intégrée/ Gastro-Stomato 83 – Gastro-entérologie
Chirurgie/ orthopédie	22 – Chirurgie et transplantation Abdominal 31 – Orthopédie 32 – Orthopédie 53 – Chirurgie et transplantation Abdominal 54 – Chirurgie et transplantation Abdominal 61 – Chirurgie Cardio-vasculaire 62 – Chirurgie Cardio-vasculaire 72 – Neurochirurgie + Orthopédie 95A – GUPO - Gynéco/Urologie/Plastique/ Ophtalmologie 95B – GUPO - Gynéco/Urologie/Plastique/ Ophtalmologie
Gériatrie/soins palliatifs	UAO – Unité de soins continus 23 – Gériatrie 24 – Gériatrie 42 – CTA 51 – Oncologie 52 – Hématologie adultes
Pédiatrie	81 – Pédiatrie 85 – Cardiologie Pédiatrique 91 – Pédiatrie ≤ 4 ans 92 – Pédiatrie digestive médico-chirurgicale
Gynécologie / obstétrique	/
Psychiatrie /psychothérapie	21 – Psychiatrie
Autre	UA1 – Unité de revalidation physique UA2 – Unité de revalidation physique

Annexe 3 : Accord pour la distribution du SCCQ^{fr} au sein des CUSL

	Cliniques universitaires SAINT-LUC UCL BRUXELLES	Formulaire de demande d'enquête s'adressant au Personnel du Département Infirmier	Département ressources humaines <i>Service Formation</i>
			Date d'application : 23/10/2018
DRH-FORM-219	1.0		

1. Coordonnées du (des) étudiant(s) ou chercheur(s)

NOM – PRENOM : NEVES OLIVEIRA – AIDA CECILIA ADRESSE MAIL : AIDA.CN.OLIVEIRA@GMAIL.COM GSM : 0433/58.23.25
NOM – PRENOM : ADRESSE MAIL : GSM :
NOM – PRENOM : ADRESSE MAIL : GSM :
ETUDES POURSUIVIES : MASTER EN SCIENCES DE LA SANTÉ PUBLIQUE ANNEE D'ETUDES : ESP2 MS/G
INSTITUT DE FORMATION : ☐ HE ☒ UNIVERSITE ☐ INSTITUT DE PROMOTION SOCIALE ☐ HORS BELGIQUE NOM - COORDONNEES COMPLETES Université Catholique de Louvain Faculté de Santé Publique Chapelle - aux - champs , 30 1200 - Woluwe - saint - Lambert / Bruxelles
CONSEILLER METHODOLOGIQUE : NOM : Dominique Jacquemin. ADRESSE MAIL : dominique.jacquemin@uclouvain.be TELEPHONE PROFESSIONNEL : 00.32 (0) 47.40.55

2. Sujet de l'enquête :

Compétences sur la dimension spirituelle

3. Conseiller Scientifique :

- ☐ Membre du département Infirmier des Cliniques universitaires Saint-Luc
- ☐ Membre du personnel des Cliniques universitaires Saint-Luc (hors Département Infirmier)
- ☒ Externe aux Cliniques universitaires Saint-Luc

NOM : Dominique Jacquemin
ADRESSE MAIL : dominique.jacquemin@uclouvain.be
TELEPHONE PROFESSIONNEL : 00 32 (0) 47.40.55.

Annexe 4 : Mesures de l'adéquation de l'échantillonnage (KMO) de chaque item du questionnaire SCCQ^{fr}

Tableau 7 - Mesures de l'adéquation de l'échantillonnage (KMO) de chaque item du questionnaire SCCQ^{fr}

Qualité de représentation					
Question1	,711	Question20	,804	Question41	,677
Question2	,732	Question23	,700	Question42	,609
Question3	,777	Question24	,803	Question43	,729
Question4	,784	Question25	,699	Question44	,638
Question5	,747	Question26	,674	Question45	,691
Question7	,679	Question28	,634	Question46	,765
Question8	,731	Question29	,505	Question47	,710
Question12	,761	Question30	,616	Question48	,751
Question13	,603	Question31	,759	Question49	,687
Question14	,787	Question34	,613	Question55	,656
Question15	,688	Question35	,627	Question56	,711
Question16	,811	Question38	,665	Question57	,736
Question17	,673	Question39	,768	Question59	,639
Question19	,829				

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Annexe 5 : Variance totale expliquée du questionnaire SCCQ^{fr}

Tableau 8 - Variance totale expliquée du questionnaire SCCQ^{fr}

Composante	Total	% de la variance	% cumulé
1	9,154	22,886	22,886
2	3,191	7,977	30,864
3	2,504	6,261	37,125
4	2,134	5,336	42,461
5	1,959	4,898	47,358
6	1,752	4,381	51,740
7	1,443	3,608	55,347
8	1,361	3,403	58,751
9	1,237	3,091	61,842
10	1,195	2,987	64,829
11	1,140	2,851	67,680
12	1,104	2,760	70,440
13	,931	2,329	72,768
14	,886	2,214	74,983
15	,842	2,106	77,088
16	,824	2,060	79,149
17	,724	1,811	80,960
18	,681	1,701	82,661
19	,614	1,536	84,197
20	,554	1,384	85,581

Annexe 6: Test non paramétrique Kruskal-Walis pour les variables département et l'appartenance religieuse

Tableau 9 - Test non paramétrique Kruskal-Walis pour la variable département

Récapitulatif du test d'hypothèse				
	Hypothèse nulle	Test	Sig.	Décision
1	La distribution de Perceptual Competences est identique sur les catégories de Département.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,617	Retenir l'hypothèse nulle.
2	La distribution de Team Spirit est identique sur les catégories de Département.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,123	Retenir l'hypothèse nulle.
3	La distribution de Documentation Competences est identique sur les catégories de Département.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,400	Retenir l'hypothèse nulle.
4	La distribution de Self Awareness and Proactive opening Competences est identique sur les catégories de Département.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,420	Retenir l'hypothèse nulle.
5	La distribution de Knowledge about other religions est identique sur les catégories de Département.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,133	Retenir l'hypothèse nulle.
6	La distribution de Interviewing Competences est identique sur les catégories de Département.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,403	Retenir l'hypothèse nulle.
7	La distribution de Proactive Empowerment Competences est identique sur les catégories de Département.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,084	Retenir l'hypothèse nulle.
8	La distribution de Obstacles est identique sur les catégories de Département.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,193	Retenir l'hypothèse nulle.

Les significations asymptotiques sont affichées. Le niveau de signification est ,05.

Tableau 10 - Test non paramétrique Kruskal-Wallis pour la variable appartenance religieuse

Récapitulatif du test d'hypothèse				
	Hypothèse nulle	Test	Sig.	Décision
1	La distribution de Perceptual Competences est identique sur les catégories de Appartenance Religieuse.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,270	Retenir l'hypothèse nulle.
2	La distribution de Team Spirit est identique sur les catégories de Appartenance Religieuse.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,377	Retenir l'hypothèse nulle.
3	La distribution de Documentation Competences est identique sur les catégories de Appartenance Religieuse.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,126	Retenir l'hypothèse nulle.
4	La distribution de Self Awareness and Proactive opening Competences est identique sur les catégories de Appartenance Religieuse.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,007	Rejeter l'hypothèse nulle.
5	La distribution de Knowledge about other religions est identique sur les catégories de Appartenance Religieuse.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,122	Retenir l'hypothèse nulle.
6	La distribution de Interviewing Competences est identique sur les catégories de Appartenance Religieuse.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,865	Retenir l'hypothèse nulle.
7	La distribution de Proactive Empowerment Competences est identique sur les catégories de Appartenance Religieuse.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,045	Rejeter l'hypothèse nulle.
8	La distribution de Obstacles est identique sur les catégories de Appartenance Religieuse.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,001	Rejeter l'hypothèse nulle.

Les significations asymptotiques sont affichées. Le niveau de signification est ,05.

Annexe 7 : Comparaisons appariées appartenance religieuse (Correction de Bonferroni)

Tableau 11 - Valeurs de signification ajustées par la correction Bonferroni de la distribution de « *Self Awareness and Proactive Opening* »

Echantillon1-Echantillon2	Statistiques du test	Erreur Erreur	Statistique de test Standard	Sig.	Sig. ajus.
Aucune-Protestant	59,420	18,246	3,257	,001	,011
Catholique-Protestant	-54,472	17,530	-3,107	,002	,019
Aucune-Autre	30,712	15,460	1,987	,047	,470
Musulmane-Protestant	42,417	21,668	1,958	,050	,503
Catholique-Autre	-25,763	14,608	-1,764	,078	,778
Catholique-Musulmane	-12,055	14,608	-,825	,409	1,000
Aucune-Catholique	4,949	8,765	,565	,572	1,000
Autre-Protestant	28,708	21,668	1,325	,185	1,000
Musulmane-Autre	-13,708	19,380	-,707	,479	1,000
Aucune-Musulmane	17,004	15,460	1,100	,271	1,000

Chaque ligne teste l'hypothèse nulle selon laquelle les distributions de l'échantillon 1 et de l'échantillon 2 sont identiques.
 Les significations asymptotiques (test bilatéraux) sont affichées. Le niveau de signification est ,05.
 Les valeurs de signification ont été ajustées par la correction Bonferroni pour plusieurs tests.

Tableau 12 - Valeurs de signification ajustées par la correction Bonferroni de la distribution de « *Proactive Empowerment Competences* »

Echantillon1-Echantillon2	Statistiques du test	Erreur Erreur	Statistique de test Standard	Sig.	Sig. ajust.
Aucune-Autre	18,537	15,132	1,225	,221	1,000
Musulmane-Aucune	-2,130	14,627	-,146	,884	1,000
Aucune-Protestant	13,322	18,225	,731	,465	1,000
Musulmane-Autre	-20,667	18,603	-1,111	,267	1,000
Protestant-Autre	-5,214	21,547	-,242	,809	1,000
Musulmane-Protestant	15,452	21,195	,729	,466	1,000
Catholique-Musulmane	-14,062	13,763	-1,022	,307	1,000
Catholique-Protestant	-29,515	17,540	-1,683	,092	,924
Catholique-Aucune	-16,192	8,507	-1,903	,057	,570
Catholique-Autre	-34,729	14,300	-2,429	,015	,152

Chaque ligne teste l'hypothèse nulle selon laquelle les distributions de l'échantillon 1 et de l'échantillon 2 sont identiques.
 Les significations asymptotiques (test bilatéraux) sont affichées. Le niveau de signification est ,05.
 Les valeurs de signification ont été ajustées par la correction Bonferroni pour plusieurs tests.

Tableau 13 - Valeurs de signification ajustées par la correction Bonferroni de la distribution de « Obstacles »

Echantillon1-Echantillon2	Statistiques du test	Erreur Erreur	Statistique de test Standard	Sig.	Sig. ajust.
Protestant-Aucune	-68,677	18,499	-3,712	,000	,002
Musulmane-Aucune	-45,418	15,207	-2,987	,003	,028
Catholique-Aucune	-23,413	8,907	-2,629	,009	,086
Protestant-Catholique	45,264	17,726	2,554	,011	,107
Protestant-Autre	-44,583	21,930	-2,033	,042	,421
Musulmane-Catholique	22,004	14,255	1,544	,123	1,000
Protestant-Musulmane	-23,260	21,590	-1,077	,281	1,000
Autre-Catholique	,681	14,765	,046	,963	1,000
Musulmane-Autre	-21,324	19,234	-1,109	,268	1,000
Autre-Aucune	-24,094	15,686	-1,536	,125	1,000

Chaque ligne teste l'hypothèse nulle selon laquelle les distributions de l'échantillon 1 et de l'échantillon 2 sont identiques.
 Les significations asymptotiques (test bilatéraux) sont affichées. Le niveau de signification est ,05.
 Les valeurs de signification ont été ajustées par la correction Bonferroni pour plusieurs tests.

