

# La prise en compte de la spiritualité en travail social : une analyse quantitative exploratoire

Geneviève Gauthier, Christiane Bergeron-Leclerc et Éric Pilote

Numéro 157, 2023

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1105596ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1105596ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

## Éditeur(s)

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ)

ISSN

2564-2375 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

## Citer cet article

Gauthier, G., Bergeron-Leclerc, C. & Pilote, É. (2023). La prise en compte de la spiritualité en travail social : une analyse quantitative exploratoire. *Intervention*, (157), 135–152. <https://doi.org/10.7202/1105596ar>

## Résumé de l'article

*La spiritualité peut avoir plusieurs impacts positifs sur la santé mentale et physique des individus (Koenig, 2008), être un élément central dans le processus de rétablissement (Holloway et Moss, 2010; Lietz et Hodge, 2013) et constituer un important mécanisme d'adaptation face aux difficultés vécues (Canda et al., 2019). À cet égard, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) reconnaît l'importance de la prendre en compte. Prenant appui sur une étude réalisée dans le cadre d'un mémoire auprès de 40 travailleurs sociaux et travailleuses sociales (TS) oeuvrant au Saguenay-Lac-St-Jean, cet article a pour but d'identifier les facteurs qui influencent l'intégration de la spiritualité dans la pratique. Les résultats présentés proposent de réfléchir à la place de la spiritualité en intervention sociale ainsi qu'au rôle de cette dimension constitutive de la santé globale dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des interventions en contexte professionnel et dans les milieux de formation académique.*



# La prise en compte de la spiritualité en travail social : une analyse quantitative exploratoire

**Geneviève Gauthier**, T.S., Candidate au doctorat, Université du Québec à Chicoutimi  
genevieve.gauthier3@uqac.ca

**Christiane Bergeron-Leclerc**, T.S., Ph.D., Professeure agrégée, Département des sciences humaines et sociales, Université du Québec à Chicoutimi  
cblecler@uqac.ca

**Éric Pilote**, T.S., Ph.D., Professeur, Département des sciences humaines et sociales, Université du Québec à Chicoutimi  
eric.pilote@uqac.ca

---

## RÉSUMÉ :

*La spiritualité peut avoir plusieurs impacts positifs sur la santé mentale et physique des individus (Koenig, 2008), être un élément central dans le processus de rétablissement (Holloway et Moss, 2010; Lietz et Hodge, 2013) et constituer un important mécanisme d'adaptation face aux difficultés vécues (Canda et al., 2019). À cet égard, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) reconnaît l'importance de la prendre en compte. Prenant appui sur une étude réalisée dans le cadre d'un mémoire auprès de 40 travailleurs sociaux et travailleuses sociales (TS) œuvrant au Saguenay-Lac-St-Jean, cet article a pour but d'identifier les facteurs qui influencent l'intégration de la spiritualité dans la pratique. Les résultats présentés proposent de réfléchir à la place de la spiritualité en intervention sociale ainsi qu'au rôle de cette dimension constitutive de la santé globale dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des interventions en contexte professionnel et dans les milieux de formation académique.*

135

## MOTS-CLÉS :

*Spiritualité, travail social, santé, intervention*

---

## INTRODUCTION

La naissance et l'évolution des pratiques en travail social sont intimement liées aux traditions religieuses et spirituelles en vigueur selon les époques, de même qu'aux valeurs de justice sociale, de dignité humaine et d'altruisme en découlant (Canda et al., 2019). À l'image des relations humaines, les relations qui unissent spiritualité et travail social dans la pratique du travail social au Québec ont connu des fluctuations se manifestant par des liens parfois proximaux, parfois distaux. Jusqu'à la fin des années 1950, un lien étroit unissait l'Église et le travail social, jusqu'à l'émergence d'une distance face au religieux dans les années 1960 (Cherblanc et al., 2021). À partir des années 2000, au moment où les études sur les impacts positifs de la spiritualité se font plus nombreuses, on assiste à une croissance de la considération de la spiritualité en travail social. À cet égard, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ, 2011) reconnaît à ce jour l'importance de prendre en compte cette dimension dans les pratiques

professionnelles<sup>1</sup>. Globalement, toutefois, il semble que le déficit de formation initiale et continue limite la prise en compte de l'intégration de la spiritualité chez les travailleurs sociaux, et ce, en dépit de leur souhait (Cherblanc et al., 2021). Face à la quasi-inexistence des études concernant les pratiques et les enjeux qui y sont rattachés en contexte québécois, cet article met en évidence les résultats d'une étude quantitative menée auprès de 40 travailleurs sociaux (TS) du Saguenay-Lac-St-Jean (Gauthier, 2021). Il y est plus spécifiquement question des facteurs qui influencent la prise en compte de la spiritualité en travail social. Après un bref état des connaissances permettant de contextualiser l'étude, la méthodologie y est décrite, suivie d'une présentation et d'une discussion des résultats émergents.

## 1. État des connaissances

### 1.1 Un appel renouvelé à considérer la spiritualité en travail social

Depuis une vingtaine d'années, les écrits concernant la prise en compte de la spiritualité en intervention sociale se sont considérablement accrus (Carlisle, 2015). Pujol et al. (2014, p. 75) mettent en lumière l'apport important de Cicely Saunders, qui a « dans les années 1960, fait de la spiritualité une dimension à part entière de la personne souffrante ». Ce souci de la prise en compte de la spiritualité se reflète dans les réflexions actuelles du modèle de soins de santé. À cet égard, RoCHAT et al. (2015, p. 2055) soulignent que « le modèle classique qui voit la santé comme un état de bien-être physique, psychique et social a récemment aussi intégré la dimension spirituelle ». La spiritualité ainsi considérée est conceptualisée comme une dimension inhérente à la santé de chaque être humain, qui l'amène notamment « à [se] définir en tant qu'être-en-relation, avec soi, avec les autres et avec l'Autre [,] l'Autre étant toute entité qui [le] dépasse, selon [ses] croyances ou [ses] convictions » (Dupont, 2006, p. 174). Dans cette optique, toute personne est considérée comme ayant une spiritualité, celle-ci pouvant être vécue de façon religieuse ou non (Canda et al., 2019).

136

### 1.2 La nécessité de prendre en compte les besoins spirituels

Plusieurs auteurs se sont intéressés à l'intégration de la religion et de la spiritualité en travail social (Canda et al., 2019; Vetvik et al., 2018). Les travaux indiquent notamment que les personnes ayant un problème de consommation (Lietz et Hodge, 2013), celles plus âgées aux prises avec de l'anxiété ou de la dépression (Stanley et al., 2011) ou celles qui se considèrent comme étant spirituelles ou religieuses (Weld et Eriksen, 2007) peuvent s'attendre à ce que les travailleurs sociaux abordent la dimension spirituelle en intervention. Certains écrits indiquent également que même les personnes qui, au départ, n'avaient pas nécessairement d'attentes ou d'intérêts envers la spiritualité ont trouvé des avantages à aborder cet aspect (Hodge, 2015). Ces études confirment que plusieurs personnes ont des besoins spirituels et le fait de les omettre ou de ne pas adéquatement les prendre en compte peut affecter leur santé (Koenig, 2008). À cet égard, les croyances spirituelles<sup>2</sup> peuvent fournir un soutien émotionnel et social à la personne, ce qui peut avoir des effets positifs sur sa santé, en réduisant, entre autres, les comportements qui peuvent la mettre à risque (abus de substances, comportements violents, etc.) (George et al., 2000; Jones, 2004). À l'inverse, la spiritualité peut

1 Le cadre de référence de l'OTSTCFQ (2011, p. 8) mentionne que le travailleur social doit considérer « les dimensions biologique, intellectuelle, émotionnelle, sociale, familiale, spirituelle, économique et communautaire de la personne ».

2 Les croyances spirituelles peuvent prendre différentes formes, comme une foi profonde ou des croyances en une entité plus grande et en des fondements. Elles peuvent également être en lien avec des pratiques spirituelles comme la méditation ou la prière.

également avoir des impacts négatifs sur la santé des personnes. Elle peut par exemple être source de conflits intérieurs et engendrer différentes formes de détresse (Exline et Rose, 2013). Ce type de tension peut affecter l'état de santé mentale et ne devrait pas être négligé lors du processus de relation d'aide.

## 2. Repères méthodologiques et théoriques de l'étude

Cette étude exploratoire quantitative a été menée auprès de travailleurs sociaux œuvrant dans la région du Saguenay–Lac-St-Jean dans le but d'identifier les facteurs associés à la prise en compte de la dimension spirituelle dans leur pratique<sup>3</sup>. Deux principaux objectifs étaient poursuivis : 1) procéder à une traduction de la *Religious/Spiritually Integrated Practice Assessment Scale* (RSIPAS) de l'anglais vers le français et 2) identifier les variables qui influencent l'intégration globale de la spiritualité en intervention chez les travailleurs sociaux. De façon cohérente avec les études réalisées en contexte anglo-saxon, notre hypothèse était que certains travailleurs sociaux seraient plus enclins à considérer la dimension spirituelle dans leurs interventions. En effet, des études indiquent que le niveau de religiosité/spiritualité personnelle du travailleur social, la formation antérieure reçue, de même que les attitudes favorables des intervenants sont positivement corrélées à la prise en compte de la spiritualité en intervention (Al-Ma'seb, 2019; Asselt et Senstock, 2009; Oxhandler et Parrish, 2016; Oxhandler et al., 2015; Sheridan, 2009). L'hypothèse à l'effet que les travailleurs sociaux qui œuvrent en contexte de soins palliatifs ou de fin de vie seraient plus susceptibles de considérer cette dimension était également envisagée.

Le recrutement des participants s'est effectué avec la collaboration de l'OTSTCFQ et de l'équipe de coordination régionale du Saguenay–Lac-St-Jean, qui ont fait parvenir à leurs membres<sup>4</sup> l'affiche de recrutement et le lien électronique pour accéder au questionnaire en ligne. Afin d'être éligibles à l'étude, les travailleurs sociaux devaient avoir suivi leur formation en travail social dans une université du Québec, être membres de l'OTSTCFQ et pratiquer sur le territoire du Saguenay–Lac-St-Jean. Au total, 43 participants respectant les critères d'inclusion ont répondu au questionnaire en ligne. Parmi ceux-ci, trois ont été écartés dû au fait qu'ils n'avaient répondu à aucune des questions concernant l'intégration de la dimension spirituelle dans leur pratique. L'échantillon final de l'étude est par conséquent constitué de 40 participants, ce qui est considéré comme suffisant pour mener les analyses statistiques souhaitées (Howell et al., 2008).

137

### 2.1 Outils de collecte de données

Ces participants ont rempli, à l'automne 2021, un questionnaire disponible en ligne sur la plateforme *LimeSurvey*. Le questionnaire comprenait 58 éléments, répartis en trois sections : a) informations sociodémographiques (13 éléments); b) degré de religiosité et de spiritualité (3 éléments) et c) considération de la dimension spirituelle (40 éléments). Nous avons constitué les trois questions suivantes pour mesurer le degré de religiosité et de spiritualité à partir d'outils existants. La première question est une adaptation française d'une question proposée par Hodge (2015, p. 38) dans l'outil I-CARING : « *How important is spirituality or religion to you?* », devenue : « Dans quelle mesure la spiritualité est-elle importante pour vous? » Le participant était invité à répondre sur une échelle de 0 à 10, 0 représentant une absence totale d'intérêt et 10 représentant l'aspect le plus important dans leur vie. De plus, nous avons opté pour une version adaptée de la question « Dans quelle

3 Cette étude a été entérinée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi (CÉR-UQAC) (2021-572).

4 En 2019, on recensait 710 travailleuses sociales et travailleurs sociaux œuvrant sur le territoire du Saguenay-Lac-St-Jean (Gouvernement du Canada, 2019).

mesure vous considérez-vous comme religieux? » de l'étude de Tapia-V et Tinoco-Amador (2012, p. 68). Par souci de cohérence, cette question a été divisée en deux, afin de distinguer le caractère « spirituel » et « religieux », pour obtenir : « Dans quelle mesure vous considérez-vous comme spirituel? » et « Dans quelle mesure vous considérez-vous comme religieux? » Cette fois-ci, les participants étaient invités à répondre sur une échelle de 0 à 100, 0 étant l'indicateur le plus faible et 100 le plus élevé. Enfin, la considération de la dimension spirituelle a été évaluée à l'aide de l'échelle *Religious/Spiritually Integrated Practice Assessment Scale* (RSIPAS) (Oxhandler et Parrish, 2016).

## 2.2 L'échelle RSIPAS et son cadre théorique

Originellement élaborée et validée en contexte américain<sup>5</sup>, l'échelle RSIPAS permet de mesurer l'orientation générale des travailleurs sociaux à intégrer la spiritualité dans leurs interventions à partir de quatre sous-échelles : le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) (13 éléments), les attitudes (12 éléments), la faisabilité perçue (6 éléments) et la fréquence d'intégration (9 éléments). À cet effet, le cadre théorique de l'échelle, et par extension celui de l'étude, est celui de la *Evidence-Based Practice* (EPB). L'EPB est définie comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures pratiques démontrées empiriquement dans les décisions au sujet des soins des individus » [traduction libre] (Sackett et al., 1996, p. 71). En somme, l'EPB mesure les quatre aspects contenus dans les sous-échelles. Or, comme l'EBP ne fournit pas de définition conceptuelle de chacune des sous-échelles, nous avons puisé les définitions suivantes à même les disciplines en sciences sociales. Selon Lecomte (2004, p. 62), le SEP est construit « à partir de quatre principales sources d'information : les expériences actives de maîtrise, l'apprentissage social, la persuasion par autrui et l'état physiologique et émotionnel ». Les attitudes réfèrent, quant à elles, à « un état d'esprit ou une tendance à agir d'une certaine façon due à l'expérience individuelle de la personne et à son tempérament » (Pickens, 2005, p. 44) [traduction libre]. En ce qui a trait à la faisabilité perçue, elle se définit comme « le degré auquel les gens considèrent qu'ils sont personnellement en mesure de faire quelque chose » (Tan et al., 2020, p. 59) [traduction libre]. Enfin, la fréquence d'intégration consiste à mesurer la fréquence à laquelle les TS utilisent ou réalisent une action en lien avec la prise en compte de la spiritualité. Finalement, les participants avaient accès aux définitions de la spiritualité et de la religion fournies par l'outil RSIPAS (voir l'annexe 1).

138

## 2.3 Traduction et adaptation culturelle de la RSIPAS

Pour les besoins de l'étude, l'échelle RSIPAS de type Likert en cinq points a été traduite et adaptée culturellement<sup>6</sup>. Le processus d'adaptation a été réalisé en trois étapes : 1) la traduction préliminaire; 2) la production d'une version consensuelle à partir d'une méthode consensus à trois évaluateurs et 3) l'évaluation pré-test avec six participants pour valider la compréhension des énoncés. La cohérence interne de l'échelle, mesurée à l'aide de l'alpha de Cronbach ( $\alpha$ ), est de 0,94 pour l'échelle globale, ce qui est considéré comme excellent (Taber, 2018). De plus, des coefficients alpha de 0,86 ont été obtenus pour les sous-échelles du *sentiment d'efficacité personnelle*, des *attitudes* et de la *faisabilité perçue*, tandis qu'un coefficient 0,77 a été obtenu pour la sous-échelle *fréquence d'intégration*, ce qui est considéré comme bon (Gliem et Gliem, 2003).

5 Cette dernière est la seule échelle de ce type à remplir les critères de cohérence interne ( $\alpha = .95$ ), de validité (entre .87 et .92), de validité discriminante ( $> .85$ ) et de validité factorielle ( $p < .01$ ).

6 L'échelle adaptée en français se trouve en annexe de cet article.

## 2.4 Analyses conduites

Des analyses statistiques de variance et de régression multiple ont été effectuées afin d'examiner les distributions des données obtenues à partir des questionnaires remplis. Elles ont été conduites à partir du *Statistical Analysis System* (SAS, version 9), un logiciel spécialisé dans le traitement statistique des données. Pour chaque score obtenu, nous avons produit un modèle global dans lequel nous avons inséré les variables suivantes : le genre, l'âge, la religion, le niveau d'étude, le nombre d'années de pratique, la formation reçue sur la spiritualité, le milieu de pratique, la population accompagnée, le contexte de pratique, l'importance de la spiritualité, l'évaluation du degré de spiritualité et de religiosité. Le seuil alpha a été fixé à 95 % ( $p < 0,05$ ) pour chaque analyse. Des valeurs manquantes ont été assignées au score total et aux scores des sous-échelles lorsqu'il y avait une réponse manquante. Cela diminue le biais relatif à l'impact de l'absence de valeur numérique sur les scores respectifs. Enfin, les postulats d'homogénéité de la variance des résidus et de normalité des résidus ont été validés pour chaque modèle présenté.

## 3. Résultats

### 3.1 Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques des participants sont présentées dans le tableau 1. L'échantillon est composé majoritairement de femmes (92,5 %) et comprend une personne s'identifiant comme autochtone (2,5 %). La moyenne d'âge est de 38,6 ans et le nombre d'années de pratique moyen est de 11,6 ans. Quant à leur formation académique, 77,5 % possèdent un baccalauréat et 22,5 % ont une maîtrise en travail social. La grande majorité a indiqué n'avoir jamais reçu de formation sur la spiritualité en travail social ou dans les soins de santé (90 %). Plus de la moitié de l'échantillon a comme milieu de pratique principal le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) (62,5 %), tandis que les autres pratiquent au sein d'organismes communautaires (12,5 %), en pratique privée (12,5 %), en milieu scolaire (10,0 %) ou dans la fonction publique (2,5 %). Ils œuvrent principalement auprès d'adultes (57,5 %), de personnes âgées (22,5 %) et d'enfants (20,0 %). Les contextes d'intervention varient de la santé mentale (41,0 %) au soutien à domicile (12,8 %), et dans une même mesure en déficience intellectuelle et physique, en protection de la jeunesse et en soins palliatifs (7,7 % chacun).

**Tableau 1** Caractéristiques sociodémographiques des participants

Caractéristique (n=40)		M	ET
Âge		38,6	9,6
Nombre d'années de pratique		11,55	8,9
		N	%
<b>Genre</b>	Femme	37	92,5
	Homme	3	7,5
<b>Statut autochtone</b>	Non-autochtone	39	97,5
	Autochtone	1	2,5
<b>Appartenance religieuse</b>	Aucune religion (athée, agnostique, humaniste)	16	40,0
	Chrétienne	22	55,0
	Autres appartenances	2	5,0
<b>Formation académique</b>	Baccalauréat en travail social	31	77,5
	Maîtrise en travail social	9	22,5
<b>Formation antérieure sur la spiritualité</b>	Oui	4	10,0
	Non	36	90,0
<b>Milieu de pratique principal</b>	Centre de santé et de services sociaux (CIUSSS)	25	62,5
	Organisme communautaire	5	12,5
	Milieu scolaire	4	10,0
	Pratique privée	5	12,5
	Autre	1	2,5
<b>Population accompagnée</b>	Enfants/adolescents	8	20,0
	Adultes	23	57,5
	Personnes âgées	9	22,5
<b>Contexte principal d'intervention<sup>1</sup></b>	Déficiences intellectuelle ou physique	3	7,7
	Protection de la jeunesse	3	7,7
	Famille	2	5,1
	Santé mentale	16	41,0
	Soins palliatifs	3	7,7
	Soutien à domicile	5	12,8
	Victimes d'actes criminels	2	5,1
	Autre	5	12,5

<sup>1</sup> n= 39

### 3.2 Caractéristiques en lien avec l'appartenance religieuse, le niveau de religiosité et le niveau de spiritualité

Les caractéristiques en lien avec l'appartenance religieuse, le niveau de religiosité et le niveau de spiritualité sont présentées au tableau 2. Les participants ont répondu en majorité avoir une appartenance à une religion chrétienne (55,0 %), alors qu'une proportion moindre (40,0 %) s'est dite sans appartenance à une religion (athée, agnostique, humaniste). En moyenne, les participants ont évalué l'importance de la spiritualité dans leur vie à 5,8/10. Ils se considèrent davantage comme « spirituels » que « religieux ».

**Tableau 2** Appartenance religieuse, religiosité et spiritualité des participants

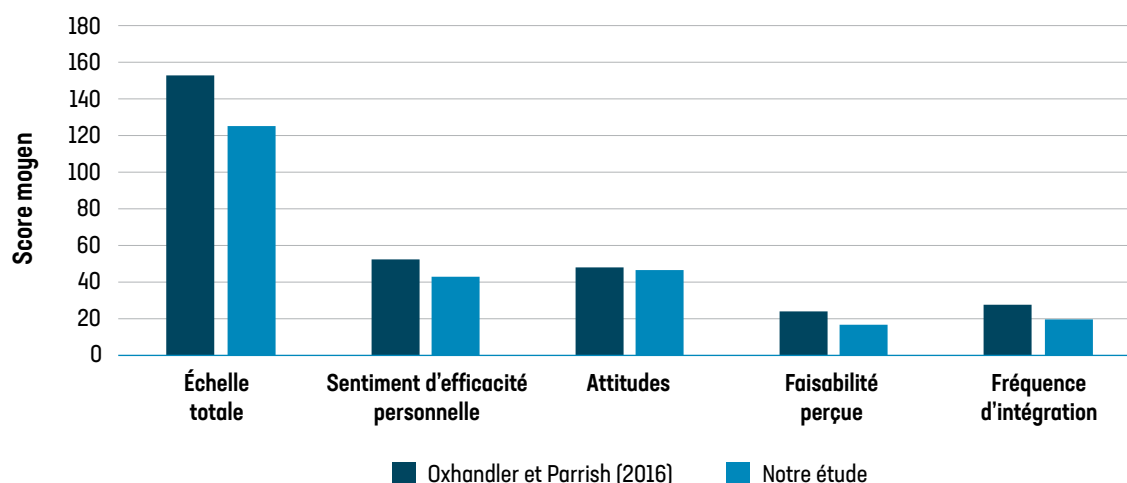
Appartenance religieuse (n=40)	N	%
Chrétienne	22	55,0
Aucune religion (athée, agnostique, humaniste)	16	40,0
Autres appartenances	2	5,0
Élément	M	ET
Sur une échelle de 0 à 10, 0 représentant l'absence totale d'intérêt et 10 représentant la chose la plus importante dans votre vie, dans quelle mesure la spiritualité est-elle importante pour vous? (n=39)	5,8	2,9
Sur une échelle de 0 à 100, 0 étant l'indicateur le plus faible et 100 le plus élevé, dans quelle mesure vous considérez-vous comme spirituel? (n=40)	57,2	31,2
Sur une échelle de 0 à 100, 0 étant l'indicateur le plus faible et 100 le plus élevé, dans quelle mesure vous considérez-vous comme religieux? (n=40)	15,6	22,1

### 3.3 L'intégration de la dimension spirituelle chez les travailleurs sociaux

#### 3.3.1 Données descriptives à propos du degré d'intégration de la dimension spirituelle

La figure 1 compare le résultat total, de même que ceux obtenus aux sous-échelles de la RSIPAS, à ceux obtenus originalement par Oxhandler et Parrish (2016). Le score total moyen à la RSIPAS dans notre échantillon est de 126,1 (Min : 73,0, Max : 163,0) avec un écart-type de 22,3. Cela correspond à plus de 27 points d'écart avec les travailleurs sociaux américains de l'étude originale. Pour la sous-échelle « sentiment d'efficacité personnelle », qui contenait 13 éléments, le score moyen est de 43,3 (ET : 8,2, Min : 27,0, Max : 59,0). Du côté de la sous-échelle « attitudes », qui comptait 12 éléments, le score moyen est de 46,6 (ET : 6,9, Min : 22,0, Max : 56,0) alors que celle liée à la « faisabilité perçue » (6 éléments) a généré un score moyen de 17,1 (ET : 4,9, Min : 6,0, Max : 27,0). Enfin, la « fréquence d'intégration », qui se déclinait en 9 éléments, a obtenu un score moyen de 19,6 (ET : 5,7, Min : 10,0, Max : 33,0).

141

**Figure 1** Comparaison des scores obtenus à la RSIPAS



### 3.3.2 Les facteurs associés à l'intégration de la dimension spirituelle

Des modèles individuels linéaires et de variance ont été utilisés afin de mettre en lumière les différences entre une sélection de caractéristiques individuelles des participants et le score total à la RSIPAS. Les résultats indiquent qu'on ne retrouve aucune différence significative sur le plan du score total à la RSIPAS en fonction du genre ( $p = 0,435$ ), de l'âge ( $p = 0,409$ ), du niveau d'étude ( $p = 0,859$ ), du nombre d'années de pratique ( $p = 0,938$ ), de la formation antérieure reçue en lien avec la spiritualité ( $p = 0,265$ ), du milieu de pratique ( $p = 0,348$ ), de la population accompagnée ( $p = 0,451$ ), du degré de spiritualité ( $p = 0,089$ ) et du degré de religiosité ( $p = 0,295$ ). Cependant, au seuil de cinq pour cent, un lien linéaire significatif est présent entre l'importance de la spiritualité dans la vie du TS et le score total de la RSIPAS ( $F = 9,32$ ,  $p = 0,005$ ). Le paramètre de régression est positif, c'est-à-dire que plus l'importance de la spiritualité dans la vie personnelle du TS est élevée, plus le score total à la RSIPAS est élevé. De plus, au seuil de cinq pour cent, il existe des différences significatives entre les contextes d'intervention en ce qui a trait au score total ( $F = 4,04$ ,  $p = 0,004$ ). En effet, après avoir effectué des tests de comparaison multiples *a posteriori* à l'aide de la méthode Bonferroni, les moindres carrés moyens permettent de conclure que le score obtenu à la RSIPAS des TS en santé mentale est significativement plus élevé que celui des participants œuvrant en soutien à domicile et que ceux œuvrant en déficience intellectuelle et physique. Cependant, il n'y a pas de différences entre les autres contextes.

**Tableau 3** Résultats des tests F de chaque modèle individuel en fonction du score total à la RSIPAS

Variable	Degrés de liberté	Den DF	Valeur F	Pr > F
Genre	1	33	0,63	0,435
Âge	1	33	0,70	0,409
Niveau d'étude	1	33	0,03	0,859
Nombre d'années de pratique	1	33	0,01	0,938
Formation antérieure reçue en lien avec la spiritualité	1	33	1,29	0,265
Milieu de pratique	3	31	1,14	0,348
Population accompagnée	2	32	0,81	0,452
Contextes d'intervention	7	26	4,04	0,004*
Importance de la spiritualité	1	32	9,32	0,005*
Degré de spiritualité	1	33	3,08	0,089
Degré de religiosité	1	33	1,13	0,295

\* Résultat significatif au seuil de 5 %

### 3.3.2 Modèle explicatif de l'intégration de la dimension spirituelle

Un modèle global a ensuite été utilisé afin d'identifier les variables permettant d'expliquer le score total à la RSIPAS parmi l'ensemble de variables identifiées. Les résultats n'indiquent aucune différence significative en ce qui concerne le score total à la RSIPAS en fonction du genre, de la religion, du niveau d'étude, du nombre d'années de pratique, de la formation antérieure reçue en lien avec la spiritualité, du milieu de pratique et des contextes d'intervention. Cependant, les analyses de régression indiquent que trois variables permettent d'expliquer le degré d'intégration de la dimension

spirituelle. En effet, les résultats des *tests t* indiquent un lien linéaire significatif entre le score à la RSIPAS et l'importance de la spiritualité dans la vie du TS ( $t = 2,33, p = 0,037$ ), de même que le degré de spiritualité ( $t = -3,25, p = 0,006$ ) et de religiosité ( $t = 2,91, p = 0,012$ ) du TS. Les paramètres de régression sont positifs pour l'importance de la spiritualité et le degré de religiosité, mais celui du degré de spiritualité est négatif, c'est-à-dire que plus le degré de spiritualité est élevé, plus le score total est faible. Le coefficient de détermination ( $R^2$ ) de ce modèle est de 0,81, ce qui est considéré comme une forte corrélation dans le cas d'un modèle appliqué aux humains (Taylor, 1990).

**Tableau 4** Valeurs estimées du score total à la RSIPAS pour le modèle global

Variable	Estimations	Erreur standard	Degrés de liberté	Valeur t	Pr>  t
Importance de la spiritualité	5,1133	2,1985	13	2,33	0,037
Degré de spiritualité	-0,6493	0,1997	13	-3,25	0,006
Degré de religiosité	0,6764	0,2328	13	2,91	0,012

## 4. Discussion

Cette étude quantitative, menée dans une perspective exploratoire, avait pour but d'identifier les facteurs associés à la prise en compte, dans la pratique, de la dimension spirituelle chez les travailleurs sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean. Notons premièrement que les travailleurs sociaux sondés montraient une ouverture à propos de la spiritualité. En effet, une très grande majorité (80 %) des TS étaient en accord avec des énoncés tels que *Je considère l'unicité des besoins des clients ayant des parcours religieux/spirituels diversifiés* (80 %) et *Je suis ouvert à en apprendre au sujet des croyances religieuses/spirituelles des clients qui peuvent différer des miennes* (92,5 %). Cette conception s'inscrit à la fois dans le mouvement d'adhésion à des valeurs représentant le cœur de la profession de travail social, comme le pouvoir d'agir, la justice sociale, le respect et l'intégrité (OTSTCFQ, 2021), et plus largement à des valeurs ancrées dans la modernité comme la liberté (Maclure et Taylor, 2020). L'analyse des scores à la RSIPAS met en évidence que les travailleurs sociaux intègrent la dimension spirituelle à leur pratique, mais dans une moindre mesure que leurs pairs états-uniens<sup>7</sup> (Oxhandler et Parish, 2016). Ce résultat doit toutefois être interprété avec prudence en raison des contextes historico-socio-politiques qui diffèrent entre nos deux pays, de même qu'en raison des modifications apportées à l'échelle. L'analyse plus fine des sous-scores de l'échelle met notamment en évidence que le sentiment d'efficacité personnelle des travailleurs sociaux québécois est moins élevé. Quelques pistes permettent d'expliquer ces écarts. Plusieurs auteurs considèrent que les différentes trajectoires historiques et culturelles peuvent contribuer à expliquer l'écart entre le Canada et les États-Unis en ce qui a trait à l'intégration de la spiritualité dans la pratique du travail social (Canda et al., 2019). En ce sens, ces résultats étaient prévisibles, particulièrement lorsque l'on considère que le Canada, comparativement aux États-Unis, est un pays qui présente un niveau de religiosité plus bas (Turner, 2006). Enfin, en ce qui a trait au sentiment d'efficacité personnelle, il serait pertinent d'éclaircir si la quasi-absence de formation initiale et continue à propos de la considération de la dimension spirituelle en travail social y est pour quelque chose (Cherblanc et al., 2021).

7 Les contextes sociopolitiques du Québec et des États-Unis diffèrent sur le plan de la place de la religion. Nous en sommes tout à fait conscientes et les lecteurs pourraient se demander pourquoi nous comparons les scores obtenus dans cette étude à ceux obtenus aux États-Unis. Le motif est simple : l'échelle originale a été développée en contexte états-unien et nous souhaitons comparer les résultats de notre étude aux valeurs de référence.

Parmi l'ensemble des caractéristiques étudiées, quatre se sont avérées significativement associées au score de la RSIPAS. L'une des caractéristiques est environnementale et concerne le contexte de pratique du travail social, tandis que les trois autres sont individuelles et concernent la spiritualité et la religiosité des travailleurs sociaux. Dans le modèle final présenté au tableau 4, seules les caractéristiques individuelles demeurent.

#### 4.1 Les caractéristiques environnementales : le contexte de pratique du travail social

Les résultats de l'étude font ressortir que le contexte d'intervention a une influence sur le score total à la RSIPAS. Le fait de pratiquer dans le domaine de la santé mentale se traduit par une plus grande intégration de la spiritualité en intervention. Le mouvement du rétablissement, qui a gagné en popularité dans les politiques sociales, pourrait être une hypothèse à explorer. En effet, le fait de trouver un sens à sa vie et d'avoir l'espoir d'un mieux-être sont des dimensions qui constituent des leviers reconnus du rétablissement (Bergeron-Leclerc, 2019), ce qui peut avoir une incidence sur les pratiques psychosociales en vigueur. À cet effet, la santé mentale regroupe un ensemble d'aspects qui peut inclure des dimensions connexes à la spiritualité, comme la relation entre le corps et l'esprit, l'actualisation de soi et la connectivité (Galderisi et al., 2015). Cela pourrait être dû au fait que ce domaine de pratique faciliterait l'intégration de la spiritualité par le biais de la nature des objectifs visés par l'intervention. À l'inverse, les interventions menées en soutien à domicile ou auprès de personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle misent davantage sur l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et la mobilisation du réseau social (Delli-Colli et al., 2013) afin de s'assurer que tous les besoins de base sont comblés. Ce contexte ne facilite pas nécessairement l'intégration de la spiritualité et pourrait, par le fait même, contribuer à expliquer la différence observée entre les contextes d'intervention. En outre, il est inattendu de ne pas retrouver le contexte de soins palliatifs parmi ceux qui intègrent davantage la spiritualité, puisque la spiritualité est considérée comme une composante essentielle de l'accompagnement en fin de vie (Moss et Dobson, 2006; Puchalski, 2008). Il est également possible que la dimension spirituelle soit appréhendée dans une perspective interdisciplinaire, où il est requis que chaque professionnel soit attentif au bien-être spirituel du patient et de sa famille. Cela pourrait laisser davantage de place à d'autres professionnels de l'équipe de soin pour approfondir cette dimension, entraînant une intégration non différenciable des autres contextes d'intervention. Or, il se pourrait également que la prise en compte de la spiritualité de la personne soit « relayée » par l'équipe de soin aux spécialistes de celle-ci : les intervenants en soins spirituels. Ceux-ci adoptent, notamment, mais non exclusivement en contexte de soins palliatifs, une posture de « représentants de l'intérêt spirituel des patients devant les autres intervenants » (Jobin, 2016, p. 455).

144

#### 4.2 Les caractéristiques individuelles : la place de la spiritualité et de la religiosité pour le travailleur social

Les travailleurs sociaux sondés dans cette étude se considèrent peu comme « religieux » (15,6/100), modérément « spirituels » (57,2/100) et soutiennent que la spiritualité a une importance limitée (5,8/10) dans leur vie. Ce résultat n'est pas surprenant considérant l'évolution des liens unissant « spiritualité et travail social » (Cherblanc et al., 2021). En effet, même si les travailleurs sociaux québécois s'intéressent de nouveau à la spiritualité depuis les années 2000, le sujet a été évité pendant près d'une quarantaine d'années, puisqu'il était considéré, depuis la période de déconfessionnalisation, comme étant « non scientifique et trop subjectif » (Dupont, 2006, p. 168). Cette mise à distance du religieux au profit du spirituel semble ici se traduire dans les résultats aux questions adressées aux travailleurs sociaux.

Quoi qu'il en soit, ces trois dimensions que sont le degré de religiosité, le degré de spiritualité et l'importance de la spiritualité sont celles qui ont le plus d'impact sur la propension qu'ont les travailleurs sociaux à considérer la dimension spirituelle dans leur pratique. Ainsi, plus le travailleur social considère la spiritualité comme importante dans sa vie, plus il aura tendance à l'intégrer dans sa pratique. Ce résultat fait écho à d'autres travaux menés auprès des travailleurs sociaux œuvrant auprès de personnes âgées (Murdock, 2005), d'enfants et d'adolescents (Kvarfordt et Sheridan, 2010) ou auprès de populations multiples (Larsen, 2011; Mattison et al., 2000; Sheridan, 2004; Stewart et al., 2006). Considérant le fait que l'attitude est composée d'une dimension cognitive et émotionnelle (Pickens, 2005), les résultats apparaissent cohérents, puisqu'en se retrouvant dans des dispositions positives à l'égard de la spiritualité et de l'importance qu'elle revêt dans sa vie personnelle, son intégration est certainement plus naturelle et jugée comme adéquate par ces professionnels. Concernant le degré de spiritualité, le fait qu'il ait un paramètre négatif était inattendu, considérant que les variables de l'importance de la spiritualité et du degré de religiosité influencent quant à elles positivement le score total dans notre étude, tout comme dans les travaux recensés (Al-Ma'seb, 2019; Asselt et Senstock, 2009; Mattison et al., 2000). Il est possible que le libellé degré de spiritualité ait été interprété de façon plus floue que l'importance de la spiritualité, qui avait une visée plus globale dans la vie personnelle du travailleur social. Il se peut aussi que la question qui mesurait l'importance de la spiritualité, par l'absence de cadre normatif, ait manqué de précision. Par ailleurs, les deux concepts religion/spiritualité sont souvent confondus et sources de confusion (Canda et al., 2019). Il apparaît ainsi d'autant plus important de miser sur une conceptualisation réfléchie et concertée de la spiritualité qui soit adaptée aux différents milieux d'intervention en contexte québécois (Cherblanc et al., 2022).

### *Limites*

Les résultats qui émergent de cette étude doivent être interprétés à la lumière de certaines limites. Le nombre relativement restreint de participants dans le cadre d'une étude quantitative (n=40) ainsi que l'homogénéité relative de l'échantillon constitué principalement de femmes (n=37), de personnes s'identifiant comme non racisées (n=39) et provenant toutes de la même région constituent des limites à la généralisation des résultats. De plus, l'échelle originale de la RSIPAS contenait elle-même des limites. Ses appuis théoriques étaient, à cet effet, plus ou moins explicites. Ainsi, cette échelle se présentait comme la meilleure option pour évaluer l'intégration de la spiritualité en intervention chez les travailleurs sociaux, mais elle mériterait tout de même qu'on s'attarde plus spécifiquement à sa structure factorielle afin de la rendre optimale. Comme évoqué plus haut, la traduction et l'adaptation utilisées dans le cadre de notre étude n'ont pas fait l'objet d'une validation psychométrique. Ainsi, la version produite constitue la première étape vers une adaptation standardisée. En considérant sa cohérence interne élevée ( $\alpha = 0.94$ ), elle nécessiterait un volet supplémentaire afin de valider en profondeur ses qualités psychométriques, ainsi qu'une analyse visant à l'abrégé.

145

## **CONCLUSION**

Alors que certains travailleurs sociaux manifestent de l'ouverture et de l'intérêt pour intégrer la spiritualité dans leurs interventions, d'autres font preuve de méfiance et de retenue. Ces réactions et appréhensions sont documentées et présentes même dans les sociétés où la religion et la spiritualité occupent une grande place comme les États-Unis (Canda et al., 2019) ou le Canada (Coholic, 2012). La façon dont nous concevons la spiritualité en tant qu'individus dépend de plusieurs aspects, de notre vécu le plus intime aux représentations historiques et collectives qui habitent notre imaginaire. La formation apparaît jouer un rôle crucial dans la démythification

de ce en quoi consiste la spiritualité et du rôle qu'elle joue dans le fonctionnement social de la personne accompagnée. Elle aurait tout avantage à être un lieu où il est possible de considérer les questionnements de différentes natures, sur le plan du savoir-faire jusqu'à la posture professionnelle, en passant par les enjeux éthiques qui sous-tendent sa prise en compte.

En somme, les résultats font état d'un écart de l'intégration de la dimension spirituelle explicable, du moins en partie, par l'importance accordée personnellement à cet aspect par le travailleur social. Or, sans nier la présence naturelle de variabilité individuelle au sein d'une intervention, il est possible de miser sur une prise en compte globale et intégrée de la dimension spirituelle. À la lumière des résultats, il semblerait que la spiritualité ne fasse pas partie des éléments pris en compte de façon systématique. Une plus grande sensibilisation à cette dimension cruciale de la santé permettrait donc d'outiller de façon adéquate les travailleurs sociaux tout en tenant compte de leurs préoccupations — tout à fait légitimes, il faut le rappeler — concernant l'intégration de cette dimension dans leurs interventions.

---

## ABSTRACT:

*Spirituality can have several positive impacts on the mental and physical health of individuals (Koenig, 2008), become a key element in the recovery process (Holloway and Moss, 2010) and constitute an important mechanism for coping with difficulties (Canda et al., 2019). Thereupon, the Québec Order of Social Workers and Marriage and Family Therapists (hereafter OTSTCFQ) recognizes the importance of taking it into account. Based on a study conducted with 40 social workers (SW) working in Saguenay-Lac-St-Jean, this article aims to identify the factors that influence the integration of spirituality into practice. The results aim to reflect on the place of spirituality in social work interventions as well as the role of this constitutive dimension of health, in a perspective of continuous improvement of the quality of interventions in professional contexts and in academic training environments.*

146

## KEYWORDS:

*Spirituality, social work, health, intervention*

---

## RÉFÉRENCES

- Al-Ma'seb, H. (2019). Assessment of clinical social worker's familiarity with and views about the integration of client's religion and spirituality in social work. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 38(2), 180-196. <https://doi.org/10.1080/15426432.2019.1574691>
- Asselt, K. W. et Senstock, T. D. B. (2009). Influence of counselor spirituality and training on treatment focus and self-perceived competence. *Journal of Counseling & Development*, 87(4), 412-419. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2009.tb00125.x>
- Bergeron-Leclerc, C. (2019). Le rétablissement en santé mentale. Représentations, compétences et stratégies d'intervention à privilégier. Dans *La pratique du travail social en santé mentale. Apprendre, comprendre, s'engager* (p. 61-80). Les Presses de l'Université du Québec.
- Canda, E. R., Furman, L. D. et Canda, H.-J. (2019). *Spiritual diversity in social work practice: The heart of helping*. Oxford University Press.
- Carlisle, P. (2015). Religion and spirituality as troublesome knowledge: The views and experiences of mental health social workers in Northern Ireland. *The British Journal of Social Work*, 46(3), 583-598. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv068>
- Cherblanc, J., Bergeron-Leclerc, C. et Gauthier, G. (2021a). La spiritualité et le travail social : une intégration souhaitée mais limitée. *Nouvelles pratiques sociales*, 32(2), 321-340. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1085527ar>

- Cherblanc, J., Bergeron-Leclerc, C., Tremblay, M., Flynn, J.-M. et Gauthier, G. (2022). Élaboration du concept de spiritualité positive en santé. *Soins*, 865, 29-32. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.soins.2022.05.009>
- Coholic, D. (2012). A review of spiritually sensitive and holistic social work methods: Current emphases and future directions for research and practice. Dans *Spirituality in Social Work and Education: Theory, Practice and Pedagogies*. Wilfrid Laurier University Press.
- Delli-Colli, N., Dubois, M.-F., Dubuc, N., Hébert, R. et Trottier, L. (2013). Caractéristiques des personnes âgées et des travailleurs sociaux associées au temps fourni au soutien à domicile. *Intervention*, 138, 33-44.
- Dupont, D. (2006). Sortir la spiritualité du placard. *Reflets: revue d'intervention sociale et communautaire*, 12(1), 168-180. <https://doi.org/10.7202/013443ar>
- Exline, J. J. et Rose, E. D. (2013). Religious and Spiritual Struggles. *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*, 380. <https://doi.org/10.1037/14045-025>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J. et Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Gauthier, G. (2021). *Évaluation des facteurs qui influencent l'intégration de la spiritualité en intervention chez les travailleurs sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean* [mémoire de maîtrise, Université du Québec à Chicoutimi]. <https://constellation.uqac.ca/id/eprint/7817/>
- George, L. K., Larson, D. B., Koenig, H. G. et McCullough, M. E. (2000). Spirituality and health: What we know, what we need to know. *Journal of social and clinical psychology*, 19(1), 102-116. <https://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.102>
- Gliem, J. A. et Gliem, R. R. (2003). *Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales*. Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community.
- Hodge, D. R. (2015). *Spiritual assessment in social work and mental health practice*. Columbia University Press.
- Holloway, M. et Moss, B. (2010). *Spirituality and social work*. Macmillan International Higher Education.
- Howell, D., Bestgen, Y., Yzerbyt, V. et Rogier, M. (2008). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. De Boeck.
- Jobin, G. (2016). La prise en compte de l'expérience spirituelle en soins palliatifs : un cas de mutation des représentations de la spiritualité. *Laval théologique et philosophique*, 72(3), 449-463. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1040356ar>
- Jones, J. W. (2004). Religion, health, and the psychology of religion: How the research on religion and health helps us understand religion. *Journal of Religion and Health*, 43(4), 317-328. <https://doi.org/10.1007/s10943-004-4299-3>
- Koenig, H. G. (2008). *Medicine, religion, and health: Where science and spirituality meet*. Templeton Foundation Press.
- Kvarfordt, C. et Sheridan, M. (2010). Predicting the use of spiritually-based interventions with children and adolescents: Implications for social work practice. *Currents: Scholarship in the Human Services*, 9(1).
- Larsen, K. M. (2011). How spiritual are social workers? An exploration of social work practitioners' personal spiritual beliefs, attitudes, and practices. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 30(1), 17-33. <https://doi.org/10.1080/15426432.2011.542713>
- Lecomte, J. (2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Savoirs*, (5), 59-90. <https://doi.org/10.3917/savo.hs01.0059>
- Lietz, C. A. et Hodge, D. R. (2013). Incorporating spirituality into substance abuse counseling: Examining the perspectives of service recipients and providers. *Journal of Social Service Research*, 39(4), 498-510. <https://doi.org/10.1080/01488376.2012.676023>
- Maclure, J. et Taylor, C. (2020). *Laïcité et liberté de conscience*. Boréal.
- Mattison, D., Jayaratne, S. et Croxton, T. (2000). Social workers' religiosity and its impact on religious practice behaviors. *Advances in Social Work*, 1(1), 43-59. <https://doi.org/10.18060/102>
- Moss, E. L. et Dobson, K. S. (2006). Psychology, spirituality, and end-of-life care: An ethical integration? *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 47(4), 284. <https://doi.org/10.1037/co2006019>
- Murdock, V. (2005). Guided by ethics: Religion and spirituality in gerontological social work practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 45(1-2), 131-154. [https://doi.org/10.1300/J083v45n01\\_08](https://doi.org/10.1300/J083v45n01_08)
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes familiaux et conjugaux du Québec (2011). *Cadre de référence : l'évaluation du fonctionnement social*. <https://www1.otstcfq.org/sites/default/files/cadre-reference-evaluationfonctionnement-social.pdf>

- Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2021). *Mandat, mission, vision et valeurs*.
- Oxhandler, H. et Parrish, D. (2016). The development and validation of the religious/spiritually integrated practice assessment scale. *Research on Social Work Practice*, 26(3), 295-307. <https://doi.org/10.1177/1049731514550207>
- Oxhandler, H., Parrish, D. E., Torres, L. R. et Achenbaum, W. A. (2015). The integration of clients' religion and spirituality in social work practice: A national survey. *Social Work*, 60(3), 228-237. <https://doi.org/10.1093/sw/swv018>
- Oxhandler, H. K. et Pargament, K. I. (2014). Social work practitioners' integration of clients religion and spirituality in practice: A literature review. *Social Work*, 59(3), 271-279. <https://doi.org/10.1093/sw/swu018>
- Pickens, J. (2005). Attitudes and perceptions. *Organizational behavior in health care*, 4(7).
- Puchalski, C. M. (2008). Spirituality and the care of patients at the end-of-life: An essential component of care. *OMEGA- Journal of Death and Dying*, 56(1), 33-46. <https://doi.org/10.2190/OM.56.1.d>
- Pujol, N., Jobin, G. et Beloucif, S. (2014). Quelle place pour la spiritualité dans le soin? *Esprit*, (6), 75-89. <https://doi.org/10.3917/espri.1406.0075>
- Rochat, E., Vollenweider, P., Rubli, E. et Odier, C. (2015). Prendre en compte la dimension spirituelle du patient : plus pertinent à plusieurs. *Revue médicale suisse*, 11.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. M., Haynes, R. B. et Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Bmj*, 312, 71-72.
- Sheridan, M. (2009). Ethical issues in the use of spiritually based interventions in social work practice: what are we doing and why. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 28(1-2), 99-126. <https://doi.org/10.1080/15426430802643687>
- Sheridan, M. J. (2004). Predicting the use of spiritually-derived interventions in social work practice: a survey of practitioners. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 23(4), 5-25.
- Stanley, M. A., Bush, A. L., Camp, M. E., Jameson, J. P., Phillips, L. L., Barber, C. R., Zeno, D., Lomax, J. W. et Cully, J. A. (2011). Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Ageing & mental health*, 15(3), 334-343. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.519326>
- Stewart, C., Koeske, G. F. et Koeske, R. D. (2006). Personal religiosity and spirituality associated with social work practitioners' use of religious based intervention practices. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 25(1), 69-85. [https://doi.org/10.1300/J377v25n01\\_05](https://doi.org/10.1300/J377v25n01_05)
- Taber, K. S. (2018). The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*, 48(6), 1273-1296. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
- Tan, L. P., Pham, L. X. et Bui, T. T. (2020). Personality Traits and Social Entrepreneurial Intention: The Mediating Effect of Perceived Desirability and Perceived Feasibility. *The Journal of Entrepreneurship*, 0971355720974811. <https://doi.org/10.1177/0971355720974811>
- Tapia-V, A. et Tinoco-Amador, J. (2012). Religiosité, spiritualité, bien-être et contextes : étude corrélative dans deux villes mexicaines. *Bulletin de psychologie*, (1), 65-75. <https://doi.org/10.3917/bupsy.517.0065>
- Taylor, R. (1990). Interpretation of the correlation coefficient: a basic review. *Journal of diagnostic medical sonography*, 6(1), 35-39.
- Turner, F. J. (2006). *Encyclopedia of Canadian social work*. Wilfrid Laurier University Press.
- Vetvik, E., Danbolt, T., Dyrud-Furman, L., Benson, P. et Canda, E. (2018). A comparative analysis of Norwegian and American social workers' views about inclusion of religion and spirituality in social work. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 37(2), 105-127. <https://doi.org/10.1080/15426432.2017.1422415>
- Weld, C. et Eriksen, K. (2007). Christian clients' preferences regarding prayer as a counseling intervention. *Journal of psychology and theology*, 35(4), 328-341. <https://doi.org/10.1177/009164710703500405>

## Annexe 1 : Échelle d'évaluation de l'intégration de la religion et de la spiritualité dans la pratique (adaptation de la RSIPAS)

*Objectif.* Le but de cette échelle est d'évaluer votre degré de familiarité et votre point de vue quant à l'intégration de la religion et de la spiritualité du client dans la pratique clinique.

Définitions pour guider l'interprétation des énoncés de l'échelle (veuillez lire) :

1. La **religion** est « un système de croyances et de pratiques adoptées par une communauté, soutenu par des rituels qui rendent compte, adorent, communiquent ou abordent le Sacré, le Divin, Dieu (dans les sociétés occidentales), la Vérité ultime, la Réalité ou le Nirvana (dans les sociétés orientales) », qui s'appuie sur des écritures, des enseignements et qui offre un code de conduite moral (Koenig, 2008, p. 11).
2. La **spiritualité** est « la quête personnelle pour comprendre les réponses aux questions ultimes de la vie, à propos du sens et à propos de la relation au sacré ou au transcendant, ce qui peut (ou peut ne pas) conduire ou survenir à partir du développement des rituels religieux et à la formation d'une communauté » (Koenig, et al., p. 18).

De plus, malgré le fait que la spiritualité et la religion possèdent deux définitions distinctes (comme illustré ci-haut), les deux termes partagent plusieurs éléments communs et sont souvent utilisés de façon interchangeable pour décrire cette échelle. Veuillez considérer les termes religion et spiritualité comme interchangeables lorsque vous répondez aux énoncés. L'échelle comprend quatre sections. Veuillez suivre les instructions sous chaque section. La pratique qui intègre la religion et la spiritualité n'a pas été largement diffusée dans plusieurs programmes de formation clinique. Par conséquent, comme plusieurs autres intervenants, il se peut que vous n'en sachiez que très peu sur ce concept. Néanmoins, veuillez répondre à tous les éléments au meilleur de vos connaissances, même si vous êtes incertain de votre réponse, n'avez aucune opinion, ou avez peu ou pas d'expérience avec ceci dans la pratique.



<b>Section I.</b>					
<b>Le sentiment d'efficacité personnelle quant à l'intégration de la religion et de la spiritualité dans la pratique</b>					
<b>Veillez indiquer la réponse qui correspond le mieux à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés concernant l'intégration de la religion et de la spiritualité dans la pratique.</b>					
<b>Énoncé</b>	<b>Degré d'accord<sup>8</sup></b>				
1. Je sais comment rassembler de façon habile un historique des croyances et des pratiques religieuses/spirituelles des clients	FD	D	N	A	FA
2. Je suis en mesure d'identifier les difficultés religieuses/spirituelles des clients (ex. tension ou conflit avec une réalité ultime, communauté religieuse/spirituelle, croyances spirituelles, etc.)	FD	D	N	A	FA
3. Je sais comment agir si le client rapporte être sous l'emprise de pensées divines ou démoniaques	FD	D	N	A	FA
4. Je considère l'unicité des besoins des clients ayant des parcours religieux/spirituels diversifiés	FD	D	N	A	FA
5. Je suis en mesure de repérer les stratégies d'adaptation religieuses/spirituelles positives des clients (ex. essayer de trouver une leçon spirituelle dans la difficulté présente)	FD	D	N	A	FA
6. Je suis en mesure de m'assurer que les clients ont accès à des ressources religieuses/spirituelles lorsqu'ils considèrent cela important dans leur processus de guérison (ex. lectures religieuses/spirituelles, intervention spirituelle, informations pour contacter le clergé local ou une salle de prière/place pour se recueillir)	FD	D	N	A	FA
7. Je sens que j'ai les compétences pour aborder les forces religieuses/spirituelles des clients	FD	D	N	A	FA
8. J'ai confiance en ma capacité à intégrer les croyances religieuses/spirituelles des clients en intervention	FD	D	N	A	FA
9. Lorsque cela peut être bénéfique, je réfère les clients vers une consultation spirituelle	FD	D	N	A	FA
10. Je sens que j'ai les compétences pour aborder les difficultés religieuses/spirituelles des clients	FD	D	N	A	FA
11. Je suis en mesure d'identifier les stratégies d'adaptation religieuses/spirituelles négatives utilisées par les clients (ex. voir la difficulté présente comme un châtement)	FD	D	N	A	FA
12. Je sais comment agir lorsque le client a des croyances religieuses/spirituelles qui me sont moins familières	FD	D	N	A	FA
13. Je me sens à l'aise d'échanger sur les difficultés religieuses/spirituelles des clients	FD	D	N	A	FA

150

8 Fortement en désaccord = FD, En désaccord = D, Ni en accord ni en désaccord = N, En accord = A, Fortement en accord = FA

<b>Section II.</b>					
<b>Les attitudes concernant l'intégration de la religion et de la spiritualité dans la pratique</b>					
<b>Veillez indiquer la réponse qui correspond le mieux à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés concernant l'intégration de la religion et de la spiritualité dans la pratique.</b>					
<b>Énoncé</b>	<b>Degré d'accord</b>				
1. Il est essentiel d'évaluer les croyances religieuses/spirituelles des clients dans la pratique	FD	D	N	A	FA
2. Intégrer les besoins spirituels/religieux des clients aide à améliorer le résultat de l'intervention	FD	D	N	A	FA
3. Les professionnels qui prennent le temps de comprendre les croyances spirituelles/religieuses de leurs clients démontrent une préoccupation plus grande pour le bien-être des clients que les professionnels qui ne prennent pas le temps	FD	D	N	A	FA
4. Intégrer les croyances religieuses/spirituelle des clients dans le traitement les aide à atteindre leurs buts	FD	D	N	A	FA
5. Je suis ouvert à en apprendre au sujet des croyances religieuses/spirituelles des clients qui peuvent différer des miennes	FD	D	N	A	FA
6. Prendre en compte les besoins religieux/spirituels des clients est cohérent avec les principes de rencontrer le client là où il est rendu	FD	D	N	A	FA
7. La sensibilité aux croyances religieuses/spirituelles des clients améliore la pratique	FD	D	N	A	FA
8. Je suis ouvert à référer les clients à des consultations spirituelles	FD	D	N	A	FA
9. Prendre en compte les croyances religieuses/spirituelles des clients est cohérent avec mon code déontologique professionnel	FD	D	N	A	FA
10. Les interventions soutenues par des données probantes qui intègrent la religion/spiritualité sont pertinentes à ma pratique	FD	D	N	A	FA
11. Il y a une dimension religieuse/spirituelle au travail que je fais	FD	D	N	A	FA
12. Je refuse de travailler avec le système de croyances religieuses/spirituelles du client s'il diffère du mien	FD	D	N	A	FA

151

<b>Section III.</b>					
<b>La faisabilité d'intégrer la religion et la spiritualité dans votre pratique</b>					
<b>Veillez indiquer la réponse qui correspond le mieux à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés concernant l'intégration de la religion et de la spiritualité dans la pratique.</b>					
<b>Énoncé</b>	<b>Degré d'accord</b>				
1. J'ai suffisamment de temps pour évaluer les antécédents religieux/spirituel des clients	FD	D	N	A	FA
2. J'ai assez de temps pour identifier les forces ou les difficultés potentielles liées à la religion/spiritualité des clients	FD	D	N	A	FA
3. Mon principal lieu d'exercice ne soutient pas l'intégration de la religion/spiritualité dans la pratique	FD	D	N	A	FA
4. Je ne dispose pas d'assez de temps pour penser à incorporer dans la pratique une approche qui intègre la religion/spiritualité	FD	D	N	A	FA
5. Malgré les différents paramètres qui doivent être considérés en intervention, je trouve du temps pour intégrer la religion/spiritualité des clients s'ils manifestent leur intérêt	FD	D	N	A	FA
6. J'ai été formé adéquatement pour intégrer la religion/spiritualité de mes clients en intervention	FD	D	N	A	FA

**Section IV.  
À quelle fréquence intégrez-vous actuellement la religion et la spiritualité dans la pratique**

**Pour cette section, veuillez indiquer la réponse qui correspond le mieux à la fréquence à laquelle vous vous engagez dans l'intégration de la religion et de la spiritualité dans la pratique.**

Énoncé	Fréquence <sup>9</sup>				
	J	R	PT	S	TS
1. Je fais appel à de la supervision professionnelle concernant la façon d'aborder les problématiques religieuses/spirituelles des clients en intervention	1	2	3	4	5
2. Je lis sur des façons d'intégrer la religion/spiritualité des clients pour guider les décisions de ma pratique	1	2	3	4	5
3. Je lis sur les résultats de recherche concernant la religion/spiritualité et leur relation avec la santé pour guider les décisions de ma pratique	1	2	3	4	5
4. J'implique les clients dans la prise de décisions à savoir si leurs croyances religieuses/spirituelles devraient être intégrées dans notre travail ensemble	1	2	3	4	5
5. J'utilise des interventions soutenues empiriquement qui décrivent spécifiquement comment intégrer la religion/spiritualité du client en intervention	1	2	3	4	5
6. J'effectue une évaluation biopsychosociale spirituelle complète avec chacun des clients	1	2	3	4	5
7. Je mets les clients en contact avec des ressources religieuses/spirituelles lorsque cela peut potentiellement les aider (ex. : matériel de lecture religieux/spirituel, consultation spirituelle, coordonnées du clergé local ou une place de prière ou lieu de culte)	1	2	3	4	5
8. J'aide les clients à considérer de quelles façons leur système de soutien spirituel/religieux peut les aider	1	2	3	4	5
9. J'aide les clients à réfléchir sur la signification et le but religieux/spirituel de leur situation de vie actuelle	1	2	3	4	5

<sup>9</sup> 1 = Jamais, 2 = Rarement, 3 = Une partie du temps, 4 = Souvent, 5 = Très souvent