Revue francophone internationale de recherche infirmière 9 (2023) 100289

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

SANTÉ PUBLIQUE

Spiritualité et *spiritual care* en contexte francophone : revue de littérature sur l'état de la recherche en sciences infirmières

Spirituality and spiritual care in the French-speaking context: A review of the literature on nursing research

Zhargalma Dandarova-Robert (PhD) (psychologue)[a,*], Serena Buchter (infirmière, [MPH], coordinatrice Réseau international francophone)[b], Grégory Dessart (PhD) (psychologue [FSP], chargé de recherche)[a], Pierre-Yves Brandt (professeur)[a]

[a] *Institut de sciences sociales des religions (ISSR), faculté de théologie et sciences des religions, université de Lausanne, quartier Chamberonne, bâtiment Anthropole, 1015 Lausanne, Suisse*
[b] *Santé, soins et spiritualités RESSPIR, UCLouvain, Grand Place 45, bte L3.01.02, 1348 Louvain-La-Neuve, Belgique*

Reçu le 5 mars 2021 ; accepté le 6 février 2023

MOTS CLÉS
Revue ;
Recherche infirmière francophone ;
Spiritualité ;
Spiritual care ;
Soins infirmiers

Résumé
Introduction. — L'état de la recherche en sciences infirmières en francophonie, en lien avec la spiritualité et le *spiritual care*, n'a pas encore été l'objet d'un examen détaillé. La présente revue cherche à combler cette lacune et à dresser un panorama assez complet de l'ensemble des connaissances obtenues sur ce sujet dans le monde francophone.
Méthode. — Plusieurs bases de données électroniques ont été consultées. Le corpus de textes a été constitué à partir de quatre critères : (1) travail portant sur la spiritualité/religion/*spiritual care* dans le cadre des soins infirmiers ; (2) texte en langue française ou anglaise ; (3) publication entre 1998 et 2019 ; (4) un des auteurs est un infirmier ou chercheur en sciences infirmières.

* Autrice correspondante.
Adresse e-mail : zhargalma.dandarova@unil.ch (Z. Dandarova-Robert).

https://doi.org/10.1016/j.refiri.2023.100289
2352-8028/© 2023 Publié par Elsevier Masson SAS.

Principaux résultats. — La synthèse des résultats des études empiriques ($n = 21$) ainsi que quelques éléments de l'analyse de l'état général de la recherche infirmière dans ce domaine sont proposés pour nourrir la recherche future.
© 2023 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS
Review;
Nursing research in French-speaking context;
Spirituality;
Spiritual care;
Nursing

Summary
Introduction. — The state of French-speaking nursing research on spirituality and spiritual care has not yet become the subject of a detailed examination. The present review aims to fill this gap and to present a comprehensive view of knowledge obtained on this subject in the French-speaking context.
Method. — Several electronic databases were used to search for original research papers based on four criteria: (1) publication should focus on spirituality/religion/spiritual care in nursing ; (2) published in French or English; (3) published between 1998 and 2019; (4) one of the authors is a nurse or nursing researcher.
Main results. — The review synthesizes the results of empirical studies ($n = 21$) and considers the general state of nursing research in French-speaking context to advance the future research in the domain of spiritual care.
© 2023 Published by Elsevier Masson SAS.

Au cours des deux dernières décennies, on a observé un développement accéléré de la recherche en sciences infirmières au niveau international sur la spiritualité/*spiritual care*. Le débat sur ce sujet dans le contexte des soins s'est largement étendu et complexifié ; des nouvelles questions et des thèmes surgissent, amenant vers de nouveaux champs d'investigation. Le nombre de revues de littérature publiées entre 2008 et 2018 témoigne de cet intérêt grandissant des praticiens et des chercheurs infirmiers [1]. Cependant l'état de la recherche en sciences infirmières dans l'espace francophone en lien avec ce domaine n'est pas encore devenu l'objet d'un examen détaillé et attentif. Entreprise sous l'impulsion du Réseau international francophone santé, soins et spiritualités (RESSPIR) dans une perspective comparative avec la recherche infirmière internationale publiée en anglais, la présente revue cherche à combler cette lacune en objectivant le type et la quantité de recherches menées, ses conditions d'émergences et en identifiant d'éventuelles convergences mais aussi les spécificités culturelles propres à la francophonie. Ce travail cherche également à mettre en lumière des questionnements peu, voire pas, traités dans la recherche francophone et, ainsi, fournir des pistes de réflexion en vue de futurs travaux.

Le *spiritual care* peut être défini comme l'attention à la dimension spirituelle au cœur du prendre soin et les actions qui en découlent. Cette attention porte sur les questions de sens, d'espoirs, de croyances, d'identité, sur la portée symbolique du vécu, sur les détresses et ressources spirituelles ; c'est une approche du mystère de la vie, du rapport à une transcendance pour certains [2]. Les multiples démarches de *spiritual care* pourraient se décliner en plusieurs catégories de modèles [3] : biopsychosocial-spirituel, pastoraux (*faith-based*), sociaux, holistiques (ou dit écologiques). Ces modèles dépendent notamment de la conception anthropologique de l'être humain et de sa spiritualité. Comme nous le remarquons, certains se fondent sur la conception d'un lien très fort entre spiritualité et religion (par exemple les modèles pastoraux).

Les conceptions académiques actuelles ont tendance à rendre compte de la spiritualité comme d'un ensemble phénoménologique individuel au sein duquel peut éventuellement se situer une religion [4].

Bien qu'il existe une grande diversité de définitions, parfois fortement divergentes, le concept de spiritualité comprend habituellement les caractéristiques suivantes : elle est multidimensionnelle, propre à chaque personne, plus large que les croyances ou affiliations religieuses, elle a trait au transcendant et à la connexion (par exemple à soi, aux autres et/ou à une puissance supérieure), ainsi qu'au sens de la vie [5]. Suite à une analyse conceptuelle, Weathers *et al.* [5] ont proposé la définition inclusive suivante : « *La spiritualité est une manière d'être au monde de par laquelle une personne ressent une connexionàsoi, aux autres, et/ou à une puissance supérieure ou la nature ; ressent un sens à la vie ; et une transcendance au-delà de soi, de la vie quotidienne, et de la souffrance*[1]. » Par contraste, les définitions plus exclusives mentionnent principalement le lien à la religion, qui peut être entendue comme une forme collective et organisée de croyances, cultes et pratiques [6]. Celle-ci peut représenter un système de sens, organisé de manière à donner une orientation aux croyances sur le monde, aux objectifs personnels ainsi qu'aux émotions ressenties [7]. Par là, les religions semblent fournir aux individus des systèmes de sens ''globaux''. Dans le domaine de la santé, la spiritualité et la religion sont reconnues comme

[1] La traduction française est proposée par nous-mêmes.

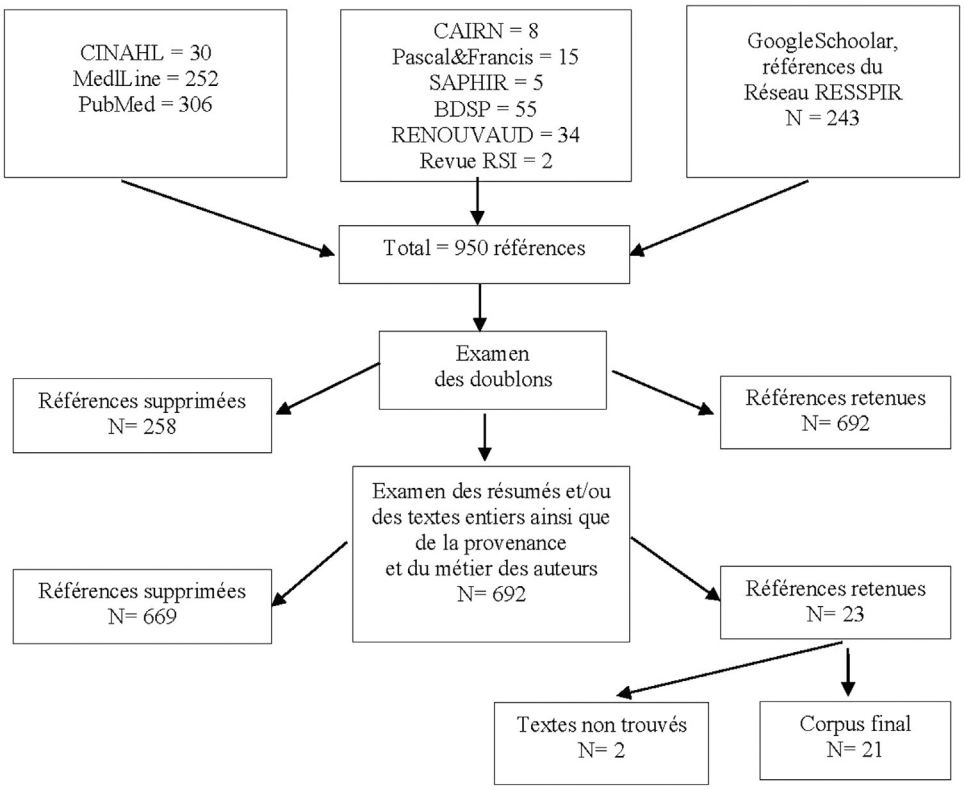

Figure 1. Démarche de la recherche bibliographique des publications francophones. © Zhargalma Dandarova-Robert.

sources majeures de *coping*, permettant de faire face à l'adversité de la maladie, et ce de manière adaptée ou non [8].

Stratégie de recherche bibliographique

La recherche bibliographique des publications s'est déroulée (Fig. 1) entre 2018 et 2019. Elle a tout d'abord été menée sur la principale base de données en sciences infirmières CINAHL en utilisant les mots clés *spiritu* ou *religio* et en sélectionnant la langue française. Cette première étape a donné 30 résultats. Après lecture des résumés et des textes, seules deux publications ont pu être retenues : Kohler, 1999 [9] et Furstenberg, 2011 [10]. Pour la deuxième étape, la revue spécialisée en langue française *Recherche en soins infirmiers* a été consultée de manière ciblée. Les mots clés ''spiritualité'' et ''religion'' ont été utilisés (recherchés partout dans le texte) pour maximiser les résultats. Cette large sélection a donné comme résultat 85 articles publiés depuis 2005[2]. Après examen de ces publications, seuls deux nouveaux articles ont été retenus : Desmedt & Shaha, 2013 [11] et Martinez & Legault, 2016 [12]. Les autres publications évoquaient la spiritualité de manière trop allusive, par exemple en se contentant de dire que l'on adoptait un modèle holiste des soins ou encore en mentionnant simplement la nécessité de prendre en charge divers besoins de patients, notamment des besoins spirituels.

Face à ces maigres résultats, nous avons élargi la recherche pour avoir accès à un maximum d'écrits publiés dans le domaine. Pour cette troisième étape, plusieurs bases de données électroniques internationales majeures dans le domaine de la santé (CINAHL, Medline, Pubmed), ainsi que les bases de données francophones comme BDSP (Banque de données en santé publique, France), CAIRN, Pascal & Francis, SAPHIR (*Swiss Automated Public Health Information Resources*) ont été consultées. Outre ces bases de données, des recherches ont aussi été menées sur Google Scholar et Renouvaud[3] dans le but de compléter le corpus de textes en cherchant surtout des livres, qui apparaissent beaucoup plus rarement dans les bases de données bibliographiques. Enfin, quatrième étape, il a été demandé aux comités scientifiques du réseau RESSPIR de compléter la liste préétablie.

Suite à toutes ces démarches, nous avons totalisé 950 titres. Après avoir supprimé des doublons, un corpus total de 692 titres a été constitué. Les titres, les résumés ont alors été révisés ainsi que la localisation géographique et l'appartenance professionnelle des auteurs. Cinq critères d'inclusion ont été utilisés pour resserrer le corpus de textes :

- l'étude empirique devait porter sur la spiritualité et la religion dans le cadre des soins infirmiers ;
- publiée en langue française ou anglaise ;
- publiée entre 1998 et 2019 ;

[2] Les numéros sont accessibles en ligne depuis cette année.

[3] Interface de recherche du réseau des bibliothèques vaudoises (Suisse).

- un des auteurs est un infirmier, enseignant ou chercheur en sciences infirmières[4] ;
- des études empiriques devaient collecter des données auprès de la population infirmière. Dans ce dernier type de publications, l'appartenance professionnelle des auteurs n'a pas eu d'importance, puisque ces études donnent accès aux opinions et aux expériences des infirmiers dans le domaine du *spiritual care*.

À partir de ces critères, 23 titres ont été retenus. Deux de ces publications ont dû être exclues par la suite parce que nous n'avons malheureusement pas pu avoir accès aux textes intégraux. Ainsi le corpus final de la revue est constitué de 21 titres.

La recherche bibliographique réalisée nous a permis d'identifier également des écrits infirmiers cherchant à théoriser et conceptualiser le *spiritual care* et la spiritualité dans le cadre des soins ou présentant des réflexions, une analyse informelle des soins spirituels basés sur l'expérience personnelle des auteurs : Buchter, Fontaine et Piguet, 2016 [13] ; Gourdin, 2018 [14] ; Furstenberg, 2011 [10] ; Jacquemin, 2009 [15] ; Piguet, 2018 [16] ; Pépin et Cara, 2001 [17] ; Vonarx et Lavoie, 2011 [18]. Outre ces écrits, trois revues ont été réalisées par des chercheurs infirmiers proposant un état d'art sur la spiritualité ou un des aspects en lien avec ce domaine : Gaillard Desmedt et Shaha, 2013 [19] ; Lord-Gauthier *et al.*, 2013 [20] ; Vachon, Fillion et Achille, 2009 [21]. Parmi la littérature pratique destinée aux infirmiers, notre quête bibliographique a identifié quelques guides pratiques de la prise en charge des besoins spirituels des patients (Abraham, 2015 [22] ; De Romanet, 2015 [23] ; Ledogar, 2003 [24] ; Noto-Migliorino, 2014 [25]), deux publications destinées aux étudiants infirmiers (Desbiens et Fillion, 2016 [26] ; Herve-Desirat, 2012 [27]), ainsi que quelques communications brèves et écrits éditoriaux sur la spiritualité et la religion dans des revues infirmières [11,28—37].

Aperçu du corpus

La section qui suit présente, dans un premier temps, trois catégories d'études ayant émergé de la recension et esquisse un portrait général de la recherche infirmière francophone à travers la première catégorie, la plus pertinente pour notre revue. Les aspects formels comme la provenance géographique des auteurs, des populations étudiées, la méthodologie de la recherche utilisée ainsi que la visibilité de ces études sur le plan francophone et internationale seront traités. Dans un second temps, les contours du champ de recherche infirmière francophone sont complétés à travers l'analyse des thèmes et principaux résultats des études sur la spiritualité et le *spiritual care* dans le domaine de soins infirmiers.

Catégories des publications

L'examen des publications a révélé que seulement une partie a eu pour objectif principal d'étudier la spiritualité et le *spiritual care* dans les soins et a été réalisée par des chercheurs infirmiers. Pour bien distinguer ces études, trois catégories ont été établies :

- la catégorie A-1 inclut des études empiriques ($n = 8$) réalisées par des chercheurs en sciences infirmières avec l'objectif principal d'explorer la spiritualité/religion et le *spiritual care* dans le domaine des soins infirmiers (Tableau 1). Cette catégorie est l'objet principal de notre recension.
- la catégorie A-2 inclut des études faites par les chercheurs en sciences infirmières sur d'autres sujets mais dans lesquelles quelques résultats en lien avec la spiritualité/religion ont été obtenus ($n = 4 + 3$) (Tableau 2).
- la catégorie A-3 réunit les études empiriques menées par des chercheurs non issus des sciences infirmières dans lesquelles des infirmiers ont été interrogés sur un des aspects en lien avec le *spiritual care*, la spiritualité/religion ($n = 6$) (Tableau 3).

Aperçu des études de la sous-catégorie A-1

L'objectif principal étant de présenter l'état de recherche empirique infirmière sur la spiritualité et le *spiritual care*, un tableau détaillé de ce corpus de publications sera dressé dans cette partie. Comme nous avons constaté plus haut, seulement huit publications correspondaient à la catégorie A-1 (Tableau 1).

Provenance géographique

La moitié des études recensées a été réalisée dans la partie francophone du Canada ($n = 4$), deux ont été signées par des auteurs venant de France et deux autres provenaient de Suisse. Concernant la chronologie de la sortie des publications, on remarque une concentration sur les cinq dernières années : parmi ces huit études, cinq ont été publiées entre 2015 et 2018. On observe qu'elles ont presque toutes été menées par les infirmiers enseignants et chercheurs en sciences infirmières (c'est surtout le cas du Canada). Les infirmiers cliniciens comme auteurs sont une minorité (c'est le cas en France et en Suisse).

Populations étudiées

En ce qui concerne des populations étudiées, on peut en distinguer trois types :

- infirmiers ou futurs infirmiers (Desbiens et Fillion, 2007 [26] ; Martinez et Legault, 2016 [12]) ;
- patients (Cossette et Pepin, 2001 [38] ; Vonarx, 2015 [39] ; Bollondi-Pauly et Boegli, 2016 [40]) ;
- populations mixtes composées de patients et d'infirmiers, soignants et d'autres professionnels des soins (Kohler, 1999 [9] ; Matter Puons*et al.*, 2018 [41]). L'étude de cas présentée par Pujol et ses collègues [42] peut également être classée dans ce type car il s'agit de l'observation de l'interaction entre patients et soignants.

[4] Ce critère d'inclusion fut particulièrement problématique. Dans plusieurs cas, il a été impossible de restituer l'identité professionnelle des auteurs, particulièrement pour les publications antérieures à 2010 ou lorsque c'était la seule publication d'un auteur. De plus, plusieurs auteurs ont un parcours professionnel complexe, laissant au rédacteur la décision d'attribution du domaine : soins infirmiers, médecine, aumônerie, psychologie ou psychiatrie. Dans les cas pareils, nous avons suivi l'autodétermination des auteurs concernant la publication précise.

Tableau 1 Catégorie A-1 : études empiriques réalisées par les infirmiers (seuls ou en collaboration avec d'autres spécialistes) avec l'objectif principal d'étudier la spiritualité dans les soins infirmiers ($n = 8$).

	Auteurs	Pays	Appartenance professionnelle des auteurs	Langue de publication	Approche méthodologique	Méthode(s)	Population étudiée
1	Kohler C. Le diagnostic infirmier de ''détresse spirituelle'', une réévaluation nécessaire. Rech Soins Infirm 1999 ;56 :12-72.	France	Cadre expert AP—HP, publication est issue d'un mémoire, option sciences infirmières	français	Mixte	Entretiens (patients) et questionnaires (infirmiers)	Soins palliatifs : patients atteints de cancer ou de Sida ($n = 27$) et infirmiers des soins palliatifs ($n = 20$)
2	Cossette R, Pepin J. Vieillir et croître à travers les déclins, un défi spirituel avant tout. Théologiques 2001 ;9(2) :47-67.	Canada	Infirmières, PhD, Département des soins infirmiers, Université de Montréal	français	Qualitative, phénoménologique	Entretiens	Personnes âgées dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ($n = 22$)
3	Desbiens JF, Fillion L. Coping strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses. Int J Palliat Nurs 2007 ;13(6) :291-300.	Canada	1—Infirmier ; 2—Professeure, Faculté des sciences infirmières, Université de Laval	anglais	Quantitative, corrélationnelle	Échelle COPE, échelle POMS, FACIT-sp 12, échelle OPP, questionnaire sur le soutien social	Infirmiers ($n = 117$) qui offrent des soins palliatifs en institution ou en domicile
4	Vonarx N. Cancer patients and spiritual experiences : redefining the self through initiatory ordeals. Palliat Support Care 2015 ;13(1) :27-40.	Canada	PhD, Faculté de sciences infirmières, Université de Laval	anglais	Qualitative	Entretiens	Personnes ($n = 10$) qui ont un diagnostic de cancer durant les dernières six années (4 encore sous un traitement actif). À domicile.

Tableau 1 (*Continued*)

	Auteurs	Pays	Appartenance professionnelle des auteurs	Langue de publication	Approche méthodologique	Méthode(s)	Population étudiée
5	Martinez AM, Legault A. Description des conceptions de la spiritualité et des perceptions du rôle de l'infirmière chez les étudiantes en sciences infirmières quant à la prise en compte de la dimension spirituelle du patient. Rech Soins Infirm 2016 ;127(4) :91-103.	Canada	Infirmier·ère·s, professeur·e·s de la faculté des sciences infirmières, Université de Montréal	français	Quantitative descriptive transversale	*Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* (SSCRS) et *Students Survey of Spiritual Care* (SSSC) traduits par les auteurs	Étudiantes 1re, 2e et 3e années du programme de 1er cycle en sciences infirmières (*n* = 345)
6	Bollondi-Pauly C, Boegli M. Les bénéfices du Toucher-Massage : lien avec la spiritualité. Rev Int Soins Palliatifs 2016 ;31(4) :157-62.	Suisse	Infirmières des soins palliatifs	français	Quantitative	Témoignages spontanés	Soins palliatifs et services de soins aigus : patients (*n* = 301)
7	Pujol N, Gueneau-Peureux D, Beloucif S. La question spirituelle dans le contexte de la maladie grave. Laennec 2016 ;64(4) :6-18.	France	1—Psychologue ; 2—Infirmière en soins palliatifs ; 3—Chef du service d'anesthésie-réanimation	français	Qualitative, étude d'un cas	Observations	Hôpital : étude d'un cas de l'interaction entre un patient et des soignants
8	Matter Puons GM, Flückiger V, Meier HR, Pralong G. La spiritualité dans la pratique infirmière : une démarche. Rev Int Soins Palliatifs 2018 ;33(3) :153-6.	Suisse	Unité des soins palliatifs : 1 et 2—Infirmières, 3—Aumônier, 4—Médecin chef	français	Qualitative, recherche-action	Entretiens, focus-groupe avec des infirmiers, HOPE modifié par les auteurs	Unité des soins palliatifs : patients et infirmiers (nombre n'est pas indiqué)

Tableau 2 Catégorie A-2 : études empiriques réalisées par les infirmiers (seuls ou en collaboration avec d'autres spécialistes) sur d'autres sujets mais dans lesquelles quelques résultats en lien avec la spiritualité/religion ont été obtenus ($n = 4$).

	Auteurs	Pays	Appartenance professionnelle des auteurs	Langue de publication	Approche méthodologique	Méthode(s)	Population étudiée
1	Bécherraz M. Significations des expériences de réconfort en santé mentale. Comparaison du réconfort vécu en soins généraux et en soins psychiatriques (deuxième partie). Rech Soins Infirm 2005 ;1(80) :49-58.	Suisse	Infirmière, PhD, chargée d'études, Direction des soins infirmiers, HUG	français	Qualitative, phénoménologique	Entretiens	Soins généraux et soins psychiatriques : patients ($n = 38$) et infirmiers ($n = 36$)
2	Guay D, Michaud C, Mathieu L. De ''bons soins'' palliatifs aux soins intensifs : une perspective infirmière. Rech Soins Infirm 2011 ;2(105) :31-43.	Canada	Infirmièr·ère·s et professeur·e·s, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke	français	Qualitative, phénoménologique	Entrevues en groupe et individuelles, observation	Centre hospitalier affilié universitaire : infirmières ($n = 27$) qui prodiguent des soins en fin de vie
3	Hugenschmitt D, Allonneau A, Cesareo É, Gueugniaud PY, Lefort H. Réflexions autour du décès en préhospitalier. Soins 2017 ;62(821) :21-5.	France	1—Infirmière urgentiste ; 2—Médecin urgentiste ; 3—Médecin anesthésiste réanimateur ; 4—Professeur et directeur en médecine 5—Médecin urgentiste	français	Descriptive, enquête	Questionnaire d'évaluation des connaissances et des besoins en formation ; questionnaire d'évaluation de l'outil pédagogique	Service mobile d'urgence et de réanimation : infirmiers ($n = 39$), ambulanciers ($n = 46$)

Tableau 2 (*Continued*)

	Auteurs	Pays	Appartenance professionnelle des auteurs	Langue de publication	Approche méthodologique	Méthode(s)	Population étudiée
4	Étude d'Anchisi et Amiotte-Suchet (4 publications) : (a) Amiotte-Suchet L, Anchisi A. Quand les religieuses vieillissent en territoire séculier : la vie communautaire à l'épreuve de l'âge. Lien soc et Politiques 2017(79) :73-92 ; (b) Anchisi A. Vieillir au couvent, de l'habit au linge. Fil de trame et fil de chaîne. Ethnographiques. org. 2017(35) ; (c) Anchisi A, Amiotte-Suchet L. Un face-à-face étrangement proche. Soins infirmiers 2018(9) :62-5 ; (d) Anchisi A, Amiotte-Suchet L. Vivre dans une communauté de religieuses. Des solidarités revisitées à l'aune de la vieillesse. Nouv Ques Fém 2018 ;37(1) :52-67.	Suisse	1—Infirmière et sociologue, professeur HESAV ; 2—sociologue	français	Qualitative, ethnographique	Entretien, observation	Couvents transformés en Ehpad en France et EMS en Suisse : résidentes (religieuses) et les soignants

Tableau 3 Catégorie A-3 : études réalisées par des chercheurs non-infirmiers mais dans lesquelles des infirmiers ont été interrogés sur un des aspects en lien avec la spiritualité/religion, le *spiritual care* ($n = 6$).

	Auteurs	Pays	Appartenance professionnelle des auteurs	Langue de publication	Approche méthodologique	Méthode(s)	Population étudiée
1	Kabengele Mpinga EK, Chastonay P, Pellissier F, Salvi M, Bondolfi A, Rapin CH. La ''bonne mort'' : perceptions des professionnels de soins en Suisse romande. Rech Soins Infirm 2005 ;1(80) :4-11.	Suisse	Médecins	français	Quantitative, enquête	Questionnaire *New Measure of Concept of Good Death*	Cinq EMS : infirmières, aides-soignantes, personnel administratif et d'appui ($n = 161$)
2	Bajus F. La connaissance des rites mortuaires en services de soins : un enjeu éthique. Ethique & Santé 2006 ;3(4) :214-20.	France	Espace éthique hospitalier	français	Quantitative, enquête	Questionnaire sur la connaissance des rites mortuaires	Service de réanimation : personnel du service médical ($n = 19$) ; paramédicaux ($n = 50$) ; service administratif ($n = 4$)
3	Bayet-Papin B, Héritier C. La souffrance des médecins, des infirmières et des aides-soignantes dans l'accompagnement de fin de vie à l'hôpital. InfoKara 2006 ;21(1) :35-6.	France	1—Médecin ; 2—Psychologue	français	Quantitative	Questionnaire	Centre hospitalier : aides-soignants et infirmiers ($n = 400$), médecins ($n = 95$)

Tableau 3 (*Continued*)

	Auteurs	Pays	Appartenance professionnelle des auteurs	Langue de publication	Approche méthodologique	Méthode(s)	Population étudiée
4	Smaoui N, Collin JF, Durain-Siefert D, Gendarme S, Allioui EM, Legrand K, et al. Diabète et jeûne de Ramadan : représentations et pratiques de patients et de professionnels de santé. Educ Ther Patient 201 ;5(2) :199-211.	Tunisie France Belgique	Diverses institutions médicales, une aumônerie musulmane	français	Quantitative	Questionnaire de 38 questions a été élaboré en collaboration avec un imam	Services hospitaliers spécialisés et six réseaux de diabétologie en France : médecins et infirmiers ($n = 100$ dont 73 % de médecins), patients diabétiques ($n = 42$)
5	Caudullo C, Mathiot A, Sarradon-Eck A. De la difficulté à faire exister une unité de soins spirituels dans un hôpital universitaire français. Sci Soc Santé 2016 ;34(1) :5-30.	France	Anthropologues	français	Qualitative, ethnographique	Observations, entretiens	Hôpital : groupe « soins spirituel » (psychologue, médecin et infirmière)
6	Cuniah M, Bailly N, Bréchon G. Regards des professionnels de santé en soins palliatifs sur la spiritualité : une étude qualitative. Rev Int Soins Palliatifs 2019 ;4(1) :5-10.	France	Psychologues	français	Qualitative	*Focus group*	Soins palliatifs : médecins ($n = 2$), infirmiers ($n = 5$), aides-soignants ($n = 3$), psychologue ($n = 1$) et interne ($n = 1$)

Malgré une certaine diversité de populations visées dans ces études, on constate néanmoins une homogénéité de la recherche francophone infirmière. En effet, toutes les études recensées ont été menées dans un contexte de soins destinés à des patients en fin de vie ou atteints de maladies graves. Kohler [9] a étudié les patients atteints du cancer ou du sida hospitalisés dans des unités de soins palliatifs. Vonarx a étudié la spiritualité des personnes atteintes du cancer [39]. Bollondi-Pauly et Boegli [40] ont observé les patients en situation palliative ou dans des services de soins aigus. Le cas présenté par Pujol *et al.* [42] concerne également un patient mourant. La recherche-action entreprise par Matter-Puons et ses collègues [41] a été réalisée aussi dans une unité de soins palliatifs. L'étude de Cossette et Pepin [38] a porté sur les personnes âgées rencontrées dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), donc dans leur dernière étape de vie. Quant aux infirmiers comme sujets de recherche, à nouveau, toutes les études portaient sur des professionnels qui pratiquent en soins palliatifs (Kohler, 1999 [9] ; Desbiens et Fillion, 2007 [26] ; Matter Puons *et al.*, 2018 [41]). Une seule étude qui sortait du cadre des soins palliatifs et de la fin de vie était une étude explorant la perception de la spiritualité de futurs infirmiers (Martinez & Legault, 2016 [12]).

Méthodologie de la recherche

On constate une diversité d'approches et de méthodes utilisées dans la recherche infirmière francophone. Parmi les études recensées dans la catégorie A-1 on compte : trois études quantitatives, quatre études qualitatives et une étude mixte. Les trois études quantitatives sont observationnelles et transversales : deux études sont réalisées au Québec (Desbiens et Fillion, 2007 [43] ; Martinez et Legault, 2016 [12]) et une étude en Suisse (Bollondi-Pauly et Boegli, 2016 [40]). Quant aux études qualitatives, des démarches descriptives et phénoménologiques ont été utilisées avec une méthode de collecte de données par entretiens (Kohler, 1999 [9] ; Cossette & Pepin, 2001 [38] ; Vonarx, 2015 [39]) ou l'observation ethnographique (Pujol *et al.*, 2016 [42]). Une seule recherche-action a été retrouvée dans notre corpus (Matter Puons *et al.*, 2018) [41].

Instruments de mesures de la spiritualité utilisés

Les échelles de mesure de la spiritualité sont peu employées dans la recherche infirmière francophone (catégorie A-1). En tout, trois études ont recours à des instruments de mesures en lien avec la spiritualité. Tous ces outils sont élaborés initialement en anglais et traduits en français. Desbiens & Fillion (2007) [43] ont utilisé le FACIT-Sp 12 pour estimer la qualité spirituelle de la vie (*spiritual quality of life*) chez les infirmiers en soins palliatifs. Dans l'étude de Matter Puons *et al.*, 2018 [41], des soignants ont utilisé une version légèrement modifiée du guide de conversation *Hope* pour l'évaluation spirituelle qualitative des patients et pour intégrer les résultats de cette évaluation dans le dossier de soins. Quand à l'étude de Martinez & Legault (2016) [12], les auteurs ont eu recours à deux questionnaires pour examiner les différentes conceptions de la spiritualité chez des étudiants. Le premier outil *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* (SSCRS), développé par les chercheurs britanniques, explore divers aspects des soins spirituels prodigués par les infirmières. Le deuxième instrument *Students Survey of Spiritual Care* (SSSC) a été élaboré aux États-Unis pour explorer la perception que les étudiants ont de leur habileté à donner des soins spirituels.

Visibilité de la recherche francophone infirmière dans le domaine du ''spiritual care''

La recherche francophone infirmière est très peu visible au plan international. Sur 48 revues internationales (en anglais et français), que nous avons recensées[5], seules trois d'entre elles ont inclus des études francophones. L'étude de la chercheuse française Kohler [9] a été recensée dans deux revues internationales publiées en anglais (Caldeira *et al.*, 2013 [44] ; Martins *et al.*, 2017 [45]). L'étude des auteurs canadiens Desbiens & Fillon [43], publiée en anglais, a été recensée dans la revue de Cockell & McSherry [46] et dans plusieurs publications scientifiques hors revues de littérature (77 citations en tout, principalement en anglais), tout en étant ignorée par la plupart des revues de littérature internationales que nous avons examinées. Cette publication n'a pas non plus été citée dans la revue de Martins *et al.* [45] qui a eu l'ambition de recenser toutes les études infirmières publiées en anglais, espagnol, français et portugais depuis 1986 jusqu'à 2016. Cet exemple semble confirmer l'idée que la publication d'une étude en anglais augmente sa visibilité au niveau international, pourtant sans garantir son inclusion dans des revues de littérature spécialisées cherchant à démontrer l'état de la recherche infirmière dans le domaine du *spiritual care*.

Pour ce qui concerne la visibilité des études francophones à l'intérieur du contexte francophone, on constate également un très faible niveau de citations. Parmi les huit études de la catégorie A-1, trois études ont été peu citées et quatre études n'ont pas été citées du tout.

Aperçu général des catégories complémentaires A-2 et A-3

Puisque les travaux produits par la recherche infirmière dans le domaine du *spiritual care* sont en nombre très limité, nous avons décidé de prendre également en considération des études dans lesquelles la spiritualité et la religion ont été impliquées d'une manière partielle, concomitante, ainsi que des études produites par des chercheurs d'autres disciplines. Cette approche nous a permis de dresser un panorama plus complet des connaissances obtenues sur ce sujet dans le monde francophone.

Catégorie A-2. Études réalisées par les infirmiers dans lesquelles la spiritualité/religion ou ''spiritual care'' apparaissent comme un élément complémentaire ($n = 4$)

En comparaison avec la catégorie A-1, les études présentées ici ont été menées par des infirmiers en collaboration interdisciplinaire, soit avec des médecins ou avec un socio-

[5] Pour plus de détails, voir le rapport complet [1].

logue (voir Tableau 2). Toutes les publications recensées dans cette catégorie ont été rédigées en langue française. En ce qui concerne la répartition géographique, deux études ont été réalisées par des chercheurs suisses, dont quatre articles produits par la même équipe dans le cadre du même projet (Anchisi, 2017 [47] ; Amiotte-Suchet et Anchisi, 2017 [48] ; Anchisi et Amiotte-Suchet, 2018 [49] ; Anchisi et Amiotte-Suchet, 2018 [50] ; Bécherraz, 2005 [51]). Outre ces publications, une recherche a été effectuée en France (Hugenschmitt et al., 2017) [52] et l'autre au Canada (Guay *et al.*, 2011) [53]. Sur le plan méthodologique une seule enquête a adopté une méthodologie quantitative (Hugenschmitt *et al.*, 2018) [52] ; les autres ont suivi un protocole de recherche de type qualitatif adoptant soit une approche ethnographique soit phénoménologique.

Catégorie A-3. Recherches réalisées par des chercheurs noninfirmiers dans lesquelles des infirmiers ont été interrogés ($n = 6$)

La troisième catégorie réunit les études empiriques menées par des chercheurs noninfirmiers dans lesquelles des infirmiers ont été interrogés sur un aspect en lien avec le *spiritual care*, la spiritualité/religion ($n = 6$) (Tableau 3). On trouve ici surtout des études venant de France ($n = 4$). L'une a été effectuée en Suisse ($n = 1$) et une autre par une équipe internationale (Tunisie, France, Belgique). Toutes ont été publiées en langue française. Du point de vue de la méthodologie déployée, quatre études sont d'ordre quantitatif et deux autres sont qualitatives : une enquête ethnographique et un travail utilisant la méthode du *focus group*. Les études ont été menées par des chercheurs de disciplines diverses : médecins ($n = 1$), anthropologues ($n = 1$), psychologues ($n = 1$), médecin et psychologue ($n = 1$), médecins et aumônier ($n = 1$). Pourl'une d'entre elles il n'est pas possible de préciser la profession de l'auteur (Bajus, 2006) [54].

Thèmes et principaux résultats de la recherche sur la spiritualité et le *spiritual care* dans le domaine de soins infirmiers (catégories A-1, A-2, A-3)

Pour avoir un aperçu complet de la recherche empirique francophone sur la spiritualité et le *spiritual care* dans le domaine des soins infirmiers, dans cette section nous allons présenter le regroupement thématique des résultats de toutes les études recensées dans les trois catégories. Deux grands axes en fonction de la population (principale) visée dans des études peuvent être identifiés. Le premier axe regroupe des résultats des études ayant pour objectif principal d'étudier les infirmiers et d'autres soignants, leurs perceptions de la spiritualité et leurs rôles dans la prise en charge des besoins spirituels des patients, la formation et la pratique du *spiritual care*, la spiritualité propre aux infirmiers et son impact éventuel sur le travail (n = 14). Il est à noter que six travaux s'appuient sur des populations mixtes composées de patients et d'infirmiers, soignants et d'autres professionnels des soins. Le deuxième axe comprend des études, moins nombreuses ($n = 9$), visant à observer la spiritualité des patients et son impact dans les cas de maladies graves ou en fin de vie.

Axe 1. Infirmiers et autres soignants comme sujets de recherche

Thème 1. Place de la spiritualité et du spiritual care dans les soins

Une étude suisse, datée de 2005, a montré que les patients hospitalisés en chirurgie et en médecine considèrent la spiritualité comme une source importante de réconfort. Cependant, les infirmiers, tous services confondus, n'en parlent pas. Selon l'auteur, la spiritualité semble être le facteur oublié des soins infirmiers [51]. Une autre publication suisse, sortie la même année, est consacrée à la perception que le personnel travaillant dans les institutions pour personnes âgées ($n = 161$) a de la ''bonne mort''. Cette enquête a montré que seulement 60 % des personnes interrogées accordaient une importance aux besoins religieux, les non-soignants (personnel administratif et d'appui) mettant d'ailleurs davantage l'accent sur ce point que les soignants (64 % contre 59 %) [55].

En ce qui concerne la France, une enquête menée par une équipe d'anthropologues [56] a démontré la difficulté à faire exister une unité de soins spirituels dans un hôpital universitaire (CHU de la Timone à Marseille). Cette unité qui, à la connaissance des chercheuses, est la seule de ce type dans les hôpitaux français au moment de l'enquête, a été ouverte en 2005 par trois employés de l'hôpital (psychologue clinicien, médecin de santé public et infirmière) et a eu l'ambition d'introduire de manière officielle des soins spirituels et non conventionnels dans un hôpital destiné aux malades atteints d'un cancer et ceux en fin de vie. Des pratiques qualifiées de ''soins spirituels'' ont été proposées aux patients, aux familles et aux professionnels de santé (ateliers de relaxation et de méditation, atelier biblique, soins énergétiques). Selon les chercheuses, les résistances rencontrées étaient issues non pas du monde médical ou de l'administration hospitalière, mais d'acteurs extérieurs à l'hôpital, notamment une association antisecte régionale. Toujours selon ces autrices, l'opposition émanant de la société civile s'inscrirait dans l'héritage historique et culturel de la société française, qui valorise le principe de la laïcité, et dans laquelle les pratiques différentes de la médecine conventionnelle font l'objet d'une surveillance et d'une régulation sociale [56].

Une autre étude française récente a exploré, à l'aide de la technique du *focus group*, la manière dont les professionnels d'une unité de soins palliatifs se représentent et envisagent la spiritualité dans leur travail (deux médecins, cinq infirmiers, trois aides-soignants, un psychologue et un interniste). Si la majorité des participants s'emploient à tenir compte de la dimension spirituelle de leurs patients (croyances, valeurs, quête de sens), certains émettent des réticences quant à son appréhension et à son intégration dans leurs pratiques, qu'ils justifient par un manque de formation et d'expérience. Puisqu'il s'agit d'une notion personnelle et intime, d'autres craignent également d'outrepasser leurs prérogatives professionnelles en étant intrusifs ou en imposant leur vision personnelle aux patients. Les participants s'accordent pour dire que la spiritualité

serait principalement une affaire de relation obéissant à la singularité de chaque personne, au respect de son identité et de son altérité. À ce titre, ils estiment qu'il revient au patient de décider du recours ou non à la spiritualité dans le processus thérapeutique et qu'il ne doit être dispensé qu'à celui qui le demande [57].

Une autre étude récente, ethnographique, réalisée cette fois en Suisse, a porté sur des religieuses âgées dans les couvents suisses et français transformés en unité de soins. L'étude a démontré des difficultés de concilier les impératifs des soins institutionnels et les attentes des religieuses. Les résidentes espèrent que les professionnels laïques de santé prennent en compte leur identité religieuse, leur manière d'organiser la vie au sein de la maison. Les soignants, à leur tour, expriment des difficultés pour concilier les impératifs des soins et les attentes des religieuses [47—50].

Thème 2. Compréhension de la spiritualité et du spiritual care par les infirmiers

Selon une étude française réalisée en 1996 et publiée en 1999, les infirmiers, interrogés sur la signification du terme ''spiritualité'', étaient tous d'accord pour la définir comme quelque chose qui donne sens à la vie [9]. En même temps les soignants surestiment le composant religieux (foi, religion, esprit, croyances) dans ce terme. L'auteur se demande si une telle compréhension n'est pas liée à l'histoire de la profession marquée de longue date par un modèle d'infirmiers et infirmières issus de congrégations religieuses [9]. Selon les résultats d'une autre recherche française plus récente, la grande variété de compréhensions de ce qu'est la spiritualité existant chez les professionnels des soins palliatifs (médecins, infirmiers, aides-soignants, psychologues) a pour effet d'instaurer un flou conceptuel. Néanmoins, les chercheurs ont identifié quelques éléments consensuels. Tout d'abord la majorité des participants associent la spiritualité à la quête de sens : sens de la maladie, de la vie et de la mort. Un autre élément de définition qui fait l'unanimité est la notion de croyance. La religion serait également une forme d'expression de la spiritualité pour l'ensemble des professionnels interrogés dans cette étude [57].

Une étude canadienne [53] a interrogé le personnel infirmier de soins palliatifs sur sa propre définition de ce que sont des bons soins. L'analyse phénoménologique des entretiens montre que la dimension spirituelle fait partie des ''bons soins'' palliatifs. Selon la compréhension des infirmiers, la dimension ''spirituelle'' se manifeste principalement par : le respect des religions et croyances, l'offre du service pastoral, le respect des volontés exprimées des patients concernant leur corps après le décès.

Une étude suisse, de type recherche-action, a été effectuée dans une unité de soins palliatifs afin de clarifier les pratiques professionnelles en soins infirmiers en lien avec la spiritualité en vue de soutenir son intégration dans les soins par un accompagnement plus personnalisé. La spiritualité a été relevée dans le discours des infirmiers comme étant présente dans leurs pratiques sous forme de compassion, d'empathie et de ''*rejoindre*'' en humanité. C'est ainsi qu'elle est intégrée dans la manière de soigner tout en étant soutenue par l'outil *Hope*. En conclusion, les auteurs rejoignent ainsi ceux qui affirment que la spiritualité est inhérente aux soins [41].

Thème 3. Formation des infirmiers

Une étude québécoise [12] portait sur la compréhension de la spiritualité par des étudiants en soins infirmiers du premier cycle universitaire ($n = 345$) et sur leurs perceptions du rôle de l'infirmier dans ce domaine. Selon les résultats, une majorité des répondants (70,5 %) sont d'accord pour affirmer que les soins spirituels constituent un élément essentiel des soins infirmiers holistiques et que le bien-être spirituel joue un rôle important dans la promotion de la santé. Cependant lorsqu'elles sont interrogées sur leur aptitude à prodiguer des soins spirituels, c'est l'indécision qui domine (59,3 %).

Une étude française [52] a constaté auprès des infirmiers et ambulanciers que la formation à la prise en charge du décès extrahospitalier est insuffisante. Le besoin spirituel de la famille du défunt est renforcé lorsque le décès survient en dehors d'une structure médicale et *a fortiori* au domicile tandis que la connaissance des rites religieux par ces professionnels est faible. Les formations sont principalement axées sur les connaissances théoriques et techniques au détriment des dimensions humaines et éthiques. Ce travail a montré que le désir de formation est important. Une autre enquête française réalisée au sein d'un service de réanimation polyvalente ($n = 73$) a indiqué aussi un déficit de la formation initiale et professionnelle en ce qui concerne des rites mortuaires à respecter en service de soins, ce qui peut, selon l'autrice, induire une difficulté à rencontrer le patient dans la pratique [54]. Le même résultat est ressorti également dans l'étude de Cuniah, Bailly & Bréchon [57] citée plus haut.

Les résultats d'une enquête française (personnel médical et soignant, $n = 100$) concernant la pratique du Ramadan et ses interactions avec la santé de patients diabétiques de confession musulmane ont démontré la nécessité d'améliorer la formation du personnel, à la fois dans le domaine biomédical (effets du jeûne et recommandations thérapeutiques) et dans le domaine psychosocial [58]. Selon les auteurs, il s'agit de mieux prendre en compte les représentations de la maladie du diabète et de son traitement au regard de leurs pratiques religieuses au cours du Ramadan, de les informer des risques et des possibilités d'exemption du jeûne, afin de pouvoir proposer des solutions et un accompagnement adapté sur les plans médical et culturel. Les auteurs soulignent également le besoin d'améliorer la formation des professionnels de santé, à la fois dans le domaine biomédical (effets du jeûne et recommandations thérapeutiques) et dans le domaine psychosocial pour proposer ainsi une médecine centrée sur la personne, respectant les différences interculturelles.

Thème 4. Pratique infirmière et spiritualité

Compétence des infirmiers pour diagnostiquer la détresse spirituelle

La publication française de Kohler [9], citée également plus haut, avait pour objectif principal d'identifier les besoins spirituels des patients en fin de vie afin d'explorer et préciser le champ d'application du diagnostic infirmier de ''détresse spirituelle''. L'étude a porté sur une population de patients atteints du cancer ou du sida et sur une population de vingt infirmiers de ces mêmes unités. Il apparaît que les infirmiers, dans leur majorité, ont une connaissance

plutôt intuitive des principales caractéristiques du diagnostic infirmier de ''détresse spirituelle''. Cette connaissance ne semble pas liée aux formations reçues mais plutôt à l'expérience professionnelle acquise dans plusieurs spécialités et peut-être à leur histoire personnelle. L'enquête a montré également qu'un malaise d'ordre spirituel existe chez presque tous les patients mais il n'est pas toujours identifié par les infirmiers : certains ne le discerneraient pas chez les patients alors que la moitié pensaient que cela se produisait rarement ou même jamais [9].

Prise en charge des besoins spirituels et de la souffrance spirituelle

Pujol *et al.* [42] ont présenté une étude clinique d'un cas relaté par une infirmière travaillant en soins palliatifs, à partir de son expérience d'une réalité auprès d'un mourant qu'elle a qualifiée de ''spirituelle''. En se basant sur un cadre théorique les auteurs ont montré comment des besoins et la souffrance spirituelle d'une personne mourante peut être prise en charge par des soignants, ici, par une infirmière des soins palliatifs.

Pratique particulière et sa signification spirituelle

Les chercheurs suisses Bollondi-Pauly & Boegli [40] ont étudié l'effet du toucher-massage (TM) sur le bien-être spirituel des patients ($n = 301$) dans le cadre d'un suivi par l'équipe mobile douleur et soins palliatifs entre 2005 et 2013. Une analyse thématique des témoignages des patients, exprimés spontanément et relevés à l'issue des séances, a été étudiée. Selon les résultats, les bénéfices du TM dépassent le seul soulagement de symptômes ou le moment de relaxation. Le TM peut soutenir l'habileté de la personne en situation de vulnérabilité à trouver du sens à sa vie en se tournant vers les choses, les autres ou vers soi-même, en dépassant les limites de sa situation actuelle [40].

Thème 5. Spiritualité des infirmiers et coping au travail

L'étude de Desbiens & Fillion [43] est consacrée au *coping* des infirmiers (Québec) en soins palliatifs et leur qualité de vie spirituelle. Les auteurs se sont surtout intéressés au *coping* des infirmiers face à de multiples deuils dans le cadre du travail. Les résultats de ces travaux ont montré que l'utilisation des stratégies de quête de sens permet aux infirmières en soins palliatifs de s'adapter positivement au stress des deuils répétés en augmentant la vigueur et en favorisant une meilleure qualité de vie spirituelle.

Une autre enquête, cette fois française, a interrogé les professionnels de santé sur la confrontation répétée à la fin de vie qui peut entraîner une souffrance et un épuisement professionnels [59]. Menée auprès de 400 aides-soignants/infirmiers et 95 médecins, elle a montré l'importance de la dimension spirituelle et/ou religieuse face à leur souffrance professionnelle. Selon les résultats, 80 % des personnes interrogées font référence à la dimension spirituelle, exprimée en termes religieux et/ou non-religieux (par exemple philosophiques, idéologiques, éthiques), puisque c'est elle qui leur permet de ''tenir le coup'' face à leur souffrance professionnelle.

Axe 2. Recherche sur la spiritualité dans le vécu des patients ($n = 9$)

Seulement deux études ont eu pour seul objectif d'étudier la spiritualité des patients. L'étude québécoise de Cossette et Pepin [38] s'est intéressée à l'expérience de croissance personnelle à travers les déclins chez les personnes âgées des CHSLD et au rôle que la spiritualité peut avoir dans une telle expérience. L'analyse phénoménologique des entretiens a montré que l'expérience de croissance des personnes âgées est à plusieurs égards celle de transcendance qui donne un sens au vécu et contribue à la poursuite de leur développement. La deuxième étude, également québécoise, a examiné l'expérience spirituelle des personnes atteintes du cancer [39]. L'analyse thématique des récits de dix personnes a fait ressortir l'importance de cette dimension, ainsi que le processus par lequel la spiritualité agit au niveau des changements identitaires, corporels de la personne, sa recherche d'une connexion à quelque chose de plus grand, qu'il s'agisse de la nature, de l'univers ou du monde invisible.

Les autres travaux, déjà cités dans la section précédente, incluaient des populations mixtes pour croiser des représentations/opinions à la fois des soignants et des patients afin de repérer des difficultés et des problèmes dans l'accompagnement des besoins spirituels des malades ou des résidents âgés dans des institutions [9,41,48—51,58]. Néanmoins,citons quelques résultats qui apportent un certain éclairage sur la spiritualité des patients.

La recherche-action réalisée par des infirmiers suisses [41] auprès de malades dans une unité de soins palliatifs a eu pour objectif l'étude de la perception de la spiritualité, qui, selon les auteurs, balance entre savoirs, doutes et foi. Les entretiens menés ont révélé une pluralité du concept de spiritualité. Les soignés ne remettent pas en cause la légitimité des infirmières à aborder la spiritualité, ils sont prêts à en parler avec les soignants. Dans une autre étude suisse [51] il a été démontré que les patients en soins généraux (postopératoire) évoquent l'importance du soutien de la spiritualité, alors que cette dimension n'émerge pas des narrations en psychiatrie. L'auteure suppose que le fait d'être opéré et par conséquent d'approcher la mort de très près peut impacter sur l'importance de la dimension spirituelle.

L'étude française de Kohler [9] a porté entre autres sur une population de 27 patients atteints de cancer ou de sida, hospitalisés dans deux unités de soins palliatifs. Les entretiens ont montré que la spiritualité n'est pas confondue chez eux avec la religion, bien que l'âge et le sexe aient eu un certain impact sur la compréhension des termes. Un autre constat était que la quasi-totalité des malades a ressenti un sentiment de malaise qui serait d'ordre spirituel où prédominent les interrogations existentielles concernant le sens de la vie, de la mort, de la souffrance et de la maladie. Certains patients ont mentionné que leur spiritualité leur apportait parfois un sentiment de peur ou d'anxiété, ou parfois de culpabilité. L'étude a également montré que, pour plus de la moitié d'entre eux, leur spiritualité apportait plus de questions que de réponses. C'était surtout vrai chez des patients HIV et les jeunes de 25—34 ans pour qui ces questions étaient les plus présentes et généraient de l'anxiété [9]. Une autre étude française auprès de la popula-

tion mixte a cherché à comprendre l'importance et l'impact du jeûne chez les patients diabétiques de confession musulmane. Selon les résultats de l'enquête, les patients sont conscients des risques associés au jeûne en cas de diabète, craignent les complications, mais pour autant suivent le Ramadan en s'adaptant comme ils le peuvent. La majorité d'entre eux ne consultent pas leur médecin avant ou pendant le Ramadan dans le cadre de la prise en charge de leur diabète. Certains craignent de se voir interdire le jeûne et préfèrent en parler avec un médecin du même culte [58].

Outre ces études, la recherche de Bollondi-Pauly & Boegli [40], ayant comme échantillon des patients, visait plutôt à étudier l'efficacité des soins pour le bien-être. Les commentaires relevés ont montré comment des soins prodigués contribuent à soutenir la personne dans la mobilisation de ses ressources et à évoluer dans le processus d'autotranscendance. Selon les auteurs, la difficulté de catégoriser des témoignages des patients illustre les limites d'une vision linéaire du concept de spiritualité défini par différents thèmes adjacents.

Discussion

Pour affiner et mieux distinguer l'état de la recherche empirique infirmière francophone, les obstacles et difficultés auxquels se heurtent les chercheurs sont discutés dans cette partie. Nous cherchons ensuite à contribuer au débat en proposant quelques pistes et recommandations qui peuvent guider les futurs travaux dans le domaine en question.

Synthèse de la recherche francophone sur la spiritualité/religion et le *spiritual care*

La recension des écrits infirmiers sur le *spiritual care* révèle l'état encore précoce de la recherche francophone infirmière, surtout empirique, dans ce domaine. En tout, nous avons pu identifier au cours des vingt dernières années seulement huit études qui ont pour objectif principal d'étudier la spiritualité et le *spiritual care* dans les soins et quatre études sur d'autres sujets mais dans lesquelles quelques résultats en lien avec la spiritualité/religion ont été obtenus. En comparaison, la revue de Pike [60] sur l'état de recherche infirmière sur la spiritualité/*spiritual care* en Grande-Bretagne a recensé 45 publications sorties en cinq ans (2006—2010) parmi lesquelles il y avait onze études empiriques.

Dans ce contexte la généralisation des résultats s'avère donc risquée dans le contexte francophone. D'autant plus qu'elles sont étalées dans le temps et l'espace, avec un nombre limité de participants[6]. Une autre limite importante des études francophones est une certaine homogénéité des populations étudiées. En effet, tous les travaux recensés ont été menés auprès de patients en fin de vie (personnes âgées incluses) ou atteints de maladies graves comme le cancer ou encore sur des infirmiers travaillant avec cette population. Cela laisse à penser que la nécessité de la recherche infirmière francophone sur la spiritualité ne s'est imposée pour l'instant que poussée par le désir d'une meilleure prise en charge de cette population particulière, atteinte de maladies graves et/ou en fin de vie. Ce phénomène n'est pas propre à la francophonie puisque la même tendance se perçoit dans la littérature internationale non francophone ainsi que pour les autres disciplines médicales. Parmi les études que nous avons classées dans la catégorie A-1 (ayant comme objectif principal de traiter la spiritualité/*spiritual care* dans les soins), on n'en trouve aucune portant sur un autre type de population, ou prenant en compte un souci de diversifier ce que l'on nomme aujourd'hui les ''bassins de vie''.

En ce qui concerne les méthodes utilisées, les études sont plutôt variées, avec une légère dominante des démarches descriptive et phénoménologique (catégories A-1 et A-2). Trois seulement ont recours à des instruments de mesures en lien avec la spiritualité. Dans tous ces cas, il s'agit d'outils élaborés initialement en anglais et ensuite traduits en français.

Pour ce qui est des sujets/thèmes, on constate une certaine variété. Une partie des études vise les perceptions de la spiritualité par des infirmiers et d'autres soignants, leurs rôles dans la prise en charge des besoins spirituels des patients, la formation et la pratique de *spiritual care*, la spiritualité propre aux infirmiers et son impact éventuel sur le travail. Presque toutes constatent un manque de formation en sciences infirmières comme obstacle pour l'intégration adéquate du *spiritual care* dans le milieu hospitalier. Une autre partie des études, moins nombreuses, se consacre à la spiritualité des patients et son impact dans les cas de maladies graves ou encore en fin de vie. Malgré cette variété de sujets traités, plusieurs thèmes restent non explorés si l'on compare avec la recherche infirmière internationale. Pour exemple, les questions sur la manière dont le *spiritual care* pourrait être intégré dans les soins infirmiers et dans la formation, les compétences requises des infirmiers pour cette matière, quelles méthodes et pratiques concrètes d'intervention auprès des patients, comment évaluer l'efficacité du *spiritual care* sur le bien-être des malades et bien d'autres questions doivent être posées et explorées dans le contexte francophone.

L'examen des citations a montré que la recherche francophone infirmière est très peu visible au plan international. Sur 48 revues internationales (en anglais et français) que nous avons recensées [1], seules trois d'entre elles ont inclus des études francophones. En ce qui concerne la visibilité des études francophones à l'intérieur du contexte de la francophonie, on constate également un très faible niveau de citations. Parmi les huit études de la catégorie A-1, trois ont été peu citées et quatre ne l'ont pas été du tout.

La provenance géographique des publications établie d'après le rattachement institutionnel des auteurs a montré que les chercheurs en sciences infirmières au Canada sont les plus productifs. La recherche infirmière dans les pays francophones européens a peu d'ampleur sur ce thème, elle est donc encore moins visible. On peut également constater un niveau très faible de coopération internationale. Cela est vrai tant pour la coopération des chercheurs

[6] En tout quatre études au Canada ont inclus 30 patients (20 + 10), 117 infirmiers, 345 étudiants infirmiers ; en France deux études portaient sur 27 + 1 patients et 20 infirmiers ; en Suisse une étude a inclus 117 patients, une deuxième étude-action n'a pas présenté l'information sur le nombre de personnes interrogées.

francophones avec des chercheurs non-francophones que pour la coopération à l'intérieur des pays francophones.

Obstacles et difficultés de la recherche infirmière francophone : éléments d'analyse

La conjonction de plusieurs facteurs explicatifs, mis ici en évidence, pourrait aider à mieux saisir un retard bien perceptible par rapport à la recherche anglo-saxonne. Ces pistes, esquissées ci-dessous, mériteraient une analyse plus approfondie [1].

Pistes émanant du contexte religieux/spirituel des zones culturelles

Ces dernières décennies, la sécularisation accélérée des institutions de formation et de soins suite au déclin de la vie religieuse hospitalière a impacté l'intégration de la spiritualité, autant dans les cursus de formation infirmière que dans la pratique du prendre soin. Les références au spirituel/religieux portées explicitement par les enseignants et soignants religieux s'estompent au rythme de ce déclin. La culture de la recherche a été inversement proportionnelle à cette diminution : sa pleine expansion coïncide avec le déclin de la vie religieuse hospitalière. La professionnalisation des soins infirmiers a été directement symbolisée par l'effacement de la culture religieuse au profit d'un apprentissage par compétence, n'intégrant pas ou très rarement les compétences au *spiritual care*. Le défaut d'explicitation de l'articulation entre religion et spiritualité a contribué à cette distanciation, ainsi que le besoin de s'affirmer de la part des sciences infirmières face au pouvoir médical et religieux. Les références spirituelles/religieuses renvoient à une origine dont la plupart des représentants des sciences infirmières veulent se distancier pour accéder à une reconnaissance basée sur un savoir propre établi dans l'*evidence-based nursing*. Actuellement en Europe francophone, très rares sont les institutions de formation et de soins *faith-based*, à la différence de l'Amérique du Nord, par exemple. Cependant l'émergence de référentiels de compétences en *spiritual care* pour les soins infirmiers, basés sur une clarification de la distinction et de l'articulation entre spiritualité et religion, permet une légitimité renouvelée de cette thématique, ce qui favorise la recherche dans ce domaine.

Le régime de laïcité national (avec ses variations locales, et interprétations au sein des institutions) influence également la production de la recherche. Une laïcité *inhibitrice* [61,62] (ou dite ''d'interdiction''), contrairement à une laïcité *émancipatrice* (ou dite ''de non-interdiction''), agirait comme une neutralisation du religieux/spirituel dans l'espace de soins, de formation et de recherche. Cette neutralisation peut aller jusqu'au ''sujet tabou'', lorsqu'il y a, dans les représentations, superposition entre religieux et spirituel. Il est intéressant de noter qu'en France et en Belgique par exemple, mais plus largement en Europe occidentale, la tendance va vers une laïcité inhibitrice [63]. Nous pouvons supposer que cette tendance à la neutralisation, dans les pays où le régime de laïcité est de type inhibiteur, peut influencer l'espace de parole entre collègues soignants ou entre étudiants et enseignants. Ainsi ce type de laïcité découragerait un chercheur à aborder aisément les thématiques religieuses et/ou spirituelles. À nouveau, là où la distinction et l'articulation entre ''religieux'' et ''spirituel'' est clarifiée, l'abord des thèmes spirituels est facilité et permet une impulsion pour la recherche.

D'un point de vue intrapersonnel, l'influence de sa propre spiritualité/religion dans la motivation des choix de recherche est un facteur explicatif potentiel à considérer. Or la proportion de personnes se disant religieuses, areligieuses ou distanciées est sensiblement différente entre les pays anglo-saxons et les pays francophones occidentaux [64]. Nous pourrions en déduire que ce facteur pourrait être potentiellement déterminant, bien qu'il n'ait pas été étudié à notre connaissance dans le milieu de la recherche en sciences infirmière en francophonie. Une étude descriptive quantitative transversale ($n = 345$) sur la représentation de la propre spiritualité dans la population d'étudiants en soins infirmiers au Québec en 2015 offre un aperçu de leur conception de la spiritualité [12], une conception dite ''contemporaine'' de la spiritualité.

Enfin une autre hypothèse pourrait être avancée. Il existe un discours et une recherche infirmière plus importante dans les pays francophones, ou plus largement européens, sur des sujets avoisinants, comme les besoins existentiels des patients et leur prise en charge, ou encore l'approche humaniste dans les soins. Les écoles de psychanalyse, particulièrement présentes en France, ont pu avoir une certaine influence attribuant à l'existentiel et à la psyché le champ du spirituel. La réduction du spirituel à l'existentiel n'est sans doute pas indépendante d'un Occident en sécularisation.

Pistes liées au contexte général de la recherche et de l'enseignement en soins infirmiers

Le déficit de cursus universitaires en sciences infirmières restreint la production de master de recherche, tremplin à un apprentissage à la recherche en soins infirmiers et à des travaux de recherches de niveau thèse de doctorat. En Europe francophone[7], ces cursus universitaires font majoritairement défaut[8]. L'absence de cadre académique universitaire en termes de financement et de savoir-faire diminue de fait les possibilités de rencontres entre chercheurs (colloques et séminaires de recherche). Cela peut aussi expliquer l'absence ou le peu de coopération internationale entre auteurs issus de la francophonie. C'est aussi bien vrai pour la coopération avec d'autres pays non-francophones que pour la coopération à l'intérieur des pays francophones. Seule une publication à caractère conceptuel

[7] En France, en 2018, seize universités proposaient un master en sciences infirmières. Ces cursus sont moins orientés vers la pratique du rôle autonome infirmier que pour les ''pratiques avancées'' (les paramédicaux qui sont amenés à pratiquer, dans un cadre dérogatoire, des actes spécifiques délégués par le pouvoir médical après un tel cursus). D'autres parcours de niveau master sont possibles en gestion/management des soins.

[8] Cf la Déclaration de Genève du 22.5.2012 du SIDIIEF, appelant les gouvernements des pays de la francophonie à instaurer un système d'enseignement universitaire couvrant les 1er, 2e et 3e cycles d'études en sciences infirmières [65].

a été effectuée par une équipe composée de chercheurs provenant de deux pays francophones.

Le manque de promoteurs aptes à accompagner des travaux sur le thème de la spiritualité/*spiritual care* va de pair avec le manque de formation de niveau universitaire. Rares sont les promoteurs qui ont la formation requise, celle-ci n'existant pas dans le domaine des sciences infirmières à l'heure actuelle. Ceci explique pourquoi ce ne sont que des personnes au parcours atypique en soins infirmiers, ayant étudié les sciences religieuses ou la théologie par exemple, qui sont reconnues dans ce domaine. Partiellement liée à ce défaut d'insertion au niveau universitaire, la difficulté de trouver des sources de financements freine la recherche sur le thème de la spiritualité/*spiritual care*. En effet, très rares sont les appels d'offre ou les fondations qui permettraient ou inciteraient ces travaux de recherches.

Pour toutes ces pistes, on retiendra la spécificité des chercheurs travaillant dans un contexte canadien québécois, qui montrent plus de productivité dans la recherche sur la spiritualité que les chercheurs issus du reste de la francophonie. La proximité avec la tradition scientifique nord-américaine dans le domaine des soins infirmiers et de la spiritualité, ainsi que le fait que le Canada propose tous ses cursus de formation en soins infirmiers en milieux universitaires (et pas seulement les cursus pour les pratiques avancées), pourrait expliquer une part du différentiel entre Canada francophone et Europe francophone.

Recommandations

Dans cette dernière partie nous proposons quelques recommandations qui peuvent guider la recherche future en sciences infirmières dans le domaine de la spiritualité.

Donner voix à la littérature francophone existante

Afin de faire évoluer la recherche infirmière francophone, sa visibilité et sa qualité, les chercheurs francophones pourraient davantage rendre compte de la littérature scientifique francophone existante dans les soins infirmiers (en particulier en citant les études de leurs collègues). Ceci favoriserait la visibilité de ce travail scientifique au niveau international, et permettrait également l'élaboration d'une meilleure connaissance, au sein de la francophonie, des études et démarches scientifiques pertinentes aux contextes francophones, tenant alors compte d'aspects sociaux, culturels et historiques particuliers. La communauté scientifique infirmière doit penser et entreprendre des mesures complémentaires pour la diffusion et l'évolution des connaissances et des pratiques infirmières locales dans le domaine des soins spirituels.

Décloisonner la francophonie en son sein

Les études francophones publiées se cantonnent fortement à une certaine circonscription francophone, c'est-à-dire, la France, la Suisse, le Canada et la Belgique francophones. Il serait souhaitable d'encourager la coopération internationale intrafrancophonie non limitée à l'Occident.

En étudiant et comparant, dans divers contextes plus largement, le lien possible entre la santé et la spiritualité/religion, nous pourrions disposer ensuite de meilleures pistes de prise en charge de patients issus de l'immigration.

Faire des études à large échelle et développer la sensibilité culturelle

Il serait utile de favoriser des études internationales à large échelle, avec des pays francophones et non-francophones. Cela pourrait avoir un impact positif sur l'évolution de la recherche infirmière dans le domaine de *spiritual care*. De plus, des projets pilotes d'intervention clinique incluant la prise en compte de la spiritualité pourraient être mis en place. Dans les interventions infirmières à domicile, par exemple, on peut aisément penser à l'outil d'évaluation interRAI (*Resident Assessment Instrument*), pour lequel il existe une volonté de standardisation au niveau international qui permet une base commune et des micro-ajustements spécifiques à la réalité du terrain local. Ce socle commun rend justement possible la mise en évidence des variations culturelles (par exemple habitus social, pratiques infirmières, système de soins). Dans le cas qui nous occupe, ceci pourrait s'envisager en tenant compte de l'acculturation ''locale'' du concept de la spiritualité et des pratiques au sein desquelles se déploie explicitement un *spiritual care*.

Encourager l'interdisciplinarité

Il s'agirait d'encourager une telle collaboration non seulement avec les disciplines médicales et paramédicales, mais avec les sciences sociales et les sciences des religions, ce qui permettrait de faire avancer la recherche — notamment infirmière — en bénéficiant de points de vue multiples. Une telle recherche est effectivement peu représentée dans la présente revue de littérature. S'inspirant des thèmes existants dans la recherche infirmière internationale, les chercheurs en sciences infirmières issus de la francophonie devraient élargir et diversifier le champ de leur questionnement et permettre l'identification des macro- et des micro-facteurs sociaux et culturels facilitant ou freinant l'ouverture du milieu hospitalier et des milieux de soins aux questions liées à la spiritualité.

Diversifier les populations à étudier

La diversification des populations à étudier se révèle cruciale pour avoir une meilleure connaissance sur le lien entre la spiritualité/religion et la santé. Ainsi, des études de patients avec des pathologies plus variées (addictologie, néonatologie, patients souffrants d'insuffisance rénale, etc.) et le croisement des points de vue de plusieurs acteurs d'un même dispositif de soins (médecins, soignants, psychologues, accompagnants spirituels/aumôniers) sont nécessaires pour poursuivre cet objectif. De plus, il apparaît nécessaire de mener des recherches en lien avec les stades d'évolution de la maladie : de la promotion de la santé à la prévention, en passant par l'annonce d'un diagnostic (bonne et mauvaise nouvelle) et la compliance/refus de soins, jusqu'à l'accompagnement en fin de vie. Ceci permettrait de décloisonner la recherche de la maladie grave

et de la fin de vie aux autres phases de la vie/maladie (rétablissement, maladie chronique, etc.).

Développer des outils d'évaluation de spiritualité/*spiritual care*

Il faudrait envisager le développement de divers outils et des mesures en lien avec le domaine de spiritualité/*spiritual care* adaptés aux divers contextes francophones. À nouveau, une collaboration avec les sciences sociales et les sciences des religions pour ces élaborations pourrait être davantage encouragée. Pour exemple, la recherche en ethnopsychiatrie montre comment les concepts de l'être humain, de la maladie et de la mort, la vision globale du monde sont très variés. La distance conceptuelle peut être très grande entre pays occidentaux et non-occidentaux. De tels échanges permettraient sans doute de mieux la prendre en compte.

Promouvoir la formation à la recherche et le financement de la recherche

À ce niveau, une recommandation majeure viserait l'inclusion du *spiritual care* dans les cursus universitaires de 1er, 2e et 3e cycles en sciences infirmières sur l'ensemble de la francophonie, ainsi que proposer des compétences cadres incluant le *spiritual care*. Ces démarches permettraient l'accès à l'enseignement de niveau supérieur pour ce thème et particulièrement aux méthodes pour la recherche en *spiritual care*, mais aussi plus de financements et des rencontres entre chercheurs.

Conclusion

De nos jours, les connaissances issues de la recherche sur la spiritualité et le *spiritual care* dans le cadre des soins infirmiers sont construites principalement sur la base d'études faites dans un contexte religieux très différent, en l'occurrence basé sur des appartenances religieuses beaucoup plus fortes comme c'est le cas aux États-Unis. Cependant, la spiritualité s'inscrit dans des contextes social, culturel et historique larges ; par conséquent, sa prise en compte dans les soins doit être adaptée. Ainsi, le transfert simple et direct des résultats des recherches menées aux États-Unis sur une population majoritairement croyante, religieuse, à des contextes francophones plus laïcisés ou séculiers, s'avère improbable et incorrect. Les concepts et les modèles de spiritualité et soins spirituels, les outils d'évaluation de ces dimensions doivent être adaptés en fonction, d'une part, des pratiques existantes dans un contexte spécifique de soins et, d'autre part, des recherches menées dans le contexte précis d'une société donnée, d'une population donnée.

La présente revue de littérature révèle l'état encore précoce de la recherche en francophonie bien qu'on observe un intérêt émergent dans ce domaine qui peut être constaté grâce à une légère augmentation des écrits infirmiers, principalement sous forme de guides et de recommandations pratiques, publiés dans les revues adressées aux professionnels du terrain[9]. La présente revue a révélé également la prépondérance de la recherche effectuée dans les domaines des soins palliatifs et de l'oncologie. Il n'est pas étonnant que dans ce contexte les infirmiers cherchent davantage à comprendre comment diminuer les souffrances des patients et améliorer la prise en charge de leurs besoins. Mais ce biais d'échantillonnage peut entraver la reconnaissance des besoins spirituels chez d'autres types de malades. De plus, la spiritualité et le modèle de soins spirituels sont conceptualisés uniquement à partir de cette population minoritaire. On pourrait en déduire un focus plus important, dans les sciences infirmières traitant de spiritualité, mis sur l'amélioration de la qualité de vie plutôt que sur l'espérance de vie. Il restera encore à examiner si cela est spécifique à cet objet de recherche (la spiritualité) ou encore ce champ de recherche (les sciences infirmières). Force est de constater que la promotion de la santé[10] est quasi absente de ces recherches. Pourtant les théoriciens de soins de référence et particulièrement ceux des milieux francophones comme Collière [68] appuient l'essentiel du rôle autonome infirmier sur ce domaine des soins infirmiers. La promotion de la santé y est considérée très étroitement en lien avec la spiritualité à l'œuvre dans les dynamiques de promotion de la vie.

Sources de financement

Réseau santé, soins et spiritualités—RESSPIR, Institut de recherche pluridisciplinaire religions, spiritualités, cultures et sociétés, UCLouvain, Louvain-La-Neuve, Belgique

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] Dandarova-Robert Z, Dessart G, Brandt P-Y. Recherche francophone et internationale sur la spiritualité et le spiritual care dans les soins infirmiers. Revue de littérature. Rapport pour Réseau santé,. In: soins et spiritualités. Lausanne: Université de Lausanne; 2020, https://resspir.org/revue-systematique-litterature.

[2] Comment en parler en français? Des concepts pour des contextes. In: Spiritual Care I. Réseau santé, soins et spiritualité. Montpellier: Sauramps Medical; 2019.

[9] Une des explications possibles est que les manuels anglo-saxons ont intégré antérieurement ces notions, et que leur consultation est de plus en plus généralisée par les francophones. Pour un relevé précis de la manière de mentionner la spiritualité dans les manuels de soins infirmiers, voir Jobin [66].

[10] ''La promotion de la santé permet aux gens d'améliorer la maîtrise de leur propre santé. Elle couvre une vaste gamme d'interventions sociale et environnementale conçues pour favoriser et protéger la santé et la qualité de vie au niveau individuel en luttant contre les principales causes de la mauvaise santé, notamment par la prévention, et en ne s'intéressant pas seulement au traitement et à la guérison.'' Déclaration de l'OMS, 9e Conférence mondiale sur la promotion de la santé de Shanghaï en 2016 [67].

[3] Rumbold B. 26 Models of Spiritual Care. In: Cobb MR, Puchalski CM, Rumbold B, editors. Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare. Oxford: Oxford University Press; 2012. p. 177—84.
[4] Rochat E. Modèle d'évaluation de la détresse spirituelle: une appréciation théologique [Thèse doctorale]. Lausanne: Université de Lausanne; 2017, https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_466B4EC27D5B.P001/REF.pdf.
[5] Weathers E, McCarthy G, Coffey A. Concept analysis of spirituality: an evolutionary approach: Spirituality concept analysis. Nurs Forum 2016;51(2):79—96.
[6] Emblen JD. Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature. J Prof Nurs 1992;8(1):41—7.
[7] Silberman I. Religion as a meaning system: implications for the new millennium. J Soc Issues 2005;61(4):641—63.
[8] Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. J Clin Psychol 2000;56(4):519—43.
[9] Kohler C. Le diagnostic infirmier de ''détresse spirituelle''. Une réévaluation nécessaire. Rech Soins Infirm 1999;1(56):12—72.
[10] Furstenberg C. La clé des soins relationnels: la sollicitude en chemin au domicile. Rech Soins Infirm 2011;4(107):76—82.
[11] Desmedt M, Dujeu V. Soins palliatifs et spiritualité: le regard d'un médecin et d'une infirmière. Med Palliat 2007;6(3):207—10.
[12] Martinez A, Legault A. Description des conceptions de la spiritualité et des perceptions du rôle de l'infirmière chez les étudiantes en sciences infirmières quant à la prise en compte de la dimension spirituelle du patient. Rech Soins Infirm 2016;4(127):91—103.
[13] Buchter S, Fontaine M, Piguet C. Du besoin au désir. La dimension spirituelle dans les soins infirmiers. Le point de vue des infirmiers. In: Jacquemin D. Besoins spirituels. Soins, désirs, résponsabilités. Namur: Lumen Vitae; 2016. p. 33—47.
[14] Réseau santé, soins et spiritualités. Entretien avec Etienne Gourdin. In: Réseau santé, soins et spiritualité. In: Spiritual care II. La parole aux professionnels sur le terrain. Montpellier: Sauramps Medical; 2018. p. 17—54.
[15] Jacquemin D. Spiritualité: il est question de soigner. Ethica Clinica 2006;1(44):19—28.
[16] Piguet C. La formation des infirmières à la dimension spirituelle dans les soins. In: Réseau santé, soins et spiritualité. In: Spiritual care I. Comment en parler en français? Des concepts pour des contextes. Montpellier: Sauramps Medical; 2018. p. 47—59.
[17] Pépin J, Cara C. La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières. Théologiques 2001;9(12):33—46.
[18] Vonarx N, Lavoie M. Soins infirmiers et spiritualité: d'une démarche systématique à l'accueil d'une expérience. Rev Int Soins Palliatifs 2011;26(4):313—9.
[19] Gaillard Desmedt S, Shaha M. La place de la spiritualité dans les soins infirmiers: une revue de littérature. Rech Soins Infirm 2013;4(15):19—35.
[20] Lord-Gauthier J, de Montigny F, St-Arneault K, Verdon C, Castanheira Nascimento L. La spiritualité et la religion dans la pratique infirmière. Cahier de recherché no5. Gatineau, QC: CERIF/UQO; 2013.
[21] Vachon M, Fillion L, Achille M. A conceptual analysis of spirituality at the end of life. J Palliat Med 2009;12(1):53—9.
[22] Abraham S. La relation de soin en fin de vie. Accompagner la quête de sens des patients. Paris: Seli Arslan; 2015.
[23] De Romanet R. La mort est une affaire spirituelle. Une infirmière en soins palliatifs. Paris: Salvator; 2015.
[24] Ledogar D. Au chevet des malades. Guide. Paris: Presses de la renaissance; 2003.
[25] Noto-Migliorino RE. L'infirmier face à la détresse spirituelle du patient. Outils pour un accompagnement réussi. Issy-les-Moulineeaux: Elsevier Masson; 2014.
[26] Desbiens JF, Fillion L. Favoriser le bien-être spirituel. In: Potter PA, Perry AG, Dallaire C, Le May S, Stockert PA, Hall AM, editors. Soins infirmiers. Fondements généraux. 4e éd. Montréal: Chenelière Éducation; 2016. p. 360—77.
[27] Herve-Desirat E. Spiritualité. In: Formarier M, Jovic L, editors. Les concepts en sciences infirmières. 2e éd. Toulouse: Association de recherche en soins infirmiers; 2012. p. 288—91.
[28] Aguilar M. Regard bouddhiste sur la santé et les soins. Soins 2015;60(799):46—7.
[29] Bollondi Pauly C. L'infirmière et l'accompagnement spirituel. Revue de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs 2005;02:30—2.
[30] Danan JL, Camerling AG. Laïcité, judaïsme et soins. Soins 2015;60(799):48—50.
[31] Debout C. Impact de la pratique religieuse sur la stratégie d'adaptation de la personne malade. Soins 2015;60(799):35—9.
[32] De Robert S, Pailly L, Villard ML. Approche globale d'un patient en fin de vie. InfoKara 2005;20(4):129—33.
[33] Grassin M, Debout C. Laïcité, religions et pratiques soignantes. Soins 2015;(799):21—57.
[34] Grimbert A, Jacornet L, Pisias L, Wanquet-Thibault P. Le principe de laïcité en établissement de santé, rôle du cadre de santé. Soin 2015;60(799):51—4.
[35] Lecointre B. Soins infirmiers à domicile et laïcité. Rev Infirm 2015;64(216):34—6.
[36] Maroudy D. Le soin, entre laïcité et religion. Soins 2016;61(810):1.
[37] Poletti R. Soins infirmiers et besoins de spiritualité. Rev Infirm 2011;60(173):29—33.
[38] Cossette R, Pepin J. Vieillir et croître à travers les déclins, un défi spirituel avant tout. Théologiques 2001;9(2):47—67.
[39] Vonarx N. Cancer patients and spiritual experiences: redefining the self through initiatory ordeals. Palliati Support Care 2015;13(1):27—40.
[40] Bollondi-Pauly C, Boegli M. Les bénéfices du Toucher-Massage: lien avec la spiritualité. Rev Int Soins Palliatifs 2016;31(4):157—62.
[41] Matter Puons GM, Flückiger V, Meier HR, Pralong G. La spiritualité dans la pratique infirmière: une démarche. Rev Int Soins Palliatifs 2018;33(3):153—6.
[42] Pujol N, Gueneau-Peureux D, Beloucif S. La question spirituelle dans le contexte de la maladie grave. Laennec 2016;4:6—18.
[43] Desbiens JF, Fillion L. Coping strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses. Int J Palliat Nurs 2007;13(6):291—300.
[44] Caldeira S, Carvalho EC, Vieira M. Spiritual distress—proposing a new definition and defining characteristics. Int J Nurs Knowl 2013;24(2):77—84.
[45] Martins H, Romeiro J, Caldeira S. Spirituality in nursing: an overview of research methods. Religions 2017;8(10):226.
[46] Cockell N, McSherry W. Spiritual care in nursing: an overview of published international research. J Nurs Manag 2012;20(8):958—69.
[47] Anchisi A. Vieillir au couvent, de l'habit au linge. Fil de trame et fil de chaîne. Ethnographiques.org. no35; 2017.
[48] Amiotte-Suchet L, Anchisi A. Quand les religieuses vieillissent en territoire séculier: la vie communautaire à l'épreuve de l'âge. Lien Soc et Politiques 2017;79:73—92.
[49] Anchisi A, Amiotte-Suchet L. Un face-à-face étrangement proche. Soins infirmiers 2018;9:62—5.
[50] Anchisi A, Amiotte-Suchet L. Vivre dans une communauté de religieuses. Des solidarités revisitées à l'aune de la vieillesse. Nouv Quest Fém 2018;37(1):52—67.
[51] Bécherraz M. Significations des expériences de réconfort en santé mentale. Comparaison du réconfort vécu en soins généraux et en soins psychiatriques (Deuxième partie). Rech Soins Infirm 2005;1(80):49—58.
[52] Hugenschmitt D, Allonneau A, Cesareo E, Gueugniaud PY, Lefort H. Réflexions autour du décès en préhospitalier. Soins 2017;62(821):21—5.

[53] Guay D, Michaud C, Mathieu L. De ''bons soins'' palliatifs aux soins intensifs: une perspective infirmière. Reche Soins Infirm 2011;2(105):31—43.
[54] Bajus F. La connaissance des rites mortuaires en services de soins: un enjeu éthique. Éthique & Santé 2006;3(4):214—20.
[55] Kabengele Mpinga E, Chastonay P, Pellissier F, Salvi M, Bondolfi A, Rapin CH. La ''bonne mort'': perceptions des professionnels de soins en suisse romande. Rech Soins Infirm 2005;1(80):4—11.
[56] Caudullo C, Mathiot A, Sarradon-Eck A. De la difficulté à faire exister une unité de soins spirituels dans un hôpital universitaire français. Sci Soc Santé 2016;34(1):5—30.
[57] Cuniah M, Bailly N, Bréchon G. Regards des professionnels de santé en soins palliatifs sur la spiritualité: une étude qualitative. Rev Int Soins Palliatifs 2019;34(1):5—10.
[58] Smaoui N, Collin JF, Durain-Siefert D, et al. Diabète et jeûne de Ramadan: représentations et pratiques de patients et de professionnels de santé. Educ Ther Patient 2013;5(2):199—211.
[59] Bayet-Papin B, Héritier C. La souffrance des médecins, des infirmières et des aides soignantes dans l'accompagnement de fin de vie à l'hôpital. InfoKara 2006;21(1):35—6.
[60] Pike J. Spirituality in nursing: a systematic review of the literature from 2006-10. Br J Nurs 2011;20(12):743—9.
[61] Delgrange X, Lerouxel H. L'accommodement raisonnable, bouc émissaire d'une laïcité inhibitrice en Belgique. In: Bribosia ER, editor. L'accommodement de la diversité religieuse. Bruxelles: Peter Lang; 2015. p. 203—86.
[62] Baubérot J. Les 7 laïcités françaises. Paris: Maison des Sciences de l'Homme; 2015.
[63] Baubérot J. Du convivialisme comme volonté et comme espérance. Revue du MAUSS 2014;43:191—202.
[64] Stolz J, Könemann J, Scneuwly Purdie M, Englberger T, Krüggeler M. Religion et spiritualité à l'ère de l'Ego. Genève: Labor et Fides; 2013.
[65] Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone. Déclaration en faveur de la formation universitaire pour les infirmières et infirmiers de l'espace francophone. Adoptée à l'Assemblée générale du SIDIIEF du 22 mai 2012. https://sidiief.org/wp-content/uploads/2019/09/Declaration-Geneve-FR.pdf.
[66] Jobin G. Des religions à la spiritualité. Une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital. Namur: Lumen Vitae; 2016.
[67] Organisation mondiale de la santé. Neuvième Conférence mondiale sur la promotion de la santé. In: Promotion de la santé et objectifs de développement durable. Shanghaï; 2016.
[68] Collière MF. Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers. Paris: InterEditions; 1996.