



Priorités de recherche en sciences infirmières pour le Spiritual Care en francophonie : un consensus par Delphi modifié intégrant une enquête en ligne

Research Priorities in Nursing Science for Spiritual Care in Francophone Contexts: A Modified Delphi Consensus Integrating an Online Survey

Serena BUCHTER¹ (Inf, PhD), **Emilie ALLARD**² (Inf, PhD),
Jacinthe DANCOT³ (Inf, PhD), **Marie FRIEDEL**⁴ (Inf, PhD),
Gina SOBRAL⁵ (Inf, MScSI), **Daniel DUCRAUX**⁶ (Inf, MScSI)

1 : Institut de recherche religions, spiritualités, cultures et sociétés, Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique - Institut des Humanités en médecine, Centre Hospitalier Universitaire du Canton de Vaud, Université de Lausanne, Suisse

2 : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec, Canada - Centre de recherche, Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal - Universitaire, Québec, Canada

3 : Cesilux, Centre d'excellence en soins infirmiers, Haute Ecole Robert Schuman, Province de Luxembourg, Belgique - Département des sciences de la santé publique, Université de Liège, Belgique

4 : Department of Health, Medicine and Life Sciences (DHML), Faculty of Science, Technology and Medicine (FSTM), Université du Luxembourg - Institut de Recherche Santé et Société (IRSS), Université catholique de Louvain, Belgique

5 : Haute Ecole de Santé – Vaud (HESAV), Suisse

6 : Pôle Santé Vallée de Joux, Suisse

*Auteur correspondant :

Serena BUCHTER
serena.buchter@uclouvain.be

URL : <https://www.unilim.fr/reasci/879>

DOI : 10.25965/reasci.879

Licence : CC BY-NC-SA 4.0 International

Résumé : Contexte : Le Spiritual Care (SC) constitue une dimension essentielle des soins infirmiers et est associé à des effets positifs sur l'expérience des personnes soignées, la qualité des soins et le bien-être des soignants. En francophonie, l'intérêt pour le Spiritual Care s'est accru, mais la recherche en sciences infirmières demeure fragmentée et insuffisamment structurée, en l'absence de priorités consensuelles limitant la cohérence et la visibilité des travaux.

Objectif : Élaborer un agenda de recherche en sciences infirmières sur le Spiritual Care en contexte francophone, à partir d'un consensus associant experts infirmiers et professionnels du terrain.

Méthode : Une étude de consensus fondée sur un Delphi modifié a été menée entre 2022 et 2025. Un groupe de 14 experts infirmiers francophones a élaboré et pondéré des énoncés de priorités de recherche selon un processus itératif. Le questionnaire finalisé a ensuite été diffusé auprès de professionnels infirmiers issus de la pratique clinique, de l'enseignement et de la recherche (n= 164), provenant de cinq pays francophones. Les données quantitatives et qualitatives ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives et d'analyses thématiques. Un arbitrage final a été réalisé par le groupe d'experts.

Résultats : Quatre axes prioritaires de recherche ont été identifiés: (1) l'expérience et le point de vue des personnes soignées et de leurs proches, (2) la formation au Spiritual Care, (3) les interventions infirmières en Spiritual Care et (4) l'environnement de soins et de travail. Une forte convergence a été observée concernant la priorité accordée à l'expérience des patients, tandis que des divergences sont apparues sur certaines dimensions théoriques et organisationnelles, soulignant un besoin accru de diffusion et d'implantation des connaissances existantes.

Conclusion : Cet agenda constitue la première démarche consensuelle visant à structurer les priorités de recherche en Spiritual Care en sciences infirmières dans la francophonie. Il offre un cadre de référence pour orienter et soutenir la production de connaissances.

Mots clés : Spiritual Care, Spiritualité, Sciences infirmières, Priorités de recherche

Abstract: Background: Spiritual Care (SC) is a core dimension of nursing care and is recognized for its positive effects on patients' experiences, quality of care, and healthcare professionals' well-being. Despite growing interest in SC within francophone countries, nursing research in this field remains fragmented and lacks shared priorities, limiting the coherence and visibility of existing work.

Objective: To develop a consensual nursing research agenda on Spiritual Care in francophone contexts, integrating the perspectives of academic experts and frontline nursing professionals.

Methods: A consensus study based on a modified Delphi method was conducted between 2022 and 2025. A research group of 14 francophone nursing experts collaboratively developed and weighted research priority statements through an iterative process. The revised questionnaire was then disseminated to a broad sample of nursing professionals (n= 164) involved in clinical practice, education, and research across five francophone countries. Quantitative and qualitative data were analyzed using descriptive statistics and thematic analysis. Final arbitration of priorities was performed by the expert group.

Results: The consensus process identified four priority research domains: (1) patients' and relatives' experiences and perspectives, (2) education and training in Spiritual Care, (3) nursing interventions in Spiritual Care, and (4) care and work environments. Strong convergence was observed between experts and practitioners regarding the primacy of patients' experiences, while divergences emerged concerning theoretical and organizational priorities. These differences highlight the need for improved dissemination and implementation of existing knowledge.

Conclusion: This research agenda represents the first consensual initiative to structure nursing research priorities on Spiritual Care in the francophone world. It provides a reference framework to guide and support knowledge production, emphasizing the importance of aligning scientific perspectives with clinical realities.

Keywords: Spiritual Care, Spirituality, Nursing, Research agenda

Introduction

Un groupe d'experts en francophonie occidentale¹, coordonné par le réseau international Réseau Santé, Soins et Spiritualités (RESSPIR) hébergé à l'UCLouvain, a souhaité produire un agenda de recherche sur la thématique spiritualité/*Spiritual Care* (SC) dans les sciences infirmières afin de donner une impulsion et des orientations à ce domaine de recherche.

S'appuyant sur la revue systématique de Brito Sena et al. (2021) et sur la définition du Scottish National Education pour les professionnels des soins infirmiers², le groupe d'experts de cette étude propose la définition opérationnelle du SC suivante :

L'attention à la dimension spirituelle dans les soins et toutes les actions qui en découlent. C'est ainsi l'attention à l'autre, lorsque nous considérons la vie spirituelle déployée au travers des questions de sens, de croyances, d'espoirs, des valeurs, des aspirations profondes, des questions d'identité en lien avec ce qui nous dépasse et au sentiment d'être

¹le groupe d'experts pour l'élaboration de cet agenda, par ordre alphabétique : Emilie Allard (Université de Montréal, Montréal, Canada) ; Pascale Beloni (CHU Limoges et Université de Limoges, France) ; Catherine Bollondi (Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse) ; Serena Buchter (Réseau international Santé, Soins et Spiritualités, UCLouvain, Belgique et Institut des Humanités en médecine UNIL, Lausanne, Suisse) ; Jacinthe Dancot (Haute Ecole Robert Schuman, Libramont, et Université de Liège, Belgique) ; Daniel Ducraux (Pôle Santé Vallée de Joux, Suisse) ; Sandra Gaillard (Direction de la santé communautaire de l'Etat de Vaud et Haute école de la Santé La Source, Lausanne, Suisse) ; Marie Friedel (Université du Luxembourg, Luxembourg et Institut de recherche Santé et Société, UCLouvain) ; Claire Hibon (Maison Médicale Jeanne Garnier, France) ; Catherine Piguet (Infirmière et Dre en sciences de l'éducation & santé publique, Suisse) ; Gabriela Matter Puons (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Suisse) ; Gina Sobral (Haute Ecole de Santé Vaud, Suisse) ; Cécile Vander Meulen (Haute Ecole Namur Liège Luxembourg, Belgique) ; Maya Zumstein-Shaha (Haute Ecole spécialisée Bernoise, Suisse). Nous remercions Maya Zumstein Shaha et Catherine Piguet pour avoir initié avec Serena Buchter le projet d'agenda de recherche, et tous les membres pour leur implication.

Les auteurs de cet article demeurent cependant seuls responsables des erreurs.

Cet article a été rédigé sans avoir recours à l'écriture inclusive pour ne pas en alourdir la lecture. Les dénominations professionnelles seront, sauf exception, au masculin, sans volonté de discrimination.

² "Care which recognises and responds to the human spirit when faced with trauma, ill health or sadness, and can include the need for meaning, for self-worth, to express oneself, for faith support, perhaps for rites or prayer or sacrament, or simply for a sensitive listener. SC begins with encouraging human contact in compassionate relationship and moves in whatever direction need requires". (NES 2009,6).

uni et relié avec l'humanité, avec la nature, avec une forme de transcendance. Le SC peut se déployer au sein ou en dehors d'une tradition religieuse.

Le groupe d'experts privilégie la formulation en anglais *Spiritual Care*, se référant à un ouvrage de référence en francophonie évoquant ses problèmes de traduction en français (RESSPIR, 2018). De plus, la compréhension au Québec de « soins spirituels » entendu comme intervention par des spécialistes dans ce domaine, a été perçue comme un frein pour traduire ce qui pourrait aussi relever du rôle propre infirmier.

Le rôle infirmier pour la spiritualité s'inscrit dans une conception holistique des soins. Plusieurs cadres théoriques soutiennent cette dimension essentielle en sciences infirmières parmi lesquels les plus connus sont le *Caring-Caritas* de Watson (Watson, 1998), la théorie de l'humain en devenir *HumanBecoming* de Parse (Parse, 1997) et celle de *l'auto-transcendance* chez Reed (Reed, 1991). Le groupe d'experts n'a pas souhaité retenir une de ces théories particulièrement pour cette démarche d'agenda. Toutes se réclament d'une démarche de soins holistique et centrée sur la personne (McCormack & McCance, 2010) où l'infirmier a une place privilégiée pour identifier les besoins spirituels de la personne soignée et y répondre : directement par des interventions allant de l'écoute active, à la facilitation de pratiques spirituelles, en passant par la « simple » présence consciente, la création d'environnement favorable pour la vie spirituelle, ou de faciliter la prise en soin interdisciplinaire. L'analyse des théories de soins infirmiers et de leurs particularités relativement à la question de la spiritualité fait d'ailleurs partie des priorités de recherche à pondérer.

Parallèlement à cette importance de la spiritualité dans les théories de soins infirmiers, la recherche, depuis plus d'une trentaine d'années, a montré les effets positifs du SC sur la prise en soin, notamment pour l'amélioration de l'alliance thérapeutique, la prise de décisions éthiques, la qualité des soins et la santé des patients et des soignants (Dominguez, Veronese, & Barbagallo, 2024 ; Oman & Syme, 2018). C'est pourquoi de nombreuses recommandations encouragent le développement de la recherche en sciences infirmières dans ce domaine.

Mais malgré l'essor des publications sur le SC, l'absence d'un agenda de recherche infirmier structuré en contexte francophone limite la cohérence, la cumulativité et la visibilité des travaux. La recherche sur le sujet prend effectivement de l'ampleur en francophonie, mais elle manque de consensus dans le milieu scientifique (Dandarova-Robert et al., 2023). Cela engendre des déperditions d'énergie, ne sachant comment orienter prioritairement les projets, et pour les mener à bien représente une difficulté pour obtenir les ressources financières et

humaines. Le domaine de la recherche sur le *SC* en soins palliatifs est plus investi mais ne fait pas exception à ce manque de concertation en francophonie (Dandarova-Robert et al., 2023). Par contre, des démarches pour établir des priorités de recherche en *SC* ont été réalisées dans le milieu des soins palliatifs au niveau international (Selman et al., 2014), mais aucune spécifiquement pour les soins infirmiers.

L'établissement de priorités de recherche vise à favoriser la production de savoirs primordiaux dans un domaine en guidant mieux les chercheurs, ainsi qu'en offrant aux organismes qui allouent les ressources des repères fiables pour le financement de la recherche.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'agenda de recherche est une organisation structurée de priorités, sous la forme d'un plan détaillant les thématiques de recherche à développer, ici dans un horizon de cinq ans³. L'agenda est une démarche habituellement réalisée par consensus impliquant des experts issus de la pratique, de l'enseignement et de la recherche. La méthode Delphi et ses variantes sont particulièrement adaptées à ce type de démarche (Bäck-Pettersson et al., 2008 ; Fossum et al., 2022 ; Hosseinzadeh et al., 2019 ; Sun & Prufeta, 2019). Le groupe d'experts a souhaité ajouter à cette méthode une dimension participative large en incluant une enquête pour récolter l'avis d'infirmiers « du terrain », destinataires finaux des résultats de recherche en sciences infirmières.

Méthode

La méthode de consensus choisie pour cet agenda de recherche est une variante de la méthode Delphi⁴, intégrant des phases participatives et une enquête descriptive transversale. La méthode Delphi est reconnue pour établir des priorités de recherche en santé et pour favoriser la convergence d'opinions tout en préservant la richesse des points de vue complémentaires. Cette

³ <https://www.who.int/our-work/science-division/research-for-health/optimizing-research-processes/shaping-the-research-agenda#:~:text=A%20research%20agenda%20is%20a,toward%20meaningful%20and%20impactful%20work>, consulté le 12.10.2025.

⁴ Processus développé dans les années 50 par Helmer permettant de connaître l'avis d'un panel d'experts et de mesurer le degré de consensus ou de divergence entre leurs opinions quant au sujet donné. La méthode permet de délimiter 10 à 15 sujets prioritaires pour un agenda de recherche. Le processus se base sur la rétroaction : entre chaque soumission, les résultats sont présentés et des adaptations effectuées. Le questionnaire est soumis aux experts lors de 3 à 4 rounds, poursuivis jusqu'à l'obtention d'un consensus (Ekionea & al. 2011, Burnette et al. 2003).

méthode, en plusieurs étapes, permet de structurer et de synthétiser les perspectives d'experts issus de contextes variés.

La sélection des experts a été réalisée en 2022 par un groupe de pilotage composé de trois infirmières du RESSPIR. Les membres d'un groupe d'experts déjà existant depuis 2018 en Suisse, nommé groupe d'experts « Soins infirmiers et Spiritualité »⁵(n10), ont été invités à participer au projet. Par la suite, la sélection s'est poursuivie par boule de neige, pour élargir aux experts au niveau international francophone. La sélection des experts s'appuyait sur les critères suivants : 1) posséder le titre professionnel d'infirmière dans sa juridiction, 2) parler français, 3) être impliqué dans la recherche et/ou la formation et/ou l'implémentation clinique en SC, enfin 4) un critère géographique était appliqué pour couvrir les régions francophones d'Europe et Amérique du Nord (Suisse, France, Belgique, Luxembourg, Québec), 5) un critère de diversité pour représenter les différents domaines des soins infirmiers (management, enseignement, santé mentale, santé communautaire, soins palliatifs, ...). La définition d'un expert pour ce projet est : un infirmier qui a soit une expertise dans la recherche en SC (n7), soit une expertise dans la recherche et un engagement dans l'enseignement du SC (n5), soit une expertise du SC en milieu clinique et pour une durée de plus de 5 ans (n2). Dix-huit invitations ont été envoyées par courriel. Au total, 14 experts ont été ainsi recrutés pour élaborer le questionnaire et conduire les étapes d'analyse de l'enquête. Les experts ont participé à titre bénévole, avec un soutien logistique du RESSPIR (plateforme de réunion en ligne, hébergement des données).

Par rapport aux méthodes « classiques » de Delphi, plusieurs différences ont été adoptées : les experts ont participé à l'élaboration du questionnaire et ont fourni leurs commentaires qualitatifs lors des réunions de groupe, de manière non anonyme.

Dans la méthode Delphi les « *rounds* » correspondent à l'envoi des questionnaires et la sollicitation des réponses d'experts par tours successifs, comprenant un résumé anonymisé des réponses du groupe pour réviser leur jugement lors du tour suivant. Cette itération se fait normalement de manière anonyme. Le groupe de pilotage a choisi de mener des *rounds* non-anonymes pour favoriser la réflexivité collective et la co-construction des énoncés, au prix

⁵ Rapport de ce groupe pour la CORESLOC (Conférence des responsables locales et locaux de la filière Soins infirmiers en Suisse romande) : «Place de la spiritualité dans la discipline infirmière, Recommandation pour la révision du PEC 2021, filière de soins infirmiers HES-SO», <https://www.resspir.org/projets/groupe-de-travail-international-sur-la-spiritualite-dans-les-soins-infirmiers>, consulté le 25.10.2025.

assumé d'un risque d'influence sociale. Les experts ont aussi participé à l'analyse des résultats de l'enquête ce qui a justifié leur nombre limité (n=14) pour permettre des discussions en commun (et parfois en sous-groupe). Une autre différence est que le questionnaire n'a pas fait un 3^{ème} *round* auprès des mêmes experts, mais a été proposé à un 2^{ème} groupe de participants lors du colloque du RESSPIR (2023). Ceux-ci ont joué le rôle de « testeurs » avant la diffusion à plus large échelle du questionnaire. Ce *round* 2 n'est pas non plus un *round* Delphi stricto sensu mais un test de validité de contenu et de faisabilité.

En fin de processus, une phase de consultation d'infirmiers dits « du terrain », des milieux de la recherche, de la formation et de la clinique, potentiellement néophytes dans le domaine du SC, a été réalisée dans le cadre d'une démarche participative. Cette approche participative a été jugée essentielle pour garantir la pertinence et l'appropriation de l'agenda par l'ensemble des acteurs concernés issus de ces 3 domaines (dans le domaine clinique, de la formation et de la recherche).

Provencher et Fawcett (2002) soulignent l'intérêt des échanges réciproques entre les sciences et la profession : « D'un côté, les connaissances en sciences infirmières permettent d'orienter les activités professionnelles de l'infirmière et, de l'autre côté, l'exercice des activités professionnelles permet de vérifier la crédibilité des connaissances. ».

Ce qui correspondrait à un 4^{ème} *round* a donc été réalisé sous la forme d'une enquête mixte descriptive et transversale, à partir du questionnaire révisé. Celui-ci contenait des questions fermées de priorités de recherche et des espaces pour ajouter des commentaires qualitatifs.

La rédaction de cet article suit le canevas ACCORD (Equator⁶), plutôt que le canevas Delphistar ou CREDES, car il permet de rendre compte d'une méthode de consensus incluant une pluralité de dispositifs méthodologiques (ici à la fois un Delphi adapté et une enquête descriptive transversale).

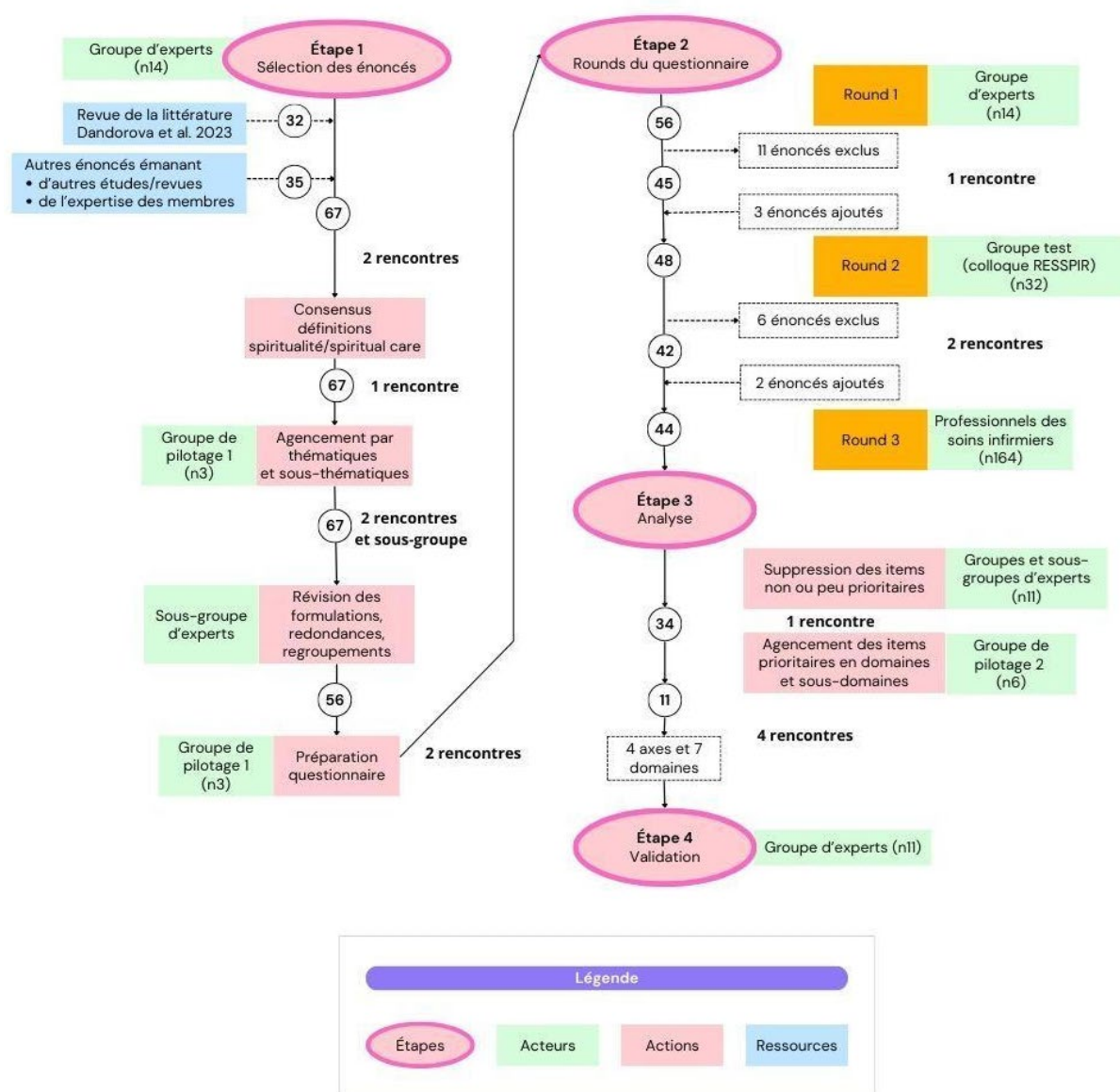
L'enquête du 4^{ème} *round* a été soumise au comité d'éthique de l'Université de Montréal afin d'obtenir l'accord officiel mentionnant qu'aucun certificat d'éthique n'était nécessaire (tout au moins pour le Québec) pour ce type d'enquête.

⁶ <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/accord-accurate-consensus-reporting-document-a-reporting-guideline-for-consensus-methods-in-biomedicine/> consulté le 20.4.2026.

Les réunions ont eu lieu en grande majorité en ligne, à l'aide de l'application Zoom, à l'exception de la réunion de démarrage qui était en bimodal et du *round 2* avec les participants du colloque RESSPIR (2023).

Description des étapes

Figure 1 : Étapes et rounds pour la sélection des énoncés prioritaires



Étape 1 :

- **Quoi** => Sélection des énoncés
- **Par qui** => Par le Groupe d'experts
- **Livrable** => Liste étendue des priorités de recherche

Tous les experts ont d'abord pris connaissance de l'article de Dandarova-Robert et al. (2023) afin d'enrichir les recommandations de recherche de cette revue de littérature pour le contexte francophone et de les justifier en s'appuyant sur les expériences de recherche, partagées en réunion. Le groupe a abouti à la compilation de 67 items, soit 42 issus de la revue de littérature de Dandarova-Robert et al. (2023) et 25 provenant des membres du groupe d'experts.

Le groupe de pilotage a ensuite regroupé ces items par thématiques et sous-thématiques en vue de faciliter les discussions suivantes. Deux rencontres ont permis aux experts de contribuer la reformulation des items en cherchant à éviter les redondances et à clarifier les termes employés. Au total, 67 items ont été retenus.

Le groupe de pilotage a ensuite proposé une formulation de la définition du *SC* (cf introduction). Une première proposition a été formulée par le groupe de pilotage et soumise aux experts qui, après discussion et de légers ajustements, ont adopté cette définition à l'unanimité.

Pour la pondération des énoncés durant le premier *round* (experts), le questionnaire a été élaboré par le groupe de pilotage à l'aide du logiciel en ligne *SurveyMonkey* en attribuant une échelle de Likert à cinq points à chaque item.

Étape 2 :

- **Quoi => Pondération des énoncés et recueil des commentaires lors *rounds* du questionnaire**
- **Par qui => Par le Groupe d'experts et le Groupe test puis par l'enquête participative**
- **Livrable => Priorités des énoncés et ajouts qualitatifs**

Round 1 : auprès du Groupe d'experts

Le questionnaire a été envoyé aux experts. Les retours sur la perception du questionnaire et de ses résultats ont permis de compiler des énoncés et de nommer de manière plus compréhensible et fluide les items, voire de les simplifier. Les redondances ont été supprimées. Les énoncés sont passés à 48 (22 énoncés exclus, 3 ajoutés).

Round 2 : auprès d'un Groupe test

En avril 2023, lors du colloque international du RESSPIR, le questionnaire a été proposé à 32 participants investis dans le *SC* en soins infirmiers, sans être considérés comme des experts. L'objectif de cette démarche était d'améliorer le questionnaire, notamment en évaluant la clarté des énoncés, la pertinence des échelles de mesure et la durée de complétion (environ 25

minutes). Les retours des participants ont conduit à des reformulations, la suppression de redondances et l'ajout de deux nouveaux énoncés jugés prioritaires par ce groupe. Les énoncés sont passés à 44.

Round 3 : Enquête auprès de professionnels infirmiers dits « de terrain »

Le questionnaire a été diffusé à des représentants du corps professionnel infirmier via les réseaux de chaque expert : infirmiers chercheurs, enseignants ou cliniciens, et ce, dans les cinq pays francophones concernés.

Le questionnaire en ligne a été conçu pour être accessible sur différents supports (ordinateur, tablette, téléphone). Aucune traduction n'a été nécessaire compte tenu du contexte francophone de l'étude. Un résumé vulgarisé de la définition du SC et des objectifs de l'étude était présenté en introduction du questionnaire pour en faciliter la compréhension.

Aucune compensation financière n'a été offerte aux participants. Pour maximiser la participation, deux rappels ont été envoyés pour encourager les réponses, et le questionnaire est resté ouvert pendant trois mois (juin-septembre 2023).

Étape 3 :

- **Quoi => Analyse des réponses au questionnaire du 1er et 3ème round**
- **Par qui => Par le Groupe d'experts**
- **Livrable => Les énoncés priorisés et un arbitrage des différences entre les résultats de l'enquête et du groupe d'experts, une analyse des commentaires qualitatifs.**

L'analyse des résultats de l'enquête a été réalisée par le groupe d'experts en répartissant par sous-groupe l'analyse des données socio-démographiques (description), des données quantitatives (trier par moyenne/médiane et dispersion) et des données qualitatives (analyse thématique).

Plusieurs réunions en plénière et sous-groupes du groupe d'experts ont été nécessaires pour affiner l'analyse. La validation finale s'est effectuée lors d'une réunion plénière du groupe d'experts en novembre 2024. La sélection et la reformulation des énoncés ont été réalisées en fonction de l'analyse des remarques qualitatives et des propositions de réaménagement des axes et sous-domaines.

Étape 4 : validation

- **Quoi => Validation des formulations des énoncés finaux**
- **Par qui => Par le groupe d'experts**
- **Livrable => Liste finale prête pour la publication**

En juillet 2025, la formulation finale des énoncés retenus (clarté et pertinence) a été soumise et validée par l'ensemble du groupe d'experts (moins 3 experts qui ont quitté le groupe entre le début en 2022 et la fin en 2025).

Résultats

Le processus de consensus s'est déroulé sur trois ans, de septembre 2022 à novembre 2024. Le *round 1* auprès des experts a été réalisé entre octobre et décembre 2022 (2 mois), suivi du *round 2* (test pilote) en avril 2023. Le *round 3* (enquête large) s'est déroulé de juin à septembre 2023 (trois mois). L'analyse des données a nécessité une année complète, de novembre 2023 à décembre 2024, avec plusieurs interruptions dues à la disponibilité limitée des experts bénévoles et à la complexité de l'analyse qualitative et quantitative combinée. La validation finale au cours de l'année 2025.

Déviation du protocole

Plusieurs adaptations ont été nécessaires par rapport au plan initial : (1) Trois experts ont quitté le groupe entre 2022 et 2025 pour des raisons personnelles et professionnelles, réduisant le panel de 14 à 11 membres ; (2) L'analyse des données a pris plus de temps que prévu (12 mois au lieu de 6), nécessitant la création d'un sous-groupe de pilotage dédié (5 experts).

Sélection des énoncés (étape 1)

Les énoncés ajoutés aux recommandations de la revue de littérature de Dandarova et al. (2023) étaient liés : au domaine de la promotion de la santé et à la prévention ; à des lieux de soins plus rarement explorés dans la recherche en SC (soins ambulatoires, rééducation, soins communautaires, etc.) ; au ressourcement spirituel des infirmiers (*spiritual self-care*) ; à la spécificité de chaque profession pour le SC ; à l'articulation entre les modèles de sciences infirmières et la spiritualité ; et enfin aux instruments de mesure sur les dimensions liées à la spiritualité.

Résultats rounds 1 et 2

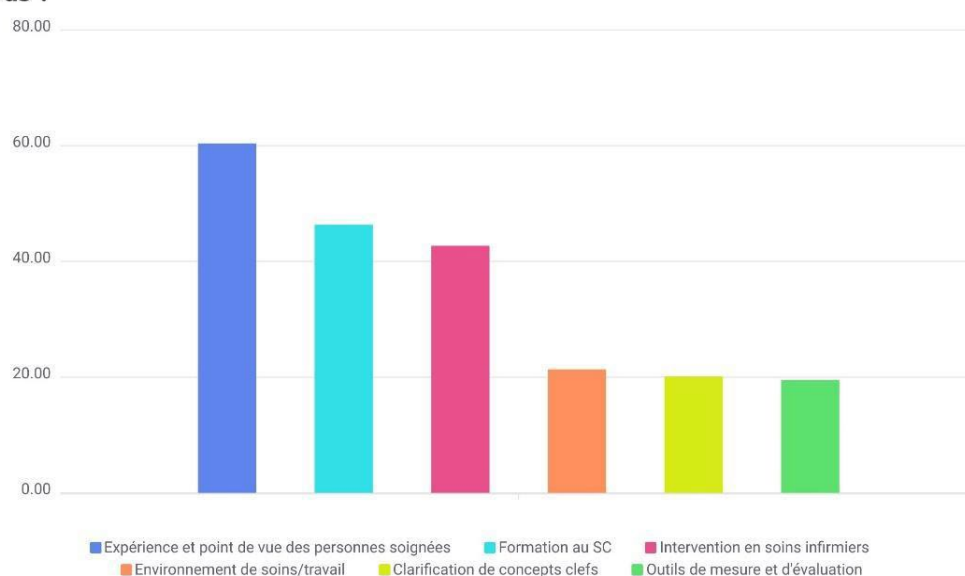
Les deux premiers *rounds* (réalisés en fin d'année 2022 et au printemps 2023) ont principalement permis d'éviter les redondances dans les énoncés, d'aboutir à des formulations univoques et mieux formulées, d'articuler mieux les regroupements en ajoutant notamment l'axe de l'environnement de travail.

Ces deux premiers *rounds* ont ainsi permis de mettre en avant les priorités des personnes expertes dans le domaine du SC en soins infirmiers, par comparaison avec l'enquête du *round* 3 (novices) qui reflète les priorités de recherche perçues par les infirmiers sur le terrain. Les thématiques jugées non-prioritaires ou peu prioritaires à l'issue de ces deux premiers *rounds* n'ont pas été retirées du questionnaire afin de capter les priorités du terrain qui pouvaient s'avérer différentes.

Le domaine le plus prioritaire (moyenne supérieure à 4)) est celui de l'expérience de patients, en deuxième lieu l'expérience de SC des infirmiers (leurs manières d'envisager les interventions tout comme le *spiritual self-care*), enfin la formation et la clarification des concepts. L'intérêt pour les outils de mesure s'est avéré secondaire pour les groupes d'experts sauf pour mesurer l'impact des interventions en SC auprès des patients et proches et pour identifier des mesures de la qualité de vie personnalisées (contrairement aux mesures de qualité de vie standardisées) incluant les dimensions liées à la spiritualité.

Figure 2 : Domaines prioritaires

Après avoir choisi ces énoncés, si vous aviez une catégorie à privilégier, laquelle choisiriez-vous ?



Résultats de l'enquête round 3

L'analyse des données s'est étendue sur une année : de novembre 2023 à décembre 2024. Un autre groupe de pilotage s'est constitué pour cette étape d'analyse composé de 5 membres du groupe d'experts. Au total, 183 questionnaires ont été retournés, dont 19 partiels (non-retenus pour l'analyse).

Données sociodémographiques

Description de l'échantillon

Le tableau suivant présente les données sociodémographiques des répondants du *round 3* (164 questionnaires complets).

Tableau 1 : Données sociodémographiques

Données sociodémographiques		N [164]	%
Âge (indiqué par tranche d'âge)	20-29 ans	15	9 %
	30-39 ans	30	18 %
	40-49 ans	60	37 %
	50-59 ans	47	29 %
	60 ans et plus	12	7 %
Pays	Suisse	61	37 %
	Belgique	37	23 %
	France	36	22 %
	Canada	14	8.5 %
	Luxembourg	14	8.5 %
	France d'Outre-Mer	2	1 %
Rôle professionnel	Infirmier (pratique clinique) Désigne les professionnels dont l'activité principale est le soin direct aux personnes soignées.	85	52 %
	Infirmier (gestion) Inclut les cadres de santé, chefs de service ou personnes ayant principalement des responsabilités organisationnelles.	41	25 %
	Infirmier (enseignement-recherche) Regroupe les infirmiers dont l'activité principale est académique (enseignement, recherche).	33	20 %
	Autre (non-infirmier)*	5	3 %
Niveau de connaissances ou d'exposition au Spiritual Care	N'a jamais été exposé au sujet	69	42 %
	A été sensibilisé(e) ou a reçu une initiation au sujet	77	47 %
	Déclare une maîtrise ou expertise du sujet	18	9 %
Implication en recherche	Production de recherche	21	13 %
	Connaissance de la recherche dans le domaine	37	23 %
	Non-implication	106	65 %

La majorité des répondants disent n'avoir jamais été exposés au SC (n=69=42 %). Des répondants disent y être sensibilisés (n=37 ; 23 %) et quelques 40 répondants ont eu une initiation (24 %). Seulement 15 répondants disent avoir une maîtrise du sujet (n=12 ; 7 %) ou avoir développé une expertise (n=3 ; 2 %). Nous remarquons donc une faible expertise du sujet,

ce qui est cohérent avec les constats des experts soulignant l'absence du *SC* dans les curriculums de formation.

De manière conséquente avec la donnée précédente, il apparaît que seul quelques répondants ont déjà réalisé de la recherche en *SC* ($n=21$; 13 %) ou ont connaissance de la recherche dans le domaine ($n=37$; 23 %) alors que la grande majorité se trouve plutôt de l'autre côté du spectre, soit l'absence d'implication et de connaissances sur la recherche liée au *SC* ($n=106$; 65 %).

Pondération quantitative des énoncés

Les résultats bruts par ordre de priorité sont présentés dans un tableau (mentionnant la moyenne et l'écart-type ainsi qu'une synthèse des énoncés qualitatifs) dans l'annexe 1.

Les énoncés, ayant une moyenne supérieure à de 4 (prioritaire), ont ensuite été agencés en axes et domaines, en confrontant les résultats quantitatifs aux données qualitatives ainsi qu'aux deux premiers *rounds* d'experts. Certains énoncés ayant des résultats légèrement inférieurs à 4 ont été retenus, il s'agit de ceux du domaine de la formation dont le domaine est jugé globalement en 2ème ordre de priorité (voir ci-dessous).

Les énoncés non-retenus (en-dessous de 4) sont des énoncés se rapportant au domaine de la promotion de la santé et prévention ; des soins ambulatoires, rééducation, réadaptation ; à l'approfondissement des concepts de religion, spiritualité, *spiritual care* ; à l'identification des pratiques de *spiritual self-care* et des ressources spirituelles des infirmiers ; à la spécificité de chaque profession pour le *SC* ; à l'articulation entre les modèles de sciences infirmières et la spiritualité ; et enfin à l'identification des outils de mesure du *SC* ou aux instruments de mesure sur les dimensions liées à la spiritualité (qui soient adaptés à la diversité des cultures et « religieusement neutres »). Les énoncés pour explorer le *SC* en lien avec l'organisation/l'institution ou la reconnaissance du rôle des infirmiers pour le *SC* n'ont pas été non plus jugés les plus prioritaires.

La grande majorité des énoncés qui ont été ajoutés par les experts (aux recommandations déjà énoncées préalablement par la littérature et notamment par Dandarova) n'ont pas été retenus comme prioritaires par les infirmiers de terrain.

Résultats qualitatifs aux questions ouvertes sur l'utilité d'un agenda de recherche sur le spiritual care

Un total de 46 réponses à développement a été obtenu, dont trois indiquaient que la personne ne savait pas quoi répondre. Ainsi, 43 réponses ont été retenues pour l'analyse. Étant donné que de nombreux répondants semblent peu informés sur la recherche en SC et davantage centrés sur la pratique de terrain, il est parfois difficile de distinguer si leurs propos se rapportent à l'utilité d'un agenda de recherche proprement dit ou à celle du SC en général.

Pour les répondants, le SC est surtout utile pour favoriser des soins holistiques, c'est-à-dire des soins centrés sur la personne et ses proches incluant les dimensions physiques, psychiques, sociales et spirituelles (Frisch & Rabinowitsch, 2019), et culturellement adaptés.

« Essentiel, au vu des vagues migratoires qui grandissent depuis plusieurs années. »
(4053)

Il permet que cette personne se sente entendue, comprise et trouve du sens à son expérience. Il favorise la promotion de la santé, l'alliance thérapeutique et la guérison, ainsi que la qualité des soins et la satisfaction des patients. Le SC est aussi utile pour donner du sens, aider à la prise de décision, renforcer l'empathie et modifier le regard porté sur la fin de vie, souvent cité par les répondants.

« Répondre au plus près des attentes du patient, potentialiser l'alliance thérapeutique entre les soignants et le patient (voire son entourage) dans le respect des valeurs et croyance de ce dernier. Donner du sens. » (2993)

Il contribue aussi au développement personnel des infirmiers.

« Nous ne sommes pas que des bras. » (5293)

« Pour les professionnels : un outil renforçant l'empathie, l'écoute et le soutien aux patients. Cela rentre aussi dans le cadre d'un développement personnel pouvant enrichir notre vie professionnelle et personnelle. » (5153)

Selon les répondants, un agenda de recherche sur le SC serait utile pour inclure la spiritualité dans la conception de la santé, dans une société en recherche de sens. C'est une manière de reconnaître l'importance de la spiritualité et du SC et, dès lors, d'en affirmer caractère prioritaire

dans les soins. Ainsi, un agenda de recherche sur le SC permettrait de renforcer sa visibilité, de trouver des moyens réalistes de le mettre en œuvre, d'augmenter les connaissances et les compétences des soignants à ce sujet et de les fédérer autour de ce projet. Il constituerait également un moyen de refléter le caractère holistique de la discipline infirmière.

« Les ontologies de la santé incluent la spiritualité pour la majorité de la population mondiale. » (623)

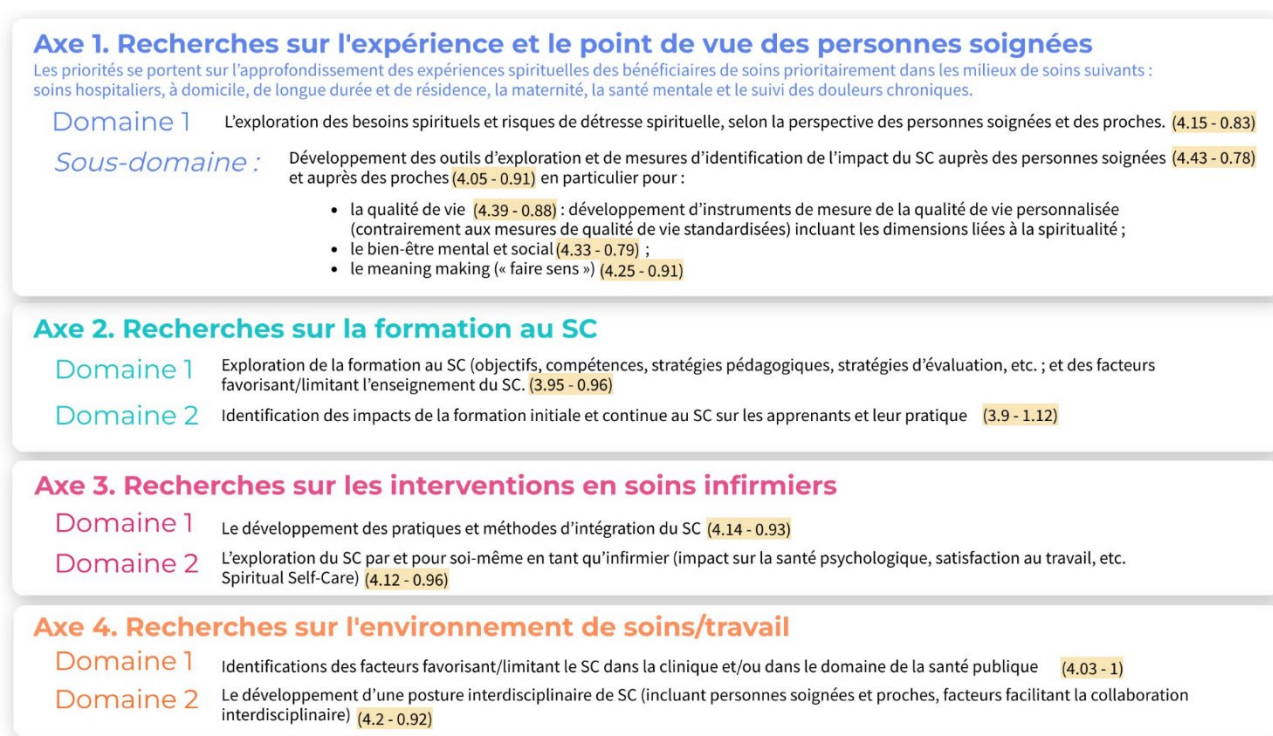
Pour les répondants, un agenda de recherche sur le SC est utile pour que les chercheurs identifient les priorités en se basant sur les besoins de terrain et se coordonnent, mais il ne sera profitable que pour les soignants, enseignants et gestionnaires qui souhaitent s'engager dans le développement des SC. En outre, le SC lui-même n'est, d'après eux, possible qu'à condition de disposer du temps et du contexte nécessaires : le manque de temps et les conditions de travail peuvent entraîner que les soignants aient d'autres priorités.

« Il y a vraiment d'autres priorités dans le monde de la santé actuellement... Le domaine spirituel est certes important pour chacun, soignant ou non mais concrètement, lorsque les infirmières auront le temps pour communiquer, pour entrer en relation, tout en réalisant des soins techniques de qualité, alors oui, il y aura de la place pour l'accompagnement spirituel, le vrai pas celui qui risque d'être proposé à défaut de ... comme pour cacher les autres insuffisances. » (583)

Analyse de l'enquête (round 3) et comparaison avec le round 1 (étape 4)

Un arbitrage a été réalisé entre les priorités du « terrain » relevant de l'enquête et les priorités des experts. Les premiers chiffres surlignés en jaune sont la moyenne et les suivants l'écart-type. La priorité sur laquelle les experts et les infirmiers de terrain sont en phase est l'expérience du patient et de ses proches et particulièrement l'exploration de l'impact auprès des patients du SC. Les autres variations sont commentées dans la discussion.

Figure 3 : Résultat de l'analyse et agencement des priorités.



Discussion

Cette étude a permis d'identifier quatre axes prioritaires de recherche sur le SC en sciences infirmières dans la francophonie : 1) l'expérience et le point de vue des personnes soignées et de leurs proches ; 2) la formation au SC ; 3) les interventions en soins infirmiers ; 4) l'environnement de soins. Ces priorités sont largement cohérentes avec celles identifiées par Selman et al. (2014) en soins palliatifs, notamment l'exploration des besoins spirituels et le développement d'interventions adaptées en SC. Toutefois, notre étude élargit ces perspectives en mettant davantage l'accent sur la formation et les facteurs environnementaux, dimensions moins explorées dans les consensus antérieurs.

La centralité de l'expérience des personnes soignées

La priorité dégagée concerne la recherche sur l'expérience des personnes soignées. Les répondants soulignent la nécessité de développer ou d'adapter des outils permettant d'identifier les besoins spirituels et le risque de détresse spirituelle, conditions préalables à des interventions appropriées. Bien que des outils d'anamnèse spirituelle existent, ils ont souvent été conçus pour des contextes spécifiques (fin de vie, environnements culturellement homogènes), ce qui limite leur transférabilité (Lucchetti et al., 2013 ; Drummond & Carey, 2019). Des recherches sont donc nécessaires pour évaluer leur pertinence dans divers contextes de soins, ainsi que leurs

modalités de diffusion et d'implantation en sciences infirmières. Les répondants expriment également le besoin d'évaluer les retombées du SC sur des indicateurs tels que la qualité de vie et le bien-être.

Si de nombreuses études démontrent un impact positif du SC sur le bien-être, la qualité de vie et certains symptômes (Büssing, 2019, 2021 ; Oman & Syme, 2018), les instruments permettant d'en mesurer rigoureusement les effets pour l'expérience subjective des personnes soignées le sont moins. Dans ce contexte, l'essor des *Patient Reported Outcome Measures* (PROMs) et des approches de soins personnalisés offrent des perspectives prometteuses. Deux approches se distinguent : les mesures standardisées de la qualité de vie et les instruments individualisés, tels que le *SEIQoL-dw* (Hickey *et al.*, 1996), qui permettent d'identifier les dimensions jugées importantes par la personne elle-même et de calculer un score de qualité de vie individualisé.

À ce jour, deux études offrent des résultats préliminaires : Tan *et al.* (2022) ont mis en évidence une corrélation positive entre l'expérience des soins spirituels et les scores du *Scottish PROM*, tandis que Snowden *et al.* (2017) ont démontré la validité convergente de cet instrument avec une échelle de bien-être mental et spirituel. La complexité de l'évaluation du SC invite toutefois à innover, notamment par des méthodologies qualitatives permettant de mieux saisir la qualité de vie subjective.

La formation au SC comme levier prioritaire

Les répondants soulignent le besoin d'étudier les modalités pédagogiques et les effets de la formation sur les apprenants et leur pratique. Des synthèses récentes (Buchter & Monod, 2024 ; Costeira *et al.*, 2024 ; Kaiyue *et al.*, 2025) ont identifié les compétences liées au SC, les enjeux et stratégies pédagogiques et soutiennent une approche interdisciplinaire. Bien que des référentiels existent, ils sont encore peu utilisés pour structurer les parcours de formation (Costeira *et al.*, 2024 ; Buchter, 2025). Le développement de ressources pédagogiques variées, intégrant connaissances, habiletés pratiques, comportements et dimension intrapersonnelle, apparaît essentiel. Les recherches futures devraient également explorer des stratégies pédagogiques innovantes, telles que la simulation haute-fidélité (Domènech-Sorolla *et al.*, 2025) et des outils d'évaluation des retombées des interventions de formation.

Les interventions en soins infirmiers

Les interventions sont peu formalisées dans la littérature francophone malgré leur reconnaissance comme composantes de soins holistiques. L'identification de ces interventions

est jugée floue par les répondants de l'enquête. Des revues intégratives classent les interventions en catégories telles que l'exploration de la perspective spirituelle du patient, la présence thérapeutique, l'usage du soi thérapeutique, les interventions centrées sur le sens de la vie ou la création d'un environnement favorable à la spiritualité, mais ces catégories restent souvent sous-opérationnelles et peu concrètes (Ghorbani et al., 2021). Des études qualitatives en soins palliatifs soulignent des pratiques concrètes telles que « être avec », écouter, faciliter les rites ou soutenir les valeurs du patient, renforçant l'idée que des descriptions plus précises sont nécessaires pour la transférabilité des pratiques (Ronaldson et al., 2017). Ces interventions sont associées à des bénéfices mesurables chez les patients (amélioration du bien-être spirituel, réduction de l'anxiété ou augmentation de la qualité de vie), bien que la diversité des approches et des contextes limite les comparaisons (Dos Santos et al., 2022). Cela confirme la nécessité de développer des interventions infirmières clairement définies, contextualisées et évaluées empiriquement, afin de renforcer la base de preuves, d'envisager l'implémentation dans différents milieux cliniques et d'enrichir les programmes de formation professionnelle (Rykkje et al., 2022). Une préoccupation grandissante concerne les interventions centrées sur le *spiritual self-care* de l'infirmier, une attention à la propre santé spirituelle des infirmiers, particulièrement plébiscitées par le groupe d'experts.

Environnement de soins et implémentation du Spiritual Care

Enfin, le quatrième domaine concerne l'environnement de soins et de travail. Bien que moins priorisé par les infirmiers de terrain, le manque de temps est fréquemment identifié comme un frein au SC. La littérature, notamment en soins palliatifs, souligne l'importance des facteurs organisationnels dans l'implantation du SC (Gijsberts et al., 2019 ; Mascio et al., 2022).

Forces et Limites

L'agenda de recherche proposé s'inscrit spécifiquement dans le champ des sciences infirmières et concerne des contextes francophones et largement sécularisés (Europe et Québec). Il ne saurait donc être généralisé à d'autres contextes culturels ou socioreligieux. La surreprésentation de la Suisse et de la Belgique au *round 4* reflète les principaux réseaux professionnels des experts impliqués. Cet échantillon de convenance ne permet pas de prétendre à une représentativité statistique de l'ensemble de la francophonie.

Cependant l'une des principales forces de cette étude réside dans l'implication d'un large groupe d'experts provenant de milieux variés, mobilisé à plusieurs reprises, ainsi que dans la

participation d'un nombre élevé de répondants à l'enquête en ligne. Cette combinaison a permis d'identifier des priorités de recherche à la fois fondées sur l'expertise scientifique et ancrées dans les besoins du terrain. L'intégration de données quantitatives et de commentaires qualitatifs a, en outre, permis d'affiner l'interprétation des résultats et de mieux comprendre les positions exprimées.

L'étude présente cependant des limites, dont la première est qu'elle ne consiste pas en une méthode Delphi classique mais plutôt en une tentative de construire un consensus entre les experts et la population utilisatrice des résultats de recherche. Dès lors, les répondants au questionnaire présentent un niveau variable en termes de connaissances du SC, de la recherche dans ce domaine et des contextes de pratique. L'analyse menée n'a pas discriminé les réponses et les différences éventuelles entre ces catégories de répondants. Le risque est alors de confondre le besoin de recherches au regard de la littérature actuelle indiquant les manques à combler (relevé par les experts) avec les besoins de connaissances scientifiques sur le terrain (qui par ailleurs sont peut-être déjà publiés mais pas encore connus). Cette diversité de perceptions a été identifiée lors de l'analyse. Elle montre alors plutôt une forme de littératie en SC des infirmiers du terrain et un déficit d'implémentation de la recherche. Les écarts observés entre experts et cliniciens renforcent l'importance de stratégies de vulgarisation et d'implémentation des connaissances comme une priorité transversale. Formulée en axes de recherche, l'implémentation des résultats de la recherche en soins infirmiers et les stratégies de vulgarisation en SC pourraient s'appuyer sur des cadres théoriques tels que le *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR)⁷.

Face à cette diversité de perception du besoin de recherche, l'arbitrage a été réalisé par les experts dans la phase d'analyse. Ils étaient ainsi bien conscients du manque de données de recherche et informés des besoins de connaissances des infirmiers du terrain via l'enquête du round 3. Cet arbitrage a été ainsi réalisé par consensus à nouveau avec toutes les limites que cet exercice comporte. Le questionnaire de l'enquête était long et incluait des termes conceptuels, ce qui a pu mener à une incompréhension de certains répondants. Malgré cela, de nombreux répondants ont renvoyé un questionnaire entièrement complété, ce qui démontre un intérêt pour le sujet, même méconnu. Cet intérêt a parfois mené à une tendance à tout juger prioritaire, et à une difficulté à discriminer entre les items de recherche proposés.

⁷ <https://cfirguide.org/>, consulté le 10.12.2025.

Le protocole de cette étude n'a pas été enregistré de manière prospective sur une plateforme publique, ce qui a limité dans un premier temps la transparence de notre démarche. Cependant la méthodologie a été rigoureusement documentée a posteriori. Le recours à une méthode Delphi modifiée, incluant des échanges non anonymes entre experts et une validation auprès d'un groupe élargi, s'écarte des standards classiques, mais a favorisé la richesse des échanges et une meilleure prise en compte des réalités du terrain. Néanmoins, l'enquête du *round 3* demeure marquée par un biais de sélection, les participants étant majoritairement des professionnels déjà sensibilisés au SC par les réseaux des experts.

Conclusion

Cet agenda de recherche a permis, pour la première fois en francophonie occidentale, de définir de manière consensuelle les priorités de recherche en SC dans les sciences infirmières. Basé sur une démarche participative inspirée de la méthode Delphi, il mobilise les expertises de chercheurs, d'enseignants et de professionnels de terrain. Ce croisement de perspectives a donné lieu à un programme structuré autour de quatre axes prioritaires appelés à orienter la recherche au cours des prochaines années : (1) l'expérience des personnes soignées, (2) la formation au SC, (3) les interventions infirmières et (4) l'environnement de soins.

Une forte convergence se dégage autour de l'importance d'explorer les expériences spirituelles des patients et de leurs proches, ainsi que les effets des interventions de SC. En revanche, des écarts apparaissent sur d'autres priorités, telles que les fondements théoriques ou les outils de mesure, davantage soutenus par les experts que par les praticiens. Cette divergence souligne la nécessité d'ancrer la recherche dans les réalités du terrain pour favoriser l'appropriation des résultats. De ce fait, une stratégie claire d'implémentation, de diffusion ciblée et de création de ponts durables entre production scientifique et pratique infirmière doit être développée. La reconnaissance et l'intégration du SC dans les environnements professionnels et de formation constituent un levier stratégique essentiel, impliquant du temps dédié, un appui institutionnel et des repères communs. Favoriser un environnement de travail propice contribue à des soins globaux où la dimension spirituelle trouve sa juste place aux côtés des dimensions physiques, psychiques et sociales. La réussite de cet agenda passe donc par la création de lieux concrets de collaboration entre chercheurs, enseignants et praticiens : unités de recherche, chaires universitaires, réseaux interprofessionnels, colloques scientifiques et projets pilotes en milieu clinique. Ces dispositifs permettront, non seulement de renforcer la visibilité du SC et d'en

diffuser les résultats mais aussi d'en favoriser l'appropriation dans les milieux cliniques et académiques.

Enfin, il est essentiel de poursuivre simultanément la recherche sur le *SC* et sa diffusion active. La recherche est nécessaire pour démontrer rigoureusement son efficacité sur la qualité des soins, le bien-être des patients et la santé psychologique et la satisfaction des soignants. Ce changement de pratiques ne pourra s'opérer que si les résultats sont largement communiqués, valorisés et compris par les professionnels, les décideurs et les institutions. L'agenda de recherche devrait faciliter, dans les années à venir, l'orientation de centres de recherche qui souhaitent intégrer le *SC* dans leurs axes stratégiques, ainsi que les appels de fonds, les collaborations entre institutions de recherche et chercheurs, l'organisation de symposiums, etc.

Dans une société marquée par une quête de sens et une aspiration croissante à des soins plus humains, le *SC* s'affirme comme une dimension essentielle de la santé globale. Les sciences infirmières disposent aujourd'hui des outils théoriques, méthodologiques et collaboratifs pour porter cette intégration et en faire une priorité partagée.

Conflits d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt financier n'est à déclarer. Tous les experts ont participé à titre bénévole.

Financement

Le réseau RESSPIR a fourni le soutien logistique et l'hébergement des données.

Contribution et rôles

Les étapes de planification de l'étude et la collecte de données ont été préparées par le groupe d'experts : voir note 1. L'analyse des données et la rédaction de l'article ont été réalisées par : Emilie Allard, Serena Buchter, Jacinthe Dancot, Marie Friedel, Gina Sobral. La révision critique : Daniel Ducraux. Supervision et gestion du projet : Serena Buchter. Visualisation : Sabine Norro. Validation : le groupe d'experts, voir note 1.

Références

Bäck-Pettersson, S., Hermansson, E., Sernert, N., & Björkelund, C. (2008). Research priorities in nursing—a Delphi study among Swedish nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17(16), 2221–2231.

Buchter, S. (2025). *La formation au SC dans les cursus prégrades en médecine et soins infirmiers - Analyse des référentiels et propositions pour les établissements de formation de Suisse romande* [Université de Lausanne]. BIUL. Institut des humanités en médecine (IHM)

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

Büssing, A. (2019). Measuring Spirituality and Religiosity in Health Research. In G. Lucchetti, M. F. Prieto Peres, & R. F. Damiano (Eds.), *Spirituality, religiousness and health: From research to clinical practice* (pp. 11–31). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-21221-6_2

Büssing, A. (2021). *Spiritual needs in research and practice: the spiritual needs questionnaire as a global resource for health and social care*. Springer Nature.

Dandarova-Robert, Z., Buchter, S., Dessart, G., & Brandt, P.-Y. (2023). Spiritualité et SC en contexte francophone : revue de littérature sur l'état de la recherche en sciences infirmières. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 9(1), 100289. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.refiri.2023.100289>

Dandarova-Robert, Z., Buchter, S., Dessart, G., & Brandt, P.-Y. (2023). Spiritualité et SC en contexte francophone : revue de littérature sur l'état de la recherche en sciences infirmières. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 9(1), 100289. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.refiri.2023.100289>

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

de Brito Sena, M. A., Damiano, R. F., Lucchetti, G., & Peres, M. F. P. (2021). Defining Spirituality in Healthcare: A Systematic Review and Conceptual Framework. *Front Psychol*, 12, 756080. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.756080>

Fossum, M., Cohen, M. Z., Tønnessen, V. H., Hamre, M. D., Ødegaard, A. L. V., Lind, I., Olsen Håheim, K., & Opsal, A. (2022). Clinical nurses research priorities in hospital settings: a Delphi survey. *Western Journal of Nursing Research*, 44(8), 780–787.

Frisch, N. C., & Rabinowitsch, D. (2019). What's in a definition? Holistic nursing, integrative health care, and integrative nursing: report of an integrated literature review. *Journal of Holistic Nursing*, 37(3), 260–272.

- Hosseinzadeh, T., Ghanbari, A., Paryad, E., Maghsoudi, S., & Alizadeh, M. P. (2019). Research priorities in evidence-based nursing cares: a Delphi survey. *Journal of Health Sciences*, 9(1), 9–16.
- Gijssberts, M.-J. H., Liefbroer, A. I., Otten, R., & Olsman, E. (2019). SCin palliative care: a systematic review of the recent European literature. *Medical Sciences*, 7(2), 25.
- Mascio, R., Best, M., Lynch, S., Phillips, J., & Jones, K. (2022). Factors influencing nurse SC practices at the end of life: A systematic review. *Palliative & supportive care*, 20(6), 878–896.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). Person-centred nursing. Theory and practice, 2010.
- Oman, D., & Syme, S. L. (2018). Weighing the Evidence: What Is Revealed by 100+ Meta-Analyses and Systematic Reviews of Religion/Spirituality and Health? In D. Oman (Ed.), *Why Religion and Spirituality Matter for Public Health: Evidence, Implications, and Resources* (pp. 261–281). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73966-3_15
- Parse, R. R. (1997). The human becoming theory: The was, is, and will be. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 32–38.
- Provencher, H., & Fawcett, J. (2002). Les sciences infirmières: une structure épistémologique. *Les soins infirmiers, Vers de nouvelles perspectives*. Montréal, Paris: Gaëtan Morin éditeur, 315–335.
- Reed, P. G. (1991). Toward a nursing theory of selftranscendence: Deductive reformulation using developmental theories. *Advances in nursing Science*, 13(4), 64–77.
- Réseau Santé, S. e. S. (2018). Spiritual Care: Tome 1, Comment en parler en français ? Des concepts pour des contextes. Sauramps médical.
- Selman, L., Young, T., Vermandere, M., Stirling, I., & Leget, C. (2014). Research priorities in spiritual care: an international survey of palliative care researchers and clinicians. *J Pain Symptom Manage*, 48(4), 518–531. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.10.020>
- Sun, C., & Prufeta, P. (2019). Using a Delphi survey to develop clinical nursing research priorities among nursing management. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 49(3), 156–162.
- Watson, J. (1998). Le Caring. philosophie et science des soins infirmiers.(traduit par J. Bonnet). Paris, FR: Seli Arslan.