

Résilience : pour voir autrement l'intervention en réadaptation

Louise O'Reilley, Chantal Cara, Marie-Pierre Avoine et Sylvain Brousseau

Volume 19, numéro 1, avril 2011

Résilience : pour voir autrement l'intervention en réadaptation

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1087271ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1087271ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Réseau International sur le Processus de Production du Handicap

ISSN

1499-5549 (imprimé)

2562-6574 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

O'Reilley, L., Cara, C., Avoine, M.-P. & Brousseau, S. (2011). Résilience : pour voir autrement l'intervention en réadaptation. *Développement Humain, Handicap et Changement Social / Human Development, Disability, and Social Change*, 19(1), 111–116. <https://doi.org/10.7202/1087271ar>

Résumé de l'article

Plusieurs penseurs et chercheurs de la discipline infirmière reconnaissent l'importance que joue la relation de *caring* dans l'ensemble du processus de réadaptation de la personne soignée. L'expérience d'« être avec » la personne se veut centrale à la relation de *caring*.

Notre étude phénoménologique a exploré, par des entrevues qualitatives auprès de personnes hospitalisées en réadaptation (N=23), la signification de l'expérience d'« être avec » l'infirmière, ainsi que la compréhension de la contribution de cette expérience à leur réadaptation. La méthode phénoménologique « *Relational Caring Inquiry* » (Cara, 1997) a guidé l'analyse des données.

Cet exposé présentera certains résultats de recherche afin d'exposer clairement comment une telle pratique de soin promeut la résilience chez les patients hospitalisés en réadaptation. Par exemple, les patients ont mentionné qu'être avec l'infirmière augmentait leur sentiment de confiance en leurs capacités de façon à prendre en charge leur processus de réadaptation, et ce, avec plus d'autonomie. Enfin, des stratégies seront partagées afin de promouvoir une pratique infirmière réflexive qui vise à renforcer, dans un partenariat, la résilience chez la clientèle de réadaptation. Ce sont quelques pistes pour voir autrement l'intervention en réadaptation.

Résilience : pour voir autrement l'intervention en réadaptation

LOUISE O'REILLY¹, CHANTAL CARA², MARIE-PIERRE AVOINE³, SYLVAIN BROUSSEAU⁴

¹ École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Campus de Longueuil, Université de Sherbrooke. Chercheure en émergence au Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation (C.R.I.R.), Membre du Groupe Inter-réseaux de Recherche sur l'Adaptation de la Famille et de son Environnement (GIRAFE).

² Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal. Chercheure au Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation (C.R.I.R.), Membre du Groupe Inter-réseaux de Recherche sur l'Adaptation de la Famille et de son Environnement (GIRAFE).

³ École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Campus de Longueuil, Université de Sherbrooke.

⁴ Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Article original • Original Article

Résumé

Plusieurs penseurs et chercheurs de la discipline infirmière¹ reconnaissent l'importance que joue la relation de *caring* dans l'ensemble du processus de réadaptation de la personne soignée. L'expérience d'« être avec » la personne se veut centrale à la relation de *caring*.

Notre étude phénoménologique a exploré, par des entrevues qualitatives auprès de personnes hospitalisées en réadaptation (N=23), la signification de l'expérience d'« être avec » l'infirmière, ainsi que la compréhension de la contribution de cette expérience à leur réadaptation. La méthode phénoménologique « *Relational Caring Inquiry* » (Cara, 1997) a guidé l'analyse des données.

Cet exposé présentera certains résultats de recherche afin d'exposer clairement comment une telle pratique de soin promeut la résilience chez les patients hospitalisés en réadaptation. Par exemple, les patients ont mentionné qu'être avec l'infirmière augmentait leur sentiment de confiance en leurs capacités de façon à prendre en charge leur processus de réadaptation, et ce, avec plus d'autonomie. Enfin, des stratégies seront partagées afin de promouvoir une pratique infirmière réflexive qui vise à renforcer, dans un partenariat, la résilience chez la clientèle de réadaptation. Ce sont quelques pistes pour voir autrement l'intervention en réadaptation.

Mots clés : Résilience, être avec, réadaptation

Au Québec, dans le réseau de la santé et des services sociaux, on parle abondamment de la pénurie des ressources humaines, des contraintes économiques de toutes sortes, de même que de la complexité des situations cliniques. Ce faisant, ce contexte provoque une surcharge de travail, un accent sur la productivité, la technologie, et ce, au détriment de la relation de *caring* et de l'humanisme (Bondas, 2003; Cara, 2004, 2008; Cara et O'Reilly, 2008; Cara, Nyberg et Brousseau, 2011; Turkel, 2007; Unterschuetz, Hughes, Nienhauser, Weberg et Jackson, 2008; Watson, 2006, 2012).

Malgré ce contexte éminemment peu favorable à l'humanisme, des chercheurs et théoriciens internationaux affirment haut et fort que le *caring* s'avère essentiel à la guérison et à la promotion de la santé de la personne soignée (Beagan et Els, 2007; Cara, 2004; Cara et O'Reilly, 2008; Duffy, 1992; Erci, Sayan, Tortumluoğlu, Kiliç, Şahin et Güngörmüş, 2003; Granderg, Engberg et Lundberg, 1998; Lindholm et Ericksson, 1993; Lucke, 1998, 1999; Narayanasamy, 1996; O'Reilly, 2007; O'Reilly et Cara, 2010; O'Reilly, Cara, Avoine et Brousseau, 2010a, b; St-Germain, 2007; St-Germain, Blais et Cara, 2008, 2009; Watson, 2006, 2008, 2012). Pour Watson (2006, 2008, 2012), la relation de *caring* désigne le fait d'« être avec » une autre personne dans une relation profonde, au delà du soin physique, où chacun est perçu comme un être humain unique. Plusieurs penseurs et chercheurs de la discipline infirmière (Balut-Befecadu, 1991; Cara et O'Reilly, 2008; Desjean et Doucet, 1989; Gagnon, 2004; Lucke, 1995, 1998, 1999; Narayanasamy, 1996; O'Reilly, 2007, 2008, 2009; O'Reilly et Cara, 2010; O'Reilly, Cara, Avoine et Brousseau, 2010a, b; St-Germain, Blais et Cara, 2008) reconnaissent l'importante contribution de la relation de *caring* dans l'ensemble du processus de réadaptation de la personne soignée. Malgré cette reconnaissance, il faut préciser que les effets thérapeutiques bénéfiques de cette qualité de relation humaine demeurent encore peu explorés dans ce contexte de soins particulier qu'est la réadaptation. À notre connaissance, seulement deux études en

sciences infirmières (O'Reilly, 2007, 2009; O'Reilly et Cara, 2010; O'Reilly, Cara, Avoine et Brousseau, 2010a, b) ont exploré la signification d'« être avec » en contexte de réadaptation. La première étude qualitative de type phénoménologique (O'Reilly, 2007) s'est intéressée à mieux comprendre la signification et la contribution de l'expérience d'« être avec » la personne soignée pour des infirmières œuvrant en réadaptation. Ainsi, et à l'aide de la méthode intitulée *Relational Caring Inquiry* (RCI) développée par Cara (1997), l'expérience d'« être avec » le patient représente pour les infirmières en réadaptation, une « rencontre humaine, profonde, thérapeutique et transformatrice » (O'Reilly, 2007). La deuxième étude phénoménologique (O'Reilly, Cara, Avoine et Brousseau, 2010a, b) a exploré, auprès de 23 patients hospitalisés en réadaptation, la signification et la contribution de l'expérience d'« être avec » l'infirmière. Ces résultats démontrent qu'« être avec » l'infirmière, concept central à la relation de *caring*, contribue au processus de réadaptation des personnes hospitalisées en accentuant notamment, leur autonomie et bien-être. D'ailleurs, ces résultats corroborent ceux d'autres auteurs, lesquels affirment également que la relation de *caring* potentialise la résilience auprès des personnes vivant des situations traumatisantes (Duffy, 2009; Laursen et Birmingham, 2003; Munro et Edward, 2008). Il est donc loisible d'établir un lien entre nos études portant sur la signification d'« être avec » ainsi que la résilience des patients en réadaptation.

Dans la littérature consultée (De Chesnay, Peil, et Pamp, 2008; Dyer, Patsdaughter, McGuinness, O'Connor et DeSantis, 2004; Earvolino-Ramirez, 2007; Fougeyrollas et Dumont, 2010; Gillespie, Chaboyer et Wallis, 2007; Laursen et Birmingham, 2003; Quale et Schanke, 2010; Masten, 2001; Munro et Edward, 2008; Richardson, 2002; Staub et Vollhardt, 2008; Warelow et Edward, 2007; Wilson et Ferch, 2005), plusieurs définitions de la résilience existent et aucun consensus ne s'en dégage. En effet, Richardson (2002) identifie trois courants qui définissent la résilience. Premièrement, l'identification de caractéristiques résilientes, telles que l'estime de soi et le soutien



social, correspond à la première vague des recherches effectuées sur ce concept. La seconde vague, quant à elle, identifie la résilience comme un processus d'adaptation face aux agents stressants, à l'adversité, aux changements soudains, aux opportunités ainsi qu'à certains phénomènes complexes. Toujours selon Richardson, ce processus d'adaptation vise l'atteinte d'un équilibre ou une forme de stabilité, laquelle était présente avant l'évènement. Enfin, Richardson (2002) décrit la troisième vague comme la résilience innée, c'est-à-dire l'identification d'une force motivationnelle intérieure visant l'actualisation de soi. Pour De Chesnay, Peil et Pamp (2008), il s'agit, en quelque sorte, d'un rebondissement (*bounce back*) suite à un évènement traumatique. Gillespie, Chaboyer et Wallis (2007) reconnaissent les trois attributs suivants à la résilience : l'espoir, le coping et l'auto-efficacité (*self-efficacy*). L'analyse conceptuelle de Wilson et Ferch (2005), met en lumière des caractéristiques associées à la résilience, telles qu'un environnement de soutien, une autonomie personnelle, une maturité émotionnelle, de même que la créativité et l'espoir.

En lien avec un environnement de soutien, d'autres auteurs (Laursen & Birmingham, 2003; Munro et Edward, 2008), reconnaissent le rôle essentiel de la relation de *caring* dans la promotion de la résilience. Par exemple, l'étude ethnographique de Laursen et Birmingham (2003) soutient que la relation de *caring* revêt une importance capitale puisqu'elle supporte le développement de la résilience par la confiance, la compréhension, le respect, la présence, le fait d'« être avec » la personne, de même que l'empathie démontrée. Dans le même sens, l'étude phénoménologique de Munro et Edward (2008) rapporte des résultats comparables auprès des aidants familiaux. En effet, ces auteurs mentionnent qu'une attitude de compassion apporte du soutien et favorise un sentiment de bien-être ce qui promeut la résilience chez la personne.

Certains résultats, émergeant de notre étude phénoménologique (O'Reilly, Cara, Avoine et Brousseau, 2010a, b) réalisée auprès de patients en réadaptation, corroborent les propos

de Laursen et Birmingham (2003), de même que ceux de Munro et Edward (2008). En effet, pour les patients hospitalisés en réadaptation, l'expérience d'« être avec » signifie que l'infirmière **(a) est présente aux besoins des patients et des proches** (par exemple, être accueillante, attentive, authentique, chaleureuse, empathique, patiente, sensible), **(b) démontre du respect envers les patients** (par exemple, la compassion, le dévouement, la liberté de choix, la dignité, la reconnaissance du vécu expérientiel de santé, la sollicitation active du patient, la subjectivité de la personne humaine dans le soin), **(c) établit une relation d'aide et de confiance** (par exemple, l'*advocacy*, la collaboration, le dialogue, l'encouragement, l'engagement professionnel, la mutualité), **(d) procure des soins centrés sur le patient et la famille** (par exemple, l'accompagnement et le soutien, l'assistance dans les besoins, l'emphase sur la personne, l'enseignement individualisé, l'évaluation / le plan de soins individualisé, les soins holistiques), **(e) fait preuve de disponibilité et d'ouverture** (par exemple, le désir d'aider les patients, la disponibilité (temps) à l'égard des patients, l'ouverture aux suggestions du patient, la reconnaissance de la compétence des patients en regard de leur santé), **(f) offre des soins avec compétences professionnelle et relationnelle** (par exemple, les attitudes et les comportements, les connaissances des soins en réadaptation, le professionnalisme, les habiletés professionnelles et relationnelles, l'imputabilité dans le soin, le jugement clinique, le professionnalisme et la réflexivité) (O'Reilly, Cara, Avoine et Brousseau, 2010a, b). Ces résultats illustrent des interventions humanistes pouvant contribuer au développement, au maintien et au renforcement de l'autonomie, du bien-être et de la résilience des patients afin de concourir à une réadaptation optimale. Ainsi, ces dernières représentent donc des pistes d'interventions pertinentes pour promouvoir la résilience. Issues de cette même étude (O'Reilly, Cara, Avoine et Brousseau, 2010a, b), d'autres résultats viennent appuyer ceux de Gillespie et al. (2007) et de Wilson et Ferch (2005). En effet, pour les patients interrogés, l'expérience d'« être avec » l'infirmière contribue **(a) à la promotion de l'autonomie dans le processus**

de réadaptation (par exemple, l'apprentissage pertinent, la progression, l'autonomie développée, l'espoir en l'avenir, le sentiment de confiance en soi, la promotion de la guérison), **(b) au soutien réconfortant** (par exemple, le sentiment d'être aidé, la réassurance, le réconfort, le sentiment d'être écouté, le sentiment d'être compris, le sentiment d'être encouragé, le sentiment de sécurité), **(c) au bien-être global** (par exemple, le bien-être, le sentiment d'être heureux, la distraction de la souffrance, le sentiment d'être à l'aise), et finalement **(d) à une expérience mutuelle gratifiante** (par exemple, la satisfaction des soins reçus, l'appréciation mutuelle qui perdure dans le temps, la reconnaissance, une expérience enrichissante). Ces résultats probants appuient plusieurs des éléments clés de la résilience, identifiés par les auteurs cités antérieurement.

Somme toute, si l'expérience d'« être avec » l'infirmière, centrale à la relation de *caring*, contribue à la réadaptation des patients, il s'avère loisible de croire que cette expérience relationnelle pourrait promouvoir le niveau de résilience de la personne soignée. En d'autres mots, il demeure possible de penser qu'« être avec » est, à la fois, au cœur de la relation de *caring*, de même qu'au cœur de la résilience et d'une réadaptation optimale.

Des recommandations découlent de nos résultats. Au niveau de la **gestion**, il nous apparaît fondamental de prendre soin des soignants afin de les garder en santé dans le système public de soins de santé québécois, de les soutenir dans leurs fonctions auprès de la clientèle, de croire en ce qu'elles font et à leur valeur ajoutée dans le réseau de la santé. Dans le même ordre d'idée, de soutenir les intervenants (novices à experts) par le mentorat, la formation en cours d'emploi, la valorisation des valeurs humanistes centrales à la mission de votre établissement de façon à guider vos pratiques humanistes au quotidien. Pour la **pratique clinique**, il faut retrouver un sens à votre travail en vous recentrant sur la raison d'être qui vous habite, sur ce que c'est que d'être un intervenant, de réfléchir sur la valeur fondamentale, pour le patient et sa famille, de prendre le temps, de centrer nos soins sur la clien-

tèle plutôt que sur la tâche, d'établir une relation de *caring*, de s'intéresser à leur expérience et au sens qu'ils lui accordent, de solliciter leur participation au niveau décisionnel. Ces résultats probants témoignent que la promotion d'une pratique réflexive, qui vise à renforcer dans un partenariat, l'autonomie et la résilience chez la clientèle de réadaptation, s'avère nécessaire, voire indispensable. Du côté de **l'enseignement**, la priorité demeure la formation d'une relève compétente en réadaptation par le biais d'un encadrement de qualité via un mentorat, en les outillant à répondre aux besoins complexes de la clientèle, en offrant de la formation continue en contexte réel de soins sur une base régulière et permanente, en développant des activités de pratique réflexive (Cara et O'Reilly, 2008; Chinn et Kramer, 2008; Lefebvre, Pelchat, Levert, David et Gauvin-Lepage, 2007) qui se veulent transformatrices (créer un espace de dialogue, inviter les intervenants à réfléchir sur soi et leur pratique, reconnaître le changement comportemental souhaité dans la pratique future, s'engager dans l'acquisition de valeurs, d'attitudes et de comportements humanistes). Pour la **recherche**, poursuivre les études sur l'humanisation des soins et l'humanisation organisationnelle afin de promouvoir, dans les milieux cliniques de réadaptation, une pratique qui s'appuie sur les résultats probants démontrant la contribution d'une approche humaniste à la résilience des patients. Pour y parvenir, il s'avère donc judicieux de développer, implanter et évaluer un projet de formation en cours d'emploi en regard des pratiques humanistes afin de former les intervenants, le personnel de soutien, de même que les gestionnaires, vers une réappropriation de l'importance d'une pratique humaniste en réadaptation. Finalement, pour la dimension **sociopolitique**, il nous apparaît indispensable d'accepter l'invitation, voire même le mandat, de réfléchir et de défendre une éthique qui promeut l'humanisation des soins à la population, car leur dignité humaine est menacée (Watson, 2008, 2012), de même que de collaborer au dialogue nécessaire à un leadership fort, de s'impliquer au niveau des politiques institutionnelles (CII, CIR) et ministérielles (réseau de la santé).



En conclusion, considérant que la relation de *caring* favorise et contribue à promouvoir et à renforcer la résilience et l'autonomie du patient en réadaptation, nous convenons qu'il y a urgence de poursuivre les efforts pour mettre en place des mesures pour humaniser les soins en réadaptation. Par exemple, l'obtention d'une politique québécoise d'humanisation des soins renforcera le besoin d'implanter des pratiques humanistes dans les milieux cliniques, notamment la réadaptation, contribuant positivement à la résilience, à l'autonomie, à la sécurité des patients et ultimement à la qualité des soins offerts.

Références

- BALUT-BEFECADU, E. (1991). Phénoménologie de la souffrance de la personne qui a subi une amputation d'un membre inférieur et de sa personne. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal.
- BEAGAN, B. ET ELLS, C. (2007). Values that matter, barriers that interfere: The struggle of Canadian nurses to enact their values. *Canadian Journal of Nursing Research*, 39(4), 37-57.
- BONDAS, T.E. (2003). Caritative leadership: Ministering to the patients. *Nursing Administration Quarterly*, 27(3), 249-253.
- CARA, C. (1997). Managers' subjugation and empowerment of caring practices: A relational caring inquiry with staff nurses. Doctoral thesis in nursing science, University of Colorado, Colorado.
- CARA, C. (4 juin 2004). Le «caring» en 2004 : Le vivre dans sa pratique au quotidien. Conférence d'ouverture dans le cadre du 26e colloque de l'International Association for Human Caring, Montréal.
- CARA, C. (15 mai 2008). Une approche de caring pour préserver la dimension humaine en gestion. Colloque de l'association des gestionnaires infirmiers d'urgence du Québec, St-Sauveur, Québec.
- CARA, C., NYBERG, J. ET BROUSSEAU, S. (2011). Fostering the Coexistence of Caring Philosophy and Economics in Today's Health Care System. *Nursing Administration Quarterly*, 35(1), 1-9.
- CARA, C. ET O'REILLY, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en Soins Infirmiers*, 95, 37-45.
- CHINN, P. ET KRAMER, M.K. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (7th edition). St Louis: Mosby.
- DE CHESNAY, M., PEIL, R.W. ET PAMP, C. (2008). Cultural Competence, Resilience and Advocacy. In M. De Chesnay and B.A. Anderson (Eds.), *Caring for the Vulnerable. Perspectives in Nursing Theory, Practice and Research*, (pp. 25-34). (2nd ed). Jones and Bartlett Publishers.
- DESJEAN, G. ET DOUCET, T. (1989). Rapport de recherche : la maladie chronique, le handicap physique permanent, la dissonance cognitive et les soins infirmiers. Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.
- DUFFY, J. (1992). The impact of nurse caring on patient outcomes. In D.A. Gaut (Ed.) *The presence of caring in nursing* (pp. 113-136). New-York: National League for Nursing Press.
- DUFFY, J. R. (2009). *Quality Caring in Nursing: Applying theory to clinical practice education and leadership*. Springer Publishing Company: NY, New York.
- DYER, J. G., PATSDAUGHTER, C. A., MCGUINNESS, T. M., O'CONNOR, C. A. ET DESANTIS, J. P., (2004). Retrospective resilience: the power of the patient-provider alliance in disenfranchised persons with HIV/AIDS. *The Journal of Multicultural Nursing and Health*, 10(1), 57-65.
- EARVOLINO-RAMIREZ, M. (2007). Resilience: A concept analysis. *Nursing Forum*, 42(2) 73-82.
- ERCI, B., SAYAN, A., TORTUMLUOĞLU, G., KILIÇ, D., ŞAHIN, O. ET GÜNGÖRMÜŞ, Z. (2003). The effectiveness of Watson's Caring Model on the quality of life and blood pressure of patients with hypertension. *Journal of Advanced Nursing*, 41(2), 130-139.
- FOUGEYROLLAS, P. ET DUMONT, C., (2010). Construction identitaire et résilience en réadaptation. *Frontières*, 22(1-2), 22-25.
- GAGNON, L. (2004). Élaboration et validation de critères de la qualité des soins et services dispensés en interdisciplinarité en réadaptation fonctionnelle et axée sur l'intégration sociale. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal.
- GILLESPIE, B. M., CHABOYER, W. ET WALLIS, M., (2007). Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemporary Nurse*, 25(1-2), 124-135.
- GRANBERG, A., ENGBERG BERGBOM, I. ET LUNDBERG, D. (1998). Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part 1. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14(6), 294-307.
- LAURSEN, E.K. ET BIRMINGHAM, S.M. (2003). Caring Relationships as a Protective Factor for At-Risk Youth: An Ethnographic Study. *Families in Society*, 84(2), 240-246.
- LEFEBVRE, H., PELCHAT, D., LEVERT, M.-J., DAVID, C. ET GAUVIN-LEPAGE, J. (2007). Programme d'intervention familiale interdisciplinaire : partenariat entre professionnels de la santé, personnes ayant un traumatisme crânio-cérébral et proches soignants. *Pédagogie Médicale*, 8, 91-100.
- LINDHOLM, L. ET ERIKSSON, K. (1993). To understand and alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing*, 18(9), 1354-1361.

- LUCKE, K. T. (1995). The meaning, process, and consequences of nurse caring as perceived by spinal cord injured individuals during rehabilitation. Doctoral dissertation, University of Maryland, Baltimore.
- LUCKE, K. T. (1998). Ethical implications of caring in rehabilitation. *Nursing Clinics of North America*, 33(2), 253-264.
- LUCKE, K.T. (1999). Outcomes of nurse caring as perceived by individuals with spinal cord injury during rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*, 24(6), 247-253.
- MASTEN, A. S. (2001). Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- MUNRO, I. ET EDWARD, K. L. (2008). The lived experience of gay men caring for others with HIV/AIDS: Resilient coping skills. *International journal of nursing practice*, 14(2), 122-128.
- NARAYANASAMY, A. (1996). Spiritual care of chronically ill patients. *British Journal of Nursing*, 5(7), 411-416.
- O'REILLY, L. (2007). La signification de l'expérience d'«être avec» la personne soignée et sa contribution à la réadaptation : la perception d'infirmières. Recherche doctorale, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal. AAT NR 35727.
- O'REILLY, L. (2008, mai). Honorer la rencontre humaine : fondement relationnel du caring. Actes de colloque. 76ième congrès de l'ACFAS, Centre des congrès, Québec.
- O'REILLY, L. (2009, juin). En quoi l'humanisation des soins permet le développement humain des acteurs du soin? Cahier des résumés. IVème congrès mondial du SIDIEF (Marrakech).
- O'REILLY, L., & CARA, C. (2010). «Être avec» la personne soignée en réadaptation : une rencontre humaine profonde thérapeutique et transformatrice. *Recherche en Soins Infirmiers*, décembre, 103, 46-66.
- O'REILLY, L., CARA, C., AVOINE, M.P., & BROUSSEAU, S. (2010). « Being with » the nurse from the patients' perspective: A phenomenological study in a rehabilitation center applying Watson's caring model. Communication présentée lors de la 31ième édition du colloque annuel de l'International Association for Human Caring, Minnesota, USA.
- O'REILLY, L., CARA, C., AVOINE, M.P., & BROUSSEAU, S. (Novembre, 2010). Défis et enjeux de pratiques humanistes en réadaptation : La perspective de personnes hospitalisées. Communication orale présentée lors du congrès annuel de l'OIIQ, Montréal.
- QUALE, A. J., & SCHANKE (2010). Resilience in the face of coping with a severe physical injury: A study of trajectories of adjustment in a rehabilitation setting. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 12-22.
- RICHARDSON, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321.
- STAUB, E., & VOLLHARDT, J. (2008). Altruism born of suffering: the roots of caring and helping after victimization and other trauma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 267-280.
- ST-GERMAIN, D. (2007). « La sécurité des patients: la contribution de l'approche de caring des infirmières œuvrant en soins de réadaptation ». Thèse doctorale publiée par le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal, 212p. <http://www.gris.umontreal.ca/rapportpdf/T07-01.pdf> 2007.
- ST-GERMAIN, D., BLAIS, R., & CARA, C. (2008). La contribution de l'approche de caring des infirmières à la sécurité des patients en réadaptation : une étude novatrice. *Recherche en Soins Infirmiers*, 95, 57-69.
- ST-GERMAIN, D., BLAIS, R., & CARA, C. (2009). Patient Safety: The Contribution of "Rehabilitation Caring" To Its Definition. *International Journal for Human Caring*, 13(1); 60-65.
- TURKEL, M. (2007). Dr. Marilyn Ray's Theory of Bureaucratic Caring. *International Journal for Human Caring*, 11(4), 57-63.
- UNTERSCHUETZ, C., HUGHES, P., NIENHAUSER, D., WEBER, D., & JACKSON, L. (2008). Caring for innovation and caring for the innovator. *Nursing Administration Quarterly*, 32(2), 133-141.
- WARELOW, P., & EDWARD, K. (2007). Caring as a resilient practice in mental health nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 132-135.
- WATSON, J. (2006). Part 1. Jean Watson theory of human caring. Dans M. E. Parker (Éd.), *Nursing theories & nursing practice* (2e éd.) (pp. 295-302). Philadelphia : F.A. Davis.
- WATSON, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (revised ed.). Boulder, Colorado: University Press of Colorado.
- WATSON, J. (2012). *Human caring science: A theory of nursing* (2nd ed.). Boulder, Colorado: Jones & Bartlett Learning.
- WILSON, S. M., & FERCH, S. R. (2005). Enhancing resilience in the workplace through the practice of caring relationships. *Organization Development Journal*, 23(4), 45-60.

