

Développement Humain, Handicap et Changement Social Human Development, Disability, and Social Change



Le processus de résilience familiale au sein de couples dont la femme est atteinte d'insuffisance cardiaque

Lyne Campagna, Francine Gratton et Sylvie Cossette

Volume 19, numéro 1, avril 2011

Résilience : pour voir autrement l'intervention en réadaptation

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1087277ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1087277ar>

[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

Campagna, L., Gratton, F. & Cossette, S. (2011). Le processus de résilience familiale au sein de couples dont la femme est atteinte d'insuffisance cardiaque. *Développement Humain, Handicap et Changement Social / Human Development, Disability, and Social Change*, 19(1), 147–152.
<https://doi.org/10.7202/1087277ar>

Résumé de l'article

D'année en année, l'insuffisance cardiaque (IC) afflige non seulement un nombre croissant de femmes, mais également leur partenaire de vie. Ces couples doivent affronter de nombreuses difficultés inhérentes à cette maladie chronique qui peuvent les amener à faire preuve de résilience familiale.

Le but de cet article est de proposer une conceptualisation de la résilience familiale en tant que processus auprès de ces couples. L'approche par théorisation ancrée a été préconisée comme outil de méthodologie. Les données ont été recueillies à l'aide d'entrevues semi-structurées conjointes auprès de treize couples, d'un questionnaire sociodémographique et de notes de terrain.

Les résultats montrent que le choc auxquels les couples font face en raison du lot de bouleversements liés à l'IC perturbe à jamais leur vie conjugale. Devant cette situation déplorable, ils rebondissent, selon la première perspective de la résilience familiale, en faisant face au choc de façons individuelle et conjugale. Au plan individuel, les membres se prennent en main tout en conservant leur propre autonomie alors qu'au plan conjugal, ils tendent à préserver à la fois leur autonomie et leur complicité à travers l'expérience liée à l'IC. Selon la seconde perspective, les couples rebondissent, cette fois, en ressortant grandis, et ce, en découvrant de nouvelles façons de faire et en donnant un sens à leur expérience.

Les connaissances découlant de la conceptualisation proposée de la résilience familiale favoriseront, chez les professionnels de la santé, une meilleure compréhension de ce processus, ce qui contribuera au renouvellement des pratiques.

Tous droits réservés © Réseau International sur le Processus de Production du Handicap, 2011

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

Le processus de résilience familiale au sein de couples dont la femme est atteinte d'insuffisance cardiaque

LYNE CAMPAGNA¹, FRANCINE GRATTON², SYLVIE COSSETTE²

¹ Département des Sciences infirmières, Université du Québec à Trois Rivières

² Faculté des Sciences infirmières, Université de Montréal

Article original • Original Article

Résumé

D'année en année, l'insuffisance cardiaque (IC) afflige non seulement un nombre croissant de femmes, mais également leur partenaire de vie. Ces couples doivent affronter de nombreuses difficultés inhérentes à cette maladie chronique qui peuvent les amener à faire preuve de résilience familiale.

Le but de cet article est de proposer une conceptualisation de la résilience familiale en tant que processus auprès de ces couples. L'approche par théorisation ancrée a été préconisée comme outil de méthodologie. Les données ont été recueillies à l'aide d'entrevues semi-structurées conjointes auprès de treize couples, d'un questionnaire sociodémographique et de notes de terrain.

Les résultats montrent que le choc auxquels les couples font face en raison du lot de bouleversements liés à l'IC perturbe à jamais leur vie conjugale. Devant cette situation déplorable, ils rebondissent, selon la première perspective de la résilience familiale, en faisant face au choc de façons individuelle et conjugale. Au plan individuel, les membres se prennent en main tout en conservant leur propre autonomie alors qu'au plan conjugal, ils tendent à préserver à la fois leur autonomie et leur complicité à travers l'expérience liée à l'IC. Selon la seconde perspective, les couples rebondissent, cette fois, en ressortant grandis, et ce, en découvrant de nouvelles façons de faire et en donnant un sens à leur expérience.

Les connaissances découlant de la conceptualisation proposée de la résilience familiale favoriseront, chez les professionnels de la santé, une meilleure compréhension de ce processus, ce qui contribuera au renouvellement des pratiques

Mots clés : Résilience familiale, couples, insuffisance cardiaque

Ce texte propose une conceptualisation de la résilience familiale en tant que processus. Cette conceptualisation découle d'une étude qualitative menée auprès de couples dont la femme est atteinte d'insuffisance cardiaque (IC). Aujourd'hui, cette maladie chronique est bien connue comme le dernier stade de l'évolution progressive de toutes les maladies cardiaques (American Heart Association, 2009; Macabasco-O'Connell, Crawford, Stotts, Stewart et Froelicher, 2010). Elle touche plus de 500 000 canadiens auxquels s'ajoutent annuellement plus de 50 000 nouvelles personnes diagnostiquées (Ross et al., 2006). De ce nombre, les femmes représentent près de la moitié des personnes atteintes (Hsieh et Pina, 2009). Dans les faits, l'IC afflige non seulement les femmes à un âge plus avancé mais aussi les membres de leur famille comme leur conjoint souvent tout aussi âgé. De plus, on reconnaît de plus en plus que l'expérience des femmes diffère de celle de leur homologue masculin. Quant à l'expérience de leur conjoint et celle en tant que couple, celles-ci demeurent peu abordées dans les écrits. Néanmoins, les couples constitués d'une femme atteinte d'IC doivent affronter de nombreuses difficultés voire de grands défis inhérents à une maladie chronique telle l'IC, ce qui les incite à s'engager dans un processus de résilience familiale. Précisons que la résilience familiale réfère à l'habileté des couples/familles à rebondir en faisant face efficacement à des situations de vie très déplorables tout en ressortant plus forts et avec davantage de ressources pour poursuivre leur développement (Anaut, 2003; Simon, Murphy et Smith, 2005; Walsh, 2006).

Dans notre recherche pour mieux comprendre la résilience familiale en tant que processus, privilégier une approche par théorisation ancrée s'avère particulièrement appropriée lorsque l'étude vise la compréhension approfondie et l'interprétation d'un processus social complexe (Strauss et Corbin, 2004). De plus, une telle approche qualitative favorise aussi l'étude de phénomènes peu connus (Malo, Grenier et Gratton, 2006; Walker et Myrick, 2006) tout comme elle permet l'étude de problèmes tels

que perçus par les familles (Wuest, 2007). En théorisation ancrée, la collecte de données empiriques est concomitante à l'analyse des données (Strauss et Corbin, 2004). Dans la présente étude, les données empiriques ont été collectées à l'aide d'entrevues semi-structurées conjointes auprès de douze couples dont la femme était suivie dans une clinique externe spécialisée dans le domaine de l'IC tenue dans un centre hospitalier régional au Québec, de notes de terrain et d'un questionnaire sociodémographique. Comme le suggèrent Strauss et Corbin (2004), nous avons privilégié ces diverses sources de données, et ce, jusqu'à (idéalement) la saturation des données. De plus, toujours à l'instar de l'approche de Strauss et Corbin (2004), nous avons eu recours à l'échantillonnage à fin théorique de façon à maximiser les opportunités de comparer les situations les unes avec les autres. Ainsi, l'échantillon de notre étude est constitué de couples qui présentent une variété d'expériences liées à l'IC. Notons qu'au sein des couples de l'échantillon, certaines femmes sont sensiblement plus restreintes que d'autres sur le plan physique en raison de l'IC alors que d'autres sont plus jeunes. Elles rapportent diverses étiologies liées l'IC : les unes plus communes telles l'infarctus, la valvulopathie, la fibrillation auriculaire et celles d'origine inconnue, contrairement aux autres étiologies moins fréquentes, telles les séquelles d'un traitement de chimiothérapie et les conséquences possibles d'une grossesse. Certains couples vivent en milieu rural tandis que d'autres vivent en milieu urbain et, par le fait même, plus à proximité du centre hospitalier régional. Des autres caractéristiques de l'échantillon, on retient la durée de la relation des couples rencontrés variant entre 5 et 59 ans pour une médiane de 48 ans. La moyenne d'âge chez les femmes atteintes d'IC et celle chez les conjoints sont de 68 ans. Il importe aussi de souligner que plusieurs des membres des couples sont affectés par divers problèmes de santé chroniques tels le diabète, l'hypertension artérielle, l'arthrose, et ce, pour n'en donner que quelques exemples. Six des douze femmes sont porteuses d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur cardiaque et deux autres ont vécu un cancer du sein. Autant de caractéristiques et



d'expériences conjugales qui enrichissent les données collectées. Parallèlement, nous avons adopté le processus analytique proposé par Strauss et Corbin (2004) qui comporte les trois types de codification : ouverte, axiale et sélective. De manière à faciliter tout ce processus analytique, nous avons eu recours aux logiciels QSR Nvivo et FreeMind pour les aspects techniques de l'analyse et à l'outil clé de l'approche par théorisation ancrée, soit la matrice conditionnelle, pour l'élaboration de la proposition théorique de la résilience familiale en termes de processus.

De l'analyse de l'ensemble des données, il ressort que l'expérience de l'IC s'avère définitivement empreinte d'importants bouleversements et difficultés ou de grands défis pour les couples dont la femme souffre d'IC. D'ailleurs, ils s'apparentent grandement à ceux dégagés dans les écrits scientifiques. En somme, dès la manifestation des premiers symptômes précurseurs menant au diagnostic de l'IC, les couples sont vite et quotidiennement confrontés aux bouleversements encourus par la chronicité de cette maladie cardiaque. L'instabilité de la condition cardiaque des femmes, les atteintes à la santé physique des conjoints, la somme d'énergie considérable liée au suivi médical et l'épuisement des ressources familiales et communautaires sont quelques exemples de bouleversements. En réalité, ceux-ci surviennent sur les plans physique, instrumental, psychologique et social de la vie conjugale en plus d'être étroitement liés les uns aux autres. Pour faire face à cette situation de vie déplorable et difficile, les couples aux prises avec l'IC de la femme sont appelés à s'engager dans un processus de résilience familiale. À la lumière de notre conceptualisation de la résilience familiale en tant que processus, nous reconnaissons un rebondissement conjugal qui inclut deux perspectives : la première consiste à *faire face à l'IC* et la seconde permet aux couples de *ressortir grandis* de leur expérience empreinte de difficultés.

Dans la première perspective de la résilience familiale, le rebondissement conjugal se traduit par l'actualisation de diverses stratégies, tant individuelles que conjugales, afin de faire face

à l'IC de la femme. Sur le plan individuel, les membres se prennent en main tout en conservant leur propre autonomie. Pour ce faire, les femmes prennent, d'une part, le contrôle de l'IC et de ses manifestations et, d'autre part, soin de leur personne. Prendre le contrôle de cette maladie cardiaque découle de l'urgence d'agir des femmes pour contrer, dans la mesure du possible, les nombreux bouleversements encourus par l'IC. À ce sujet, une participante énonce avec conviction : « Elle [la maladie] va finir par avoir le dessus sur nous autres, mais là, on prend le dessus, (...) pour tout de suite, on est capable [de] la contrôler ». Plus concrètement, cette stratégie individuelle incite les femmes à gérer leur énergie, à se responsabiliser et à découvrir des astuces face à l'IC. Par exemple, recourir à une bonne gestion de leur énergie permet à celles-ci de vaquer, selon leur condition cardiaque, le plus normalement possible à leurs activités de la vie quotidienne (AVQ), tel le rituel précédant le sommeil. Pour la découverte d'astuces favorables au maintien de leur autonomie, les femmes font preuve d'une grande créativité comme s'asseoir sur une chaise à roulettes pour passer la balayeuse. Quant à la seconde stratégie individuelle, les femmes s'efforcent de prendre soin de leur personne sur les plans physique et psychologique. Parallèlement, les conjoints privilégient une seule et unique stratégie individuelle propice à la résilience familiale, soit de s'ouvrir à d'autres façons de faire, notamment en s'impliquant dans la réalisation de certaines tâches ménagères assumées avant l'IC par leur conjointe.

Toujours selon la première perspective de la résilience familiale qui est de *faire face à l'IC*, les couples souhaitent préserver leur autonomie et leur complicité à travers l'expérience de l'IC. Au fil du temps, ils utilisent une panoplie de stratégies qui relèvent, cette fois, des couples en tant qu'entité. Fortes de leur ancrage dans les données, deux stratégies conjugales propres au *faire face à l'IC* sont répertoriées et chacune d'elles s'actualise essentiellement par d'autres stratégies conjugales. Pour la première stratégie, soit celle de prendre soin de leur relation conjugale, les couples font place à la réciprocité du prendre soin. Cette

dernière se traduit par le prendre soin de diverses provenances des femmes atteintes d'IC, des conjoints et des couples en tant qu'entité. Sur le plan masculin, les conjoints procurent les soins nécessaires à l'endroit de la femme, font en sorte de respecter son rythme et l'encouragent à faire face à l'IC. Les propos d'un conjoint en témoignent : « Elle prend du mieux enfin (...) Mais elle, dans sa tête, elle s'imaginait qu'elle n'en prenait pas de mieux. Ça prend de l'encouragement pour y faire comprendre que ça [ne] pouvait pas revenir du jour au lendemain ». Sur le plan féminin, les femmes se soucient de la santé de leur conjoint, et ce, en dépit de la précarité de leur condition cardiaque. De plus, elles lui expriment leur reconnaissance pour tous les efforts faits et les soins prodigués à leur endroit comme l'illustre le propos d'une participante : « Chapeau, je suis contente parce que je n'aurais pas pensé avant qu'il [son conjoint] aurait pris bien soin de moi de même ». Finalement, sur le plan conjugal, les membres des couples ajoutent sans hésitation un brin d'humour tout comme ils mettent, de part et d'autre, de l'eau dans leur vin. Conséquemment, la réciprocité du prendre soin s'observe. Par exemple, le fait que la femme exprime ouvertement à son conjoint sa reconnaissance pour les soins reçus ne peut qu'encourager celui-ci à poursuivre en ce sens et réciproquement le fait que le conjoint prodigue des soins à sa conjointe amène cette dernière à lui exprimer toute sa reconnaissance. Pour la seconde stratégie conjugale, soit solidifier et réitérer l'autonomie des couples, l'utilisation certaine de cette stratégie passe d'une part, par s'ouvrir aux ressources familiales et communautaires et, d'autre part, par doser la place laissée à l'IC dans les conversations. À ce sujet, le récit d'un couple en est un bel exemple : « On se le dit des fois, c'est assez de parler de maladies. (...) On a comme un besoin d'en parler. Mais parler rien que de ça, c'est cela qu'il faut comprendre ». Somme toute, il revient à chaque couple de prendre soin de leur relation en faisant place à la réciprocité du prendre soin de même que de solidifier et réitérer leur autonomie conjugale en dosant ensemble la place laissée à l'IC et en s'ouvrant aux ressources familiales et communautaires de manière à préserver à la

fois leur autonomie et leur complicité conjugales à travers l'expérience et, par le fait même, *faire face à l'IC*.

Dans la seconde perspective de la résilience familiale en tant que processus, le rebondissement conjugal se traduit, cette fois, uniquement par des stratégies conjugales en vue de *ressortir grandis d'une expérience si empreinte de difficultés comme l'IC*. Pour ce faire, les couples découvrent de nouvelles façons de faire et donnent un sens à leur expérience liée à l'IC. Des stratégies privilégiées, on reconnaît que s'adonner ensemble à des activités revisitées soit une autre stratégie favorable au prendre soin de leur relation conjugale. Il est bien établi qu'au sein des couples, toutes leurs activités sont grandement affectées par l'avènement de l'IC. Ainsi, pour bien prendre soin de leur relation conjugale tout au long de l'expérience avec l'IC, ils s'efforcent de revisiter chacune de leurs activités, et ce, afin de continuer à s'y adonner ensemble malgré les bouleversements de cette maladie chronique. À cette fin, les couples en viennent notamment à apporter des ajustements à leurs activités conjugales. Les nombreux ajustements encourus ont trait aux activités de vie quotidienne (AVQ) et aux activités conjugales proprement dites. En matière des AVQ, qu'il s'agisse de la préparation des repas ou de l'entretien ménager, leur réalisation est, pour ces couples, beaucoup plus qu'une simple et nouvelle affectation des tâches quotidiennes qui ne peuvent plus être assumées, en partie ou entièrement, par les femmes en raison de la précarité de leur condition cardiaque. Il appert que l'affectation des tâches afférentes aux AVQ est, en quelque sorte, régie par les valeurs traditionnelles adoptées par les couples. Rappelons que la plupart de ces couples cumulent un nombre considérable d'années de vie commune et que plusieurs des AVQ étaient assumées traditionnellement par la femme. Au fil des ans, les femmes se faisaient un devoir de prendre l'entière responsabilité des AVQ pour se sentir dignes du rôle qui leur était attribué au sein du couple. En ce sens, une participante relate : « Une femme qui travaille pas en dehors comme moi là, j'avais pas besoin de lui [son conjoint] dans la maison (...) j'avais le temps de



faire ça [les AVQ]. Jamais que je lui ai demandé de faire ça, ce n'était pas un besoin pour moi ». De plus, les propos d'une autre femme illustrent bien à quel point ces valeurs peuvent être très ancrées chez certains couples : « Je ne suis pas capable [de laisser les autres faire ses choses], je n'ai pas été habituée de même ». En effet, il s'avère tout aussi difficile pour les femmes de laisser leur conjoint accomplir leurs tâches et d'accepter un rôle de pure observatrice. Il en est de même pour les conjoints qui vivent difficilement devoir, non seulement s'acquitter de ces tâches quotidiennes, mais de les réaliser de la même façon que leur conjointe. Des propos colorés d'humour en témoignent comme ceux relatés par un couple : « Du ménage, nous autres [conjointes], on ne voit pas ça de la même manière [rires]. Elle [sa conjointe] voit la poussière avant moi. (...) Des fois, je suis un peu achalante sur ce côté-là, puis après ça, il [conjoint] le fait ». Il importe de souligner, une fois de plus, que le nombre et la portée des ajustements nécessaires reposent, en grande partie, sur la condition de santé cardiaque des femmes qui est sujette à connaître d'importantes fluctuations plus ou moins prévisibles au fil du temps, ce qui nécessite une ouverture des couples à des ajustements constants. Quant aux activités conjugales proprement dites, les couples renoncent à certaines d'entre elles, tels les voyages, pour en adopter de nouvelles qui se prêtent mieux à la condition cardiaque de la femme. Il arrive aussi qu'un ajustement dit organisationnel de l'activité conjugale permette aux couples de s'y adonner mais autrement.

Toujours selon la seconde perspective de la résilience familiale qui consiste à *ressortir grandis*, les couples arrivent à donner un sens à leur expérience liée à l'IC. Pour ce faire, ils relativisent les bouleversements encourus par l'IC en ayant recours à ces trois stratégies : dresser un bilan de la vie conjugale/familiale, adopter des leitmotiv propices et, finalement, découvrir et se laisser porter par la magie des petits-enfants. De l'ensemble des données recueillies, maints bilans de vie ressortent des récits. Plusieurs couples portent un regard sur les événements passés de leur vie qui les

amène à dresser un bilan des aspects de leur vie conjugale/familiale qui se sont avérés positifs. Il appert que les enfants sont particulièrement ciblés dans certains bilans de vie. À ce sujet, un couple rapporte : « Nous autres, on a été chanceux (...). On n'a pas eu de misère avec nos enfants. On a eu la maladie mais cela n'est pas la faute de personne ». Qui plus est, certains bilans de vie dressés incitent des couples à se comparer à d'autres couples qui connaissent aussi des expériences difficiles. Du nombre des stratégies conjugales qui permettent de relativiser les bouleversements de l'IC, adopter des leitmotiv propices est fortement prisé par ces couples. Forts de leur ancrage dans les récits conjugaux, quatre leitmotiv sont retenus : accepter avant tout la maladie, vivre au jour le jour, prendre les bons côtés des choses et avoir les épreuves auxquelles on est capable de faire face. Un couple en témoigne ainsi : « C' [l'IC] était à arriver, (...) puis je me dis, (...) c'est ce qu'on a à vivre, on le vit parce qu'on est capable de le vivre, (...) on est capable de passer au travers. (...) Il y en a d'autres qui nous surveillent en haut ». Ainsi, les couples se sentent plus confiants pour affronter ensemble la panoplie des bouleversements engendrés par l'IC, et ce, tout au long de leur expérience. Finalement, découvrir et se laisser porter par la magie des petits-enfants se veut la dernière stratégie favorable pour relativiser les bouleversements de l'IC. Il faut dire que les couples aux prises avec l'IC de la femme n'ont pas tous le privilège d'avoir des petits-enfants à chérir. Or, les couples, privilégiés par la présence de ceux-ci dans leur entourage, n'hésitent aucunement à avoir recours à cette stratégie conjugale. D'ailleurs, durant l'entrevue conjointe, c'est avec une fierté indescriptible que plus d'un couple nous a montré une photographie de leurs petits-enfants, ce qui nous permettait de saisir leur apport précieux dans leur expérience avec l'IC. Ce fut notamment le cas d'un conjoint qui est allé chercher la photographie ainsi que de sa conjointe qui commente ainsi : « C'est nos adorations qui nous aident de vivre. (...) Ça te donne le coup de pouce pour que tu fasses un effort pour te remettre debout. (...) On est chanceux, c'est de l'amour en bonbon ces deux p'tits gars ». Que peut-on ajouter de plus pour décrire la

magie des petits-enfants au sein des couples dont la femme est atteinte d'IC?

En résumé, les couples dont la femme est atteinte d'IC sont confrontés à une situation de vie très défavorable qu'est la survenue de ce qui peut être vécu comme un choc encouru par le lot de bouleversements et de défis liés à cette maladie cardiaque chronique. Engagés dans le processus de résilience familiale, ces couples rebondissent, selon la première perspective, en *faisant face* à ce choc de deux façons. L'une, mise en place par chaque membre des couples, consiste à se prendre en main tout en assurant sa propre autonomie tandis que l'autre consiste à agir ensemble en tant que couple pour préserver à la fois leur autonomie et leur complicité à travers l'expérience de l'IC. Quant à la seconde perspective, les couples rebondissent, cette fois, en *ressortant grandis*, et ce, en découvrant de nouvelles façons de faire et en donnant un sens à leur expérience liée à l'IC.

À notre avis, la conceptualisation exposée de la résilience familiale en tant que processus au sein de couples dont la femme souffre d'IC apporte une riche contribution à l'avancement des connaissances dans le domaine des sciences de la santé. Elle est, à notre connaissance, la première et unique conceptualisation du processus de résilience familiale ayant un ancrage solide dans les données empiriques recueillies auprès de cette clientèle cardiaque. Cet apport devrait aider les professionnels de la santé à mieux comprendre ce processus et contribuer au renouvellement des pratiques auprès des couples aux prises avec l'IC chez la femme.

Références

- AMERICAN HEART ASSOCIATION. (2009). Heart Disease and Stroke Statistics- 2009 Update. *Circulation*, 119, e21-e181.
- ANAUT, M. (2003). *La résilience : surmonter les traumatismes*. Paris: Nathan.
- HSICH, E., ET PINA, I. (2009). Heart failure in women. *JACC*, 54 (6), 491-498.
- MACABASCO-O'CONNELL, A., CRAWFORD, M. H., STOTTS, N., STEWART, A. ET FROELICHER, E. S. (2010). Gender and racial differences in psychosocial factors of low-income patients with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute & Critical Care*, 39, 2-11.
- MALO, D., GRENIER, R. ET GRATTON, F. (2006). L'intégration des soins infirmiers auprès de personnes âgées fragiles vivant à domicile. *Recherches qualitatives*, 26 (1), 154-180.
- ROSS, H., HOWLETT, J., ARNOLD, J. M. O., LIU, P., O'NEILL, B. J., BROPHY, J. M., ET AL. (2006). Treating the right patient at the right time: Access to heart failure care. *Canadian Journal of Cardiology*, 22, 749-754.
- SIMON, J. B., MURPHY, J. J. ET SMITH, S. M. (2005). Understanding and fostering family resilience. *Family Journal : Counseling and Therapy for Couples and Families*, 13, 427-436.
- STRAUSS, A. ET CORBIN, J. (2004). *Les fondements de la recherche qualitative : Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée* (Traduction de M.-H. Soulet). Suisse: Academic Press Fribourg.
- WALKER, D. ET MYRICK, F. (2006). Grounded theory: An exploration of process and procedure. *Qualitative Health Research*, 16, 547-559.
- WALSH, F. (2006). Foundations of a family resilience approach. Dans F. WALSH (Éd.), *Strengthening family resilience* (2 éd., pp. 3-26). New York: The Guilford Press.
- WUEST, J. (2007). Grounded theory: The method. Dans P. L. MUNHALL (Éd.), *Nursing research: A qualitative perspective* (4 éd., pp. 239-272). Boston: Jones & Bartlett.

