

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires  
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : "Approche méthodologique d'une  
étude multicentrique de la correspondance entre les compétences des  
infirmiers et les besoins spirituels des patients hospitalisés aux soins intensifs.  
Perspectives préparatoires"**

**Auteur :** Chevalier, Amaryllis

**Promoteur(s) :** Servotte, Jean-Christophe; 9100

**Faculté :** Faculté de Médecine

**Diplôme :** Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en pratiques avancées en sciences infirmières

**Année académique :** 2019-2020

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/10011>

---

*Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

**APPROCHE METHODOLOGIQUE D'UNE ETUDE MULTICENTRIQUE  
D'UNE CORRESPONDANCE ENTRE LES COMPETENCES DES INFIRMIERS  
ET LES BESOINS SPIRITUELS DES PATIENTS HOSPITALISES AUX SOINS  
INTENSIFS  
PERSPECTIVES PREPARATOIRES**

Mémoire présenté par **Amaryllis CHEVALIER**  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences de la Santé publique  
Finalité spécialisée en « Pratiques Avancées en Science Infirmière »  
Année académique 2019 - 2020



**APPROCHE METHODOLOGIQUE D'UNE ETUDE MULTICENTRIQUE  
D'UNE CORRESPONDANCE ENTRE LES COMPETENCES DES INFIRMIERS  
ET LES BESOINS SPIRITUELS DES PATIENTS HOSPITALISES AUX SOINS  
INTENSIFS  
PERSPECTIVES PREPARATOIRES**

Mémoire présenté par **Amaryllis CHEVALIER**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en « Pratiques Avancées en Science Infirmière »

Année académique 2019 – 2020

Promoteur : Jean-Christophe SERVOTTE

Co-Promoteur : Dominique JACQUEMIN

## **Remerciements**

*Ce mémoire est l'aboutissement de deux années enrichissantes, épanouissantes et intenses de Master en Sciences de la Santé Publique à finalité Pratiques Avancées en Science Infirmière. Je tiens, dès lors, à remercier toutes les personnes qui ont contribué à ce parcours.*

*Tout d'abord, je remercie mon promoteur de mémoire, Monsieur Jean-Christophe Servotte, et mon co-promoteur, Monsieur Dominique Jacquemin, de m'avoir proposé ce sujet pour lequel j'ai eu un vif intérêt suite à mon parcours professionnel ; mais aussi pour leurs qualités en termes de disponibilité, de conseils, de soutien, de bienveillance tout au long de ce travail.*

*Dans le cadre de ma finalité « Pratiques Avancées en Science Infirmière », je remercie, en particulier, Madame Jacinthe Dancot et Madame Nadine Jacqmin pour le partage de leurs expertises et leurs encouragements tout au long de ce master.*

*Ensuite, ces remerciements s'adressent à mes enfants, Hector, Théophile et Sixtine, qui, malgré les difficultés que cela engendrait, ont été patients et m'ont encouragé par des petites marques d'attention personnelles.*

*Puis, je remercie, tout particulièrement, mon mari, Olivier, pour son amour, son soutien, sa patience, son aide, sa présence à mes côtés, sa contribution par les relectures de ce travail. Sans lui, rien de tout cela n'aurait pu se réaliser.*

*Je remercie, également, ma famille et belle famille qui, de près ou de loin, ont contribué à ce travail.*

*Une pensée émue va pour ma grand-mère décédée pendant cette période difficile de confinement de la COVID 19 et qui aurait été fière de cet aboutissement.*

*Enfin, le Master, c'est aussi faire de belles rencontres : Merci Charlotte, Christelle, Caroline, Rose-Hélène, ... pour votre amitié inconditionnelle.*

## **Table des matières**

<b>1. Préambule</b>	<b>1</b>
<b>2. Introduction</b>	<b>3</b>
Le temps du changement de paradigme	3
Existe-t-il une définition de la spiritualité ?	3
Les besoins spirituels des patients	5
Dans les unités de soins intensifs	6
Le <i>spiritual care</i>	7
Les compétences des infirmiers en <i>spiritual care</i>	10
Le cadre conceptuel : Le « <i>Synergy Model</i> »	12
La question de recherche, les objectifs et l'hypothèse	13
<b>3. Matériels et méthodes</b>	<b>14</b>
3.1. Type d'étude	15
3.2. Populations étudiées	15
3.3. Paramètres étudiés et outils de collecte des données	17
3.4. Organisation de la collecte des données	19
3.5. Planification de la collecte des données	20
3.6. Traitement des données et méthodes d'analyses	21
3.7. Contrôles qualité	23
3.8. Composition de l'équipe de recherche	24
3.9. Promoteurs de l'étude et origine du financement de l'étude	25
3.10. Aspects réglementaires	25
3.10.1. Comité d'Éthique	25
3.10.2. Vie privée et protection des données	26
3.10.3. Information et consentement	26
3.10.4. Assurance	27
<b>4. Résultats préliminaires</b>	<b>27</b>

<b>5. Analyse critique du projet et discussion</b>	28
5.1. Le questionnaire sur les besoins psychosociaux et spirituels – <i>Spiritual Needs Questionnaire</i> (SpNQ).....	28
5.2. Le questionnaire sur les compétences en <i>spiritual care</i> – <i>Spiritual Care Competence Questionnaire</i> (SCCQ).....	29
5.3. Le biais spécifique à la population patient.....	30
5.4. Les biais spécifiques à la population infirmière .....	30
5.5. Les biais communs aux deux populations.....	31
5.6. L'échantillonnage.....	32
5.7. L'étude multicentrique.....	33
5.8. Le Comité d'Éthique.....	34
5.9. Les analyses statistiques .....	34
5.10. Le « <i>Synergy Model</i> » .....	36
5.11. L'intérêt scientifique en matière de Santé Publique et perspectives .....	36
<b>6. Conclusion</b> .....	38
<b>7. Bibliographie</b> .....	39
<b>8. Annexes</b> .....	49
8.1. Le « <i>Synergy Model</i> » .....	49
8.2. La CAM « <i>Confusion Assessment Method</i> » .....	50
8.3. La CAM-ICU « <i>Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit</i> » .....	50
8.4. Le questionnaire à l'attention du patient .....	51
8.5. Le questionnaire à l'attention de l'infirmier .....	54
8.6. Le formulaire d'information à l'attention du personnel infirmier des USI.....	58
8.7. Le formulaire de consentement éclairé à l'attention du personnel infirmier des USI....	61
8.8. Le formulaire d'information pour l'utilisation de données à caractère personnel dans le cadre d'un travail de fin d'étude à l'attention du personnel infirmier des USI.....	62
8.9. Le formulaire d'information à l'attention du patient.....	66
8.10. Le formulaire de consentement éclairé à l'attention du patient.....	69
8.11. Le formulaire d'information pour l'utilisation de données à caractère personnel dans le cadre d'un travail de fin d'étude à l'attention du patient.....	70
8.12. Le diagramme de flux.....	74

8.13. Le <i>Code Book</i> patient .....	75
8.14. Le <i>Code Book</i> infirmier .....	78
8.15. Les feuilles Excel « PATIENTS », « INFIRMIERS » et « SPIRITUAL CARE » .....	81
8.16. Les tests statistiques .....	88
8.17. L'analyse canonique .....	91
8.18. Le contrôle qualité des feuilles Excel « PATIENTS », « INFIRMIERS » et « SPIRITUAL CARE » .....	94
8.19. Les réponses et demandes d'avis aux différents Comités d'Éthique .....	101
8.20. La nouvelle demande d'avis au Comité d'Éthique hospitalo-facultaire de Liège .....	116
8.21. Les échanges avec le Professeur Trousselard M. ....	120
8.22. Les échanges avec le Professeur Büssing A. ....	121
8.23. La liste des fichiers déposés sur MatheO .....	122



## Résumé

---

**Introduction :** Suite à un changement de paradigme, conduisant à une prise en soin holistique (corps, esprit, âme) du patient, et malgré une littérature croissante, la spiritualité, trop souvent réduite à la religion, reste un sujet tabou dans les milieux de soins. L'hospitalisation dans les unités de soins intensifs (USI), lieux stressants, extrêmement médicalisés et techniques, peut induire des besoins spirituels, rarement mesurés, chez les patients. Les infirmiers, quant à eux, ne perçoivent pas avoir de compétences en *spiritual care*. Le but de l'étude est de démontrer une correspondance entre les besoins spirituels des patients et les compétences des infirmiers en *spiritual care* dans les USI.

**Matériel et méthode :** L'étude sera multicentrique, prospective non interventionnelle, basée sur un échantillonnage de commodité. Les populations étudiées sont d'une part, les patients, hospitalisés aux USI, non sédatisés et non confus, dont les besoins spirituels seront déterminés par le « *Spiritual Needs Questionnaire* » (SpNQ), et d'autre part, les infirmiers des USI qui répondront au « *Spiritual Care Competence Questionnaire* » (SCCQ). Une analyse multivariée réalisée sur chacune des populations, prises séparément, pourra démontrer une correspondance à l'échelle du groupe, entre besoins spirituels des patients et compétences en *spiritual care* des infirmiers. Des corrélations pourraient être mises en évidence par une analyse canonique régularisée sur les populations liées lors de la collecte des données.

**Analyse critique, intérêts scientifiques et perspectives :** Le « *Synergy Model* », par l'inclusion du spirituel, considère le patient dans son entièreté et guide l'infirmier dans la pratique du *spiritual care* dans les milieux critiques. Lorsque les besoins spirituels des patients et les compétences en *spiritual care* des infirmiers correspondent, les résultats de santé pourraient être optimaux. Cependant, l'étude soulève des biais qui peuvent être un frein aux analyses statistiques et interprétations des résultats. Le *spiritual care* nécessite des formations, élément crucial, pour le développement des compétences des infirmiers. Cette approche méthodologique est une préparation à l'étude multicentrique d'une correspondance entre les compétences des infirmiers et les besoins spirituels des patients hospitalisés aux USI. Les perspectives sont, entre autres, une extension aux autres professionnels de santé et aux proches des patients ; l'influence de la temporalité sur le *spiritual care* et l'approfondissement de l'étude par une démarche qualitative.

---

**Mots clé :** *Spiritual care* / *Synergy Model* / besoins spirituels / compétences / infirmier

## **Abstract**

---

**Introduction:** Following a paradigm shift, leading to a holistic care (body, mind, spirit) of the patient, and despite a growing literature, spirituality, too often reduced to religion, remains a taboo subject in care settings. Hospitalization in intensive care units (ICU), stressful, highly medicalized and technical places, can induce spiritual needs, rarely measured, for inpatients. Nurses, on the other hand, do not perceive that they are competent in spiritual care. The purpose of the study is to demonstrate a match between the patients' spiritual needs and the nurses' competencies in spiritual care in ICUs.

**Material and Method:** The study is multicentric, prospective, non-interventional, based on a convenience sample. The study populations are inpatients in ICUs, non-sedated and unconfused, whose spiritual needs will be determined by the « Spiritual Needs Questionnaire » (SpNQ), and ICU's nurses responding to the « Spiritual Care Competence Questionnaire » (SCCQ). A multivariate analysis conducted on each of the populations, taken separately, will be able to demonstrate a group-wide correspondence between the patients' spiritual needs and the spiritual care competencies of nurses. Correlations could be demonstrated by a regularized canonical analysis on populations linked during data collection.

**Critical analysis, scientific interests and perspectives:** The «Synergy Model», through the inclusion of the spiritual, considers the patient as a whole and guides the nurse in the practice of spiritual care in critical settings. When the patients' spiritual needs and the nurses' spiritual care competencies match, health outcomes may be optimal. However, the study raises biases that may hinder statistical analysis and interpretation of results. Spiritual care requires training, which is crucial for the development of nurses' competencies. This methodological approach is a preparation for the multicentric study of a correspondence between nurses' competencies and inpatients' spiritual needs in ICUs. The perspectives are, among others, an extension to other health professionals and to the families; the influence of temporality of spiritual care and the deepening of the study through a qualitative approach.

---

**Key words:** Spiritual care / Synergy Model / Spiritual needs / competencies / nurse

### **Liste des abréviations**

- AACN : « *American Association of Critical Care Nurses* »
- AC : Analyse Canonique
- ACP : Analyse des Composantes Principales
- $\alpha$  : alpha
- CAM : « *Confusion Assessment Method* »
- CAM – ICU : « *Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit* »
- CCA : « *Canonical Correlation Analysis* »
- CIESP : Certificat Interuniversitaire Européen de Soins Palliatifs
- COVID-19 : « *Coronavirus disease 2019* »
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CHU – UCL : Centre Hospitalier Universitaire de l'Université Catholique de Louvain
- HDR : Habilité à Diriger des Recherches
- HEPN : Haute École de la Province de Namur
- ICU : « *Intensive Care Unit* »
- NA : « *Not Available* »
- NANDA : « *North American Nursing Diagnosis Association* »
- m : moyenne
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PASI : Pratiques Avancées en Science Infirmière
- rCCA : « *regularized Canonical Correlation Analysis* »
- RESSPIR : Réseau Santé, Soins et Spiritualités
- RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données
- RIRESP : Réseau International de Recherche en Éthique-spiritualité et Soins Palliatifs
- SCCQ : « *Spiritual Care Competence Questionnaire* »
- SCCS : « *Spiritual Care Competency Scale* »
- SCGS : « *Spiritual Care-Giving Scale* »
- SD : écart-type
- SpNQ : « *Spiritual Needs Questionnaire* »
- UCL : Université Catholique de Louvain
- ULg : Université de Liège
- USI : Unité de Soins Intensifs

## 1. Préambule

Depuis la fin du 20<sup>ième</sup> siècle, une littérature scientifique croissante indique que la dimension spirituelle ou l'appartenance à une religion n'est pas un phénomène de mode (1) et que cette dimension peut avoir un impact sur l'évolution d'une maladie et de son vécu (2).

Dans la routine quotidienne des hôpitaux, il est courant d'enregistrer dans le dossier l'appartenance religieuse du patient ce qui permet de se rapprocher, d'une certaine manière, du sujet. Mais cette appartenance ne permet pas de tirer des conclusions (3,4) sur son importance dans la vie du patient et n'a peut-être aucun rapport avec un besoin spirituel spécifique (3).

Il est préoccupant de constater que si peu d'attention est accordée à un domaine fondamental et clé de la vie des gens, alors que dans le même temps, la question de l'orientation religieuse est posée à la plupart des patients à leur entrée dans le système de santé (5). Dans une société laïque comme la nôtre, la spiritualité, au sens large, peut même paraître suspecte (6).

La Pratique Avancée en Science Infirmière (PASI), dans le cadre de situations complexes de soins, cherche à prendre en compte l'ensemble des dimensions constitutives de la personne, dont la spiritualité. L'infirmier<sup>1</sup> de pratique avancée agit dans le but de dispenser des soins de qualité, fondés sur des données probantes et avec une vision systémique du soin (de la personne et du système de soins)(7).

Le sujet de ce travail est à l'initiative du professeur Frick E., professeur<sup>2</sup> de *spiritual care* à Munich (Allemagne) et un des auteurs de l'échelle « *Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ)*» (9).

La proposition initiale était : « *Matching between patients' and family members' spiritual needs and professional spiritual competencies in Intensive Care Units (ICU)* ». Elle incluait le questionnaire « *Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ)*»(10), traduit en français, pour la

---

<sup>1</sup> Le terme « infirmier » restera sous sa forme masculine pour éviter une confusion des genres, même si, à l'origine et encore actuellement, la profession est majoritairement féminine.  
Certaines citations de bibliographie seront peut-être masculinisées pour garder une unité dans ce travail.

<sup>2</sup> Le Professeur Frick E. a inauguré, en 2010, la première Chaire de *spiritual care* en Europe, à Munich ((8) p.13)

mesure des besoins spirituels.

Depuis le début, ce sujet est soutenu par, d'une part, Servotte JC., Docteur en Sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège (ULg), et d'autre part, Jacquemin D., Professeur à l'Université Catholique de Louvain (UCL) et membre du réseau RESSPIR (Réseau Santé, Soins et Spiritualités).

Aucune étude entre besoins spirituels et compétences des infirmiers n'a été réalisée à ce jour.

Pour réduire le champ de l'approche, celle-ci a été délibérément réduite aux patients et au personnel infirmier. La limite au professionnel infirmier est liée à ma finalité Pratiques Avancées en Science Infirmière dans le cadre de mon Master en Sciences de la Santé Publique. L'introduction des autres populations (les proches ou autres professionnels de santé) pourra faire l'objet d'études ultérieures.

La recherche sur le sujet proposé a permis d'approfondir mes connaissances en général. Ce Master et ce travail, en particulier, m'ont permis une remise en question sur ma manière de penser. A l'écriture de ces lignes, la pandémie de la COVID-19 reprend vigueur dans notre société, mes (anciens) collègues infirmiers des Unités de Soins Intensifs (USI) sont sur le front. Cette période difficile doit aussi être une source de questionnement sur ce qui est essentiel et permettre à chacun de se recentrer sur soi. Ce sujet engendre un long processus pour (continuer à) se connaître soi-même. Nous montrerons dans les prochaines pages que c'est un point crucial pour la compétence des infirmiers en *spiritual care*.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, évacuons d'abord le défi de la traduction. Le concept de *spiritual care*, venu des États-Unis, s'avère difficile à traduire en français et est un véritable et incontournable problème de fond. « La traduction de *care*, non réductible au mot « soin » en français, est une problématique bien connue dans le milieu soignant. Le terme *care* est utilisé dans le monde francophone dans sa langue originelle pour faire référence au prendre soin « global », comme si le « soin » français ne suffisait pas à exprimer cette « totalité ». » (11). Nous garderons dès lors tout au long de ce travail la version anglophone, plus large, de *spiritual care*.

## **2. Introduction**

### Le temps du changement de paradigme

Actuellement, la médecine est traversée par un vaste mouvement d'humanisation des pratiques soignantes (bioéthique, soins palliatifs, modèle bio-psycho-social,...) (12). En effet, le modèle biomédical a fait place à un modèle bio-psycho-social. Il tient compte des interrelations entre les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la maladie. Ce changement de paradigme entraîne des modifications de la prise en soins du patient dans le sens d'une approche globale du patient (13).

Ainsi, au sein de nos institutions de soins, traduire la globalité de la personne au moyen d'un modèle bio-psycho-social et spirituel fait de plus en plus consensus (2). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, Charte de Bangkok 2005) a également inclus la dimension spirituelle dans sa définition du concept de santé (14). Cela témoigne de la prise en compte de l'importance de la dimension spirituelle dans notre société et du désir que cette dimension soit considérée dans la prise en charge médicale (2).

« C'est à travers ce paradigme holistique, à travers la vision de l'humain comme étant indivisible, « corps-âme-esprit » (Watson J.), que des questionnements sur la façon de comprendre la personne, la santé, la vie/la mort, et le soin surviennent, que la dimension spirituelle de l'humain resurgit »(1).

### Existe-t-il une définition de la spiritualité ?

A ce jour, il n'y a pas de définition commune ou universelle acceptée concernant la spiritualité. Ce terme reste encore fort subjectif (15) et, à la fois, complexe (16).

La pratique infirmière a été longtemps exercée dans un cadre religieux qui intégrait la notion d'âme. Nightingale F., pionnière du nursing moderne, définissait, en 1860, la spiritualité comme le sens d'une présence plus grande que l'humain (sa vision de Dieu) et une conscience d'être lié de l'intérieur à cette réalité plus grande (1). Dès lors, la spiritualité est souvent considérée comme une religion (17). Certes, elle englobe les religions, mais est bien plus que cela (2,6,18,19).

La spiritualité est présente chez tous les individus (20); elle est le noyau le plus profond de la personne (21). Elle est souvent liée à un sentiment de connexion au moment présent, à soi-même, aux autres, à la nature, au significatif et au sacré (18). La religion reste, malgré tout, souvent, un moyen pour le patient (croyant) d'exprimer cette spiritualité (15). Bien que certains expriment leur spiritualité par l'engagement religieux, l'appartenance à une religion n'est pas une exigence ou une assurance d'être spirituel (22,23). En effet, être spirituel n'implique pas nécessairement la même chose qu'être religieux (24).

Des tendances générales se dégagent de ce concept de spiritualité. La dimension universelle de l'homme est le principe qui oriente la vie des individus et lui donne du sens. L'expérience de la transcendance englobe les religions sans s'y réduire. La capacité de l'homme à créer du sens, l'expérience d'harmonie intérieure, l'esprit de compassion, de non-violence, d'amour pour l'humanité sont d'autres tendances. La spiritualité permettrait de vivre une vie simple, en paix et en harmonie et de se connecter à une force qui dépasse l'individu (19,25).

Au niveau des soins de santé, en l'occurrence dans le contexte des soins palliatifs, une définition pratique de la spiritualité a été élaborée. Elle est considérée comme un aspect dynamique et intrinsèque de l'humanité par lequel les personnes recherchent le sens ultime, le but, la transcendance et l'expérience de leurs relations avec soi, la famille, les autres, la communauté, la société, le significatif ou le sacré (25,26). La spiritualité serait, donc, un moyen de ré-humaniser les soins, de faire comprendre que l'homme n'est pas qu'un corps et d'introduire dans le processus thérapeutique une part d'irrationnel qui aurait été évacuée avec les progrès de la science (19).

Pour certains professionnels de santé, il serait rassurant d'avoir plus de clarté concernant une définition de la spiritualité (5,15,27). Malgré ce besoin, à la question « Existe-t-il une définition de la spiritualité ? », la réponse est non. Swinton J. va encore plus loin et considère qu'il n'en faut pas (28,29). Cette définition de la spiritualité en deviendrait alors un facteur limitant (pour le concept de spiritualité et la prise en soins appropriée qui devrait en découler).

Le concept de spiritualité, englobant celui de religion et ne faisant pas appel à une affiliation religieuse particulière, permet à l'infirmier une approche à la fois plus universelle et plus personnelle auprès des individus et des familles soignées (1).

Des recherches ont montré que 45% des patients ont répondu que s'ils tombaient gravement malades, leurs décisions médicales seraient influencées par leurs croyances spirituelles ou religieuses (18,30). Bon nombre de ces mêmes patients estimaient que la prise en compte de celles-ci pourrait améliorer les décisions médicales des soignants (18,26,30–35).

Dans une étude sur 542 patients hospitalisés, Koenig HG. a relevé que 88% des patients considèrent que leurs convictions spirituelles et religieuses sont importantes (18,36).

Il y a donc clairement un besoin d'une prise en compte de cette dimension.

#### Les besoins spirituels des patients

Dans les périodes de crise que provoquent la maladie, l'accident, l'hospitalisation, les patients se posent toutes sortes de questions sur leurs choix, leurs priorités, leurs valeurs, leurs représentations spirituelles et religieuses (2,6).

En particulier, l'hospitalisation est un événement très stressant. Elle est susceptible d'être une période de besoins spirituels particuliers pour de nombreux patients par la recherche d'un nouveau sens et d'un nouveau but dans la vie (37).

Au sein des institutions de soins, le progrès de la technologie et l'émergence des nouvelles sciences sont fortement présents. Ceux-ci, bien que nécessaires, créent un fossé entre les soins du corps et les soins de l'âme (15,38). Les patients, confrontés à un changement dans leur état de santé ou à une maladie avancée, éprouvent un stress spirituel important (18,26,39,40). Dans ce contexte, les besoins spirituels des patients peuvent comprendre, sans toutefois s'y limiter : la perte du rôle, du but et de l'identité personnelle, le sentiment de sécurité, l'établissement de relations, le pardon et la réconciliation, le lâcher prise et l'acceptation, le sens de la vie, l'implication et le contrôle (10,18).

Selon Matray B.(6), « Par le terme de « besoin spirituel », il semble préférable de désigner la manifestation en direction d'autrui, extériorisée sous la forme d'une demande d'aide, de tout le travail intérieur pour lequel la personne gravement malade, se sentant menacée dans



son unité et son intégrité, tente de reconquérir, dans la souffrance, cette unité et cette intégrité. ... Le besoin spirituel du grand malade est comme la partie visible pour autrui du combat intérieur intense qu'il mène – mais ne peut mener seul – contre l'agression de la mort. » Matray B. s'efforce de circonscrire « le » besoin spirituel de l'homme dans le cadre d'une relation (6). Nous y reviendrons plus tard.

À l'heure actuelle, les besoins spirituels des patients sont rarement mesurés (41). En particulier, dans le contexte des soins intensifs, il y a peu de rapports publiés sur les besoins spirituels des patients et des familles par rapport à d'autres milieux de soins (18,42,43).

#### Dans les unités de soins intensifs

Les unités de soins intensifs (USI), de manière générale, accueillent les patients les plus malades et les plus instables ; des patients dont les besoins physiologiques prédominent (44). Ces unités des soins intensifs sont souvent considérées comme des unités solitaires, déshumanisées et dominées par les ressources et les équipements médicaux (18) et dont la surveillance des paramètres vitaux est la pierre angulaire du processus de guérison (38). Par conséquent, les patients et leurs proches peuvent se sentir abandonnés (38). Ils éprouvent souvent de la peur et envisagent la possibilité de mourir (18,20).

Ces unités sont intrinsèquement considérées comme un lieu propice à l'expression de la détresse spirituelle (45). Elle est souvent vécue par ces patients instables, au pronostic vital pouvant être engagé, mais aussi par leurs proches et par le personnel (18,20,46–48). Ces situations soumettent ces personnes au défi de trouver un sens à leur vie et de faire face à la souffrance (38,45,49). La spiritualité est, par conséquent, une ressource voire une solution (41,46,50).

Aux États-Unis, un américain sur cinq décédait dans une unité de soins intensifs ou peu de temps après avoir quitté l'unité, selon une étude rétrospective réalisée en 2004 (51). Une autre étude menée en Amérique du Nord, Europe, Australie et Nouvelle Zélande mentionne un taux de mortalité aux soins intensifs de 8 à 18% (52). Cela souligne l'importance de fournir des soins de fin de vie de qualité aux patients atteints d'une maladie grave (53). Il ne

faut évidemment pas se limiter aux situations de fin de vie. Le *spiritual care* a toute son importance, à tout moment et en tout lieu.

### Le *spiritual care*

L'intérêt du monde des soins pour la question spirituelle est porté par la volonté de subjectiver la relation soignante, c'est-à-dire de rendre les professionnels de soins attentifs à ce qui se joue chez la personne malade bien au-delà du périmètre de la pathologie (12). La médecine vise à guérir, à soulager et à réconforter. La poursuite de ce triple objectif est inscrite par l'intégration récente de la spiritualité dans la recherche biomédicale (19).

Nightingale F. soutenait en 1860 que la spiritualité, intrinsèque à l'être humain, est une ressource essentielle qui comporte un potentiel de guérison (1). Le développement des sciences et de la médecine moderne, et donc du modèle biomédical, a occulté la dimension spirituelle. En 1960, Henderson V., pour son intérêt pour les besoins humains et le développement des personnes, a proposé à l'infirmier la mission sociale de conserver ou rétablir l'indépendance de la personne de sorte qu'elle puisse satisfaire elle-même ses besoins fondamentaux dont le besoin d'agir selon ses croyances spirituelles. Beaucoup de théoriciennes infirmières ont, également, repris le concept de spiritualité tout en gardant à l'esprit la notion de l'être humain comme un tout unitaire et indivisible (1).

En effet, au cours des dernières décennies et partout dans le monde, le *spiritual care* intégré dans les soins infirmiers a suscité un intérêt croissant. Les organismes professionnels de soins infirmiers ont proposé la spiritualité et le *spiritual care* comme faisant partie intégrante des soins infirmiers holistiques ((17), *International Council of Nurses*, 2003 dans (54)). Aussi, la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) a créé deux diagnostics infirmiers spécifiques liés aux besoins spirituels : la détresse spirituelle et la volonté d'améliorer le bien-être spirituel (41).

Cependant, fréquemment, les besoins spirituels des patients et des familles sont relayés à un aumônier car il est considéré comme plus qualifié (17,20,38,47,54,55). De leur côté, les patients sont généralement soulagés de pouvoir en parler avec une personne dont la tâche est justement de s'intéresser à ces questions (41,56) et qui a les compétences pour le faire :

85,8% des patients d'une étude suisse ont accepté l'offre de soutien spirituel faite par un aumônier (2,57).

Les aumôniers, traditionnellement responsables du soutien spirituel et religieux, appelés aujourd'hui accompagnants spirituels, ce qui implique plus d'interculturalité, doivent repenser, en ce sens, leur manière d'aborder ce qui était jusqu'à récemment leur spécialité ainsi que leur manière de communiquer, avec les professionnels de la santé, sur ce domaine intime de la personne humaine dans toute sa diversité (2).

De plus, la question cruciale pour prendre en compte valablement la dimension spirituelle semble être celle de l'interdisciplinarité, à savoir comment faire dialoguer et mettre en confrontation les savoirs des divers professionnels et spécialistes au sein d'un modèle bio-psycho-social et spirituel. Autrement dit, la manière de communiquer entre professionnels à propos du patient et des proches doit faire l'objet d'une redéfinition pour passer d'une simple pluridisciplinarité à cette interdisciplinarité (2). Au sein des unités de soins intensifs, ces notions de communication et d'interdisciplinarité sont importantes (38).

Le professeur Frick E. présente les rôles des acteurs du *spiritual care* dans le milieu des soins de la façon suivante : il y a les « spécialistes » (aumôniers, représentants de la religion, intervenants en *spiritual care*,...) ; et les « généralistes » (médecins, infirmiers, psychologues, paramédicaux, etc.) ((8) p13).

Tous, y compris donc le personnel infirmier, une des populations de la présente étude, ont un rôle important dans le *spiritual care* au patient.

D'ailleurs, selon une étude menée par l'équipe de Choi PJ. (53), les infirmiers se sentiraient plus à l'aise et plus engagés à répondre aux besoins spirituels des patients que les médecins.

Lorsque des besoins spirituels sont repérés, l'infirmier doit planifier et mettre en œuvre des interventions de *spiritual care* et les diriger, s'il y a lieu, vers les services appropriés (5,58). Cependant, selon l'auteur Carr T. (23), le *spiritual care* ne peut pas ou ne devrait pas être planifié et documenté. Comme le dit Noddings N. en 1984, « se soucier, ce n'est pas agir avec des règles fixes, mais par l'affection et la considération... Les actions {bienveillantes},

bien que prévisibles au sens global du terme, seront imprévisibles dans le détail. »((59) p.24,(23)). La raison en est que le soignant doit toujours adapter intuitivement ses soins aux besoins et aux circonstances uniques de la personne soignée (23).

Jacquemin D. précise que « chaque soignant peut en même temps attester, par sa pratique, qu'il existe une réalité du soin qui dépasse la simple prise en charge technique, que la relation de soins met parfois au jour « un quelque chose qui nous dépasse » et qui s'impose comme une réalité fondamentale, enrichissante, que le soin est parfois plus que le soin mais comment circonscrire « ce quelque chose » ? »(6).

Dans le domaine des soins aigus, la capacité des professionnels à reconnaître et à répondre aux questions et aux besoins spirituels des patients est essentielle (20,37). Cependant, ces besoins spirituels sont peu reconnus et/ou discutés entre les patients ou leurs proches et le personnel (38,45). La sensibilisation des professionnels de la santé à la dimension spirituelle fait l'objet d'une attention croissante, notamment dans les unités de soins intensifs (3,41,60) car il s'agit potentiellement d'un milieu puissant de réflexion sur les expériences et les expressions de la spiritualité (45).

Plusieurs études ont examiné les facteurs qui favorisent la mise en œuvre du *spiritual care* dans la clinique et la pratique. A titre d'exemples, et sans être complètement exhaustif, citons : trouver une personne de confiance pour parler de cet aspect « privé » de la vie (9,61,62) ; assurer l'intimité des lieux nécessaire à la prestation du *spiritual care* (54,55) ; assurer une neutralité médicale (9,45,63) ; prendre en compte la dimension éthique (26,64) ; soutenir des soins centrés sur le patient (26,65) ; ... .

A l'inverse, le *spiritual care* peut se trouver entravé par : une charge de travail trop importante, un manque de temps et une augmentation de la technologie (20,37,55,66) ; le climat commercial (24,67) et la culture du milieu clinique (54,68,69) ; la (non)définition de la spiritualité (5,15,27) ; ... . Selon Frick E., la mise en œuvre d'un accompagnement spirituel est rendue difficile, principalement, par « le manque de compétences » dans ce domaine perçu par les professionnels de la santé (9). Les infirmiers ne sont pas spécifiquement formés à ce sujet et ils ne voient souvent aucune « compétence » à ce niveau (9).

### Les compétences des infirmiers en *spiritual care*

La profession infirmière est la discipline de soins de santé la plus présente au chevet du patient ce qui donne l'occasion aux infirmiers de répondre aux besoins spirituels quand et où les questions spirituelles sont imminentes (25,50).

Ce *spiritual care* commence lorsque l'infirmier reconnaît le besoin spirituel (verbalement ou non verbalement) au moment où il est exprimé, et qu'il décide consciemment d'intervenir et de fournir l'intervention appropriée (70). Plus de 90% des infirmiers connaissent les patients ayant des besoins spirituels, mais moins de la moitié d'entre eux interviennent pour répondre à ces besoins (24,71–73).

Cependant, bien que le *spiritual care* soit une dimension acceptée et requise de la pratique infirmière, tous les professionnels de santé ne sont pas en mesure de fournir ce *spiritual care* (50,70,74–76). Un nombre important d'infirmiers ne se considèrent pas comme des aidants spirituels compétents, même s'ils considèrent que cela fait partie de leur rôle (15,66). Dès lors, ils s'occupent rarement de cette dimension dans la pratique (23). Même si la motivation ne manque pas, des études ont montré que les infirmiers manquent souvent d'orientation claire, de confiance dans ce domaine (5,54,72,77). Le personnel infirmier se sent, même, mal à l'aise avec cet aspect de la pratique (15,24,37,47).

Dans ces derniers paragraphes, insistons sur certains termes. Il s'agit là d'une perception d'un manque de compétences. Les infirmiers estiment ne pas avoir les compétences. Ont-ils peur de les reconnaître ? Comme le souligne De Hennezel M., s'agit-il de « la difficulté d'en parler avec les collègues, la peur de ne pas être compris, d'être jugés, parfois même ridiculisés.... » ?(6).

Plusieurs facteurs expliquent cette impression, ce sentiment, voire cette peur. Tout d'abord, parce que, pour pouvoir fournir ce type de soins, l'infirmier doit se connaître lui-même et être conscient de sa propre spiritualité (20,37,54,66,70). Les rencontres spirituelles entre infirmiers et patients peuvent affecter l'infirmier en créant des souvenirs spirituels positifs ou négatifs qui peuvent augmenter ou diminuer son bien-être spirituel personnel (70).

Selon Frick E., la compétence fondamentale au *spiritual care* est la sensibilité pour la « dimension du mystère » (78,79). « Cette compétence inclut la capacité de percevoir un malade comme un mystère qui demande respect, en dépit de l'urgence de procédures diagnostiques et de tentatives thérapeutiques » ((79) p51 )

« Swinton J. nous invite à un profond basculement de la conception de soin spirituel à celle de soignant spirituel. Ce renversement de perspective va jusqu'à modifier la conception de compétences et la pédagogie à mettre en place pour œuvrer en tant que professionnel « spirituel ». La pratique soignante situera le *spiritual care* moins comme un ajout à la prise « en charge », mais plutôt dans un prendre soin animé et traversé par la spiritualité, renforcé par celle-ci plutôt qu'alourdi dans la perspective inverse » ((80) p. 10).

Selon Piguet C., « il est nécessaire de déployer ses compétences professionnelles dans toutes leurs dimensions de savoir, de savoir-faire et de savoir-être pour en faire un « savoir-agir en situation » de soins »((80) p.57).

Selon ces principes, de nombreux infirmiers peuvent pratiquer, de façon relativement simple, et sans même le reconnaître (17,37,81), du *spiritual care*. Par exemple, une écoute active et sans jugement permet au patient de sentir que quelqu'un est là pour lui. Il est essentiel de poser des questions ouvertes pour tenter d'obtenir les véritables préoccupations du patient et le sens personnel de sa souffrance. Un simple geste crée une connexion spirituelle (24). Le don le plus simple qu'un infirmier puisse faire est peut-être celui de sa présence. C'est être présent avec le patient en pleine conscience, en se concentrant entièrement sur les besoins de ce patient sans être distrait par les autres patients, appels téléphoniques,... (24).

Prendre en soin un patient de manière holistique, et au niveau spirituel en particulier, demande des compétences spécifiques. Une articulation entre les compétences des infirmiers travaillant aux soins intensifs et les besoins spirituels du patient est nécessaire au niveau du *spiritual care*.

### Le cadre conceptuel : Le « Synergy Model »

L'*American Association of Critical Care Nurses* (AACN) a établi une vision pour créer un système de soins de santé axé sur les besoins des patients et des familles où les infirmiers peuvent apporter une contribution optimale dans la prestation des soins (82). Le modèle développé est le « *Synergy Model* » de l'AACN (82) (annexe 8.1.). Il a été conçu comme un modèle conceptuel général des soins infirmiers pour guider la pratique, surtout dans les milieux de soins critiques (83).

Le modèle fournit un cadre pour l'évaluation des patients et une structure pour guider le développement de l'expertise infirmière. Il tente également de prescrire de bonnes correspondances entre les infirmiers et les patients parce qu'il suppose qu'une « synergie » se produit lorsque ces bonnes correspondances se produisent (84).

L'objectif de ce modèle est d'articuler les compétences que les infirmiers apportent aux soins aux patients en répondant aux besoins de ceux-ci et des familles (82).

Ce modèle se compose de huit caractéristiques attribuées au patient et huit caractéristiques attribuées au professionnel infirmier. Les huit caractéristiques des patients couvrent un continuum de la santé à la maladie : elles sont composées de la résilience, la vulnérabilité, la stabilité, la complexité, la disponibilité des ressources, la participation aux soins, la participation au processus décisionnel et la prévisibilité. Les huit compétences de la pratique infirmière sont le jugement clinique, la défense des intérêts (action sociale et morale), les pratiques de soins, la collaboration, la pensée systémique, la réponse à la diversité, la recherche clinique et la facilitation de l'apprentissage. Le système de soins de santé, quant à lui, agit comme un facilitateur ou un intermédiaire pour répondre aux besoins des patients et a le pouvoir de favoriser l'environnement de pratique professionnelle de l'infirmier.

Les propositions théoriques du « *Synergy Model* » sont les suivantes : les caractéristiques des patients préoccupent les infirmiers ; les compétences des infirmiers sont importantes pour les patients ; les caractéristiques des patients déterminent les compétences des infirmiers ; lorsque les caractéristiques des patients et les compétences des infirmiers correspondent et se complètent, les résultats pour le patient sont optimaux (82,83,85,86).

Les résultats dérivés des huit caractéristiques des patients comprennent les changements fonctionnels, les changements de comportement, la confiance, la satisfaction, le confort et la

qualité de vie. Les résultats découlant des huit compétences en soins infirmiers comprennent les changements physiologiques, la présence ou l'absence de complications et la mesure dans laquelle les objectifs du traitement ont été atteints. Les données sur les résultats tirées du système de soins de santé comprennent les taux de réadmission, la durée de séjour et les coûts de santé (82,86).

Les soins infirmiers en soins intensifs sont une spécialité qui exige et demande des connaissances avancées en physiologie et des interventions hautement technologiques. Les infirmiers soignent des patients gravement malades dans ces unités où les besoins physiologiques prédominent. La culture des USI est créée par l'interaction du personnel autour des exigences du traitement et des problèmes multiples et complexes menaçant la vie dans un environnement en évolution rapide (44).

Le premier des cinq postulats du modèle est que chaque patient est une personne à part entière : le corps, l'esprit et l'âme. Ce postulat implique que chaque patient est plus que les besoins physiologiques urgents qui ont causé l'hospitalisation pour maladie grave. Les soins infirmiers à la personne entière, guidés par le « *Synergy Model* », ne concernent pas seulement les soins physiologiques, mais aussi les soins psychosociaux (soins de l'esprit) et spirituels (soins de l'âme). L'inclusion de spirituel en tant qu'aspect central du « *Synergy Model* » fait, de ce modèle de soins infirmiers, un guide particulièrement utile pour la prestation de *spiritual care* dans les USI (44).

Bien que les unités de soins intensifs soient un lieu difficile pour les soins spirituels, de tels soins peuvent être un moyen d'améliorer la guérison et l'humanité de l'environnement hautement technique et physiologique de l'USI (44).

#### La question de recherche, les objectifs et l'hypothèse

Suite à un changement de paradigme où la personne est considérée comme un tout indivisible en interaction constante avec son environnement, la dimension spirituelle prend tout son sens (49). De ce fait, il est important d'aborder la spiritualité comme approche de soins dans les unités aigües, telles que les unités de soins intensifs, où les soins du corps sont encore forts privilégiés au profit des soins de l'esprit et de l'âme.



Le sujet de l'étude portera, donc, sur la détermination des besoins spirituels des patients hospitalisés dans les unités de soins intensifs et des compétences en *spiritual care* des infirmiers dans ces mêmes unités. Ceci permettra de mettre en évidence une éventuelle correspondance, synergie, entre besoins et compétences.

Dans ce sens, la question de recherche est « Les compétences des infirmiers correspondent-elles aux besoins spirituels des patients hospitalisés dans les unités de soins intensifs ? »

L'approche de ce travail se veut déductive. La théorie utilisée dans ce travail pose le fait que la clé des soins est la relation entre les infirmiers et les patients, de sorte que les compétences des infirmiers coïncident avec les besoins des patients (44).

L'objectif principal est de démontrer une correspondance entre les compétences des infirmiers et les besoins spirituels des patients dans les unités de soins intensifs.

Les objectifs secondaires sont :

- de déterminer les compétences des infirmiers en *spiritual care* au sein des unités de soins intensifs ;
- de déterminer les besoins psychosociaux et spirituels des patients dans les unités de soins intensifs.

L'hypothèse qui sous-tend cette recherche est que les compétences en *spiritual care* des infirmiers correspondent aux besoins spirituels des patients dans les unités de soins intensifs.

### **3. Matériels et méthodes**

Suite au développement des différents concepts de l'étude, ce point aborde la méthodologie de la recherche.

### 3.1. Type d'étude

L'étude menée est **prospective non interventionnelle** (observationnelle).

Cette étude est **observationnelle** car il n'y a pas de contrôle, ni de modification de la prise en charge par l'investigateur. Le fait que le patient remplisse un questionnaire ne rend pas l'essai interventionnel (87).

L'étude sera **multicentrique** car elle se déroulera dans deux centres hospitaliers en même temps.

Le devis **descriptif corrélationnel** sert à explorer des relations entre des variables dans une situation sans clarification de la raison sous-jacente à la relation. Dans ce type d'étude, l'investigateur se trouve en présence de plusieurs variables dont il ignore lesquelles peuvent être associées les unes aux autres (88).

Cette méthodologie a été choisie afin de déterminer les besoins spirituels des patients et les compétences des infirmiers en *spiritual care* dans le but d'analyser l'existence d'une correspondance, d'une corrélation, entre les deux.

### 3.2. Populations étudiées

Pour la réalisation de cette étude, la *population cible* prise en considération est représentée, d'une part, par tout le personnel infirmier des unités de soins intensifs et, d'autre part, par tous les patients hospitalisés dans les unités de soins intensifs.

La *population accessible* à l'étude est constituée, d'une part, du personnel infirmier et, d'autre part, des patients, des unités de soins intensifs du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Liège-site Sart Tilman et du Centre Hospitalier Universitaire de l'Université Catholique de Louvain à Namur (CHU-UCL Namur)-site Godinne.

L'*échantillon* sera constitué du personnel infirmier et des patients présents dans les unités de soins intensifs du CHU de Liège-site Sart Tilman et du CHU-UCL Namur-site Godinne durant la période de l'étude et répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion.

Pour les patients :

Les critères d'inclusion sont :

- Être âgé de 18 ans ou plus ;
- Être hospitalisé dans une unité de soins intensifs ;
- Maîtriser la langue française ;
- Communiquer par écrit ou verbalement ;
- Avoir signé le formulaire de consentement éclairé.

Le critère d'exclusion est :

- Être confus. La détection se réalisera via l'algorithme diagnostique du « *confusion assessment method* » (CAM) (89–91) (annexe 8.2.). Il semble être le meilleur instrument diagnostique développé et validé permettant d'évaluer l'état de confusion du patient non ventilé grâce à sa performance diagnostique et sa rapidité d'utilisation. Dans le cas des patients ventilés conscients et, donc, en incapacité de communiquer verbalement, le CAM-ICU sera utilisé. Cet outil, adapté pour ce type de patient, est développé sous une forme non verbale (91,92) (annexe 8.3.). Le CAM et le CAM-ICU proposent quatre critères et le diagnostic de confusion requiert la présence des critères 1, 2 et 3 ou 4.

Pour le personnel infirmier :

Les critères d'inclusion sont :

- Travailler dans les unités de soins intensifs ;
- Avoir signé le formulaire de consentement éclairé.

Le critère d'exclusion est :

- Avoir moins d'une année d'expérience en tant qu'infirmier travaillant dans une unité de soins intensifs. Ce critère se base sur la théorie de Benner P. qui dit que les novices (infirmier fraîchement diplômé débutant dans le service ainsi que tout infirmier nouvellement engagé dans celui-ci) n'ont aucune expérience des situations auxquelles ils risquent de se retrouver confrontés. (93). Concernant les infirmiers nouvellement engagés et ayant une expertise de plusieurs années en soins intensifs, ils rentrent également dans ce critère d'exclusion. Car, même s'ils ont les habilités

techniques et les aptitudes pour répondre à un besoin spirituel, la difficulté réside dans le fait du manque de connaissances concernant le milieu de travail, le fonctionnement et la connaissance de l'équipe, la culture du service et de l'institution de soins.

#### Méthode d'échantillonnage :

L'étude se basera sur un échantillonnage de commodité (de convenance).

### **3.3. Paramètres étudiés et outils de collecte des données**

La collecte des données sera réalisée à l'aide de questionnaires. Ceux-ci sont utilisés dans un processus de production de données chiffrées destinées à mesurer et/ou à comprendre un phénomène social. En ce sens, il est un outil d'objectivation des phénomènes sociaux observés ((94) p.237).

Deux groupes de population rentrent dans cette étude :

#### Les patients

Le questionnaire est constitué de deux volets (annexe 8.4.):

- Le premier volet renseigne l'investigateur sur des données sociodémographiques qui reprendront l'âge, le genre, l'état civil, le niveau d'étude, l'appartenance et les pratiques religieuses, le type d'admission, la motif d'hospitalisation et le domaine médical ;
- Le second volet reprend le questionnaire des besoins spirituels « *Spiritual Needs Questionnaire* (SpNQ) » (10).

Ce questionnaire a été développé en 2010 pour mesurer de manière standardisée les besoins psychosociaux, existentiels et spirituels d'une personne.

Le questionnaire peut se structurer selon les quatre catégories suivantes :

- Les besoins religieux ;
- Les besoins de paix intérieure ;
- Les besoins existentiels ;
- Les besoins en matière de génération.

Ce questionnaire se compose de 26 items (dont 20 items sont relatifs aux 4 catégories précitées). Les items sont notés par les patients sur une échelle de Likert à 4 points (0 -

pas du tout ; 1 - faible ; 2 – fort ; 3 – extrêmement fort) en fonction de l'importance qu'ils attribuent à l'item. La cohérence interne de l'outil original (version 1.2), en allemand, est alpha ( $\alpha$ ) de Cronbachs de 0,82 à 0,90 avec un échantillon de 210 individus.

L'instrument est disponible dans plusieurs langues et a été utilisé auprès d'échantillons de populations différentes à savoir des patients atteints de maladies chroniques, des patients en bonne santé, des personnes âgées vivant dans des maisons de repos et de soins, chez des soldats présentant ou non des symptômes de syndrome de stress post-traumatique, chez des mères stressées ayant des nouveau-nés malades ou des enfants prématurés (61) et aux urgences (3).

#### Le personnel infirmier

Le questionnaire est constitué de deux volets (annexe 8.5.):

- Le premier volet renseigne l'investigateur sur des données sociodémographiques de l'infirmier telles que l'âge, le genre, l'état civil, l'ancienneté professionnelle, le temps de travail, la satisfaction professionnelle, l'appartenance et les pratiques religieuses/spirituelles ;
- Le second volet utilise le questionnaire d'évaluation « *Spiritual Care Competence Questionnaire* (SCCQ) » (9).

L'outil, nouvellement construit, a été conçu par un travail collaboratif avec divers experts de terrain afin de pouvoir l'utiliser auprès de n'importe quel professionnel de santé et dans divers contextes socio-culturels.

La SCCQ se compose de 40 questions dont la réponse est constituée d'une échelle de Likert allant de « 0 – n'est pas du tout correct » à « 3 – tout à fait correct ». Deux questions sont à réponses ouvertes (la 58 et la 60) et n'ont pas été exploitées dans le cadre de la validation de l'outil en allemand.

De ces 42 questions qui sont relatives à l'auto-évaluation des compétences, 26 questions se répartissent en 7 catégories principales :

- La compétence en matière de perception
- L'esprit d'équipe
- Les compétences en matière de documentation
- La conscience de soi et l'ouverture proactive

- La connaissance des autres religions
- Les compétences de communication
- Les compétences de responsabilisation proactive

Une huitième catégorie nommée « Obstacles » se compose de 4 questions considérées comme des facteurs limitant les compétences.

La SCCQ fait partie des outils de mesure de très bonnes qualités déjà publiés : la cohérence interne de l'outil, en allemand, est  $\alpha$  de Cronbachs de 0,73 à 0,86 avec un échantillon représentatif de 717 individus travaillant dans le domaine médical (9).

L'outil a été traduit et validé en français, avec un  $\alpha$  de Cronbachs de 0,64 à 0,89 pour un échantillon de 178 individus, dans le cadre d'un mémoire de Master en Sciences de la Santé Publique à l'Université Catholique de Louvain (UCL) défendu lors de l'année académique 2018-2019 (95).

### **3.4. Organisation de la collecte des données**

Les données pour l'étude seront collectées au sein des différents services des soins intensifs du CHU de Liège-site du Sart Tilman et le CHU-UCL Namur-site Godinne.

#### Le personnel infirmier

Dès le début de l'étude, une information sera donnée, par l'investigateur, à l'ensemble du personnel infirmier des équipes des USI pour leur expliquer le sujet et le but de la recherche. Ils seront conscientisés à répondre aux questionnaires le plus adéquatement possible. Lors de cette(ces) séance(s), des formulaires d'information (annexe 8.6.), de consentement éclairé (annexe 8.7.) et d'utilisation des données à caractère personnel (annexe 8.8.) seront remis à l'ensemble des infirmiers, hormis ceux répondant au critère d'exclusion.

Dès réception des formulaires signés, les questionnaires seront remis sous enveloppes nominatives aux personnels infirmiers des USI. Ces enveloppes comprendront chacune une sous-enveloppe anonyme contenant les questionnaires sociodémographiques et l'échelle de compétences des infirmiers en *spiritual care* (SCCQ). Ces deux derniers se verront attribuer un code, différent pour chaque enveloppe nominative. Une table de conversion infirmier-code, non diffusée, chiffrée via VeraCrypt, aura été réalisée préalablement par l'investigateur afin de pseudonymiser les différents questionnaires.

Les enveloppes anonymes contenant les questionnaires complétés seront déposées dans une boîte scellée mise à cet effet au sein des différents services de soins intensifs.

Une fois l'enquête terminée et les données récoltées, les différentes analyses statistiques pourront débuter sur cet échantillon. Après analyse, ces questionnaires seront mis sous scellés. Ils seront détruits dès l'aboutissement de l'étude.

### Les patients

Tous les patients, hospitalisés dans les services de soins intensifs et repris dans l'étude compte tenu des différents critères d'inclusion et d'exclusion, recevront une information de la part de l'investigateur pour expliquer la recherche menée et son but. Le patient recevra des formulaires d'information (annexe 8.9.), de consentement éclairé (annexe 8.10.) et d'utilisation des données à caractère personnel (annexe 8.11.) .

Après accord, un rendez-vous pourra être pris pour compléter les questionnaires des données sociodémographiques et des besoins spirituels par le patient avec l'aide de l'investigateur. Cette aide peut être de l'ordre d'un complément d'information ou pour la complétion des questionnaires si le patient est dans l'impossibilité d'écrire.

Chaque questionnaire anonyme (via l'attribution d'un code patient, repris sur une table de conversion chiffrée via VeraCrypt) complété se verra attribuer le code infirmier du professionnel en soins de ce patient au moment de la collecte. Ce principe de code permettra d'établir une liaison anonyme entre un patient et un infirmier.

Après analyse, ces questionnaires seront mis sous scellés et seront détruits dès l'aboutissement de l'étude.

Un diagramme des flux reprenant l'organisation de la collecte des données et permettant une visualisation de celle-ci est repris en annexe 8.12..

### **3.5. Planification de la collecte des données**

La période de collecte des données débutera après acceptation de l'étude par les Comités d'Éthique.

Une autorisation sera demandée aux cadres infirmiers de département de médecine aigüe et aux différents chefs infirmiers des services des soins intensifs de manière à s'assurer de leur collaboration tout au long de la collecte de l'information (54,88).

Dès acceptation et autorisations, la collecte se déroulera sur une période suffisante (estimation d'une durée de quatre mois minimum) afin d'avoir un échantillonnage acceptable au niveau patient pour l'analyse de l'étude.

### **3.6. Traitement des données et méthodes d'analyses**

Les données collectées seront traitées confidentiellement et encodées dans le logiciel Excel. Les données seront exploitées selon un code book (annexes 8.13. et 8.14.).

Dans une première phase, les données récoltées seront séparées sur deux feuilles Excel différentes : une feuille « PATIENTS » et une feuille « INFIRMIERS » (annexe 8.15.).

La feuille « PATIENTS » sera constituée de plusieurs colonnes, la première reprenant les codes « patient ». À sa gauche, une colonne reprendra le code de l'infirmier qui aura en soin le patient (si l'infirmier n'a pas répondu au questionnaire, un code NA sera attribué), les colonnes suivantes reprendront les 9 données sociodémographiques, les 26 réponses aux questions sur les besoins spirituels du patient et les 4 catégories<sup>3</sup> principales, relevant des besoins, définies par l'analyse factorielle et le score global SpNQ-20<sup>4</sup>.

La feuille « INFIRMIERS » sera constituée de plusieurs colonnes, la première reprenant les codes « infirmier ». Les colonnes suivantes reprendront les 10 données sociodémographiques, les 40 réponses aux questions sur les compétences en *spiritual care* des infirmiers, les 7 catégories<sup>5</sup> principales relevant des compétences et la catégorie<sup>6</sup> « Obstacles » (ces 8 catégories étant définies par l'analyse factorielle).

Les données seront analysées (annexe 8.16.) grâce aux logiciels statistiques R et R-cmdr avec la version 4.0.2., pour chaque groupe de manière indépendante dans un premier temps.

Les données récoltées au niveau sociodémographiques que ce soit chez les patients ou chez les infirmiers feront, tout d'abord, l'objet d'une analyse statistique descriptive. Les résultats de ces différentes analyses seront exprimés sous forme de moyennes (m) et d'écarts-types (SD) pour les variables quantitatives présentant une distribution normale et sous forme de médiane (P50) et d'écart interquartile (P25-P75) pour celles qui ne suivront pas une

---

<sup>3</sup> Résultat d'une moyenne pondérée de certaines réponses au questionnaire.

<sup>4</sup> Résultat d'une moyenne des vingt questions entrant dans les quatre catégories de besoins.

<sup>5</sup> Idem <sup>3</sup>

<sup>6</sup> Idem <sup>3</sup>



distribution normale. Les variables qualitatives seront résumées à l'aide de nombres et de fréquences (%).

Ensuite, des analyses univariées seront réalisées entre les données sociodémographiques et chaque catégorie principale de besoins ou de compétences.

Les moyennes des variables quantitatives des données sociodémographiques et de chaque catégorie principale de besoins ou de compétences seront analysées à l'aide d'une corrélation de Pearson ou à l'aide d'une corrélation de Spearman lorsque les conditions d'application ne sont pas respectées ou lorsqu'une variable qualitative ordinale est présente. Les variables qualitatives binaires des données sociodémographiques seront, quant à elles, analysées par rapport aux différentes catégories principales de besoins ou de compétences à l'aide d'un test t de student indépendant ou d'un test de Mann-Whitney si la normalité n'est pas respectée. Les variables qualitatives nominales seront comparées aux moyennes des catégories principales des besoins ou des compétences par un test Anova-1. Si les conditions de normalité ne sont pas présentes, un test de Kruskal-Wallis sera alors envisagé. Ce test sera également utilisé en présence de variables qualitatives ordinales.

Au niveau des tests d'analyses multivariées, des régressions multiples seront effectuées sur chaque population entre les données sociodémographiques et les catégories principales des besoins ou des compétences. Les résultats seront considérés comme significatifs au niveau d'incertitude de 5% ( $p\text{-value } (p) \leq 0,05$ ).

Ces analyses, réalisées sur le groupe « PATIENTS » et le groupe « INFIRMIERS », chacun traité indépendamment l'un de l'autre, permettront de faire ressortir les (catégories principales des) besoins spirituels des patients qui seront statistiquement significatifs ainsi que les (catégories principales des) compétences en *spiritual care* des infirmiers statistiquement significatives.

Dans cette première phase, c'est à l'échelle du groupe qu'il sera possible ou non de pouvoir discuter d'une correspondance entre les besoins spirituels des patients et les compétences en *spiritual care* des infirmiers.

Dans une deuxième phase, puisque lors de la collecte des données, l'investigateur aura pris soin de lier le code « patient » à un code « infirmier », il sera possible de créer une nouvelle

population appelée « SPIRITUAL CARE » par combinaison des feuilles « PATIENTS » et « INFIRMIERS ». Elle sera constituée pour les 9 premières colonnes des données sociodémographiques des patients. Les 26 colonnes suivantes correspondront aux réponses des patients au questionnaire SpNQ. Les 10 colonnes suivantes concerneront les données sociodémographiques de l'infirmier en soins du patient et les 40 colonnes complémentaires comprendront les réponses de l'infirmier au questionnaire SCCQ.

Cette base de données (« SPIRITUAL CARE ») reprendra donc 85 variables, dont 19 pour les données sociodémographiques et 66 pour les variables liées aux deux questionnaires (SpNQ et SCCQ). La génération de la feuille « SPIRITUAL CARE » se fera automatiquement dans le fichier Excel via l'utilisation de la fonction « recherche() » et moyennant des conditions de tri de certaines données (annexe 8.15.).

Une analyse de corrélation canonique (96) pourrait permettre de montrer le lien, la (les) corrélation(s) significative(s), entre ces deux groupes de variables (les 26 réponses du SpNQ et les 40 réponses du SCCQ). Nous renvoyons le lecteur en annexe 8.17. pour plus d'informations et de développements sur cette méthode statistique, à la connotation plutôt théorique, parfois délaissées même si depuis quelques temps, et en particulier depuis les développements informatiques, elle s'immisce dans des études agronomiques (97), biostatistiques (98), mais également dans le domaine de la santé publique (99–102), ou même dans des aspects liés à la spiritualité (103). Cette méthode statistique pourrait permettre de montrer une (ou plusieurs) corrélation(s) entre chaque couple de variables canoniques (dans le cas présent, chaque couple de variables canoniques est constitué d'une image des besoins spirituels des patients et d'une image des compétences en *spiritual care* des infirmiers, ce qui peut en rendre l'interprétation difficile).

### **3.7. Contrôles qualité**

#### Contrôle qualité pendant la collecte des données :

- Au niveau du patient : L'investigateur veillera à la complétude des différents items des questionnaires.
- Au niveau des infirmiers : La (Les) séance(s) d'informations ainsi que les passages/visites de rappel, effectués par l'investigateur, sensibiliseront le personnel

infirmier à répondre aux questionnaires afin d'avoir un pourcentage de réponses représentatif.

#### Contrôle qualité pendant le traitement des données :

- Les données encodées, dans le logiciel Excel, seront vérifiées deux fois afin d'éviter des erreurs d'encodage. Les données manquantes seront codées sous la forme NA.
- Dans le fichier Excel, chaque cellule des feuilles « PATIENTS » ou « INFIRMIERS » est munie de mises en forme conditionnelles pour détecter des valeurs aberrantes telles que : valeurs manquantes, nombre non entier, valeur non reprise (par variable) dans un intervalle (en prédéterminant un minimum et un maximum probable ou réel pour chaque variable) ou encore encodage d'un même numéro patient ou infirmier dans leur feuille respective (annexes 8.18. et 8.23.).
- Dans les feuilles Excel « PATIENTS » et « INFIRMIERS », les catégories principales représentant respectivement les besoins, les compétences et l'obstacle sont calculées automatiquement sur base des différents poids factoriels. Il en est de même du score global SpNQ-20. Les cellules concernées par les poids factoriels, les catégories principales et le score global sont protégées en écriture par un code pour éviter tout effacement de formules ou de données (annexes 8.18. et 8.23.).
- La feuille « SPIRITUAL CARE » sera générée automatiquement depuis les feuilles « PATIENTS » et « INFIRMIERS » (sur base des codes patient et infirmier) via la fonction « recherche() » de Excel. Ceci permettra d'éviter de mauvaises associations entre patient et infirmier dans la base de données. Cette feuille sera protégée en écriture pour éviter toute modification intempestive de formule (annexes 8.18. et 8.23.).
- A l'aide du logiciel R et Rcmdr, une table de fréquence peut également permettre de détecter des erreurs.

### **3.8. Composition de l'équipe de recherche**

L'investigateur principal est **Amaryllis Chevalier**, Infirmière spécialisée en Soins Intensifs et Aide Médicale Urgente, Maître de Formation Pratique à la Haute École de la Province de Namur (HEPN) et étudiante en 2<sup>ème</sup> année de Master en Sciences de la Santé Publique à finalité Pratiques Avancées en Science Infirmière.

Une équipe de recherche n'étant pas nécessaire pour la réalisation de ce travail, les deux promoteurs ainsi que l'investigateur réaliseront seuls celui-ci.

### **3.9. Promoteurs de l'étude et origine du financement de l'étude**

Le promoteur principal de cette étude est Monsieur **Jean-Christophe Servotte**, infirmier spécialisé en Soins Intensifs et Aide Médicale Urgente, porteur d'un certificat d'aptitude pédagogique, d'un certificat d'aptitude pédagogique approprié à l'enseignement supérieur, d'un Master en Sciences de la Santé publique et d'un Doctorat en Sciences de la Santé Publique. Il est, actuellement, coordinateur scientifique au sein du Centre de Simulation Médicale de l'Université de Liège.

Le co-promoteur est Monsieur **Dominique Jacquemin**, infirmier, prêtre, théologien, docteur en santé publique (UCL) et porteur d'une HDR (Habilitation à Diriger des Recherches) en éthique (Université de Strasbourg) et d'une agrégation en sciences humaines (Université catholique de Lille). Il y est actuellement professeur associé à l'Université Catholique de Lille. Par ailleurs, il est professeur d'éthique à la faculté de théologie de l'Université catholique de Louvain où il exerce certaines responsabilités d'enseignement et de recherche : responsable du CIESP (Certificat Interuniversitaire Européen de Soins Palliatifs) en convention entre les universités de Lille et de Louvain, responsable du Réseau de recherche en éthique-spiritualité-soins palliatifs (RIRESP) et animateur du réseau RESSPIR (Réseau Santé, Soins et Spiritualités) entre les universités de Lille, Louvain, Lausanne, Laval et Munich (104).

Cette étude ne nécessite aucun financement spécifique.

### **3.10. Aspects réglementaires**

#### **3.10.1. Comité d'Éthique**

Une demande au Comité d'Éthique est justifiée par le fait que les études non interventionnelles prospectives, avec ou sans médicaments, tombent sous le champ d'application de la loi relative aux expérimentations humaines de mai 2004 suite à l'administration d'un questionnaire au patient (87).

Aussi, dans le document (version finale du 06 octobre 2016) intitulé « Demande d'avis au Comité d'Éthique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé Publique » de l'ULg (annexes 8.19. et 8.20.), certaines réponses affirmatives aux questions impliquent une demande au Comité d'Éthique. C'est le cas pour la question 3 : L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques,... ) ? qui appelle une réponse affirmative. D'une certaine manière, puisque l'étude est réalisée dans le cadre des unités de soins intensifs, les patients peuvent être considérés comme fragiles, au sens de la question 6 : Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ?

Les demandes et réponses aux Comités d'Éthique sont reprises en annexe 8.19.

### **3.10.2. Vie privée et protection des données**

Cette étude garantit l'anonymat de tous les participants.

Une anonymisation (pseudonymisation) des données sera réalisée lors de la collecte des données pour l'étude et l'investigateur sera tenu au secret professionnel.

Chaque patient et infirmier recevront un code d'identification. Ceux-ci seront conservés sur des bases de données différentes chiffrées via le logiciel VeraCrypt qui pourront être supprimées afin de les anonymiser.

Le fichier Excel reprenant les feuilles « PATIENTS », « INFIRMIERS » et « SPIRITUAL CARE » sera également chiffré via ce même logiciel. Les différentes données des variables seront codées selon un *code book* (annexes 8.13. et 8.14.).

L'investigateur s'engage à respecter le règlement général sur la protection des données (RGPD – UE N°2016/679) et la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des données physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

Les données seront supprimées après traitement et analyse. Elles ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire (annexes 8.8. et 8.11.)

### **3.10.3. Information et consentement**

#### Le personnel infirmier

Avant toutes les étapes de l'étude, une ou plusieurs séances d'information seront prévues auprès des équipes infirmières afin d'expliquer l'objectif et le but de cette étude. Une

explication sera donnée sur le contenu des questionnaires. Des réponses seront données à toutes questions posées.

L'investigateur fournira au personnel le formulaire d'information sur l'étude (annexe 8.6.), le formulaire de consentement relatif aux traitements des données à caractère personnel (annexe 8.8.), et le formulaire de consentement éclairé (annexe 8.7.).

Le personnel inclus dans cette étude pourra, à tout moment avoir accès aux données le concernant.

#### Les patients

Avant toutes les étapes de l'étude, une information sera prévue pour chaque patient, entrant dans l'étude selon les critères d'inclusion et d'exclusion, afin d'expliquer l'objectif de cette étude. L'investigateur répondra aux questions du patient.

Le patient recevra le formulaire d'information sur l'étude (annexe 8.9.), le formulaire de consentement relatif aux traitements des données à caractère personnel (annexe 8.11.), et le formulaire de consentement éclairé (annexe 8.10.).

Les patients inclus dans cette étude pourront à tout moment avoir accès aux données les concernant.

#### **3.10.4. Assurance**

Cette étude, n'étant pas du ressort de l'expérimentation humaine, ne nécessite pas d'assurance complémentaire. Elle fait partie de la classe IA de la « fiche technique à joindre à toute demande d'assurance en application de l'article 29 de la loi du 7 mai 2004 sur l'expérimentation humaine » du département des Sciences de la Santé Publique de l'Université de Liège. Les études faisant partie de cette classe sont couvertes via la prime payée annuellement par le Département des Sciences de la Santé Publique de l'Université de Liège.

#### **4. Résultats préliminaires**

Suite à la pandémie de la COVID-19, aucune collecte de données n'a pu être lancée au sein des différents services de soins intensifs des entités hospitalières.

## **5. Analyse critique du projet et discussion**

Après avoir développé toute la méthodologie du protocole de la recherche dans le cadre de cette étude, ce chapitre détaille toutes les dimensions méthodologiques développées précédemment, de manière réflexive et critique.

### **5.1. Le questionnaire sur les besoins psychosociaux et spirituels – *Spiritual Needs Questionnaire* (SpNQ)**

À ce jour, il existe plusieurs échelles pour évaluer les besoins spirituels des patients. Seddigh R. et ses collaborateurs, dans une analyse narrative, ont mis en avant le « *Spiritual Needs Questionnaire* (SpNQ) », le décrivant comme « le plus important questionnaire attribué pour l'évaluation des besoins spirituels de patients particuliers ». Il se distingue des autres questionnaires par le fait qu'il ne se concentre pas uniquement sur « les patients proches de la mort » (61,105).

L'instrument a été traduit et validé dans de nombreuses langues et utilisés pour identifier les besoins spirituels dans différents pays (61).

Cependant, la validité de l'instrument en langue française n'a pas été réalisée. Il a été traduit en français selon les procédures de traduction-retraduction pour les fins d'une thèse de médecine sous la direction du Professeur Trousselard M. (106) (annexe 8.21.). Notons toutefois (annexe 8.4.) que la question N7 présente probablement une faute de frappe. Il y aurait lieu de lire « de rester dans un endroit de tranquillité et de/en paix ».

La non-validité en langue française de l'outil impose de se poser la question de savoir si d'autres catégories principales, qui sont au nombre de quatre dans la version originale allemande (10), n'émergeraient pas tel que cela s'est vu pour d'autres langues. Ce fut le cas pour : la version farsi du SpNQ qui présente une structure à 5 facteurs (61,107) ; la version portugaise réalisée au Brésil du SpNQ qui différencie les besoins religieux, les besoins existentialistes, la paix intérieure, le don actif et les besoins de soutien familial (61,108) ; la version chinoise qui distingue les besoins religieux (Prière et Sources), les besoins de réflexion/libération, les besoins de paix intérieure et les besoins de don/génération (61,109). En raison des différences culturelles et de la relation entre les besoins spirituels et la culture, il peut être recommandé de concevoir des questionnaires spécifiques à chaque culture

(105). Toutefois, le SpNQ, étant un questionnaire allemand, fait partie intégrante de la culture de l'Europe de l'Ouest et peut donc être utilisé.

Pour l'étude, nous sommes en possession du SpNQ version 2.1.. Une nouvelle version du questionnaire « SpNQ-20 » fut retravaillée en 2018 (61). Le questionnaire est sensiblement le même. L'ajout d'un item (N24 : se sentir complètement bien) fait passer le questionnaire de 26 à 27 items. Cet item n'influence pas la structure du questionnaire car il est juste informatif. Le questionnaire SpNQ-20 permet d'être mieux équilibré par rapport à la répartition des 20 items au sein des quatre catégories principales : 6 pour les besoins religieux, 6 pour les besoins existentiels, 4 pour les besoins de paix intérieure et 4 pour les besoins de génération. Ceci explique les codes couleurs sur le questionnaire SpNQ en annexe 8.4.. Nous avons repris ces codes couleurs dans la feuille Excel « PATIENTS » avec les poids factoriels du SpNQ-20, faute de mieux à ce stade (annexe 8.15.). Une analyse des composantes principales doit confirmer cette structure. Selon le Professeur Büssing A., certains chercheurs utilisent un score global SpNQ-20 (annexe 8.22.).

## **5.2. Le questionnaire sur les compétences en *spiritual care* – *Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ)***

Le questionnaire original, en allemand (9), a été traduit et validé en français dans le cadre d'un mémoire déposé à l'UCL durant l'année académique 2018-2019 (95).

Le SCCQ possède des avantages par rapport aux autres instruments dont une attention particulière accordée à la relation avec le « *care* ». Le SCCQ permet d'enregistrer les orientations spirituelles-religieuses sans a priori. En effet, la compétence en matière de *spiritual care* est plus élevée lorsque le *spiritual care* n'est pas réduit à une orientation idéologique spécifique (110).

Citons quelques échelles existantes. L'échelle de compétence en matière d'accompagnement spirituel (SCCS) développée par van Leeuwen R. et son équipe (58) est une échelle qui est bien équilibrée avec une bonne cohérence interne ( $\alpha$  de Cronbachs de 0,56 à 0,82). Cependant, cette échelle, utilisée pour les besoins de formation, a été étudiée sur un échantillon beaucoup plus petit (N=197) et composé d'étudiants en bachelier infirmier. Une autre échelle, celle de Tiew LH. et Creedy DK. (111), est une échelle de



prestation de soins spirituels (SCGS) et a également une excellente cohérence interne avec un  $\alpha$  de Cronbach de 0,96. Mais cette échelle se concentre principalement sur les différents points de vue et aspects de la spiritualité ou du soin spirituel et moins sur la mise en œuvre pratique ou l'évaluation de sa propre compétence (9).

Le questionnaire SCCQ (95) a été utilisé, en Belgique, sur la population infirmière de différents services de chirurgie et de médecine, d'obstétrique, de pédiatrie, de gériatrie, de soins palliatifs, de revalidation, et de psychiatrie. Les services plus spécifiques, tels que le bloc opératoire, les soins intensifs, les urgences et les consultations, n'ont pas été inclus dans cette étude. Puisque notre étude se déroule dans les USI, il serait intéressant de vérifier, si en termes de structure, les facteurs ne seraient pas modifiés pour différentes raisons liées à la culture et l'esprit de ces services dits particuliers. L'outil, étant nouveau, demande à être utilisé<sup>7</sup> et donc de réexaminer sa structure factorielle (9). À ce stade, faute de données, les poids factoriels de la version traduite en français du SCCQ sont utilisés pour calculer les 8 catégories compétences et obstacles. Un système de code couleur sur la feuille Excel « INFIRMIERS » a été utilisé (annexe 8.15.).

### **5.3. Le biais spécifique à la population patient**

Un biais d'admission est possible puisque le nombre de patients hospitalisés dépend de la probabilité d'admission au sein des USI. Le taux d'occupation dans les USI peut être fluctuant. Seuls les patients non-sédatisés et non confus entreront dans l'étude. Cependant, les pratiques sédatives dépendent des cliniciens et de la culture du service (112). De manière générale, le nombre de ces patients présents dans ces services est donc imprévisible, ce qui peut avoir un impact certain sur la durée de la collecte.

### **5.4. Les biais spécifiques à la population infirmière**

Le questionnaire se base sur une autoévaluation des compétences, ce qui peut conduire à un biais. Bien que cette méthode de collecte soit largement utilisée et acceptée, elle est une méthode de recherche délicate, en raison d'un manque de fiabilité et du risque de surestimation des répondants quant à leurs propres compétences (25). En effet, cela

---

<sup>7</sup> Le questionnaire SCCQ est actuellement utilisé au CHU ULB Erasme dans le cadre d'un mémoire en Santé Publique à l'UCL Bruxelles.

pourrait également susciter des réponses « socialement acceptables »(58). Ces différents éléments peuvent être repris comme un biais de désirabilité sociale.

De plus, l'échelle de Likert ne peut pas refléter exactement ce qui se passe dans la pratique mais cela reste un début pour quelque chose de difficile à mesurer et à étudier comme le *spiritual care* (25,53).

Enfin, l'un des facteurs qui rend ce domaine difficile à étudier est la façon dont les individus définissent ou vivent différemment la spiritualité et la religiosité, et ceci d'une manière qui n'est pas facilement mesurable (41).

### **5.5. Les biais communs aux deux populations**

Le biais de non-réponse et/ou d'omission volontaire est un élément qui doit être pris en considération. Certains patients peuvent ne pas se sentir concernés par le sujet et donc, ne pas vouloir répondre au questionnaire. Cela peut, aussi, être dû à une crainte d'un sujet trop intrusif, trop privé (9,62). Le biais de non-réponse au questionnaire et/ou d'omission volontaire est, également, un élément à prendre en considération auprès des professionnels de santé. Le personnel peut se retrouver non concerné, non intéressé, par le sujet. Il serait intéressant, cependant, d'en connaître les raisons.

La proportion de non-réponse associée à ces questionnaires représente un problème préoccupant pour les chercheurs, et il faut tenir compte de ce biais dans leur évaluation. Si le taux de réponse est inférieure à 50 %, la représentativité de l'échantillon peut être compromise ((88) p.331). A ce titre, signalons que le taux de réponses pour la validation en Allemagne de l'échelle SCCQ était de 41%, soit 717 répondants (9) et que, pour sa validation en français, ce taux de réponses était de 49%, soit 178 répondants (95). Pour les patients aux urgences (3), le taux de réponses au SpNQ était de 80%, soit 383 répondants. Nous pouvons raisonnablement nous attendre aux mêmes taux de réponses.

Associé à ce biais de non-réponse, il y a le biais de confusion entre la spiritualité et la religion. En effet, la non-réponse peut s'expliquer par le fait de ne pas savoir exactement ce qu'est la spiritualité ou le manque d'intérêt pour le sujet de la spiritualité (25). Ces deux biais peuvent engendrer un taux bas de réponses aux questionnaires ou aux différents items

composants le questionnaire. Ce problème s'est vu lors d'une étude sur les compétences spirituelles aux Pays-Bas où le taux de réponse était de 24% (25).

On aurait tendance à penser, dans cette manière d'autorecrutement, que les personnes les plus ouvertes ou ayant développé une plus grande conscience de leur spiritualité pourraient prendre davantage part à l'étude (49).

Puisque l'étude se déroule sur plusieurs sites, il est important de maintenir autant que possible une cohérence dans la manière de présenter le sujet de l'étude et d'obtenir la coopération des répondants ((88) p.331).

Précisons qu'il sera nécessaire de clarifier la représentativité que les personnes peuvent se faire des mots. Le simple fait de ne pas avoir de définition de la spiritualité s'avère difficile pour certains. Cependant, avoir une définition peut amener trop de rigidité et peut-être amener des freins quant aux soins à donner dans ce domaine (66).

Une interview de Gourdin E. ((8) p19-21) a soulevé le fait que certains termes peuvent être bloquants tels que le mot « éthique ». C'est aussi le cas pour les mots « spirituel » et « spiritualité ». Il est possible de s'en faire « de fausses idées », voire jusqu'à « figer les choses et cristalliser les gens ... Parfois, le fait de nommer la chose, risque, si pas de la « tuer », en tout cas, de réduire la portée qu'elle pourrait avoir. C'est parfois mieux de l'insuffler avec d'autres termes. » (8).

## **5.6. L'échantillonnage**

Concernant les infirmiers, toute la population constituant les USI sera prise en considération, hormis ceux ayant moins d'un an d'expérience dans le service (93). Les infirmiers ont le droit de refuser de participer à l'étude. Cependant, le taux de refus de participation peut avoir un impact sur l'analyse du lien qu'on voudrait établir avec un patient.

La population cible des deux hôpitaux envisagés dans toutes les USI est de l'ordre de 250 infirmiers (CHU Liège-Sart-Tilman et CHU UCL-Godinne ont ensemble une capacité de 80 lits USI). Compte tenu des taux de réponses discutés au point 5.5, c'est probablement cette population qui déterminera l'échantillonnage limitant de l'étude. En effet, concernant les

patients, la durée de l'étude pourrait être adaptée pour en augmenter l'échantillon au besoin.

Le fait d'utiliser un échantillon plus restreint peut avoir un impact sur les analyses statistiques ainsi que sur l'interprétation et la généralisation des résultats ((88)p.348).

En particulier, concernant la base de données « SPIRITUAL CARE », l'échantillon pour lequel nous aurons des données « PATIENTS » et « INFIRMIERS » sera, de fait, inférieur (ou égal) au nombre de patient (en effet, des patients entrant dans l'étude, au moment de répondre aux questionnaires patients, peuvent être pris en soin par des infirmiers n'ayant pas l'expérience utile, ou n'ayant pas répondu aux questionnaires infirmiers). Il est aussi possible que du personnel infirmier prenne en soin plusieurs patients repris dans l'étude.

En annexe 8.17., nous avons développé les conditions de mise en œuvre d'une technique statistique telle que l'analyse canonique. En résumé, elle nécessite habituellement une grande population. Certains auteurs parlent de plus de 1000 sujets ou un ratio individus/variables de 30/1, conduisant à un ordre de grandeur de 2000 couples patient-infirmier dans notre cas (113). Nous avons expliqué dans cette même annexe qu'il est toutefois possible de réduire cette population, notamment par l'utilisation d'une analyse canonique régularisée (98,114). Il nous semble raisonnable d'avoir un échantillonnage minimum d'une centaine d'individus pour la base des données « SPIRITUAL CARE » compte tenu de ce qui précède (nombre total potentiel d'infirmiers accessibles, durée (variable) de l'étude, infirmier(s) en charge de plusieurs patients).

L'équation :  $p + q < n + 1$ , où  $p = 26$  (nombre d'items du SpNQ),  $q = 40$  (nombre d'items du SCCQ),  $n = 100$  (nombre minimum d'individus « SPIRITUAL CARE ») serait dans ce cas respectée pour permettre une analyse canonique régularisée (module rCCA de mixOmics.org selon les développements de Gonzalez I. via le logiciel R (98,114)).

### **5.7. L'étude multicentrique**

Le côté multicentrique a, pour avantage, d'augmenter l'échantillonnage (voir l'importance de ce sujet au point précédent) et donc d'amener plus de précision à l'étude. Il permettra,

également, d'augmenter l'interculturalité par la multiplication des sites qui est un élément tout aussi intéressant au sujet de la recherche (66).

Le caractère multicentrique, si d'autres sites devaient encore être ajoutés, peut entraîner, pour le chercheur, de se trouver dans la possibilité de devoir faire appel à une tierce personne afin d'être aidé dans la démarche de récolte des données auprès des patients et des infirmiers des nouveaux sites à l'étude.

Cependant, cette tierce personne devra être formée aux modalités de la recherche et des divers instruments de collecte des données, afin qu'il soit toujours utilisé de la même manière ((88) p.348). Nous renvoyons à ce sujet à la page 32 sur la complexité des concepts de spiritualité, et sur la manière de les aborder avec les publics cibles, ceci pouvant via une personne complémentaire dans l'équipe de recherche créer un biais supplémentaire.

### **5.8. Le Comité d'Éthique**

Dans le cadre de cette étude, un avis de la part du Comité d'Éthique hospitalo-facultaire de l'Université de Liège a été demandé directement après validation du protocole de recherche et de l'avis au Collège restreint des Enseignants du Département des Sciences de la Santé Publique de Liège (annexe 8.19.)

Pour le côté multicentrique arrivé en cours d'étude, une demande au Comité d'Éthique du CHU-UCL Namur-site Godinne a, ensuite, été réalisée et acceptée (annexe 8.19.).

Sur le fond et la forme, la demande aux comités d'éthique aurait dû être unique. En effet, selon le Chapitre VIII, article 11, §3 de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004, concernant les études multicentriques, l'avis doit être émis par un seul comité d'éthique (quel que soit le nombre de sites sur lesquels l'expérimentation est prévue) (115). Une nouvelle demande est rédigée en annexe 8.20..

### **5.9. Les analyses statistiques**

Dans l'étude ((95) p32) sur la validation en français du questionnaire SCCQ (nombre d'individus = 173), il en est ressorti que la compétence principale la plus forte sur une échelle allant de 0 à 3 (« La connaissance des autres religions ») présentait une  $m \pm SD = 2,05 \pm 0,72$  et que la compétence principale la plus faible (« Les compétences en matière de documentation ») présentait une  $m \pm SD = 0,64 \pm 0,66$ . Le lecteur intéressé remarquera que les

quatre compétences principales les plus fortes en *spiritual care* détectées avec le questionnaire SCCQ sont les mêmes, dans les deux études réalisées en Allemagne et en Belgique, certes, ni dans le même ordre, ni dans les mêmes intensités même si relativement semblables (9,95).

Par ailleurs, une étude réalisée en Allemagne dans un service d'urgence avec le questionnaire SpNQ (3) (nombre d'individus = 383) a montré que le besoin principal le plus fort sur une échelle allant de 0 à 3 (« Besoin en matière de génération ») présentait une  $m \pm SD = 1,59 \pm 0,73$  et que le besoin principal le plus faible (« Besoin existentiel ») présentait une  $m \pm SD = 0,67 \pm 0,61$ .

Cependant, pour ces trois études, il ne s'agit pas de services de soins intensifs.

Suite aux analyses statistiques par population développées au point 3.6., les éléments significatifs, tant des compétences que des besoins, pourront être comparés par rapport aux études précitées, en ce y compris les données sociodémographiques. On pourra d'une certaine manière, à l'échelle des deux groupes, discuter d'une correspondance entre besoins spirituels et compétences des infirmiers en *spiritual care*.

L'analyse canonique, quant à elle, aura pour objectif de mettre en évidence au moins une corrélation (canonique) significative entre besoins spirituels des patients et compétences des infirmiers en *spiritual care*. Pour que cette technique statistique puisse donner des résultats, il est nécessaire que des dépendances entre besoins spirituels des patients et compétences en *spiritual care* des infirmiers soient présentes. A la lecture du questionnaire SCCQ, il semble y avoir une relative indépendance vis-à-vis du patient (les questions sont générales, la collecte des données du questionnaire est indépendante de la prise en soins du patient). Les réponses au questionnaire SCCQ ne sont pas en relation directe avec la prise en soins du patient, et donc aux réponses du SpNQ. Nous avons retrouvé ce lien entre deux groupes de variables dans différentes analyses canoniques sur d'autres sujets d'étude (99–102). Dans notre cas, cette absence de lien constituerait un frein. La première étape dans le module rCCA (logiciel R) est justement de visualiser ces interdépendances et donc, de mettre en évidence, ou non, la possibilité d'éventuelles corrélations canoniques significatives.

### **5.10. Le « Synergy Model »**

La synergie, définie dans le modèle comme étant "quelque chose de plus que la somme des parties ", n'est pas un résultat mesurable et il est impossible de dire si elle s'est produite ou non. Ainsi, le modèle ne fait que dire « ce qui est » et décrire le « quoi » idéal (84). Si, dans le meilleur des cas, l'analyse canonique montre une ou plusieurs corrélations fortes décrites statistiquement, cela ne signifie pas que, cliniquement, il y ait eu « synergie » entre compétences des infirmiers en *spiritual care* et besoins spirituels des patients. C'est d'autant plus vrai si l'analyse statistique a dû se limiter à l'échelle des deux groupes pris séparément.

Au-delà du choix du « Synergy Model » comme théorie, Smith AR. identifie deux caractéristiques prépondérantes pour le patient et deux caractéristiques propres de l'infirmière dans le cadre de la spiritualité aux soins intensifs. Il s'agit de, respectivement, la résilience et la disponibilité des ressources d'une part et d'autre part, la pratique des soins et la réponse à la diversité (44).

De plus, puisque l'assimilation des compétences de la pratique infirmière sont évaluées selon le modèle de « novice à expert » de Benner P.(93), la progression des compétences des infirmiers évoluera grâce à l'apprentissage formel (enseignement initial et programme de formations continues) et expérientiel au cours du temps (116).

### **5.11. L'intérêt scientifique en matière de Santé Publique et perspectives**

Dans la société en général, la spiritualité est en plein essor. Au niveau médical, la spiritualité est même étroitement liée à la santé (49). En effet, reconnaître ces besoins spirituels et pouvoir y répondre peuvent avoir divers effets sur les résultats de santé tels que soulevés par le « Synergy Model », en l'occurrence, l'amélioration de la qualité de vie, la diminution des symptômes dépressifs, la satisfaction des soins, une diminution des coûts de santé, une perspective de guérison,... (18,24,41,48,49,53).

Dans un système de soins où on tend à avoir une vision holistique, le patient devient, dès lors, un sujet de soins prenant part aux décisions. Celles-ci, dans le cadre médical, sont influencées par sa propre spiritualité (18,26,30–36). Le patient se sent, donc, davantage soutenu dans ses propres choix si cette spiritualité a été explorée avec un professionnel de

santé (66). Sa satisfaction sera renforcée vis-à-vis du système de santé, ce que le « *Synergy Model* » fait ressortir en termes de résultats pour le patient (82,86).

Certains auteurs soulèvent même l'idée d'une consultation en *spiritual care*, à l'admission du patient aux USI, pour intégrer les informations dans le flux de travail clinique et également conscientiser les patients sur la possibilité de la prise en compte de leur spiritualité (41).

D'autre part, puisque la profession d'infirmier est la discipline de soins de santé qui passe le plus de temps au chevet du patient, il serait, dès lors, intéressant de repenser la formation de ces professionnels tant dans la formation initiale que dans le cadre de formations continues au sein de l'activité professionnelle (15,16,20,50,54,70). Dans ce cadre, au terme de l'étude, un retour du travail d'enquête auprès des équipes permettrait un processus de questionnement, de remise en question voire même de l'ordre de la formation. Par ailleurs, sensibiliser les étudiants infirmiers à la dimension spirituelle de la santé paraît essentielle à l'heure actuelle. C'est en quelque sorte semer des graines qu'ils pourront récolter à l'avenir quand ils bénéficieront d'une plus grande expérience professionnelle (49). Au sein du Master en Sciences de la Santé Publique finalité Patient Critique, un cours de *spiritual care* a été donné durant cette année académique 2019-2020. Il serait intéressant de le reconduire et de l'étendre tant à la finalité Pratiques Avancées en Science Infirmière (117) qu'aux autres finalités du Master en Sciences de la Santé Publique.

Du point de vue de la recherche proprement dite, malgré la non collecte de données et donc l'impossibilité d'extraire et de discuter de résultats, l'ouverture de cette étude sur le plan européen doit être une étape complémentaire<sup>8</sup>.

Ce travail n'est évidemment qu'une toute première approche. Il sera, pour le futur, nécessaire de confirmer et d'explorer la correspondance entre besoins spirituels du patient et compétences des infirmiers en *spiritual care* au-delà du « *Synergy Model* ». Une démarche qualitative devra être envisagée pour s'assurer qu'une réponse appropriée aura été donnée, par le personnel soignant, aux besoins spirituels du patient (3).

---

<sup>8</sup> Le protocole initial avait d'ailleurs été traduit en anglais en vue d'une intégration de services de soins intensifs allemands (par l'intermédiaire du professeur Frick E.). La pandémie de la COVID-19 a stoppé net cette démarche.



Dans le futur, l'ouverture aux autres membres du personnel soignant devra être faite pour répondre à l'interdisciplinarité nécessaire à la pratique du *spiritual care* (2,38) ainsi que la prise en compte des besoins spirituels des proches de patients hospitalisés aux USI.

Puisque nous avons expliqué que la compétence en *spiritual care*, sans s'y résumer, est aussi une question de savoir-être, la question d'une variation de ces compétences au cours du temps, voire même au cours de la journée (pause de travail), pourrait être explorée.

## **6. Conclusion**

Une littérature abondante a permis de mettre en évidence l'importance de la prise en compte de la spiritualité dans la relation de soins. Au travers du « *Synergy Model* », cette étude veut démontrer une correspondance entre les besoins spirituels des patients et les compétences en *spiritual care* des infirmiers au sein des USI.

Cependant, les deux outils (SpNQ et SCCQ), à utiliser dans le cadre de la recherche, nécessitent, respectivement, d'être validé ou renforcé dans leur structure factorielle pour une utilisation en Belgique francophone dans les unités critiques. Ce travail met, également, en évidence des biais et des freins qui, lors de la collecte des données et des traitements statistiques, devront recevoir toute l'attention de l'investigateur.

A termes, cette étude permettra d'adapter la formation, initiale ou continue, afin de développer, voire de renforcer, les compétences des professionnels de la santé en général, et pour ceux exerçant au sein des USI en particulier, par l'intégration du *spiritual care*.

Suite au développement de la PASI au niveau international et à la recherche de l'excellence en soins infirmiers, le *spiritual care* doit être considéré comme un aspect essentiel de la prise en soins holistiques des patients.

Cette approche méthodologique, qui propose de belles perspectives, est une préparation à une étude multicentrique d'une correspondance entre les compétences des infirmiers et les besoins spirituels des patients hospitalisés aux soins intensifs.

## **7. Bibliographie**

1. Pepin J. La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières. *Théologiques* [Internet]. 2001;9(2):33–46. Available from: <https://www.erudit.org/fr/revues/theologi/2001-v9-n2-theologi565/007294ar/>
2. Rochat E, Vollenweider P, Rubli Truchard E, Odier C. Prendre en compte la dimension spirituelle du patient: plus pertinent à plusieurs. *Rev Med Suisse*. 2015 Nov 4;11:2055–7.
3. Frick E, Büssing A, Rodrigues Recchia D, Härtl K, Beivers A, Wapler C, et al. Spirituelle Bedürfnisse von Patienten eines Notfallzentrums. *Med Klin - Intensivmed Notfallmedizin* [Internet]. 2020 Feb 7; Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00063-020-00653-8>
4. Glenister D, Prewer M. Capturing religious identity during hospital admission: a valid practice in our increasingly secular society? *Aust Health Rev* [Internet]. 2018 Jan 8;41(6):626–31. Available from: <https://www.publish.csiro.au/ah/AH16139>
5. Timmins F, Neill F, Murphy M, Begley T, Sheaf G. Spiritual care competence for contemporary nursing practice: A quantitative exploration of the guidance provided by fundamental nursing textbooks. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2015 Nov;15(6):485–91. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1471595315000347>
6. Jacquemin D. Spiritualité : il est question de soigner. In : *Ethica Clinica*. 2006;(44):19–28. Available from: <http://hdl.handle.net/2078.1/110561>
7. Avis 2018.03 du Conseil Fédéral de l'Art Infirmier concernant l'infirmier spécialisé, l'infirmier consultant et l'infirmier de pratique avancée [Internet]. *Santé Publique*. 2018. Available from: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/avis-201803-du-conseil-federal-de-lart-infirmier-concernant-linfirmier-specialise>
8. Réseau Santé, Soins et Spiritualités (Louvain-la-N Belgique). *Spiritual care II. La parole aux professionnels sur le terrain*. Éditions Jésuites-Soins et Spiritualités. 2018. 95 p.
9. Frick E, Theiss M, Rodrigues Recchia D, Büssing A. Validierung einer deutschsprachigen Spiritual Care-Kompetenz-Skala: Validation of a spiritual care competence scale in German language. *Spirit Care* [Internet]. 2019 Apr 8;8(2):193–207. Available from: <https://www.degruyter.com/view/journals/spircare/8/2/article-p193.xml>
10. Büssing A, Balzat H, Heusser P. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire. *Eur J Med Res* [Internet]. 2010;15(6):266–73. Available from: <http://eurjmedres.biomedcentral.com/articles/10.1186/2047-783X-15-6-266>
11. Réseau Santé, Soins et Spiritualités (Louvain-la-N Belgique). Défi de traduction. In: *Spiritual Care I : Comment en parler en français? Des concepts pour des contextes*. Éditions Jésuites-Soins et spiritualités. 2018. p. 15–9.

12. Pujol N, Gueneau-Peureux D, Béloucif S. La question spirituelle dans le contexte de la maladie grave. *Laennec* [Internet]. 2016;64(4):6–18. Available from: <http://www.cairn.info/revue-laennec-2016-4-page-6.htm>
13. Liénard A, Konings S, Hertay A, Delvaux N, De Valck C, Razavi D. Processus d'annonce d'un diagnostic [Internet]. SPF Santé Publique. 2016. Available from: <https://www.health.belgium.be/fr/processus-dannonce-dun-diagnostic>
14. Rouiller F. Spiritualité du patient dans le projet de soins : défis et enjeux. *Rev Médicale Suisse* [Internet]. 2016 Jan 27;12:174. Available from: <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-503/Spiritualite-du-patient-dans-le-projet-de-soins-defis-et-enjeux>
15. Canfield C, Taylor D, Nagy K, Strauser C, VanKerkhove K, Wills S, et al. Critical Care Nurses' Perceived Need for Guidance in Addressing Spirituality in Critically Ill Patients. *Am J Crit Care* [Internet]. 2016 May 1;25(3):206–11. Available from: <https://aacnjournals.org/ajconline/article/25/3/206/3127/Critical-Care-Nurses-Perceived-Need-for-Guidance>
16. Burkhart L, Schmidt L, Hogan N. Development and psychometric testing of the Spiritual Care Inventory instrument: Development and psychometric testing of SCI. *J Adv Nurs* [Internet]. 2011 Nov;67(11):2463–72. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2011.05654.x>
17. Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing: a concept analysis: Spiritual care in nursing. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2014 Jun;61(2):211–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/inr.12099>
18. Ho JQ, Nguyen CD, Lopes R, Ezeji-Okoye SC, Kushner WG. Spiritual Care in the Intensive Care Unit: A Narrative Review. *J Intensive Care Med* [Internet]. 2018 May;33(5):279–87. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0885066617712677>
19. Pujol N. Analyse critique du concept de sacré chez Kenneth I. Pargament dans la définition de la spiritualité en contexte médical. *Laval Théologique Philos* [Internet]. 2015 Mar 19;70(2):275–90. Available from: <http://id.erudit.org/iderudit/1029152ar>
20. Noome M, Beneken Genaamd Kolmer DM, van Leeuwen E, Dijkstra BM, Vloet LCM. The role of ICU nurses in the spiritual aspects of end-of-life care in the ICU: an explorative study. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2017 Sep;31(3):569–78. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/scs.12371>
21. Bay PS, Ivy SS, Terry CL. The Effect of Spiritual Retreat on Nurses' Spirituality: A Randomized Controlled Study. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2010 Jun;24(3):125–133. Available from: [https://journals.lww.com/hnpjournal/Abstract/2010/05000/The\\_Effect\\_of\\_Spiritual\\_Retreat\\_on\\_Nurses\\_.3.aspx](https://journals.lww.com/hnpjournal/Abstract/2010/05000/The_Effect_of_Spiritual_Retreat_on_Nurses_.3.aspx)

22. Tanyi RA. Towards clarification of the meaning of spirituality. *J Adv Nurs*. 2002 Sep;39(5):500–9.
23. Carr T. Mapping the Processes and Qualities of Spiritual Nursing Care. *Qual Health Res* [Internet]. 2008 May;18(5):686–700. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732307308979>
24. Helming MA. Integrating Spirituality into Nurse Practitioner Practice: The Importance of Finding the Time. *J Nurse Pract* [Internet]. 2009 Sep;5(8):598–605. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1555415509002451>
25. Vogel A, Schep-Akkerman AE. Competence and frequency of provision of spiritual care by nurses in the Netherlands. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2018 Dec;32(4):1314–21. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/scs.12575>
26. Best M, Butow P, Olver I. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2015 Nov;98(11):1320–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399115001974>
27. Narayanasamy A, Owens J. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *J Adv Nurs*. 2001 Feb;33(4):446–55.
28. Swinton J. Réponse aux 12 thèses d'Eckhard Frick par John Swinton. In: *Spiritual Care I: Comment en parler en français. Des concepts pour des contextes*. Éditions Jésuites-Soins et spiritualités. 2018. p. 37–46.
29. Swinton J. Response to Eckhard Frick's reflections on Spiritual Care. *Spirit Care* [Internet]. 2017 Apr 1;6(2):225–7. Available from: <https://www.degruyter.com/view/journals/spircare/6/2/article-p225.xml>
30. Ehman JW, Ott BB, Short TH, Ciampa RC, Hansen-Flaschen J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch Intern Med*. 1999 Aug 9;159(15):1803–6.
31. MacLean CD, Susi B, Phifer N, Schultz L, Bynum D, Franco M, et al. Patient Preference for Physician Discussion and Practice of Spirituality. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2003;18(1):38–43. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1525-1497.2003.20403.x>
32. McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, King BD, McCormick KF, Oprandi AM, et al. Discussing Spirituality With Patients: A Rational and Ethical Approach. *Ann Fam Med* [Internet]. 2004 Jul 1;2(4):356–61. Available from: <https://www.annfammed.org/content/2/4/356>
33. Phelps AC, Lauderdale KE, Alcorn S, Dillinger J, Balboni MT, Van Wert M, et al. Addressing Spirituality Within the Care of Patients at the End of Life: Perspectives of Patients With Advanced Cancer, Oncologists, and Oncology Nurses. *J Clin Oncol* [Internet]. 2012 Jul 10;30(20):2538–44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4827261/>

34. Phelps AC, Maciejewski PK, Nilsson M, Balboni TA, Wright AA, Paulk ME, et al. Religious Coping and Use of Intensive Life-Prolonging Care Near Death in Patients With Advanced Cancer. *JAMA* [Internet]. 2009 Mar 18;301(11):1140–7. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/183578>
35. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers ET, Wright AA, et al. Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death. *J Clin Oncol* [Internet]. 2010 Jan 20;28(3):445–52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2815706/>
36. Koenig HG. Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 1998;13(4):213–24. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/%28SICI%291099-1166%28199804%2913%3A4%3C213%3A%3AAID-GPS755%3E3.0.CO%3B2-5>
37. Wu L-F, Koo M, Tseng H-C, Liao Y-C, Chen Y-M. Concordance between nurses' perception of their ability to provide spiritual care and the identified spiritual needs of hospitalized patients: A cross-sectional observational study: Nurses' ability to provide spiritual care. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2015 Dec;17(4):426–33. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/nhs.12210>
38. Willemse S, Smeets W, van Leeuwen E, Janssen L, Foudraine N. Spiritual Care in the ICU: Perspectives of Dutch Intensivists, ICU Nurses, and Spiritual Caregivers. *J Relig Health* [Internet]. 2018 Apr;57(2):583–95. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-017-0457-2>
39. Astrow AB, Wexler A, Texeira K, He MK, Sulmasy DP. Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2007 Dec 20;25(36):5753–7.
40. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers. *JAMA* [Internet]. 2000 Nov 15;284(19):2476–82. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/193279>
41. Gordon BS, Keogh M, Davidson Z, Griffiths S, Sharma V, Marin D, et al. Addressing spirituality during critical illness: A review of current literature. *J Crit Care* [Internet]. 2018 Jun 1;45:76–81. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944117316349>
42. Ellis MR, Thomlinson P, Gemmill C, Harris W. The spiritual needs and resources of hospitalized primary care patients. *J Relig Health*. 2013 Dec;52(4):1306–18.
43. Wu L-F, Koo M, Liao Y-C, Chen Y-M, Yeh D-C. Development and Validation of the Spiritual Care Needs Inventory for Acute Care Hospital Patients in Taiwan. *Clin Nurs Res* [Internet]. 2016 Dec;25(6):590–606. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1054773815579609>

44. Smith AR. Using the Synergy Model to Provide Spiritual Nursing Care in Critical Care Settings. *Crit Care Nurse* [Internet]. 2006 Aug 1;26(4):41–7. Available from: <https://aacnjournals.org/ccnonline/article/26/4/41/980/Using-the-Synergy-Model-to-Provide-Spiritual>
45. Swinton M, Giacomini M, Toledo F, Rose T, Hand-Breckenridge T, Boyle A, et al. Experiences and Expressions of Spirituality at the End of Life in the Intensive Care Unit. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2017 Jan 15;195(2):198–204. Available from: <http://www.atsjournals.org/doi/10.1164/rccm.201606-1102OC>
46. Berning JN, Poor AD, Buckley SM, Patel KR, Lederer DJ, Goldstein NE, et al. A Novel Picture Guide to Improve Spiritual Care and Reduce Anxiety in Mechanically Ventilated Adults in the Intensive Care Unit. *Ann Am Thorac Soc*. 2016;13(8):1333–42.
47. Bone N, Swinton M, Hoad N, Toledo F, Cook D. Critical Care Nurses' Experiences With Spiritual Care: The SPIRIT Study. *Am J Crit Care* [Internet]. 2018 May;27(3):212–9. Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/lookup/doi/10.4037/ajcc2018300>
48. Johnson JR, Engelberg RA, Nielsen EL, Kross EK, Smith NL, Hanada JC, et al. The Association of Spiritual Care Providers' Activities With Family Members' Satisfaction With Care After a Death in the ICU\*: *Crit Care Med* [Internet]. 2014 Sep;42(9):1991–2000. Available from: <http://journals.lww.com/00003246-201409000-00004>
49. Gaillard Desmedt S, Shaha M. La place de la spiritualité dans les soins infirmiers : une revue de littérature. *Rech Soins Infirm* [Internet]. 2013;N° 115(4):19. Available from: <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2013-4-page-19.htm?ref=doi>
50. Burkhart L, Hogan N. An Experiential Theory of Spiritual Care in Nursing Practice. *Qual Health Res* [Internet]. 2008 Jul;18(7):928–38. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732308318027>
51. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, Weissfeld LA, Watson RS, Rickert T, et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study\*: *Crit Care Med* [Internet]. 2004 Mar;32(3):638–43. Available from: <http://journals.lww.com/00003246-200403000-00003>
52. Adhikari NK, Fowler RA, Bhagwanjee S, Rubenfeld GD. Critical care and the global burden of critical illness in adults. *The Lancet* [Internet]. 2010 Oct;376(9749):1339–46. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673610604461>
53. Choi PJ, Curlin FA, Cox CE. Addressing religion and spirituality in the intensive care unit: A survey of clinicians. *Palliat Support Care* [Internet]. 2019 Apr;17(2):159–64. Available from: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S147895151800010X/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S147895151800010X/type/journal_article)

54. Ronaldson S, Hayes L, Aggar C, Green J, Carey M. Spirituality and spiritual caring: nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments: Spirituality and spiritual caring: nurses' practice. *J Clin Nurs* [Internet]. 2012 Aug;21(15–16):2126–35. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2012.04180.x>
55. Taylor EJ, Mamier I, Ricci-Alleggra P, Foith J. Self-reported frequency of nurse-provided spiritual care. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2017 Jun;35:30–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0897189716303901>
56. Piderman KM, Marek DV, Jenkins SM, Johnson ME, Buryska JF, Shanafelt TD, et al. Predicting Patients' Expectations of Hospital Chaplains: A Multisite Survey. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2010 Nov 1;85(11):1002–10. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025619611600906>
57. Martinuz M, Dürst A-V, Faouzi M, Pétremand D, Reichel V, Ortega B, et al. Do You Want Some Spiritual Support? Different Rates of Positive Response to Chaplains' versus Nurses' Offer. *J Pastor Care Couns Adv Theory Prof Pract Sch Reflective Publ* [Internet]. 2013 Dec;67(4):1–10. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/154230501306700403>
58. van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Middel B, Post D, Jochemsen H. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *J Clin Nurs* [Internet]. 2009 Oct;18(20):2857–69. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2008.02594.x>
59. Noddings N. *Caring: a feminine approach to ethics & moral education*. 2nd ed. Berkeley: University of California Press; 2003. 220 p.
60. Kisorio LC, Langley GC. Critically ill patients' experiences of nursing care in the intensive care unit. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2019;24(6):392–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nicc.12409>
61. Büssing A, Recchia D, Koenig H, Baumann K, Frick E. Factor Structure of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) in Persons with Chronic Diseases, Elderly and Healthy Individuals. *Religions* [Internet]. 2018 Jan 5;9(1):13. Available from: <http://www.mdpi.com/2077-1444/9/1/13>
62. Voltmer E, Büssing A, Koenig HG, Al Zaben F. Religiosity/Spirituality of German Doctors in Private Practice and Likelihood of Addressing R/S Issues with Patients. *J Relig Health* [Internet]. 2014 Dec 1;53(6):1741–52. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9776-0>
63. Lee E, Baumann K. German Psychiatrists' Observation and Interpretation of Religiosity/Spirituality. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM* [Internet]. 2013 Nov 14;2013:1–8. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2013/280168/>

64. Cohen CB, Wheeler SE, Scott DA. Walking a Fine Line: Physician Inquiries into Patients' Religious and Spiritual Beliefs. *Hastings Cent Rep* [Internet]. 2001;31(5):29–39. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.2307/3527702>
65. Delgado-Guay MO. Spirituality and religiosity in supportive and palliative care. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2014 Sep;8(3):308–13.
66. Martinez A-M, 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* [Internet]. 2016;N° 127(4):91. Available from: <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2016-4-page-91.htm?ref=doi>
67. Sherwood GD. The power of nurse-client encounters. Interpreting spiritual themes. *J Holist Nurs Off J Am Holist Nurses Assoc*. 2000 Jun;18(2):159–75.
68. Taylor EJ, Highfield MF, Amenta M. Predictors of oncology and hospice nurses' spiritual care perspectives and practices. *Appl Nurs Res* [Internet]. 1999 Feb 1;12(1):30–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189799801566>
69. Gebhardt MC. Rehabilitation nurses' experiences providing spiritual care. *Spiritual Health Int* [Internet]. 2008;9(4):230–40. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/shi.353>
70. Burkhart L, Schmidt W. Measuring Effectiveness of a Spiritual Care Pedagogy in Nursing Education. *J Prof Nurs* [Internet]. 2012 Sep;28(5):315–21. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S8755722312000518>
71. Gallison BS, Xu Y, Jurgens CY, Boyle SM. Acute Care Nurses' Spiritual Care Practices. *J Holist Nurs* [Internet]. 2013 Jun;31(2):95–103. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0898010112464121>
72. McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs* [Internet]. 2011;20(11–12):1757–67. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2010.03547.x>
73. Kincheloe DD, Stallings Welden LM, White A. A Spiritual Care Toolkit: An evidence-based solution to meet spiritual needs. *J Clin Nurs* [Internet]. 2018 Apr;27(7–8):1612–20. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.14265>
74. Cavendish R, Luise BK, Russo D, Mitzeliotis C, Bauer M, McPartlan Bajo MA, et al. Spiritual perspectives of nurses in the United States relevant for education and practice. *West J Nurs Res*. 2004 Mar;26(2):196–212; discussion 213–221.
75. Fletcher CE. Health care providers' perceptions of spirituality while caring for veterans. *Qual Health Res*. 2004 Apr;14(4):546–61.



76. Stranahan S. Spiritual perception, attitudes about spiritual care, and spiritual care practices among nurse practitioners. *West J Nurs Res*. 2001 Feb;23(1):90–104.
77. Timmins F. Nurses' Views of Spirituality and Spiritual Care in the Republic of Ireland. *J Study Spiritual* [Internet]. 2013 Nov 1;3(2):123–39. Available from: <https://doi.org/10.1179/2044024313Z.00000000016>
78. Frick E. Spiritual Care – How does it work? *Spirit Care* [Internet]. 2017 Apr 1;6(2):223–4. Available from: <https://www.degruyter.com/view/journals/spircare/6/2/article-p223.xml>
79. Frick E. Comment agit le spiritual Care ? Douze thèses. In: *Spiritual Care I: Comment en parler en français? Des concepts pour des contextes*; Éditions Jésuites-Soins et spiritualités. 2018. p. 27–36.
80. Réseau Santé, Soins et Spiritualités (Louvain-la-N Belgique). *Spiritual care I: Comment en parler en français? Des concepts pour des contextes*. Éditions Jésuites-Soins et spiritualités. 2018. 156 p.
81. Delgado SA. Spirituality and Care for Patients and Families. *Am J Crit Care* [Internet]. 2016 May 1;25(3):212–212. Available from: <https://aacnjournals.org/ajconline/article/25/3/212/3131/Spirituality-and-Care-for-Patients-and-Families>
82. Hardin SR. The AACN Synergy Model. In: *The middle range theories : Application to nursing research*. Third edition. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health; 2013. p. 294–305.
83. McEwen M, Wills EM. *Theoretical basis for nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health; 2014. 574 p.
84. Smith AR. The AACN Synergy Model. In: *The middle range theories : Application to nursing research*. Third edition. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health; 2013. p. 331–3.
85. Hardin SR, Kaplow R. *Synergy for Clinical Excellence: The AACN Synergy Model for Patient Care*. Jones & Bartlett Publishers; 2008. 386 p.
86. Curley MA. Patient-nurse synergy: optimizing patients' outcomes. *Am J Crit Care Off Publ Am Assoc Crit-Care Nurses*. 1998 Jan;7(1):64–72.
87. Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé, Comité Consultatif de Bioéthique. Guide d'évaluation des études non interventionnelles [Internet]. 2008. Available from: <https://www.fagg-afmps.be/sites/default/files/downloads/Guide%20d%27évaluation%20des%20études%20non%20interventionnelles.txt.pdf>
88. Fortin M-F, Gagnon J. *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation; 2016. 518 p.

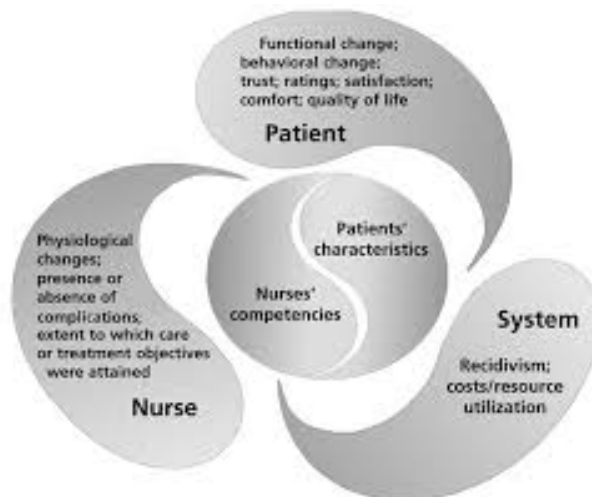
89. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. *Ann Intern Med* [Internet]. 1990 Dec 15;113(12):941–8. Available from: <https://www.acpjournals.org/doi/abs/10.7326/0003-4819-113-12-941>
90. Laplante J, Cole M, McCusker J, Singh S, Ouimet M-A. Confusion Assessment Method : Validation d’une version française. *Perspect Infirm*. 2005 Oct;3(1):12–22.
91. Kharat A, Louis Simonet M. Outils diagnostiques de l’état confusionnel aigu. *Rev Médicale Suisse*. 2013;9:203–6.
92. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, Gordon S, Francis J, May L, et al. Delirium in Mechanically Ventilated Patients: Validity and Reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *JAMA* [Internet]. 2001 Dec 5;286(21):2703–10. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/194422>
93. Benner P. De novice à expert: excellence en soins infirmiers. Saint-Laurent: Editions du Renouveau Pédagogique; 1995. 254 p.
94. Van Campenhoudt L, Marquet J, Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales - 5e éd. Dunod; 2017. 384 p.
95. Neves Oliveira AC. Spiritual Care – Compétences (auto-évaluées) auprès d’infirmier·e·s aux Cliniques Universitaires Saint-Luc Validation française du questionnaire « Spiritual Care Competences Questionnaire » [Mémoire Sciences de la Santé Publique]. [Bruxelles]: Université Catholique de Louvain; 2018.
96. Hotelling H. Relations Between Two Sets of Variates. *Biometrika* [Internet]. 1936;28(3/4):321–77. Available from: <https://www.jstor.org/stable/2333955>
97. Palm R. La corrélation canonique : principes et application. *Notes Stat Inform* [Internet]. 1990;(1). Available from: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/113284>
98. Gonzalez I. Analyse Canonique Régularisée par des données fortement multidimensionnelles [Thèse]. [Toulouse]: Université Paul Sabatier Toulouse III; 2007.
99. Smith LS. Cultural competence for nurses: canonical correlation of two culture scales. *J Cult Divers*. 1998;5(4):120–6.
100. Sultan WIM, Sultan MIM, Crispim J. Palestinian doctors’ views on patient-centered care in hospitals. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 Dec;18(1):766. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3573-0>
101. Kim MS, Kim C-H. Canonical correlations between individual self-efficacy/organizational bottom-up approach and perceived barriers to reporting medication errors: a multicenter study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019 Dec;19(1):495. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4194-y>

102. Schultz TJ, Kitson AL. Measuring the context of care in an Australian acute care hospital: a nurse survey. *Implement Sci* [Internet]. 2010 Aug 2;5(1):60. Available from: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-60>
103. Tovar-Murray D. The Multiple Determinants of Religious Behaviors and Spiritual Beliefs on Well-Being. *J Spiritual Ment Health* [Internet]. 2011 Jul 1 [cited 2020 Jul 25];13(3):182–92. Available from: <https://doi.org/10.1080/19349637.2011.593405>
104. Jacquemin D [Internet]. ETHICS EA 7446. Available from: <https://lillethics.com/dominique-jacquemin/>
105. Seddigh R, Keshavarz Akhlaghi AA, Azarnik S. The Spiritual Needs of Patients and the Procedure to Measure Them: A Literature Review. *Iran J Psychiatry Behav Sci* [Internet]. 2016 Mar 31 ;In Press(InPress). Available from: <https://sites.kowsarpub.com/ijpbs/articles/4011.html>
106. Verdonk C, Trousselard M. État de santé et adaptation au stress de militaires du Groupe d'intervention de la Gendarmerie nationale. [Thèse de médecine Université Paris XI]: Université Paris-Sud; 2013.
107. Hatamipour K, Rassouli M, Yaghmaie F, Zendedel K, Alavi Majd H. Development and Psychometrics of a 'Spiritual Needs Assessment Scale of Patients with Cancer': A mixed Exploratory Study [Internet]. *Int J Cancer Manag*. 2018 Jan;11(1):e10083. Available from: <https://sites.kowsarpub.com/ijcm/articles/10083.html>
108. Valente TC de O, Cavalcanti APR, Büssing A, Costa Junior CP da, Motta RN. Transcultural Adaptation and Psychometric Properties of Portuguese Version of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) Among HIV Positive Patients in Brazil. *Religions* [Internet]. 2018 Apr;9(4):135. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-1444/9/4/135>
109. Büssing A, Zhai X, Peng W, Ling C. Psychosocial and spiritual needs of patients with chronic diseases: Validation of the Chinese version of the Spiritual Needs Questionnaire. *J Integr Med* [Internet]. 2013 Mar 15;11(2):106–15. Available from: <http://www.jcimjournal.com/CN/abstract/abstract2005.shtml>
110. Selman LE, Brighton LJ, Sinclair S, Karvinen I, Egan R, Speck P, et al. Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliat Med* [Internet]. 2018 Jan ;32(1):216–30. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216317734954>
111. Tiew LH, Creedy DK. Development and preliminary validation of a composite Spiritual Care-Giving Scale. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2012 Jun 1;49(6):682–90. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748911004585>
112. Hughes CG, McGrane S, Pandharipande PP. Sedation in the intensive care setting. *Clin Pharmacol Adv Appl* [Internet]. 2012 Oct 25;4:53–63. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3508653/>

113. Pituch KA, Stevens J. Applied multivariate statistics for the social sciences: analyses with SAS and IBM's SPSS. 6th edition. New York: Routledge/Taylor & Francis Group; 2016. 793 p.
114. González I, Déjean S, Martin P, Baccini A. CCA: An R package to extend canonical correlation analysis. J Stat Softw [Internet]. 2008;23(12):1. Available from: <https://hal.inrae.fr/hal-02665561>
115. Moniteur Belge 18.05.2004. 7 MAI 2004 Loi relative aux expérimentations sur la personne humaine [Internet]. Sect. SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT. Available from: ELI - Système de navigation par identifiant européen de la législation <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2004/05/07/2004022376/justel>
116. Kaplow R, Reed KD. The AACN Synergy Model for Patient Care: a nursing model as a Force of Magnetism. Nurs Econ. 2008 Feb;26(1):17–25.
117. DeKoninck B, Hawkins LA, Fyke JP, Neal T, Currier K. Spiritual Care Practices of Advanced Practice Nurses: A Multinational Study. J Nurse Pract. 2016 Sept;12(8):536-44

## **8. Annexes**

### **8.1. Le « Synergy Model »**



(86)

## 8.2. La CAM « *Confusion Assessment Method* »

**Tableau 2. Algorithme diagnostique du Confusion Assessment Method**

(Adapté de réf.<sup>12</sup>).

### 1 Début soudain et fluctuation des symptômes

- Le patient présente-t-il un changement de l'état mental de base?
- Ce comportement fluctue-t-il au cours de la journée (présence/absence ou intensité)?

### 2 Inattention

- Le patient présente-t-il des difficultés à focaliser son attention?
  - Perd-il le fil du discours?
  - Est-il facilement distrait?

### 3 Désorganisation de la pensée

- Le discours du patient est-il incohérent et désorganisé?
  - La suite d'idées est-elle illogique/imprévisible?
  - Le patient passe-t-il du coq à l'âne?

### 4 Trouble de la vigilance

- Globalement, comment évalueriez-vous l'état général de votre patient?
  - Alerté (normal)
  - Vigile
  - Léthargique
  - Stuporeux
  - Comateux

Critère présent si le patient n'est pas alerté

Le diagnostic de delirium requiert la présence de 3 des 4 critères. Les critères 1 et 2 sont toujours requis, accompagnés du critère 3 ou 4

(91)

## 8.3. La CAM-ICU « *Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit* »

**Tableau 3. Critères du Confusion Assessment Method pour les soins intensifs (CAM-ICU)**

(Adapté de réf.<sup>4</sup>).

Le score peut être utilisé uniquement chez les patients capables d'ouvrir les yeux et de serrer la main à la demande

### Critère 1 : Début soudain et évolution fluctuante

- La modification de l'état mental du patient est-elle soudaine? (oui = positif/non = négatif)
- Y-a-t-il des fluctuations sur les dernières 24 heures? (oui = positif/non = négatif)

### Critère 2 : Inattention

- Le patient présente-t-il des difficultés à focaliser son attention?
  - Test «ABRACADABRA» : Epelez chaque lettre (1-2 secondes entre chaque lettre) et demandez au patient de serrer la main sur la lettre «A»:

Le test est positif s'il y a plus de deux erreurs (soit le patient ne sert pas la main sur la lettre A, soit il la sert sur une autre lettre)

### Critère 3 : Désorganisation de la pensée

- Question oui/non:
  - Est-ce qu'une pierre flotte sur l'eau?
  - Y-a-t-il des poissons dans la mer?
  - Est-ce qu'un kilogramme pèse plus que deux kilogrammes?
  - Peut-on utiliser un marteau pour enfoncer un clou?

Le test est positif s'il y a plus d'une réponse fausse

- Commandes verbales:

- Dites au patient: «Montrez-moi le même nombre de doigts» (Montrez-lui deux doigts)
- Puis «Faites la même chose avec l'autre main»

Le test est positif si le patient se trompe dans ces deux commandes

### Etape 4 : Evaluation de la vigilance

- Globalement, comment évalueriez-vous l'état général de votre patient?
  - Alerte, vigile, léthargique, stuporeux, comateux

Le test est positif si le niveau de conscience est autre qu'alerte

Le diagnostic de delirium requiert la présence de 3 des 4 critères. Les critères 1 et 2 sont toujours requis, accompagnés du critère 3 ou 4

(91)

#### 8.4. Le questionnaire à l'attention du patient



P			
I			

Bonjour Madame, Monsieur,

Tout d'abord, merci pour votre participation !

Je m'appelle Amaryllis Chevalier. Je suis infirmière spécialisée en soins intensifs et aide médicale urgente et actuellement, je suis étudiante en master des Sciences de la Santé Publique à finalité Pratiques Avancées en Science Infirmière à l'Université de Liège.

Je réalise un mémoire, dont la question de recherche est « Les compétences infirmières correspondent-elles aux besoins spirituels des patients dans les unités de soins intensifs ? », sous la direction de Monsieur Jean Christophe Servotte, Docteur en Sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège et de Monsieur Dominique Jacquemin, Professeur à l'Université Catholique de Louvain.

Les questions suivantes portent sur les besoins spirituels auto-évalués des patients. Remplir le questionnaire n'a pas d'avantage immédiat pour vous mais peut déclencher un processus de réflexion. Les informations obtenues sont importantes pour déterminer les besoins spirituels des patients dans les Unités de Soins Intensifs, pour permettre de voir quelles actions peuvent être mises en place dans le but d'améliorer les soins aux patients.

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

Veuillez lire attentivement les questions, ou vous faire aider par une tierce personne pour la lecture des questions. Essayez de trouver une réponse rapidement et sans trop réfléchir et cochez la case appropriée sur le formulaire. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Nous vous sollicitons à répondre à toutes les questions.

Je vous remercie pour votre collaboration !

Amaryllis Chevalier

Contact : [amaryllis.chevalier@student.uliege.be](mailto:amaryllis.chevalier@student.uliege.be)

## **Questionnaire :**

**Age :** ..... ans

**Genre :**

☐ Féminin ☐ Masculin

**État civil :**

☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Célibataire ☐ En couple ☐ Veuf/veuve

**Niveau d'étude :**

☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Supérieure ☐ Universitaire

**Appartenance religieuse :**

☐ Catholique ☐ Protestant ☐ Musulman ☐ Juif ☐ Autres (Précisez) .....  
☐ Aucune appartenance

**Je suis croyant(e) pratiquant(e) :**

☐ Oui, absolument ☐ Oui, en quelque sorte ☐ Pas vraiment ☐ Non, pas du tout

### **Cadre réservé aux professionnels de santé**

**Type d'admission :**

☐ programmée.

☐ En urgence

**Motif d'hospitalisation :**

☐ Médecine

☐ Chirurgie

**Spécialité :**

☐ Neurologie

☐ ORL

☐ Gastro-entérologie

☐ Cardiologie

☐ Vasculaire

☐ Pneumologie

☐ Orthopédie

☐ Oncologie

☐ Hématologie

☐ Infectiologie

☐ Greffe

☐ Psychiatrie

☐ Urologie

☐ Gynécologie

☐ Autres ...

### Besoins psycho-sociaux et spirituels

Chaque personne a un point de vue personnel et unique. Les déclarations suivantes ont été rapportées par plusieurs autres patients et elles ne s'appliquent pas nécessairement à vous.

Lisez s'il vous plaît soigneusement les déclarations que vous trouverez ci-dessous et indiquez ensuite si vous êtes d'accord ou pas et si oui, indiquez en entourant la réponse pour chaque ligne, quel est le degré de votre accord, dans votre situation actuelle.

S'il vous plaît soyez le plus spontané(e) possible: Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

	Ces derniers temps, vous avez ressenti le besoin ...	Accord		Si oui, quelle est l'intensité de ce besoin ?		
		Non	Oui	Faible	Fort	Extrêmement fort
N2	De parler avec d'autres de vos craintes et soucis ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N3 *	Que quelqu'un de notre communauté (comme l'aumônier) se soucie de vous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N4	De réfléchir à votre vie passée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N5	D'effacer certains aspects de votre vie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N6	De plonger dans la beauté de la nature ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N7	De rester dans un endroit de tranquillité et la paix ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N8	De trouver la paix intérieure ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N10	De trouver une signification à la maladie et/ou à la souffrance ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N11	Parler avec quelqu'un de la question du sens de la vie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N12	De parler avec quelqu'un de la possibilité d'une vie après la mort ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N13	De donner votre affection à quelqu'un ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N14	De donner quelque chose de vous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N15	De consoler quelqu'un ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N16	De pardonner à quelqu'un pour un événement antérieur de votre vie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N17	D'être pardonné(e) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N18	De prier avec quelqu'un ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N19	Que quelqu'un prie pour vous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N20	De prier pour vous-même ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N21	De participer à une cérémonie religieuse (comme une messe, etc.) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N22	De lire des livres religieux et/ou des livres spirituels ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N23	De vous tourner vers une présence supérieure (c'est-à-dire. Dieu, Anges etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N25 *	De se sentir plus en lien avec sa famille ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N26	Passer ses propres expériences de vie aux autres ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N27	D'être rassuré sur le sens et la valeur de votre vie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N28 *	D'être davantage impliqué(e) dans la vie de famille au quotidien ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N30 *	De recevoir plus de soutien de la part de votre famille ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3

SpNQ version traduite reçue du Professeur Frick E.



## 8.5. Le questionnaire à l'attention de l'infirmier



I			
---	--	--	--

Bonjour cher(e)s collègues,

Tout d'abord, merci pour votre participation !

Je m'appelle Amaryllis Chevalier, je suis infirmière SIAMU et actuellement, je suis étudiante en master en Sciences de la Santé Publique à finalité Pratiques Avancées en Science Infirmière à l'Université de Liège.

Je réalise un mémoire, dont le sujet est « les compétences infirmières correspondent-elles aux besoins spirituels des patients dans les unités de soins intensifs ? », sous la direction de Monsieur Jean-Christophe Servotte, Docteur en Sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège et de Monsieur Dominique Jacquemin, Professeur à l'Université Catholique de Louvain.

Les questions suivantes portent sur les compétences spirituelles auto-évaluées 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 nécessaires pour planifier les possibilités d'un meilleur soutien pour les patients. Elles contribueront aussi à améliorer les soins aux patients et votre satisfaction professionnelle et personnelle, ainsi que la formation des professionnels de la santé.

La participation à l'enquête est volontaire et devrait vous prendre entre 5 et 10 minutes.

Les informations collectées resteront anonymes et confidentielles.

Veuillez lire attentivement les questions, essayez de trouver une réponse rapidement et sans trop réfléchir et, ensuite, cochez la case appropriée sur le formulaire ( ! Veuillez cocher une seule case pour chaque question !). Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Nous vous sollicitons à répondre à toutes les questions.

Je vous remercie pour votre collaboration !

Amaryllis Chevalier

Contact : [amaryllis.chevalier@student.uliege.be](mailto:amaryllis.chevalier@student.uliege.be)

## **Questionnaire :**

---

**Age :** ..... ans

---

**Genre :**

☐ Féminin    ☐ Masculin

---

**État civil :**

☐ Marié(e)   ☐ Divorcé(e)   ☐ En couple   ☐ Célibataire   ☐ Veuf/veuve

---

**Ancienneté professionnelle :**

- Infirmier(e) depuis ..... (nombre d'années)
- Travaillant dans l'Unité de Soins Intensifs depuis .... (nombre d'années)

---

**Temps de travail dans l'Unité de Soins Intensifs :**

☐ Moins de 50%   ☐ 50%   ☐ 75%   ☐ 80%   ☐ 100%

---

**Satisfaction professionnelle :**

☐ Très satisfait   ☐ Satisfait   ☐ Pas satisfait   ☐ Très insatisfait

---

**Appartenance religieuse :**

☐ Catholique   ☐ Protestant   ☐ Musulman   ☐ Juif   ☐ Autres (précisez) .....

☐ Aucune appartenance

---

**Je suis croyant(e) pratiquant(e) :**

☐ Oui, absolument   ☐ Oui, en quelque sorte   ☐ Pas vraiment   ☐ Non, pas du tout

---

**Je prie ou je médite :**

☐ Oui, régulièrement   ☐ De temps en temps   ☐ Plutôt rarement   ☐ Non, pas du tout

---

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 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

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

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 :				

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

## 8.6. Le formulaire d'information à l'attention du personnel infirmier des USI

**Titre de l'étude** : « Étude multicentrique d'une correspondance entre les compétences des infirmiers et les besoins spirituels des patients hospitalisés dans les unités de soins intensifs »

**Promoteur de l'étude** : SERVOTTE Jean-Christophe, Docteur en Sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège.

**Co-Promoteur** : JACQUEMIN Dominique, Professeur à l'Université Catholique de Louvain.

**Investigateur** : CHEVALIER Amaryllis, étudiante en Master des Sciences de la Santé Publique à finalité Pratiques Avancées en Science Infirmière.

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude en Sciences de la Santé Publique, une étude a débuté dans le but de déterminer les compétences en *spiritual care* du personnel infirmier dans les unités de soins intensifs afin de voir si elles correspondent aux besoins spirituels des patients.

Avant que vous n'acceptiez de participer à l'étude, il est nécessaire de prendre connaissance de certaines informations. Vous pourrez, alors, nous donner votre consentement éclairé, en toute connaissance de cause.

Veuillez donc lire ces quelques informations et poser toutes les questions indispensables à votre compréhension.

Vous conserverez une copie de tous ces documents.

Si vous participez à cette étude, vous devez savoir que :

- Cette étude est réalisée dans le cadre d'un mémoire ;
- Cette étude est soumise à l'évaluation du Comité d'Éthique hospitalo-facultaire de l'université de Liège, Comité d'Éthique central à l'étude ;
- Les données collectées à cet effet sont anonymes et seront codées pour garantir votre sécurité et votre identité ;
- L'investigateur est joignable pour toutes questions éventuelles ;
- Votre participation est volontaire et libre de pression extérieure, de toute contrainte ;
- Une signature est demandée à la fin du document pour exprimer votre consentement ; Malgré cette signature, vous serez toujours libre de vous retirer de l'étude, peu importe vos raisons. Il vous sera demandé d'en prévenir l'investigateur.

### **Objectifs et déroulement de l'étude :**

L'objectif principal de l'étude est de démontrer une correspondance entre les compétences des infirmiers et les besoins spirituels des patients hospitalisés dans les unités de soins intensifs. Pour ce faire, il faut déterminer les besoins spirituels des patients dans ces unités et les compétences en *spiritual care* des infirmiers. La dimension spirituelle fait partie de la prise en soins holistiques d'un patient (OMS, Charte de Bangkok 2005).

Tous le personnel infirmier présent durant la période de récolte de données de l'étude, hormis ceux ayant moins d'un an d'expérience au sein de l'unité, est invité à y participer.

En acceptant de participer à l'étude, vous recevrez une enveloppe reprenant les différents questionnaires : un questionnaire sociodémographique et un questionnaire des compétences en *spiritual care* « *Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ)* ». Ceux-ci seront codés afin de garder l'anonymat. Un fois complétés, ils seront remis dans l'enveloppe et déposés dans une boîte scellée à cet effet qui sera reprise par l'investigateur.

### **Votre participation implique :**

- De répondre le plus honnêtement possible à toutes les questions.
- De demander, à l'investigateur, une explication pour une question posée si cela est nécessaire pour votre compréhension.

### **Comité d'Éthique**

Cette étude a été soumise à l'évaluation du comité d'Éthique hospitalo-facultaire de l'université de Liège, Comité d'Éthique central à l'étude afin qu'il juge si cette étude est pertinente et éthique au regard des connaissances actuelles sur le sujet.

Le comité éthique hospitalo-facultaire de l'Université de Liège a émis un avis favorable le ...../...../..... pour la réalisation de cette étude. Néanmoins, vous ne devez pas considérer l'accord du comité d'Éthique à cette étude comme une incitation à y participer.

### **Participation volontaire**

En participant à cette étude, vous devrez au préalable signer un formulaire de consentement éclairé. L'investigateur signera également ce formulaire et confirmera qu'il vous a donné toutes les informations nécessaires pour la participation à cette étude. Vous recevrez un exemplaire de ce document.

Avant d'accepter les termes de cette étude, vous avez le droit de poser toutes les questions qui vous semblent utiles par rapport à votre participation.

### **Retrait de consentement**

La participation est volontaire. De ce fait, vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment.

### **Garantie de confidentialité**

L'investigateur ainsi que les promoteurs de cette étude sont soumis au respect du secret professionnel.

L'investigateur s'engage à respecter le *Règlement général sur la protection des données* (RGPD – UE 2016/679) et la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Les questionnaires seront supprimés dès que l'étude sera terminée et les données retranscrites ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire.

### **Contact**

Dans le cas où vous avez besoin d'informations supplémentaires, vous pouvez contacter l'investigateur, CHEVALIER Amaryllis, au 04xx/123456 ou [amaryllis.chevalier@student.uliege.be](mailto:amaryllis.chevalier@student.uliege.be)

### 8.7. Le formulaire de consentement éclairé à l'attention du personnel infirmier des USI

**TITRE DE L'ÉTUDE** : « Étude multicentrique d'une correspondance entre les compétences des infirmiers et les besoins spirituels des patients hospitalisés dans les unités de soins intensifs »

#### Participant

Je déclare avoir été informé de la nature de l'étude, son but, sa durée, ses contraintes éventuelles et ce que l'on attend de moi. J'ai pris connaissance du document d'information.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit lors de la lecture du document d'information et j'ai obtenu des réponses à mes questions.

J'ai compris que les données me concernant seront conservées anonymement pendant toute l'étude mais, également, que l'investigateur est soumis au respect du secret professionnel.

Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités convenues dans le point de garantie de confidentialité. Je donne également mon accord pour que l'étude fasse l'objet d'une publication.

J'accepte/je refuse (*barrez la mention inutile*) que les données soient collectées.

J'ai reçu une copie de l'information de consentement et du consentement éclairé.

Nom, prénom, date et signature du volontaire :

#### Investigateur

Je soussigné, CHEVALIER Amaryllis, investigateur principal, confirme avoir fourni oralement et par écrit les informations nécessaires sur la présente étude et avoir fourni, au participant, un formulaire d'information ainsi qu'une copie du présent formulaire de consentement éclairé signés par les deux parties.

Nom, prénom, date et signature de l'investigateur:



## 8.8. Le formulaire d'information pour l'utilisation de données à caractère personnel dans le cadre d'un travail de fin d'étude à l'attention du personnel infirmier des USI



Université de Liège

### Formulaire d'information pour l'utilisation de données à caractère personnel dans le cadre d'un travail de fin d'étude

**TITRE DE L'ÉTUDE:** « Étude multicentrique d'une correspondance entre les compétences des infirmiers et les besoins spirituels des patients hospitalisés dans les unités de soins intensifs »

Suite à un changement de paradigme où la personne est considérée comme un tout indivisible en interaction constante avec son environnement, la dimension spirituelle prend tout son sens. De ce fait, il est important d'aborder la spiritualité comme une approche de soins dans les unités aigües, telles que les unités de soins intensifs, où les soins du corps sont encore forts privilégiés au profit des soins de l'esprit et de l'âme. Le sujet de l'étude portera, donc, sur la détermination des besoins spirituels des patients hospitalisés dans les unités de soins intensifs et des compétences en *spiritual care* des infirmiers dans ces mêmes unités. Ceci permettra de mettre en évidence une éventuelle correspondance, synergie, entre besoins et compétences.

Ce document a pour but de vous fournir toutes les informations relatives au traitement de vos données à caractère personnel dans le cadre de cette étude.

#### **Responsable(s) du projet de recherche**

Les promoteurs de ce travail de fin d'étude sont :

- SERVOTTE Jean-Christophe, [jcservotte@uliege.be](mailto:jcservotte@uliege.be) ;
- JACQUEMIN Dominique, [dominique.jacquemin@uclouvain.be](mailto:dominique.jacquemin@uclouvain.be)

L'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude est :

- CHEVALIER Amaryllis, [amaryllis.chevalier@student.uliege.be](mailto:amaryllis.chevalier@student.uliege.be)

#### **Description de l'étude**

Cette étude a pour but de déterminer les besoins spirituels des patients hospitalisés dans les unités de soins intensifs et les compétences en *spiritual care* des infirmiers afin de démontrer une correspondance entre ces compétences et ces besoins. Elle sera menée, sauf prolongation, jusqu'à la fin de l'année académique 2019/2020.

#### **Protection des données à caractère personnel**

Le ou les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel, conformément au *Règlement général sur la protection des données* (RGPD – UE 2016/679) et à la loi du 30

juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel

*1. Qui est le responsable du traitement ?*

Le Responsable du Traitement est l'Université de Liège, dont le siège est établi Place du 20-Août, 7, B- 4000 Liège, Belgique.

*2. Quelles seront les données collectées ?*

Les données récoltées sont : D'une part, des données sociodémographiques reprenant l'âge, le genre, l'état civil, le temps de travail, la satisfaction professionnelle, l'ancienneté professionnelle, l'appartenance religieuse et les pratiques religieuses/spirituelles et, d'autre part, les réponses au questionnaire sur les compétences en *spiritual care* des infirmiers « *Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ)* »

À quelle(s) fin(s) ces données seront-elles récoltées ?

Les données à caractère personnel récoltées dans le cadre de cette étude serviront à la réalisation du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Elles pourraient, éventuellement, aussi servir à la publication de ce travail de fin d'étude ou d'articles issus de cette recherche, à la présentation de conférences ou de cours en lien avec cette recherche, et à la réalisation de toute activité permettant la diffusion des résultats scientifiques de cette recherche. Ces données seront rendues anonymes dans les résultats de cette étude.

*3. Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?*

Les données à caractère personnel récoltées seront conservées jusqu'à la réalisation et la validation par le jury du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Le cas échéant, la conservation de ces données pourrait être allongée de quelques mois afin de permettre les autres finalités exposées au point 3.

Ces données seront exclusivement conservées par l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude, sous la direction de son promoteur.

*4. Comment les données seront-elles collectées et protégées durant l'étude ?*

- Étape 1 : Récolte des données : Après signature du consentement éclairé, chaque infirmier recevra une enveloppe nominative comprenant les différents questionnaires avec un code attribué à chaque infirmier (pseudonymisation) et une sous-enveloppe anonyme. Ces sous-enveloppes comprenant les questionnaires complétés seront déposées dans une urne scellée qui sera reprise par l'investigateur. La table de conversion infirmier-code et les données des questionnaires seront placées dans deux fichiers Excel distincts. Ces fichiers seront chiffrés via VeraCrypt.
- Étape 2 : Traitement des données : Comme les données de contacts ne sont plus nécessaires, il y aura une suppression du fichier contenant ces données de contact. Les réponses deviennent donc purement anonymes.
- Étape 3 : Rédaction de l'étude au moyen des réponses désormais anonymes.

*5. Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?*

Toutes les données récoltées seront pseudoanonymisées durant la collecte des données. Elles seront anonymisées pour le traitement des données et la rédaction de l'étude via suppression de la table de conversion code-infirmier.

*6. Qui pourra consulter et utiliser ces données ?*

Seuls l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude présenté plus haut, son promoteur et les membres du jury de mémoire (pour validation de la démarche scientifique) auront accès à ces données à caractère personnel.

*7. Ces données seront-elles transférées hors de l'Université ?*

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement auprès de tiers.

*8. Sur quelle base légale ces données seront-elles récoltées et traitées ?*

La collecte et l'utilisation de vos données à caractère personnel reposent sur la mission d'intérêt public de l'Université de Liège.

*9. Quels sont les droits dont dispose la personne dont les données sont utilisées ?*

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination;
- obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sans frais, la portabilité des données à caractère personnel la concernant et qu'elle a fournies à l'Université, c'est - à - dire de recevoir, sans frais, les données dans un format structuré couramment utilisé, à la condition que le traitement soit fondé sur le consentement ou sur un contrat et qu'il soit effectué à l'aide de procédés automatisés ;
- introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, [contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)).

*10. Comment exercer ces droits ?*

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique ([dpo@uliege.be](mailto:dpo@uliege.be)), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège  
M. le Délégué à la protection des données,  
Bât. B9 Cellule "GDPR",  
Quartier Village 3,  
Boulevard de Colonster 2,  
4000 Liège, Belgique.

### **Coûts, rémunération et dédommagements**

Aucun frais direct lié à votre participation à l'étude ne peut vous être imputé. De même, aucune rémunération ou compensation financière, sous quelle que forme que ce soit, ne vous sera octroyée en échange de votre participation à cette étude.

### **Questions sur le projet de recherche**

Toutes les questions relatives à cette recherche peuvent être adressées à l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus.

*Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.*

Noms et prénoms des Promoteurs : SERVOTTE Jean-Christophe et JACQUEMIN Dominique

Date :

Signature :

**[Cette signature peut être scannée]**

Nom et prénom de l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude : CHEVALIER Amaryllis

Date :

Signature :

**[Cette signature peut être scannée]**

## 8.9. Le formulaire d'information à l'attention du patient

**Titre de l'étude** : « Étude multicentrique d'une correspondance entre les compétences des infirmiers et les besoins spirituels des patients hospitalisés dans les unités de soins intensifs »

**Promoteur de l'étude** : SERVOTTE Jean-Christophe, Docteur en Sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège.

**Co-Promoteur** : JACQUEMIN Dominique, Professeur à l'Université Catholique de Louvain.

**Investigateur** : CHEVALIER Amaryllis, étudiante en Master des Sciences de la Santé Publique à finalité Pratiques Avancées en Science Infirmière.

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude en Sciences de la Santé Publique, une étude a débuté dans le but de déterminer les besoins spirituels des patients hospitalisés dans les unités de soins intensifs afin de voir s'il y a une correspondance avec les compétences en *spiritual care* des infirmiers.

Avant que vous n'acceptiez de participer à l'étude, il est nécessaire de prendre connaissance de certaines informations. Vous pourrez, alors, nous donner votre consentement éclairé, en toute connaissance de cause.

Veuillez donc lire ces quelques informations et poser toutes les questions indispensables à votre compréhension.

Vous conserverez une copie de tous ces documents.

Si vous participez à cette étude, vous devez savoir que :

- Cette étude est réalisée dans le cadre d'un mémoire ;
- Cette étude est soumise à l'évaluation du Comité d'Éthique hospitalo-facultaire de l'université de Liège, Comité d'Éthique central à l'étude ;
- Les données collectées à cet effet sont anonymes et seront codées pour garantir votre sécurité et votre identité ;
- L'investigateur est joignable pour toutes questions éventuelles ;
- Votre participation est volontaire et libre de pression extérieure, de toute contrainte ;
- Une signature est demandée à la fin du document pour exprimer votre consentement. Malgré cette signature, vous serez toujours libre de vous retirer de l'étude, peu importe vos raisons. Il vous sera demandé d'en prévenir l'investigateur.

### **Objectifs et déroulement de l'étude :**

L'objectif principal de l'étude est de démontrer une correspondance entre les compétences des infirmiers et les besoins spirituels des patients hospitalisés dans les unités de soins intensifs. Pour ce faire, il faut déterminer les besoins spirituels des patients dans ces unités et les compétences en *spiritual care* des infirmiers. La dimension spirituelle fait partie de la prise en soins holistiques du patient (OMS, Charte de Bangkok 2005).

Pour participer à l'étude, vous devez être hospitalisé dans une unité de soins intensifs, être âgé de plus de 18 ans et être capable de vous exprimer verbalement ou par écrit en langue française.

En acceptant de participer à l'étude, vous recevrez une enveloppe reprenant les différents questionnaires : un questionnaire sociodémographique et un questionnaire des besoins psycho-sociaux et spirituels « *Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ)* ». Ceux-ci seront codés afin de garder l'anonymat. Une fois complétés, avec l'assistance de l'investigateur si nécessaire, les questionnaires seront remis dans l'enveloppe et repris par l'investigateur pour traitement.

### **Votre participation implique :**

- De répondre le plus honnêtement possible à toutes les questions ;
- De demander, à l'investigateur, une explication pour une question posée si cela est nécessaire pour votre compréhension.

### **Comité d'Éthique**

Cette étude a été soumise à l'évaluation du comité d'Éthique hospitalo-facultaire de l'université de Liège, Comité d'Éthique central à l'étude, afin qu'il juge si vos droits en tant que patients sont respectés mais également si cette étude est pertinente et éthique au regard des connaissances actuelles sur le sujet.

Le comité éthique hospitalo-facultaire de l'Université de Liège a émis un avis favorable le ...../...../..... pour la réalisation de cette étude. Néanmoins, vous ne devez pas considérer l'accord du comité d'Éthique à cette étude comme une incitation à y participer.

### **Participation volontaire**

En participant à cette étude, vous devrez au préalable signer un formulaire de consentement éclairé. L'investigateur signera également ce formulaire et confirmera qu'il vous a donné toutes les informations nécessaires pour la participation à cette étude. Vous recevrez un exemplaire de ce document.

Avant d'accepter les termes de cette étude, vous avez le droit de poser toutes les questions qui vous semblent utiles par rapport à votre participation, mais également d'en discuter avec une personne de confiance.

Vous devez vous sentir libre d'accepter de participer à cette étude, c'est-à-dire que vous ne devez ressentir aucune pression extérieure. Si à un moment vous désirez interrompre l'étude, il vous suffit de le signaler à l'investigateur et vous n'êtes pas tenu de lui donner d'explications. Votre refus de participation n'affectera en rien votre prise en charge ultérieure.

### **Retrait de consentement**

La participation est volontaire. De ce fait, vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment.

### **Garantie de confidentialité**

L'investigateur ainsi que les promoteurs de cette étude sont soumis au respect du secret professionnel.

L'investigateur s'engage à respecter le *Règlement général sur la protection des données* (RGPD – UE 2016/679) et la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Les questionnaires seront supprimés dès que l'étude sera terminée et les données retranscrites ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire.

### **Contact**

Dans le cas où vous avez besoin d'informations supplémentaires, vous pouvez contacter l'investigateur, CHEVALIER Amaryllis, au 04xx/123456 ou [amaryllis.chevalier@student.uliege.be](mailto:amaryllis.chevalier@student.uliege.be)

#### 8.10. Le formulaire de consentement éclairé à l'attention du patient

**TITRE DE L'ÉTUDE** : « Étude multicentrique d'une correspondance entre les compétences des infirmiers et les besoins spirituels des patients hospitalisés dans les unités de soins intensifs. »

##### Participant

Je déclare avoir été informé de la nature de l'étude, son but, sa durée, ses contraintes éventuelles et ce que l'on attend de moi. J'ai pris connaissance du document d'information.

J'ai pris suffisamment de temps pour y réfléchir et d'en parler avec une personne de mon choix.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit lors de la lecture du document d'information et j'ai obtenu des réponses à mes questions.

J'ai compris que les données me concernant seront conservées pendant toute l'étude mais, également, que l'investigateur est soumis au respect du secret professionnel.

Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités convenues dans le point de garantie de confidentialité. Je donne également mon accord pour que l'étude fasse l'objet d'une publication.

J'accepte/je refuse (*barrez la mention inutile*) que les données soient collectées.

J'ai reçu une copie de l'information de consentement et du consentement éclairé.

Nom, prénom, date et signature du volontaire :

##### Investigateur

Je soussigné, CHEVALIER Amaryllis, investigateur principal, confirme avoir fourni oralement et par écrit les informations nécessaires sur la présente étude et avoir fourni, au participant, un formulaire d'information ainsi qu'une copie du présent formulaire de consentement éclairé signés par les deux parties.

Nom, prénom, date et signature :



### 8.11. Le formulaire d'information pour l'utilisation de données à caractère personnel dans le cadre d'un travail de fin d'étude à l'attention du patient



Université de Liège

#### Formulaire d'information pour l'utilisation de données à caractère personnel dans le cadre d'un travail de fin d'étude

**TITRE DE L'ÉTUDE:** « Étude multicentrique d'une correspondance entre les compétences des infirmiers et les besoins spirituels des patients hospitalisés dans les unités de soins intensifs »

Suite à un changement de paradigme où la personne est considérée comme un tout indivisible en interaction constante avec son environnement, la dimension spirituelle prend tout son sens. De ce fait, il est important d'aborder la spiritualité comme approche de soins dans les unités aigües, telles que les unités de soins intensifs, où les soins du corps sont encore forts privilégiés au profit des soins de l'esprit et de l'âme. Le sujet de l'étude portera, donc, sur la détermination des besoins spirituels des patients hospitalisés dans les unités de soins intensifs et les compétences en *spiritual care* des infirmiers dans ces mêmes unités. Ceci permettra de mettre en évidence une éventuelle correspondance, synergie, entre besoins et compétences.

Ce document a pour but de vous fournir toutes les informations relatives au traitement de vos données à caractère personnel dans le cadre de cette étude.

#### **Responsable(s) du projet de recherche**

Les promoteurs de ce travail de fin d'étude est :

- SERVOTTE Jean-Christophe, [jcservotte@uliege.be](mailto:jcservotte@uliege.be) ;
- JACQUEMIN Dominique, [dominique.jacquemin@uclouvain.be](mailto:dominique.jacquemin@uclouvain.be)

L'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude est :

- CHEVALIER Amaryllis, [amaryllis.chevalier@student.uliege.be](mailto:amaryllis.chevalier@student.uliege.be)

#### **Description de l'étude**

Cette étude a pour but de déterminer les besoins spirituels des patients hospitalisés dans les unités de soins intensifs ainsi que les compétences en *spiritual care* des infirmiers afin de démontrer une correspondance entre ces compétences et ces besoins. Elle sera menée, sauf prolongation, jusqu'à la fin de l'année académique 2019/2020.

#### **Protection des données à caractère personnel**

Le ou les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel, conformément au *Règlement général sur la protection des données* (RGPD – UE 2016/679) et à la loi du 30

juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel

*1. Qui est le responsable du traitement ?*

Le Responsable du Traitement est l'Université de Liège, dont le siège est établi Place du 20-Août, 7, B- 4000 Liège, Belgique.

*2. Quelles seront les données collectées ?*

Les données récoltées sont : D'une part, des données sociodémographiques reprenant l'âge, le genre, l'état civil, le niveau d'étude, l'appartenance religieuse et les pratiques religieuses/spirituelles ainsi que le type et le motif d'admission et la spécialité médicale et, d'autre part, les réponses au questionnaire sur les besoins psycho-sociaux et spirituels des patients « *Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ)* »

À quelle(s) fin(s) ces données seront-elles récoltées ?

Les données à caractère personnel récoltées dans le cadre de cette étude serviront à la réalisation du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Elles pourraient, éventuellement, aussi servir à la publication de ce travail de fin d'étude ou d'articles issus de cette recherche, à la présentation de conférences ou de cours en lien avec cette recherche, et à la réalisation de toute activité permettant la diffusion des résultats scientifiques de cette recherche. Ces données seront rendues anonymes dans les résultats de cette étude.

*3. Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?*

Les données à caractère personnel récoltées seront conservées jusqu'à la réalisation et la validation par le jury du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Le cas échéant, la conservation de ces données pourrait être allongée de quelques mois afin de permettre les autres finalités exposées au point 3.

Ces données seront exclusivement conservées par l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude, sous la direction de son promoteur.

*4. Comment les données seront-elles collectées et protégées durant l'étude ?*

- Étape 1 : Récolte des données : Après signature du consentement éclairé, chaque patient recevra une enveloppe nominative comprenant les différents questionnaires avec un code attribué à chaque patient (pseudonymisation) et une sous-enveloppe anonyme. Ces sous-enveloppes comprenant les questionnaires complétés seront repris par l'investigateur. La table de conversion code-patient et les données des questionnaires seront placées dans deux fichiers Excel distincts. Ces fichiers seront chiffrés via VeraCrypt.
- Étape 2 : Traitement des données : Comme les données de contacts ne sont plus nécessaires, il y aura une suppression du fichier contenant ces données de contact. Les réponses deviennent donc purement anonymes.
- Étape 3 : Rédaction de l'étude au moyen des réponses désormais anonymes.

*5. Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?*

Toutes les données récoltées seront pseudonymisées durant la collecte des données. Elles seront anonymisées pour le traitement des données et la rédaction de l'étude via suppression de la table de conversion code-patient.

*6. Qui pourra consulter et utiliser ces données ?*

Seuls l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude présenté plus haut, son promoteur et les membres du jury de mémoire (pour validation de la démarche scientifique) auront accès à ces données à caractère personnel.

*7. Ces données seront-elles transférées hors de l'Université ?*

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement auprès de tiers.

*8. Sur quelle base légale ces données seront-elles récoltées et traitées ?*

La collecte et l'utilisation de vos données à caractère personnel reposent sur la mission d'intérêt public de l'Université de Liège.

*9. Quels sont les droits dont dispose la personne dont les données sont utilisées ?*

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination;
- obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sans frais, la portabilité des données à caractère personnel la concernant et qu'elle a fournies à l'Université, c'est - à - dire de recevoir, sans frais, les données dans un format structuré couramment utilisé, à la condition que le traitement soit fondé sur le consentement ou sur un contrat et qu'il soit effectué à l'aide de procédés automatisés ;
- introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, [contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)).

*10. Comment exercer ces droits ?*

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique ([dpo@uliege.be](mailto:dpo@uliege.be)), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège  
M. le Délégué à la protection des données,  
Bât. B9 Cellule "GDPR",  
Quartier Village 3,  
Boulevard de Colonster 2,  
4000 Liège, Belgique.

### **Coûts, rémunération et dédommagements**

Aucun frais direct lié à votre participation à l'étude ne peut vous être imputé. De même, aucune rémunération ou compensation financière, sous quelle que forme que ce soit, ne vous sera octroyée en échange de votre participation à cette étude.

### **Questions sur le projet de recherche**

Toutes les questions relatives à cette recherche peuvent être adressées à l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus.

*Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.*

Noms et prénoms des Promoteurs : SERVOTTE Jean-Christophe et JACQUEMIN Dominique

Date :

Signature :

**[Cette signature peut être scannée]**

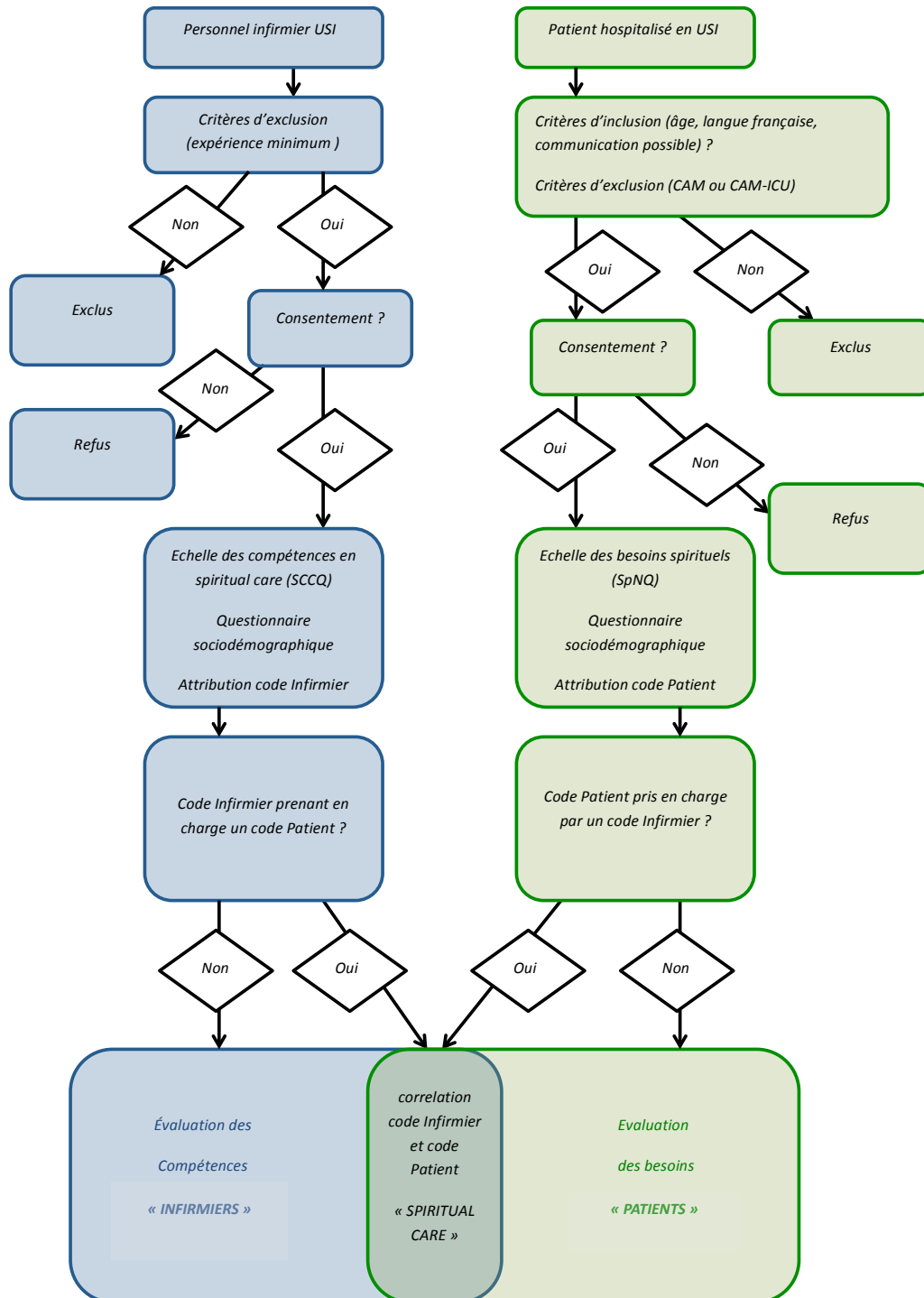
Nom et prénom de l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude : CHEVALIER Amaryllis

Date :

Signature :

**[Cette signature peut être scannée]**

## 8.12. Le diagramme de flux



### 8.13. Le Code Book patient

#### **Code book questionnaire sociodémographique patients**

Remarque :

Les patients pour le site du CHU UCL Namur- Site Godinne auront un code attribué allant de 001 à 200 et seront inscrites dans le fichier Excel de telle manière : « 001 »

Les patients pour le site du CHU de Liège – site Sart Tilman auront un code attribué allant de 201 à 400 et seront inscrites dans le fichier Excel de telle manière : « 201 »

Dans le fichier Excel, la colonne identifiant cette population par code portera le nom Numpat.

<b><u>Numéro de la question</u></b>	<b><u>Variable</u></b>	<b><u>Explication</u></b>	<b><u>Type</u></b>	<b><u>Code et valeurs</u></b>
1.	Page	L'âge du patient	Quantitative	Chiffre correspondant au nombre d'années
2.	Psexe	Le genre du patient	Qualitative binaire	1 = Homme 2 = Femme
3.	Petciv	L'état civil du patient	Qualitative nominale	1 = Marié(e) 2 = Divorcé(e) 3 = Célibataire 4 = En couple 5 = Veuf/Veuve
4.	Pnivet	Le niveau d'étude du patient	Qualitative ordinale	1 = Primaire 2 = Secondaire 3 = Supérieure 4 = Universitaire
5.	Pappart	L'appartenance religieuse du patient	Qualitative nominale	1 = Aucune appartenance 2 = Catholique 3 = Protestant 4 = Musulman 5 = Juif 6 = Autres
6.	Pprat	Le patient est-il croyant pratiquant ?	Qualitative ordinale	1 = Non, pas du tout 2 = Pas vraiment 3 = Oui, en quelque sorte 4 = Oui, absolument

#### **Code book cadre réservé aux professionnels de santé concernant le patient**

<b><u>Numéro de la question</u></b>	<b><u>Variable</u></b>	<b><u>Explication</u></b>	<b><u>Type</u></b>	<b><u>Code et valeur</u></b>
1.	Ptypad	Le type d'admission du patient	Qualitative binaire	1 = Programmée 2 = En urgence
2.	Pmothosp	Le motif d'hospitalisation	Qualitative binaire	1 = Médecine 2 = Chirurgie
3.	Pspec	La spécialité médicale auquel relève l'admission du patient	Qualitative nominale	1 = Neurologie 2 = Cardiologie 3 = Orthopédie

				4 = Infectiologie 5 = Urologie 6 = ORL 7 = Vasculaire 8 = Oncologie 9 = Greffe 10 = Gynécologie 11 = Gastro-entérologie 12 = Pneumologie 13 = Hématologie 14 = Psychiatrie 15 = Autres
--	--	--	--	---

### **Code book questionnaire des besoins spirituels des patients (SpNQ)**

<b><u>Numéro de la question</u></b>	<b><u>Variable</u></b>	<b><u>Explication</u></b>	<b><u>Type</u></b>	<b><u>Code et Valeurs</u></b>
N2	PN2	Voir questionnaire	Qualitative ordinale	0 = Non 1 = Oui – faible 2 = Fort 3 = Extrêmement fort
N3	PN3	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N4	PN4	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N5	PN5	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N6	PN6	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N7	PN7	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N8	PN8	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N10	PN10	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N11	PN11	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N12	PN12	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N13	PN13	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N14	PN14	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N15	PN15	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N16	PN16	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N17	PN17	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N18	PN18	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N19	PN19	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N20	PN20	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N21	PN21	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N22	PN22	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N23	PN23	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N25	PN25	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N26	PN26	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N27	PN27	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N28	PN28	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N30	PN30	Voir questionnaire	Idem PN2	Idem PN2
N18, N19, N20, N21, N22, N23	Brelig	Questions en rapport avec le besoin religieux	Quantitative	Moyenne pondérée
N5, N10, N11, N12, N16, N17	Bexist	Questions en rapport avec le besoin existentiel	Quantitative	Moyenne pondérée
N2, N6, N7, N8	Bpxint	Questions en rapport avec le besoin de paix intérieure	Quantitative	Moyenne pondérée
N14, N15, N25,	Bgener	Questions en rapport avec le	Quantitative	Moyenne pondérée

N27		besoin en matière de génération		
N18, N19, N20, N21, N22, N23, N5, N10, N11, N12, N16, N17, N2, N6, N7, N8, N14, N15, N25, N27	SpNQ20	Moyenne des variables entrant dans Brelig, Bexist, Bpxint et Bgener	Quantitative	Moyenne



#### 8.14. Le Code Book infirmier

##### **Code book du questionnaire sociodémographique infirmier**

###### Remarque :

Les infirmiers pour le site du CHU UCL Namur-Site Godinne auront un code attribué allant de 001 à 200 et seront inscrites dans le fichier Excel de telle manière : « 001 »

Les infirmiers pour le site du CHU de Liège–site Sart Tilman auront un code attribué allant de 201 à 400 et seront inscrites dans le fichier Excel de telle manière : « 201 »

Dans le fichier Excel, la colonne identifiant cette population par code portera le nom Numinf.

<b><u>Numéro de la question</u></b>	<b><u>Variables</u></b>	<b><u>Explications</u></b>	<b><u>Type</u></b>	<b><u>Codes et valeurs</u></b>
1.	lage	L'âge de l'infirmier	Quantitative	Chiffre rapporté en années
2.	lsex	Le genre de l'infirmier	Qualitative binaire	1 = Homme 2 = Femme
3.	letciv	L'état civil de l'infirmier	Qualitative nominale	1 = Marié 2 = Divorcé 3 = En couple 4 = Célibataire 5 = Veuf/Veuve
4.	lanc	L'ancienneté professionnelle de l'infirmier en années	Quantitative	Chiffre rapporté en années
5.	lancusi	L'ancienneté professionnelle de l'infirmier aux USI	Quantitative	Chiffre rapporté en années
6.	letp	Le temps de travail de l'infirmier	Qualitative ordinale	1 = < 50% 2 = 50 % 3 = 75% 4 = 80 % 5 = 100 %
7.	lsatprof	La satisfaction professionnelle de l'infirmier	Qualitative ordinale	1 = Très insatisfait 2 = Pas Satisfait 3 = Satisfait 4 = Très satisfait
8.	lappart	L'appartenance religieuse de l'infirmier	Qualitative nominale	1 = Aucune appartenance 2 = Catholique 3 = Protestant 4 = Musulman 5 = Juif 6 = Autres
9	lprat	L'infirmier est-il croyant pratiquant ?	Qualitative ordinale	1 = Non, pas du tout 2 = Pas vraiment 3 = Oui, en quelque sorte 4 = Oui, absolument
10.	lpriemed	Est-ce que l'infirmier prie ou médite ?	Qualitative ordinale	1 = Non, pas du tout 2 = Plutôt rarement 3 = De temps en temps 4 = Oui, régulièrement

**Code book du questionnaire de compétences spirituelles des infirmiers**  
**(SCCQ)**

<b><u>Numéro de la question</u></b>	<b><u>Variables</u></b>	<b><u>Explications</u></b>	<b><u>Type</u></b>	<b><u>Code et valeurs</u></b>
1.	IC1	Voir questionnaire	Qualitative ordinale	0 = N'est pas correct 1 = A peine correct 2 = Plutôt correct 3 = Tout à fait correct
2.	IC2	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
3.	IC3	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
4.	IC4	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
5.	IC5	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
7.	IC7	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
8.	IC8	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
12.	IC12	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
13.	IC13	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
14.	IC14	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
15.	IC15	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
16.	IC16	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
17.	IC17	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
19.	IC19	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
20.	IC20	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
23.	IC23	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
24.	IC24	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
25.	IC25	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
26.	IC26	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
28.	IC28	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
29.	IC29	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
30.	IC30	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
31.	IC31	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
34.	IC34	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
35.	IC35	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
38.	IC38	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
39.	IC39	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
41.	IC41	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
42.	IC42	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
43.	IC43	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
44.	IC44	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
45.	IC45	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
46.	IC46	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
47.	IC47	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
48.	IC48	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
49.	IC49	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
55.	IC55	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
56.	IC56	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
57.	IC57	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
58.	IC58autre	Quelle compétence infirmière particulière ?	Qualitative	Qualitative
59.	IC59	Voir questionnaire	Idem IC1	Idem IC1
60.	IC60autre	Pourquoi non considération de l'accompagnement spirituel ?	Qualitative	Qualitative

1, 2, 7, 8, 28	ICperception	Questions en rapport avec la compétence de perception	Quantitative	Moyenne pondérée
12, 13, 14, 15, 17	ICequipe	Questions en rapport avec la compétence d'esprit d'équipe	Quantitative	Moyenne pondérée
3, 4, 5	ICdocu	Questions en rapport avec la compétence en documentation	Quantitative	Moyenne pondérée
30, 42, 43, 48, 49	ICconscience	Questions en rapport avec la compétence de conscience de soi	Quantitative	Moyenne pondérée
38, 39	ICrelig	Questions en rapport avec la compétence de connaissance des religions	Quantitative	Moyenne pondérée
19, 20	ICcommu	Questions en rapport avec la compétence en communication	Quantitative	Moyenne pondérée
24, 25, 26, 35	ICleader	Questions en rapport avec la compétence en leadership proactif	Quantitative	Moyenne pondérée
44, 45, 46, 47	ICobstacles	Questions en rapport avec les obstacles à la compétence	Quantitative	Moyenne pondérée

## PATIENTS

81

[illegible]

INFIRMIERS

INfirmiers		Code de protection de la feuille : 1234	
Cellule vide			
Valeur de la cellule non conforme à l'intervalle (min : max) attendu, valeur non entière			
Doublons dans la Numinf à corriger et vérifier sur les deux lignes concernées par le Numinf identique			
min théorique	001	1	1
max théorique	400	65	2
Après avoir encodé un infirmier, il faut toujours faire un tri par ordre croissant sur la colonne Numinf pour générer automatiquement le fichier Spatial Care par la fonction rechercher			
poids factuels SCCG (fr) (table PES)		1	1
		4	4
		5	5
		1	1
		1	1
		45	45
		1	1
		45	45
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1
		1	1
		4	4
		1	1

[illegible]









## 8.16. Les tests statistiques

**Tableau d'analyses statistiques du questionnaire des besoins psycho-sociaux et spirituels des patients (SpNQ) - Base de données « PATIENTS »**

Variables		Descriptive		Multivariée
PN 2 → 30	Qualitative ordinale	n (%)		Analyse des composantes principales

		Descriptive	Univariée	Multivariée	
<b><u>Variables dépendantes</u></b>					
Brelig	Quantitative	m ± SD P50 (P25-P75)		Régression linéaire multiple	
Bexist	Quantitative	m ± SD P50 (P25-P75)			
Bpxint	Quantitative	m ± SD P50 (P25-P75)			
Bgener	Quantitative	m ± SD P50 (P25-P75)			
<b><u>Variables indépendantes</u></b>					
Page	Quantitative	m ± SD P50 (P25-P75)	Corrélation de Pearson Corrélation de Spearman		
Psexe	Qualitative binaire	n (%)	Test t de student indépendant Test de Mann Whitney		
Petciv	Qualitative nominale	n (%)	Test Anova-1 Test de Kruskal-Wallis		
Pnivet	Qualitative ordinale	n (%)	Test de Kruskal-Wallis Corrélation de Spearman		
Pappart	Qualitative nominale	n (%)	Test Anova-1 Test de Kruskal-Wallis		
Pprat	Qualitative ordinale	n (%)	Test de Kruskal-Wallis Corrélation de Spearman		
Ptypad	Qualitative binaire	n (%)	Test t de student indépendant Test de Mann-Witney		
Pmothosp	Qualitative binaire	n (%)	Test t de student indépendant Test de Mann-Whitney		
Pspec	Qualitative nominale	n (%)	Test Anova-1 Test de Kruskal-Wallis		

**Tableau d'analyses statistiques du questionnaire des compétences en *spiritual care* des infirmières (SCCQ) - Base de données « INFIRMIERS »**

Variables		Descriptive		Multivariée
IC 1 → 59	Qualitative ordinale	n (%)		Analyse des composantes principales

		Descriptif	Univariée	Multivariée
<b>Variables dépendantes</b>				
ICperception	Quantitative	m ± SD P50 (P25-P75)		
ICdocu	Quantitative	m ± SD P50 (P25-P75)		
ICequipe	Quantitative	m ± SD P50 (P25-P75)		
ICconscience	Quantitative	m ± SD P50 (P25-P75)		
ICrelig	Quantitative	m ± SD P50 (P25-P75)		
ICcommu	Quantitative	m ± SD P50 (P25-P75)		
ICleader	Quantitative	m ± SD P50 (P25-P75)		
ICobstacles	Quantitative	m ± SD P50 (P25-P75)		
<b>Variables indépendantes</b>				
lage	Quantitative	m ± SD P50 (P25-P75)	Corrélation de Pearson Corrélation de Spearman	
lsex	Qualitative binaire	n (%)	Test t de student indépendant Test de Mann-Whitney	
letciv	Qualitative nominale	n (%)	Test Anova-1 Test de Kruskal-Wallis	
lanc	Quantitative	m ± SD P50 (P25-P75)	Corrélation de Pearson Corrélation de Spearman	
lancusi	Quantitative	m ± SD P50 (P25-P75)	Corrélation de Pearson Corrélation de Spearman	
letp	Qualitative ordinale	n (%)	Test de Kruskal-Wallis Corrélation de Spearman	
lsatprof	Qualitative ordinale	n (%)	Test de Kruskal-Wallis Corrélation de Spearman	
lappart	Qualitative nominale	n (%)	Test Anova-1 Test de Kruskal-Wallis	
lprat	Qualitative ordinale	n (%)	Test de Kruskal-Wallis Corrélation de Spearman	
lpriemed	Qualitative ordinale	n (%)	Test de Kruskal-Wallis Corrélation de Spearman	

Régression linéaire multiple

**Tableau d'analyses statistiques - Base de données « SPIRITUAL CARE »**

		Descriptif	Multivariée	
<b><u>Variables dépendantes</u></b>				
PN 2 → 30	Qualitative ordinale	n (%)	Analyse des corrélations canoniques régularisée	
IC 1 → 59	Qualitative ordinale	n (%)		
<b><u>Variables indépendantes</u></b>				
Page	Quantitative	m ± SD P50 (P25-P75)		
Psexe	Qualitative binaire	n (%)		
Petciv	Qualitative nominale	n (%)		
Pnivet	Qualitative ordinale	n (%)		
Pappart	Qualitative nominale	n (%)		
Pprat	Qualitative ordinale	n (%)		
Ptypad	Qualitative binaire	n (%)		
Pmothosp	Qualitative binaire	n (%)		
Pspec	Qualitative nominale	n (%)		
lage	Quantitative	m ± SD P50 (P25-P75)		
lsex	Qualitative binaire	n (%)		
letciv	Qualitative nominale	n (%)		
lanc	Quantitative	m ± SD P50 (P25-P75)		
lancusi	Quantitative	m ± SD P50 (P25-P75)		
letp	Qualitative ordinale	n (%)		
lsatprof	Qualitative ordinale	n (%)		
lappart	Qualitative nominale	n (%)		
lprat	Qualitative ordinale	n (%)		
lpriemed	Qualitative ordinale	n (%)		

### 8.17. L'analyse canonique

L'analyse canonique (AC) aussi appelée la corrélation canonique ou l'analyse des corrélations canoniques (CCA en anglais) est une technique statistique développée par Hötelling en 1936 (96). Elle est utilisée pour étudier les corrélations entre deux groupes de variables.

Dans notre cas, les deux groupes de variables se démarquent naturellement. Il s'agit, d'une part, des besoins spirituels des patients, et d'autre part, des compétences en *spiritual care* des infirmiers. Nous confronterons les variables des deux groupes sur l'échantillon « SPIRITUAL CARE ».

« Le principe de la corrélation canonique est le suivant. Pour chacun des deux groupes de variables, on détermine une nouvelle variable qui est une combinaison linéaire des variables du groupe et qui est appelée première variable canonique. Ces deux variables canoniques sont construites de telle sorte que le coefficient de corrélation, appelé premier coefficient de corrélation canonique soit maximum. On détermine ensuite, dans chaque groupe, une deuxième variable canonique, non corrélée à la première, en calculant une autre combinaison linéaire des variables initiales. Ces combinaisons linéaires sont calculées de manière à assurer également la valeur maximum du second coefficient de corrélation canonique. Le processus de détermination des variables canoniques se poursuit jusqu'à ce que le nombre de couples de variables canoniques soit égal au nombre de variables initiales du groupe qui en comporte le moins, pour autant, du moins que les matrices de corrélation des variables des deux groupes ne soient pas singulières. » (97)

Chaque couple de variables canoniques sera donc constitué d'une image des besoins spirituels et d'une image des compétences en *spiritual care* des infirmiers.

L'objet de ce travail n'est évidemment pas de traiter de l'aspect mathématique de cette technique statistique. Nous renvoyons à la littérature abondante pour cet aspect. Il est par contre essentiel de comprendre cette technique et d'en appréhender les limites et freins.

« L'AC est sur le plan théorique, la méthode centrale de la statistique multidimensionnelle, dans la mesure où elle généralise diverses méthodes. C'est notamment le cas pour la

régression linéaire multiple lorsqu'un groupe de variables n'en contient qu'une seule. ... L'analyse canonique présente des analogies avec l'Analyse en Composantes Principales (ACP), pour la construction et l'interprétation des graphiques. ... Cependant, la principale particularité de l'AC par rapport à l'ACP, est l'étude des relations entre deux groupes de variables. ... Les groupes de variables sont traités de manière symétrique. »(98)

Considérons les données sous la forme de deux matrices X et Y (les besoins spirituels et les compétences en *spiritual care*), de taille  $n \times p$  ( $p = 26$  pour les items du SpNQ) et  $n \times q$  ( $q = 40$  pour les items du SCCQ) respectivement, croisant les individus en lignes et les variables en colonnes.

Si le nombre de variables est relativement important par rapport au nombre d'individus, l'AC peut donner de mauvais résultats, puisque cette méthode nécessite l'inversion des certaines matrices. Il peut même dans certains cas que ce point soit mathématiquement difficile ou impossible. Alors, la matrice est dite singulière. C'est le cas si  $p > n$  et/ou  $q > n$  (98).

Dans le point 4.2 de la thèse de Gonzalez I., il aborde la problématique d'un échantillon  $n$  d'individus proche de  $p + q$  (en l'occurrence ici  $p + q = 66$ ). Il recommande  $n \geq p + q + 1$  (98).

Dans le chapitre 15.10 « *Obtaining more reliable canonical variates* » de l'ouvrage *Applied multivariate statistics for the social sciences* (113), les auteurs vont jusqu'à proposer un échantillonnage de 1000 sujets ou plus, ou un large ratio individus/variables. Il aborde un ratio de 30/1.

Les 66 variables à étudier, et le ratio repris ci-dessus, nous conduisent à un échantillonnage de l'ordre de 2000 couples patient-infirmier.

Un échantillonnage de commodité peut donc conduire à une impossibilité de mettre en œuvre une analyse canonique.

Il existe toutefois des solutions pour contourner ce problème (98). On parle alors d'analyse canonique régularisée (rCCA) et son application à des données de grandes dimensions(98).

Gonzalez I. y aborde aussi le cas de variables colinéaires ou presque colinéaires constituant éventuellement les groupes de variables. Ce qui conduira à de mauvais résultats de l'AC. On

parle de matrice (de données) mal conditionnée. Il démontre, aussi, que la régularisation est une solution (98). Néanmoins, il est bon de limiter autant que possible ces colinéarités.

Il développe dans sa thèse (98) les algorithmes et package gratuit pour les utiliser sous le logiciel R (98,114). Ce package est actuellement disponible sur [mixOmics.org](http://mixOmics.org) sous la méthode rCCA.

Comme en ACP, les résultats d'une AC se font en dimension réduite (souvent 2, 3 ou 4) pour ne reprendre que les corrélations les plus pertinentes (98).

Les résultats d'une analyse canonique sont souvent difficilement interprétables. En effet, il y a lieu de relier les variables canoniques aux variables initiales pour pouvoir interpréter les résultats. Malgré tout, dans notre cas, le premier couple de variables canoniques montrera une image d'un besoin spirituel corrélé à une image d'une compétence en *spiritual care*.

Le package de [mixOmics.org](http://mixOmics.org) permet également des représentations graphiques utiles pour l'analyse et l'interprétations des résultats.

Les références bibliographiques de cette annexe sont celles reprises dans le corps principal du travail et se retrouvent dès lors dans la bibliographie associée en page 39-49.







[illegible]



## SPIRITUAL CARE

1/ Dans la feuille INFIRMIERS, après vérifications des doublons et valeurs aberrantes, vérifiez que le tri par ordre croissant sur Numinf soit fait

2/ Dans la feuille PATIENTS, après vérification des doublons et valeurs aberrantes, vérifiez que le tri par ordre croissant sur Numinf soit fait

3/ Dans la feuille SPIRITUALCARE, prenez les lignes Numinf différentes de NA pour le traitement statistique

Code de protection de la feuille : 1234

Numint	Numpart	Page	Pctiv	Pnwrt	Pappart	Pprat	Pypad	Pmthosp	Pspc	PNZ	PN3	PN4	PN5	PN6	PN7	PN8	PN10	PN11	PN12	PN13	PN14	PN15	PN16	PN17	PN18	PN19	PN20	PN21	PN22	PN23
200	200	201	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
201	201	201	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
202	202	202	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
203	203	203	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
204	204	204	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
205	205	205	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
206	206	206	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
207	207	207	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
208	208	208	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
209	209	209	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
210	210	210	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
211	211	211	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
212	212	212	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
213	213	213	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
214	214	214	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
215	215	215	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
216	216	216	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
217	217	217	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
218	218	218	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
219	219	219	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
220	220	220	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22





**8.19. Les réponses et demandes d'avis aux différents Comités d'Ethiques**  
**Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)**



Sart Tilman, le 22 novembre 2019

Madame le **Prof. M. GUILLAUME**  
Madame le **Amaryllis CHEVALIER**  
Service de **DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE**  
**CHU B23**

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique  
Notre réf: **2019/260**

**"Les compétences infirmières rencontrent-elles les besoins spirituels des patients dans les unités de soins intensifs ? "**

Protocole :

Cher Collègue,

Le Comité constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité d'Ethique n'émet pas d'objection à la réalisation de cette étude.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs,

Prof. V. SEUTIN  
Président du Comité d'Ethique

Note: l'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.



COMITÉ D'ETHIQUE MÉDICALE

Président  
Pr P. Evrard

Secrétaire  
Pr G. Lawson

Tél. Sec. : +32 (0)81 42 33 28  
Fax : +32 (0)81 42 30 23  
[comite.ethique.g-chu@uclouvain.be](mailto:comite.ethique.g-chu@uclouvain.be)

CHU Sart-Tilman Liège  
Comité d'éthique  
[ethique@chu.ulg.ac.be](mailto:ethique@chu.ulg.ac.be)

Madame Amaryllis CHEVALIER  
[amaryllis.chevalier@student.uliege.be](mailto:amaryllis.chevalier@student.uliege.be)

Monsieur Dominique JACQUEMIN  
[dominique.jacquemin@uclouvain.be](mailto:dominique.jacquemin@uclouvain.be)

Yvoir, le mardi 10 mars 2020

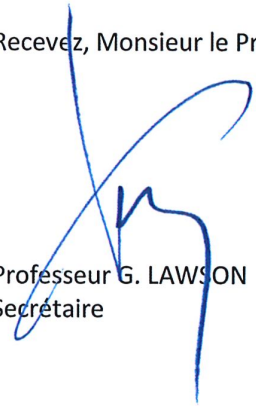
- **N° interne CE Mont-Godinne: 42/2020**
- **Intitulé:** Les compétences infirmières rencontrent-elles les besoins spirituels des patients dans les unités de soins intensifs?
- **Mémoire de Madame Amaryllis CHEVALIER, infirmière aux USI du CHU de Liège**
- **Investigateur responsable: Monsieur Dominique JACQUEMIN.**

Monsieur le Président,  
Cher Collègue,

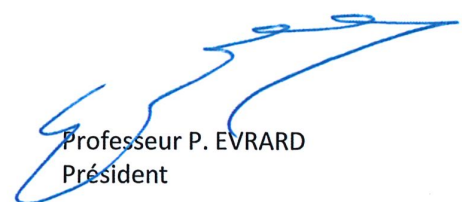
Le Comité d'éthique du CHU UCL Namur, site Godinne, a examiné le protocole susmentionné.

Le Comité d'éthique marque son accord pour la réalisation de cette étude en ce qui concerne la capacité de l'investigateur et de ses collaborateurs, l'adaptation des infrastructures et la qualité des installations, ainsi que sur le formulaire d'information et de consentement éclairé du patient.

Recevez, Monsieur le Président, Cher Collègue, l'expression de nos meilleurs sentiments.



Professeur G. LAWSON  
Secrétaire



Professeur P. EVRARD  
Président

**Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants**  
**du Master en Sciences de la Santé publique**

*(Version finale acceptée par le Comité d'Ethique en date du 06 octobre 2016)*

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à [mssp@uliege.be](mailto:mssp@uliege.be).  
Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

**1. Étudiant** (prénom, nom, adresse courriel) : Amaryllis Chevalier

[amaryllis.chevalier@student.uliege.be](mailto:amaryllis.chevalier@student.uliege.be)

**2. Finalité spécialisée** : Pratique Avancée en Sciences Infirmières

**3. Année académique** : 2018/2019

**4. Titre du mémoire** : « Les compétences infirmières rencontrent-elles les besoins spirituels des patients dans les unités de soins intensifs ? »

**5. Promoteur(s)** (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :

a. Pr Dominique Jacquemin, infirmier, prêtre, théologien et docteur en santé publique (bioéthique), [dominique.jacquemin@uclouvain.be](mailto:dominique.jacquemin@uclouvain.be), Université Catholique de Louvain

b. Mr Jean-Christophe Servotte, infirmier SIAMU et doctorant à l'Université de Liège, [jcservotte@uliege.be](mailto:jcservotte@uliege.be), CHU de Liège

**6. Résumé de l'étude**

a. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence une corrélation entre les compétences infirmières en soins spirituels et les besoins spirituels des patients dans les unités de soins intensifs.

Les objectifs secondaires sont de :

- déterminer les compétences infirmières en soins spirituels
- mesurer les besoins spirituels des patients en soins intensifs.

## b. Protocole de recherche

L'étude se veut observationnelle, analytique, quantitative et transversale. Cette étude récoltera des informations à un moment précis de temps dans les différents services de soins intensifs du Centre Hospitalier Universitaire de Liège. Elle permettra d'évaluer les besoins spirituels des patients et de déterminer les compétences infirmières en soins spirituels. Une analyse de l'existence d'une corrélation entre les deux sera réalisée.

Pour cette étude, deux populations sont concernées : les patients et les infirmier(e)s.

Les patients concernés durant la période de l'étude devront répondre aux critères d'inclusion ci-joint : patient hospitalisé dans une unité de soins intensifs, âgé de plus de 18 ans, communiquant verbalement ou par écrit en langue française, ayant signé le formulaire de consentement éclairé. Les patients confus (détection via l'algorithme diagnostique du « *confusion assessment method* ») ne seront pas admis.

Tout le personnel infirmier travaillant dans les services de soins intensifs durant la période de l'étude sera invité à participer à l'étude.

La méthode d'échantillonnage sera non probabiliste et de commodité afin d'avoir un maximum de patients répondants aux critères d'inclusion ainsi que pour le personnel infirmier.

Les outils d'évaluation qui seront utilisés sont :

- Pour les patients : le document se composera, d'abord, d'un questionnaire sociodémographique reprenant des données telles que le genre, l'âge, l'état civil, les croyances religieuses ou activités religieuses, le type d'admission, la durée d'hospitalisation, la pathologie, une expérience antérieure d'hospitalisation en unité général ou aux soins intensifs et, ensuite, de l'échelle des besoins spirituels (SpNQ) (Büssing, Balzat & Heusser, 2010). Cette échelle se compose de 27 items auxquels le patient doit répondre par oui ou par non. S'il répond oui, il doit quantifier sa réponse selon une échelle ordinale à 3 points (1- faible, 2 – fort, 3 – extrêmement fort).
- Pour le personnel infirmier : le document se composera, d'abord, d'un questionnaire sociodémographique reprenant des données telles que l'âge, le genre, l'état civil, l'ancienneté professionnelle, les croyances religieuses et activités religieuses, une formation ou lecture sur la spiritualité et, ensuite, de l'échelle des compétences infirmières en soins spirituels (SCCQ) (Frick *et al.*, 2019).

Une information sera fournie dans les différents services de soins intensifs afin de conscientiser le personnel infirmier à répondre aux questionnaires qui leur seront attribués.

Les patients recevront une information spécifique et personnelle. L'investigateur assistera, si nécessaire, le patient pour compléter les différents items.

Les questionnaires seront anonymisés tant pour les patients que pour le personnel infirmier.

Les données seront encodées dans un fichier Excel selon un code book destiné à l'étude. Ensuite, les données seront analysées grâce aux logiciels de statistique R et R cmdr.

Une fois les données traitées et analysées, elles seront supprimées en réponse au règlement général sur la protection des données.

**7. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Éthique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :**

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? OUI
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? NON
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? OUI
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? NON
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? NON
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? OUI
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? NON
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? NON
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? NON
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ?  
NON

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Éthique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d’Ethique.

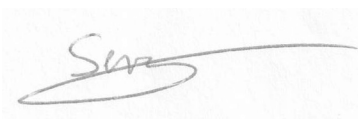
En fonction de l’analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l’étude à un Comité d’Ethique, soit le Comité d’Ethique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d’Ethique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur sollicite l'avis du Comité d’Ethique car :

- ☐ cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- ☐ cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l’avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.

X cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication.

Date : 09/09/2019 Nom et signature du promoteur :



		<b>Formulaire soumission simplifiée - mémoire</b>	
<b>Référence du document:</b> FSS-M/Vers3		<b>Date d'application:</b> 31/01/2019	
<b>Rédigé par:</b> Monsieur Etienne GOURDIN Mademoiselle Cécile PHILIPPIN Docteur Marie de SAINT-HUBERT		<b>Vérifié par:</b> Professeur Patrick EVRARD	

### FORMULAIRE de soumission simplifiée – mémoire

<p><b><u>Nom(s) de l'(des) institution(s) qui encadre(nt) le mémoire:</u></b></p> <p>Université de Liège – Département des Sciences de la santé Publique Nutrition, Environnement et Santé</p> <p><b><u>Nom du promoteur:</u></b></p> <p>Coordonnées promoteur (e-mail, téléphone, adresse):          SERVOTTE Jean-Christophe, <a href="mailto:jcservotte@uliege.be">jcservotte@uliege.be</a>, 04/366 34 35, Université de Liège - Quartier Hôpital, 13 - bât.13, 4000 Liège</p> <p>JACQUEMIN Dominique, <a href="mailto:dominique.jacquemin@uclouvain.be">dominique.jacquemin@uclouvain.be</a>, 010/47 40 55, TECO – Grand Place 45/L3.01.01 – 1348 Louvain-La-Neuve</p> <p><b><u>Nom de l'expérimentateur responsable (professionnel de la santé soumis au secret professionnel):</u></b></p> <p>CHEVALIER Amaryllis</p> <p><u>Service</u> : Infirmière SIAMU, ayant exercé au CHU Namur- Site Godinne de 2003-2018 ; actuellement, maître de formation pratique à la Haute École de la Province de Namur, assurant la supervision des étudiants infirmiers dans les unités (U21,U44 et USI) du CHU Namur- site Godinne.</p> <p><u>Coordonnées de l'expérimentateur</u> : e-mail, téléphone, adresse</p> <p><a href="mailto:amaryllis.chevalier@student.uliege.be">amaryllis.chevalier@student.uliege.be</a>, 0476/24 64 53, Rue de l'Écluse 44, 5204 Sclayn</p> <p><b><u>Nom de l'étudiant</u></b> : CHEVALIER Amaryllis</p> <p>Coordonnées étudiant (e-mail, téléphone, adresse):</p> <p><a href="mailto:amaryllis.chevalier@student.uliege.be">amaryllis.chevalier@student.uliege.be</a>, 0476/24 64 53, Rue de l'Écluse 44, 5204 Sclayn</p>
--

<b>MEMOIRE</b>		
<input type="checkbox"/> médecine	<input checked="" type="checkbox"/> soins infirmiers	<input type="checkbox"/> diététique
<input type="checkbox"/> kinésithérapie	<input type="checkbox"/> psychologie	<input type="checkbox"/> logopédie
<input type="checkbox"/> autres: .....		

## **TITRE original du protocole de l'expérimentation**

« Les compétences infirmières rencontrent-elles les besoins spirituels des patients dans les unités de soins intensifs ? »

## **CHAPITRE 1 - BUTS ET JUSTIFICATIONS DE L'EXPÉRIMENTATION**

### **1. BUTS et ORIGINALITÉ de l'expérimentation**

- Décrivez en quelques mots le but et l'originalité de l'expérimentation :  
(10 lignes maximum)

Le but de cette étude est de déterminer les compétences infirmières en soins spirituels et de mesurer les besoins spirituels, existentiels et psychosociaux des patients au sein des unités de soins intensifs.

L'objectif de cette investigation est d'étudier s'il existe une correspondance entre les compétences infirmières et les besoins spirituels des patients dans les unités de soins intensifs.

La théorie utilisée dans le cadre de cette étude « *The AACN Synergy Model* » (Hardin, 2013)<sup>1</sup> pose le fait que la clé des soins est la relation entre les infirmières et les patients, de sorte que les compétences infirmières coïncident avec les besoins des patients (Rex Smith, 2006)<sup>2</sup>

### **2. JUSTIFICATION de l'expérimentation**

- Justifiez en quelques mots l'expérimentation :  
(8 lignes maximum)

Les unités de soins intensifs sont considérées comme un lieu propice à l'expression de la détresse spirituelle<sup>3</sup>. Ainsi, les questions spirituelles et les besoins spirituels sont peu reconnus et/ou discutés entre les patients et le personnel<sup>4</sup>. Ces besoins sont souvent relayés à un aumônier car il est considéré comme plus qualifié. Les infirmières estiment ne pas avoir les compétences nécessaires pour prendre en compte la dimension spirituelle des patients alors qu'elles fournissent des soins spirituels sans s'en rendre compte<sup>5</sup>. Le fait de reconnaître et de répondre aux questions et besoins spirituels des patients peut avoir divers effets positifs sur les résultats de santé<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> Hardin, SR 2013, 'The AACN Synergy Model', in SJ Peterson & TS Bredow (eds), *Middle Range Theory : Application to Nursing Research*, 3<sup>rd</sup> Edition, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams et Wilkins, Philadelphia, pp. 294-305.

<sup>2</sup> Rex Smith, A 2006, 'Using the Synergy Model to provide spiritual nursing care in critical care settings', *Critical Care Nurse*, vol.26, no.4, pp.41-7

<sup>3</sup> Swinton, M, Giacomini, M, Toledo, F, Rose, T, Hand-Breckenridge, T, Boyle, A, Woods, A, Clarke, F, Shears, M, Sheppard, R & Cook, D, 2017, 'Experiences and expressions of spirituality at the end of life in the intensive care unit', *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol.195, no.2, pp.198-204.

<sup>4</sup> Willemse, S, Smeets, W, Van Leeuwen, E, Janssen, L & Foudraine, N 2018, 'Spiritual Care in the ICU : Perspectives of Dutch Intensivists, ICU Nurses, and Spiritual Caregivers', *Journal of Religion and Health*, vol.57, pp.587-95.

<sup>5</sup> Canfield, C, Taylor, D, Nagy, K, Strauser, C, VanKerkhove, K, Wills, S, Sawicki, P & Sorrell, J 2016, 'Critical Care Nurses' Perceived Need For Guidance in Addressing Spirituality in Critically Ill Patients', *American Journal of Critical Care*, vol. 25, no. 3, pp.206-11.

<sup>6</sup> Choi, PJ, Curlin, FA & Cox, CE 2018, 'Addressing religion and spirituality in the intensive care unit : A survey of clinicians', *Palliative and Supportive Care*, pp. 1-6

## CHAPITRE 2 - EXPÉRIMENTATION PROPREMENT DITE

### 1. Type d'étude

☐ **Etude rétrospective** (réalisée sur dossiers médicaux, échantillons déjà prélevés)

☐ oui ☐ non

**Si étude rétrospective réclamer la procédure correspondante au secrétariat du Comité d'éthique**

☒ **Etude Prospective non interventionnelle** (assurance même sans faute à contracter), y compris questionnaire ou enquête lors d'une visite de routine

☐ **Etude Prospective interventionnelle** (assurance même sans faute à contracter)

☐ Questionnaire - enquête (si visite supplémentaire ou appel téléphonique pour le questionnaire)

**Attention, si:**

- ☐ Médicamenteux
- ☐ Dispositifs médicaux
- ☐ Examens médicaux divers

**→ Etude à soumettre par procédure classique car la soumission simplifiée n'est pas applicable (cette procédure est à réclamer au secrétariat du Comité d'éthique)**

### Etude mono/multicentrique

☐ Monocentrique

☐ Multicentrique – CE = comité d'éthique principal

Quels sont les comités d'éthique locaux (nom, adresse et n° de fax des comités)?

☒ Multicentrique – CE = comité d'éthique local

Quel est le comité d'éthique principal (nom, adresse et n° de fax)?

Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707), C.H.U. Sart Tilman, Domaine Universitaire du Sart Tilman – B35, 4000 Liège, Fax : 04/366 74 41

### Discipline dont relève l'étude

☐ Chirurgie

☐ Médecine interne

☐ Gynécologie/obstétrique

☐ Pédiatrie

☐ Psychiatrie

☐ Oncologie/radiothérapie

☐ Biologie clinique

☐ Bactériologie/virologie

☒ Soins intensifs

☐ Soins palliatifs

☒ Soins infirmiers

☐ Autres :

### Etude ne portant pas sur un médicament

☐ Appareillage médical/prothèse

☐ Etude diagnostique

☐ Physiologie-physiopathologie

☐ Etude psychologique

☐ Etude sociologique

☐ Etude épidémiologique

☒ Autre, spécifiez : Étude sur la spiritualité



## 2. Choix des SUJETS

- sujets sains OUI ☐ NON ☐
- sujets malades OUI ☒ NON ☐  
quelle affection?  
(3 lignes maximum)

Tout patient nécessitant un séjour en Unité de Soins Intensifs, peu importe l'affection, âgé de plus de 18 ans, communiquant verbalement ou par écrit et non confus (détection de la confusion via l'algorithme diagnostique du « *Confusion assessment method* »)

- nombre de sujets prévus: Échantillonnage de commodité ( +ou- 40 sujets)
- âge minimum: 18 ans âge maximum: /
- sexe: masculin ☒ féminin ☒

### Population cible:

- ☒ adultes capables d'exprimer leur volonté
- ☐ adultes incapables d'exprimer leur volonté
- ☐ mineurs (si oui il faut annexer un consentement spécifique)
- ☐ situation d'urgences
- ☐ femmes enceintes
- ☐ femmes allaitant
- ☐ autres:

## 3. LIEU où sera effectuée l'expérimentation:

☒ hôpital : Unités de Soins Intensifs nom et adresse: CHU Namur-Site Godinne, Avenue Docteur G.Thérasse, 1, 5530 Yvoir

☒ autres : Unités de Soins intensifs nom et adresse: CHU Liège- site Sart Tilman, Avenue de l'hôpital, 1, 4000 Liège

Unités de soins intensifs du centre hospitalier universitaire de Munich.

Les sujets subiront-ils l'expérimentation?

en ambulatoire ☐ en hospitalisation ☒ mixte ☐

## 4. Consentement du participant:

### 1. Le consentement du participant sera-t-il obtenu ?

☒ Oui

☐ Non (justifiez)

Si OUI :

☒ par écrit (veuillez joindre le texte d'information et de consentement) → Voir annexe 1 et 2

☐ oralement (veuillez détailler le schéma de l'information orale)

## CHAPITRE 3 – AUTRES RENSEIGNEMENTS

### 1. ASSURANCE

- Les risques que peut entraîner pour le malade ou le sujet volontaire une participation à l'expérimentation sont couverts par une assurance en responsabilité même sans faute OUI ☒ NON ☐
- Qui est le preneur d'assurance ? CHU Namur – Site Godinne

## **2. CONFIDENTIALITE**

- L'étudiant(e) a-t-il (elle) reçu une formation sur ses devoirs de confidentialité et sur les législations relatives à la protection des patients et des données (RGPD) et s'est-il (elle) engagé(e) à respecter les obligations afférentes ?  
OUI ☒ NON ☐
- La confidentialité et la pseudonymisation des données de l'étude est-elle assurée ?  
OUI ☒ NON ☐
- Comment assurez-vous la pseudonymisation?  
Un numéro de code sera attribué au patient.
- Quelle est la durée de conservation des données ?  
Le temps nécessaire à l'étude.
- Comment assurez-vous les droits d'accès, de rectification, voire d'opposition consacrés par le RGPD et la loi sur la protection des patients ? Auprès de qui s'opèrent ces droits ?  
Le patient peut, à tout moment, décider de se retirer de l'étude en informant l'investigateur principal, Chevalier Amaryllis. Ses données, pseudoanonymisées, seront, alors, supprimées de la base de données.

## **3. CONDITIONS FINANCIERES**

- Coût de la participation à l'expérimentation (déplacements, nombre d'heures à y consacrer, etc...)  
A l'heure actuelle, il est impossible de dire quel sera le coût de la participation à l'expérimentation en termes de déplacements, nombre d'heures à y consacrer, ... Tous ses frais seront pris en charge par l'expérimentateur – étudiant : Chevalier Amaryllis
- Qui prend en charge les frais éventuels liés à l'étude ?  
L'expérimentateur principal – étudiant : CHEVALIER Amaryllis

## **CHAPITRE 4 : RESPONSABLE(S) DE L'EXPERIMENTATION**

Nous déclarons assumer l'entière responsabilité de l'expérimentation dont le projet est décrit ci-dessous et certifions que les renseignements fournis correspondent à la réalité, compte tenu des connaissances actuelles.

Date: 16/02/2020

Nom/Prénom et signature de l'expérimentateur responsable au nom de(s) institution(s) responsable(s) du traitement:



Date: 16/02/2020

Nom/Prénom et signature de l'étudiant



## **ANNEXE 1**

### **Formulaire d'information à l'intention des patients.**

**Titre de l'étude** : « Les compétences infirmières rencontrent-elles les besoins spirituels des patients dans les unités de soins intensifs ? »

**Promoteur de l'étude** : Pf. Dominique Jacquemin, infirmier, prêtre, théologien et docteur en santé publique (bioéthique) à l'Université Catholique de Louvain.

**Co-Promoteur** : Jean-Christophe Servotte, infirmier spécialisé en soins intensifs et aide médicale urgente, Maître assistant et doctorant à l'Université de Liège.

**Investigateur** : Amaryllis Chevalier, étudiante en Master des Sciences de la Santé Publique à finalité Pratique Avancée en Sciences Infirmières.

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude en Sciences de la Santé Publique, une étude a été débutée dans le but d'évaluer les besoins spirituels des patients dans les unités de soins intensifs.

Avant que vous n'acceptiez de participer à l'étude, il est nécessaire de prendre connaissance de certaines informations. De cette manière, vous pourrez nous donner votre consentement éclairé, c'est-à-dire en toute connaissance de cause.

Veuillez donc lire ces quelques informations et poser toutes les questions indispensables à votre compréhension.

Vous conserverez une copie de tous ces documents.

Si vous participez à cette étude, vous devez savoir que :

- Cette étude est réalisée dans le cadre d'un mémoire.
- Cette étude est soumise à l'évaluation du Comité d'Éthique hospitalo-facultaire de l'Université de Liège et du comité d'Éthique du CHU Namur-Site Godinne.
- Les données collectées à cet effet sont anonymes et seront codées pour garantir votre sécurité et votre identité.
- L'investigateur est joignable pour toutes questions éventuelles.
- Votre participation est volontaire et libre de pression extérieure, de toute contrainte.
- Une signature est demandée à la fin du document pour exprimer votre consentement. Malgré cette signature, vous serez toujours libre de vous retirer de l'étude, peu importe vos raisons. Il vous sera demandé d'en prévenir l'investigateur.

#### **Objectifs et déroulement de l'étude :**

L'objectif principal de l'étude est de mettre en évidence une corrélation entre les compétences infirmières et les besoins spirituels des patients dans les unités de soins intensifs. Pour ce faire, il faut évaluer les besoins spirituels des patients dans ces unités et déterminer les compétences des infirmières en soins spirituels.

Pour participer à l'étude, vous devez être hospitalisé dans une unité de soins intensifs et être capable de vous exprimer verbalement ou par écrit en langue française. Vous devez aussi être âgé de plus de 18 ans.

En acceptant de participer à l'étude, vous recevrez une enveloppe anonymisée reprenant les différents questionnaires : un questionnaire sociodémographique et un questionnaire des besoins spirituels. Un fois complété, avec l'assistance de l'investigateur si nécessaire, les questionnaires seront remis dans l'enveloppe et repris par l'investigateur pour encodage.

#### **Votre participation implique :**

- De répondre le plus honnêtement possible à la série de questionnaires.
- De demander à l'investigateur de reposer ou reformuler la question posée si cela est nécessaire pour votre compréhension.

#### **Comité d'Éthique**

Cette étude a été soumise à l'évaluation du Comité d'Éthique hospitalo-facultaire de l'Université de Liège et du Comité d'Éthique du CHU Namur-Site Godinne afin qu'il juge si vos droits en tant que patients sont respectés mais également si cette étude est pertinente et éthique au regard des connaissances actuelles sur le sujet.

Le comité éthique hospitalo-facultaire de l'Université de Liège et le Comité d'Éthique du CHU Namur-site Godinne ont émis un avis favorable le 22/11/2019 et le ....../....../.... pour la réalisation de cette étude. Néanmoins, vous ne devez pas considérer l'accord du comité d'Éthique à cette étude comme une incitation à y participer.

#### **Participation volontaire**

En participant à cette étude, vous devrez au préalable signer un formulaire de consentement éclairé. L'investigateur signera également ce formulaire et confirmera qu'il vous a donné toutes les informations nécessaires pour la participation à cette étude. Vous recevrez un exemplaire de ce document.

Avant d'accepter les termes de cette étude, vous avez le droit de poser toutes les questions qui vous semblent utiles par rapport à votre participation, mais également d'en discuter avec une personne de confiance.

Vous devez vous sentir libre d'accepter de participer à cette étude, c'est-à-dire que vous ne devez ressentir aucune pression extérieure. Si à un moment vous désirez interrompre l'étude, il vous suffit de le signaler à l'investigateur et vous n'êtes pas tenu de lui donner d'explications. Votre refus de participation n'affectera en rien votre prise en charge ultérieure.

#### **Retrait de consentement**

La participation est volontaire. De ce fait, vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment.

## **Garantie de confidentialité**

L'investigateur ainsi que les promoteurs de cette étude sont soumis au respect du secret professionnel.

L'investigateur s'engage à respecter le *Règlement général sur la protection des données* (RGPD – UE 2016/679) et la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Les questionnaires seront supprimés dès que l'étude sera terminée et les données retranscrites ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire.

## **Contact**

Dans le cas où vous avez besoin d'informations supplémentaires, vous pouvez contacter l'investigateur, Amaryllis Chevalier, au 04 78 62 10 10 ou [amaryllis.chevalier@student.uliege.be](mailto:amaryllis.chevalier@student.uliege.be)

## Annexe 2

### Formulaire de consentement éclairé à l'intention du patient :

**QUESTION DE RECHERCHE** : « LES COMPÉTENCES INFIRMIÈRES RENCONTRENT-ELLES LES BESOINS SPIRITUELS DES PATIENTS DANS LES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS ? »

#### Participant

Je déclare avoir été informé de la nature de l'étude, sur son but, sa durée, ses contraintes éventuelles et ce que l'on attend de moi. J'ai pris connaissance du document d'information.

J'ai pris suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit lors de la lecture du document d'information et j'ai obtenu des réponses à mes questions.

J'ai compris que les données me concernant seront conservées pendant toute l'étude mais, également, que l'investigateur est soumis au respect du secret professionnel.

Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités convenues dans le point de garanties d'anonymat. Je donne également mon accord pour que l'étude soit dans la possibilité d'une publication.

J'accepte/je refuse (barrer la mention inutile) que les données soient collectées.

J'ai reçu une copie de l'information de consentement et du consentement éclairé.

Nom, prénom, date et signature du volontaire :

#### Investigateur

Je soussigné, Amaryllis Chevalier, investigateur principal, confirme avoir fourni oralement et par écrit les informations nécessaires sur la présente étude et avoir fourni, au participant, un formulaire d'information ainsi qu'une copie du présent formulaire de consentement éclairé signés par les deux parties.

Nom, prénom, date et signature :

## 8.20. La nouvelle demande d'avis au Comité d'Ethique hospitalo-facultaire de Liege

### **Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants**

#### **du Master en Sciences de la Santé publique**

***(Version finale acceptée par le Comité d'Ethique en date du 06 octobre 2016)***

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à [mssp@uliege.be](mailto:mssp@uliege.be).  
Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

**1. Etudiant :** Amaryllis Chevalier [amaryllis.chevalier@student.uliege.be](mailto:amaryllis.chevalier@student.uliege.be)

**2. Finalité spécialisée :** Pratiques Avancées en Science Infirmière

**3. Année académique :** 2019/2020

**4. Titre du mémoire :** « Étude multicentrique d'une correspondance entre les compétences des infirmiers et les besoins spirituels des patients hospitalisés aux soins intensifs »

**5. Promoteur(s) :**

a. Dr Jean-Christophe Servotte, Docteur en Sciences de la Santé Publique, [jcservotte@uliege.be](mailto:jcservotte@uliege.be), Université de Liège

b. Pr Dominique Jacquemin, Professeur à l'Université Catholique de Louvain, [dominique.jacquemin@uclouvain.be](mailto:dominique.jacquemin@uclouvain.be), Université Catholique de Louvain

**6. Résumé de l'étude**

**a. Objectifs**

L'objectif principal est de démontrer une correspondance entre les compétences des infirmiers et les besoins spirituels des patients dans les unités de soins intensifs.

Les objectifs secondaires sont de déterminer les compétences des infirmiers en *spiritual care* dans les unités de soins intensifs ainsi que les besoins spirituels, existentiels et psychosociaux des patients hospitalisés au sein de ces unités de soins intensifs.

**b. Protocole de recherche**

L'étude se veut multicentrique, prospective non interventionnelle. Elle se déroulera au sein des services de soins intensifs du Centre Hospitalier Universitaire de Liège - site du Sart Tilman et du Centre Hospitalier Universitaire de l'Université Catholique de Louvain à Namur – site de Godinne. Deux populations seront étudiées : les patients et les infirmiers. Les patients devront

être hospitalisés dans l'unité de soins intensifs, être âgés de plus de 18ans, pouvant communiquer verbalement ou par écrit en langue française et ayant signé le formulaire de consentement éclairé. Les patients confus ne seront pas repris dans l'étude et seront détectés à l'aide de l'algorithme diagnostique : la CAM « *Confusion assessment method* » ou la CAM-ICU « *Confusion assessment method-Intensive Care Unit* » pour les patients ne pouvant s'exprimer verbalement. La population infirmière se composera des infirmiers ayant plus d'un an d'expérience dans l'unité. L'échantillonnage sera de commodité pour avoir un nombre suffisant de patients répondant aux critères d'inclusion et le plus grand nombre d'infirmiers.

Les outils d'évaluation qui seront utilisés sont :

- Pour les patients : le document se compose, d'une part, d'un questionnaire sociodémographique reprenant l'âge, le genre, l'état civil, le niveau d'étude, les croyances et les activités religieuses, le type et le motif d'admission ainsi que le domaine médical et, d'autre part, du questionnaire sur les besoins psycho-sociaux et spirituels « *Spiritual Need Questionnaire (SpNQ)* » (Büssing, Balzat & Heusser, 2010). Cet outil se compose de 26 items (besoins) ; ceux-ci sont notés en fonction de l'importance que l'on s'attribue sur une échelle ordinale à 4 points (0 - pas du tout ; 1 - faible ; 2 – fort ; 3 – extrêmement fort)
- Pour les infirmiers : le document se compose, d'une part, d'un questionnaire sociodémographique reprenant l'âge, le genre, l'état civil, l'ancienneté professionnelle, le temps de travail, la satisfaction professionnelle, l'appartenance et les pratiques religieuses/spirituelles et, d'autre part, du questionnaire sur les compétences en *spiritual care* « *Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ)* » (Frick *et al.*, 2019). L'outil se compose de 40 questions dont la réponse est constituée d'une échelle de Likert allant de « 0 – n'est pas du tout correct » à « 3 – tout à fait correct ».

Une information sera fournie dans les différentes unités de soins intensifs afin de conscientiser le personnel infirmier à répondre aux questionnaires qui leur seront attribués. Les patients recevront une information spécifique et personnelle. L'investigateur assistera, si nécessaire, le patient pour compléter les différents items du questionnaire.

Les questionnaires seront pseudonymisés tant pour les patients que pour les infirmiers par un système de code. Ces codes, conservés sur des bases de données chiffrées via le logiciel VeraCrypt, pourront être supprimés afin d'anonymiser les données. Les données des



questionnaires seront encodées sur un fichier Excel chiffré, selon un code book destiné à l'étude. Ces données seront ensuite analysées pour les fins de l'étude grâce aux logiciels statistiques R et R cmdr.

Une fois les données traitées et analysées, elles seront supprimées en réponse au Règlement Général sur la Protection des Données.

**7. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :**

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? OUI
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? NON
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? OUI
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? NON
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? NON
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux, ...) ? OUI
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? NON
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins, ...) ? NON
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? NON
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? NON

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d’Ethique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d’Ethique.

En fonction de l’analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l’étude à un Comité d’Ethique, soit le Comité d’Ethique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d’Ethique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur sollicite l'avis du Comité d’Ethique car :

- ☐ cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- ☐ cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l’avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- ☐ cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication.

Date : \_\_\_\_\_ Nom et signature du promoteur : \_\_\_\_\_

## 8.21. Les échanges avec le Professeur Trousselard M.

Mail

Contacts

Calendrier

Tâches

Préférences

Re: concernant

Fermer

Répondre

Rép. à tous

Faire suivre

Supprimer

Spam

Actions

19 juin 2020 19:50

Re: concernant les besoins psychosociaux et spirituels dans le cadre d'un mémoire

Expéditeur : Marion Trousselard

À: amaryllis.chevalier

Bonsoir

Les étapes 1 de traduction ont été faite avec des anglais natifs parlant français et l'inverse

Le pr büssing a eu les résultats de la traduction

Ensuite il n'y a pas eu d'autres analyses que celle de la thèse

Bien cordialement

Le ven. 19 juin 2020 à 19:39, <amaryllis.chevalier@student.uliege.be> a écrit :

Bonjour Madame Trousselard,

J'avais pris contact avec vous le 27 mai dernier concernant le questionnaire des besoins psycho-sociaux et spirituels d'Arndt Büssing.

Je tiens à vous remercier pour ce partage de document scientifique.

Cependant, j'ai quelques questions concernant ce questionnaire. Il est stipulé dans la thèse en page 225-226 qu'il y aurait un problème de validation : a t'il été traduit par vos soins? Ou bien l'avez-vous reçu en français ? Ce qui sous entend une traduction réalisée par Mr Büssing.

Je vous souhaite un excellent week-end.

Amaryllis Chevalier

Etudiante en Master des Sciences de la Santé Publique de l'Université de Liège

----- Mail transféré -----

De: "Marion Trousselard" <marion.trousselard@gmail.com>

A: "amaryllis chevalier" <amaryllis.chevalier@student.uliege.be>

Envoyé: Mercredi 27 Mai 2020 14:06:02

Objet: Re: concernant les besoins psychosociaux et spirituels dans le cadre d'un mémoire

Bonjour

Ce questionnaire a été utilisé dans le cadre d'une thèse de médecine, seul document officiel

Je vous joins le questionnaire en fin de la thèse

vous avez un bien joli projet

Bien cordialement

## 8.22. Les échanges avec le Professeur Büssing A.

12 Août 2020 8:32

---

**Mail**    **Contacts**    **Calendrier**    **Tâches**    **Préférences**    **AW: SpNQ**

Fermer    Répondre    Rép. à tous    Faire suivre    Supprimer    Spam    Actions

☐ ☐ ☐

**AW: SpNQ**

Expéditeur : Büssing, Arndt  
À : amaryllis chevallier

---

Hallo.

Because some international researcher have adapted the SpNQ to their concerns (adding items which were informative only, but not part of the consented factors), it was decided that - particularly for the SpNQ book which is currently in its final phase - we will add also the SpNQ-20 Mean Scores to make data comparable.

SpNQ20.MeanScore = MEAN(N18W,N19W,N20W,N21W,N22W,N23W,N5W,N16W,N17W,N2W,N8W,N14W,N15W,N27W,N26W).

Best wishes

Arndt Büssing

Univ.-Prof. Dr. med. Arndt Büssing  
Professur für Lebensqualität, Spiritualität und Coping  
Universität Witten/Herdecke  
Gerhard-Kienle-Weg 4, D-58313 Herdecke  
Tel.: +49-2330-623246, Fax: +49-2330-623810  
Email: Arndt.Buessing(at)uni-wh(dot)de  
Orcid ID: orcid.org/0000-0002-5025-7950

-----  
Anonyme Befragung zum Empfinden in der Corona-Pandemie: <https://limesurvey.uni-wh.de/index.php/666966?lang=de>  
-----

New Books:

- Büssing A, Dienberg T (Hrsg.) Geistliche Trockenheit – empirisch, theologisch, in der Begleitung. Münster: Aschendorff-Verlag (2019)
- Warode M, Bolsinger H, Büssing A (Hrsg.): Spiritualität in der Managementpraxis. Herder, Freiburg (2019)
- Büssing A (Hrsg.): Measures of Spirituality/Religiosity – Description of Instruments. MDPI Books, Basel (2019)

-----  
Questionnaire sites:  
-----

- Questionnaire Download: [spneeds.uni-wh.de](http://spneeds.uni-wh.de)
- Spiritual Needs Questionnaire Website: [www\(dot\)spiritualneeds\(dot\)net](http://www(dot)spiritualneeds(dot)net)
- Spiritual Care Competence Questionnaire Website: [www\(dot\)spiritual-competence\(dot\)net](http://www(dot)spiritual-competence(dot)net)
- Spiritual Dryness Scale Website: [www\(dot\)spiritual-dryness\(dot\)net](http://www(dot)spiritual-dryness(dot)net)

Are you sure that you need to print out this email? Better save our resources.

-----  
-----Urprüngliche Nachricht-----  
Von: amaryllis.chevallier@student.uliege.be <[amaryllis.chevallier@student.uliege.be](mailto:amaryllis.chevallier@student.uliege.be)>  
Gesendet: Dienstag, 11. August 2020 22:35  
An: Büssing, Arndt <[Arndt.Buessing@uni-wh.de](mailto:Arndt.Buessing@uni-wh.de)>

### **8.23. La liste des fichiers déposés sur MatheO**

- Bases de données feuilles « PATIENTS » « INFIRMIERS » « SPIRITUAL CARE ».xlsx
- Table de conversion CODE INFIRMIER.xlsx
- Table de conversion CODE PATIENT.xlsx

Ces trois fichiers sont vierges de données et prêts à être utilisés.

Ils ne sont pas, à ce stade, chiffrés avec VeraCrypt.

Ils sont disponibles sur le site MatheO de l'Université de Liège ([www.matheo.uliege.be](http://www.matheo.uliege.be)).