

Concepts

Patricia Pâme¹, Jean-Marc Josset²,
Pierre Gutermann³

¹ Médecin Généraliste et de santé communautaire, Lab atlans, 75 008, Paris

² Socio-économiste, Lab atlans, 75 008, Paris – RITM – Université Paris-Saclay

³ Professeur de philosophie, Lab atlans, 75008 Paris

Correspondance : P. Pâme
p.pame@atlans.eu

Résumé

Cette étude explore le sentiment de culpabilité (SdC) chez les professionnels de santé, en mettant en lumière comment ce sentiment est relié à un cadre intégré de la relation de soin. Basée sur 24 entretiens, l'étude montre que les soignants internalisent des normes rigides qui, lorsqu'elles sont transgressées, génèrent un sentiment de culpabilité. Ce cadre normatif impose des attentes irréalistes, telles que l'infailibilité et le sacrifice personnel. En réponse, les soignants développent des stratégies comportementales, parfois adaptées et parfois compensatrices comme la rationalisation pour tenter de gérer cette contradiction. L'étude suggère de différencier le sentiment de culpabilité de sa dimension moralisatrice, afin qu'il devienne un indicateur clé pour s'ajuster à ses propres limites. De cette manière, il pourrait servir de protection face à la souffrance quotidienne inhérente au métier de soignant.

• Mots-clés

culpabilité ; soignants – normes professionnelles ; émotions ; bien-être psychologique

Abstract. Mea culpa, mea culpa, mea maxima culpa. The feelings of guilt among caregivers

This study explores the feeling of guiltiness among healthcare professionals, highlighting how this feeling is linked to an idealised framework of the healthcare relationship. Based on 24 interviews, the study shows that care givers internalize rigid norms which, when transgressed, give rise to feelings of guiltiness. This normative

Mea culpa, mea culpa, mea maxima culpa – Le sentiment de culpabilité chez les soignants

« Au lendemain d'une infiltration à un genou, je me suis rendu compte – comme saisie en plein vol –, que j'avais littéralement bourré ma consultation et avais 5 visites à domicile en sus, alors que 48 heures de repos sont recommandées après ce type de geste. De quoi cet agenda indigeste était-il le signe ? Eurêka ! Il ne m'avait pas été possible de rester deux jours chez moi d'affilée : je n'étais pas malade, c'était un jour de trop. Je devais me racheter, et contrebalancer cette culpabilité sourde que j'éprouvais en revenant au plus vite auprès de mes patients ».

Introduction

Culpabilité et sentiment de culpabilité (SdC)

Il convient d'abord de situer le sentiment de culpabilité (SdC), dont le présent article est l'objet, en regard de la culpabilité. La culpabilité est souvent mise en rapport avec la morale religieuse dont l'influence se fait sentir même dans les sociétés laïques, ne serait-ce que par l'influence des us et coutumes [1]. On retrouve approximativement la même définition, associée au concept de *Surmoi* dans le champ psychanalytique [2].

Malgré la diversité des approches selon les auteurs, de Saint Augustin à Paul Ricœur, et des disciplines (voir par exemple le recensement effectué par B. Berthe [3]), on peut proposer une définition communément admise : « La culpabilité est un état associé à un événement ou un comportement dont les conséquences sont ressenties négativement. C'est l'expérience individuelle ou collective d'une contradiction avec un système de normes et de valeurs ».

Nous considérons ici le SdC [4] comme étant le signal d'alerte, incorporé, de cette contradiction. En ce sens, nous ne traitons pas ici des événements, mais des commentaires mentaux et émotionnels qui leur sont associés : « J'aurais dû agir comme ceci », « Je ne devrais pas penser cela ».

Pourquoi et comment s'intéresser au sentiment de culpabilité ?

Pour répondre, commençons par nous demander comment les normes sociales peuvent modeler le comportement. Pour P. Bourdieu [5], l'intériorisation¹ des normes s'inscrit dans le corps. Bourdieu les compare d'ailleurs à un entraînement sportif, c'est-à-dire jusqu'à ce que par la répétition le geste devienne automatique, « pré-réfléchi ». Ainsi la norme – l'*habitus*

1. Terme que Bourdieu remplacera progressivement par « incorporation » dans ses écrits.

framework imposes unrealistic expectations, such as infallibility and self-sacrifice. In response, care givers develop behavioural strategies, sometimes adapted and sometimes compensatory, such as rationalization, in an attempt to manage this contradiction. Finally, the study suggests that guilt should be separated from its moralizing overhang and could be used as a powerful reference point for adapting (to) one's own limitations.

• **Key words**

guilt; caregivers; professional review organizations; emotions; psychological well being

doi : 10.1684/med.2024.1036

selon son vocabulaire – s’inscrit dans le corps et devient indécélable à une réflexivité mentale.

Le SdC surgit quand la norme est contrariée par la situation. Pourrait-on dire que cette contradiction agit comme un signal puissant qui mettrait en pleine lumière un processus habituellement non perçu ?

Dans une approche goffmanienne [6], nous allons rechercher les situations qui révèlent l’action des normes dans l’interaction des individus avec leur milieu. Nous allons commencer par relever des moments qui font surgir ce sentiment de culpabilité puis nous essayerons d’en déduire les contours des normes qui structurent le comportement des soignants. Dans un deuxième temps, nous verrons les réponses comportementales poussées par la norme, ainsi que leurs compensations.

Méthode

Entre novembre 2023 et janvier 2024, nous avons mené 24 entretiens semi-structurés, réalisés lors de rencontres informelles avec des professionnels de santé, afin d’explorer leur perception du sentiment de culpabilité dans leur pratique quotidienne, en excluant les situations graves.

Les participants, âgés de 30 à 70 ans, étaient principalement des médecins (11), des pharmaciens (6) et des professionnels paramédicaux (7), ce qui nous a permis d’effectuer une triangulation des données entre ces différentes catégories professionnelles.

Les entretiens, enregistrés (audio) puis intégralement retranscrits, ont été analysés à l’aide d’une codification thématique inductive, permettant de faire émerger les principaux thèmes directement à partir des données (logiciel CATMA 7). Cette approche a été enrichie par l’intégration de certains thèmes issus de la littérature précitée, afin de garantir une analyse plus complète. Les noms des participants ont été pseudonymisés pour garantir la confidentialité.

Résultats

Nous avons précisé en introduction que notre sujet était le SdC, les commentaires mentaux et émotionnels qui lui sont associés, et non pas l’évènement identifié comme culpabilisant.

En ce sens, le SdC peut surgir rétrospectivement, de manière détachée de ce qui le justifie à l’origine. Nous nous intéressons donc ici à ce deuxième temps du vécu (V2²) qui est celui du surgissement du SdC et non pas à sa source (V1). Ainsi par exemple, un praticien dont le travail déborde sur sa vie privée (V1) peut ressentir un sentiment de culpabilité à la suite d’une remarque ultérieure d’un de ses proches (V2). Nous nous intéresserons donc tout d’abord à cet évènement déclencheur du V2 : qu’est ce qui peut déclencher un sentiment de culpabilité ? Dans notre étude c’est la rencontre d’un « révélateur » (comme une remarque voire une accusation portée par un interlocuteur) et d’un « révélé » : contradiction, conflit intérieur qui se répète ; essayer de tenir une image idéalisée de son rôle, nier ses limites physiques ou émotionnelles, ne pas savoir concilier vie professionnelle et vie privée en allant jusqu’au sacrifice, ou à la dépendance affective dans la relation de soin.

2. V1, V2 nous utilisons ici les temps de l’expérience et de son rappel tels que défini par le psychologue P. Vermersch [7].

Rex gloriae : une image idéale trop lourde à porter

Commençons par voir les contradictions révélées par le SdC, et tout d'abord le déni face à la fatigue et à la maladie. Pour les personnes interrogées, il paraîtrait qu'un soignant ne doit pas être malade, fatigué, ou irrité. La fatigue n'est admise qu'à contrecœur et semble devoir être justifiée par des conditions particulières comme l'âge pour certains ou bien la maladie, altérant une capacité de travail pourtant considérable comme l'illustrent deux exemples :

« Mais je culpabilise de pas travailler et voilà. Et des fois mon mari me dit "tu ne t'arrêteras jamais de travailler" et je dis "si, si, si". Parce qu'aujourd'hui j'ai conscience que je suis fatiguée, je suis plus âgée et que je suis fatiguée. Voilà ». (Hannah)

« J'ai développé récemment le post-Covid inflammatoire chronique avec des douleurs avec de la fatigue, avec plein de choses qui m'enquiquinent. Je suis habituée à bosser beaucoup (...) quand on me demande quelque chose, je le fais... mais j'y arrive plus, je... J'arrive plus à m'investir comme je m'investissais ». (Marthe)

On voit que « l'aveu » n'est pas simple ; plusieurs récits sur la maladie sont d'ailleurs détournés pour montrer comment le soignant arrive à surmonter des affections douloureuses ou handicapantes : la faiblesse avouée se transforme alors en force exemplaire.

« Moi je me suis fait opérer. Le lendemain, j'ai travaillé avec mes Redons. Ouais, je suis capable de faire ça, et en forme ! Donc j'ai mis un gros pull, c'était une chirurgie abdominale. Pas très grave mais bon. Sauf que quand même j'avais une anesthésie générale et puis j'ai mis mon pull, j'ai caché, j'ai scotché. J'ai scotché mes Redons avec du sparadrap ». (Ester)

Pas plus que son corps ne devrait le limiter, le mental du soignant ne devrait souffrir de réactions psychologiques ; tout ce qui est ressenti comme faiblesse (énervement, procrastination...) est la manifestation d'une contradiction avec laquelle le sujet se débat. Ainsi Pierre s'en veut d'avoir ressenti de l'agacement face à une personne désagréable et Myriam se débat face à des tâches administratives qui lui pèsent.

« Il m'est arrivé effectivement de raccrocher. Et après de se dire "Bon reprends toi, et l'ambulance est en route, elle arrive"... » (Pierre)

« J'en ai beaucoup par rapport aux papiers administratifs à remplir pour les patients. Par exemple les demandes d'AH les demandes de renouvellement de papiers pour la préfecture ». (Myriam)

Agnus dei, miserere nobis : l'esprit de sacrifice

Du dépassement de soi au sacrifice, il n'y a qu'un pas. Ce thème du sacrifice se développe sur une opposition : le côté sacré du travail d'une part et le côté humain de ce qui est sacrifié (les repas, la famille, le repos, les loisirs).

« Je suis remplacée tel jour mais en fait je culpabilise, je me dis je vais ramener du boulot à la maison parce que normalement je devais travailler ce jour-là alors que finalement non ». (Hannah)

« J'ai mes visites à domicile où combien de fois ça m'arrive de ne pas manger pour faire mes visites parce que je culpabilise de ne pas les avoir faites tel autre soir à tel autre moment ». (Luc)

Ainsi le « cadre sacré » du soin est sans cesse renforcé par les sacrifices faits en son nom. Ce phénomène peut être compris à travers le principe de rétroaction en psychologie, où une action initiale de « sacrifice » augmente la probabilité de comportements similaires à l'avenir en raison de la valorisation accrue de l'effort investi [8].

Ecce traditur... La trahison des patients

Nous venons de voir les efforts des soignants pour se conformer à une image idéalisée de leur fonction et d'eux-mêmes dans la fonction, mais cette ambition, ils l'exigent également de leurs interlocuteurs. Ainsi le patient devrait toujours être conscient et reconnaissant des efforts faits pour lui... Mais parfois il ne l'est pas, il y a alors une forme d'injustice de l'ordre de la trahison ressentie par le soignant.

« C'est un patient avec qui je passe beaucoup de temps et pour son confort et son bien-être. Plus que je ne devrais... une fois où j'avais une urgence, et je le lui ai dit, je suis partie en urgence, et ce patient-là, il m'a fait la tête. Et du coup, après, j'étais dans l'inconfort de la prise en charge ». (Rachel)

Il y a de nombreux autres exemples de « déloyauté » dans les récits qui montrent à quel point la reconnaissance des patients est un point sensible dans la relation de soin. La plus marquante est celle arrivée à Simon qu'un patient accuse à demi-mots d'avoir manqué quelque chose dans son diagnostic (ce qui amène Simon à rechercher dans ses dossiers pour vérifier que ce n'était pas le cas).

« C'est un patient qui a essayé de me culpabiliser... qui à un moment a fait en fait un carcinome intra... dans le nez et qui me dit : "Oui docteur, je vous l'avais dit" ». (Simon)

Ex nostris actibus... Les conséquences

Même si dans notre introduction nous avons distingué la situation (ou le comportement) culpabilisante du sentiment de culpabilité, le SdC n'est cependant pas sans objet, et il y a bien des conséquences réelles à certains comportements ; le comportement le plus courant que nous avons appelé « sacrifice », s'étend aussi à la famille du soignant, qui passe parfois au second plan. Le report de la charge de travail sur les collègues relève plutôt de cas particuliers, comme celui des patients lésés par une phobie administrative.

« Je pense que c'est mon mari qui me dit stop quoi. Il me dit... Des fois ça empiétait, les enfants me l'ont dit des fois. Bah pendant la période Covid par exemple où là j'étais en bloc tout le temps, en me disant "Bah tu es avec nous quoi" ». (Hannah)

« Mais néanmoins, c'est extrêmement compliqué par rapport à soi-même par rapport à ma hiérarchie et par rapport aux collègues, clairement là je suis allée à la médecine du travail ». (Marthe)

« C'est ce qui est, ce qui peut être très délétère pour le patient parce qu'on prend du retard, par exemple pour les remplissages de demandes de renouvellement de papiers à la préfecture, on a un mois pour que le patient puisse envoyer son dossier à l'OFI et autrement il faut qu'il retourne chercher les papiers à la préfecture ». (Myriam)

On peut remarquer ici l'absence d'expression de l'impact d'un travail parfois trop envahissant sur leur propre santé.

Accommodare aut mori... Les réponses adaptatives

Maintenant que nous avons établi, sinon les raisons, tout au moins les conditions de l'apparition du sentiment de culpabilité, voyons ce qu'il provoque chez les personnes concernées. Selon les références que nous avons relevées initialement, le SdC devrait pousser à se conformer aux règles imposées par le milieu, et effectivement plusieurs personnes évoquent la mise en place de stratégies adaptatives.

« Je parlais justement de la mise en place de stratégies peut-être d'une manière un peu inconsciente pour se protéger des culpabilisations... Sauf les certificats médicaux d'absence ça, mais je dirais que tout certificat qui n'est pas obligatoire ou urgent et tous les MDPH, je demande au patient de me les laisser de manière que j'ai du temps pour y réfléchir, mais je ne le fais plus dans l'urgence ». (Simon).

« J'essaie de rationaliser le truc, je me dis ce mois-ci je ne prends pas plus de tant de nouveaux patients ». (Marc)

Mais l'adaptation n'est pas toujours possible

L'écart entre la pression normative et la situation à résoudre devient parfois trop important et il arrive que ce soit la norme qui semble céder. Face à la réalité, l'image idéale se déforme et la réponse devient plus accordée au ressenti :

« On essaie de trouver des solutions tant qu'on peut et pour aider la personne qu'on a en face de nous et puis nous quelque part aussi, de se soulager de cette culpabilité ou de cet inconfort qu'on se traînerait sinon un certain temps ». (Paul)

« Maintenant c'est pareil : je ne rajoute plus les rendez-vous le soir... et même s'ils me disent qu'ils peuvent se

libérer et qu'ils peuvent venir très tard. Moi je leur dis, "non, écoutez, j'ai une vie privée", donc ça maintenant je sais le dire aussi et ça ne me fait plus culpabiliser, je pense que ça m'a fait culpabiliser un moment ». (Luc)

Un autre cas est celui du « passage en force »

Cette fois-ci, la contradiction est réglée temporairement en forçant l'un de ses termes : « on se fait violence » ce qui peut aller dans le sens du sacrifice déjà abordé plus haut. Mais surtout, non résolue dans ce cas, la contradiction se répète régulièrement.

« Par exemple, là je me suis dit je me suis fait toute une liste tout à l'heure, je me suis fait violence en me disant maintenant voilà, tu fais ton pensum, ton devoir à la maison, tu fais ces putains de papiers. Et c'est hyper-lourd ». (Pierre)

« Il faut refaire et en fait ça c'est une charge mentale énorme. Les remplissages d'âge par exemple, alors que c'est essentiel pour le patient, je mets un temps fou à le remplir parce que ça me coûte, quoi ! ». (Myriam)

Compenset inopia... les réponses compensatrices

Quand l'action n'est pas possible (ou pas voulue), la compensation advient : pour sauver la face, on va rechercher un coupable, ou rationaliser et parfois vouloir se racheter. On joue ici sur le fil du rasoir de l'image de super héros : il n'y a pas de remise en cause, mais en confirmant des limites humaines ou physiques on évite que celles-ci soient remises en question.

« Ça m'ennuie et ça me travaille mais bon, encore une fois, je pense que "à l'impossible nul n'est tenu" ». (Paul)

« On a envie de soigner donc on a envie de toujours faire plus. Mais les journées n'ont que 24h00 ». (Marc)

Parfois l'explication du soignant est plus argumentée et ciblée. On sent que la justification s'adresse autant à soi-même qu'à son interlocuteur.

« Sachant que mon avenir était plutôt derrière moi que devant, je pensais que je pouvais en 3 jours et demi par semaine... quand même, j'assurais une présence ! ». (Pierre)

C'est la faute de l'autre

La culpabilité est mise à distance par une remise en question d'un des acteurs de la situation. Pour Jacques, c'est un nouveau directeur de structure qu'il rend responsable des situations compliquées aussi bien avec ses collègues qu'avec les personnes dont il s'occupe. Simon quant à lui, « règle ses comptes » avec le patient qui l'accusait d'avoir raté quelque chose dans son suivi médical. La question de la responsabilité n'était peut-être pas si clairement définie, ce qui montre qu'il s'agit bien

du sentiment de culpabilité et non d'une culpabilité pour ainsi dire « objective ».

« Bah j'ai eu beaucoup de mal et j'ai encore beaucoup de mal, parce que c'est quelqu'un qui ne comprend rien au travail d'équipe, qui fait tout, tout seul ». (Jacques)

« C'est un patient qui vient toujours à l'improviste, qui ne respecte jamais ses rendez-vous... à un moment si des gens ne viennent pas essayer de prendre le temps de me voir, de se poser au moins 20 minutes que je puisse faire un examen correct, je ne vais pas non plus me culpabiliser puisqu'ils font n'importe quoi ». (Simon)

Sélectionner les patients

Pour éviter accusations infondées et déloyauté des patients, le soignant essaye d'identifier les « bons patients » et les « mauvais »³. Ce choix se fait sur la base d'arguments très rationnels ou parfois un peu moins. C'est une préoccupation que l'on retrouve à de nombreuses reprises dans les témoignages.

« Quand je dois sélectionner les patients parce que j'ai passé le stock, parce qu'en ce moment on manque d'antibiotiques, de corticoïdes... ». (Matthieu)

« Parfois je me permets de refuser un nouveau patient dans ma patientèle, parce que je ne peux pas prendre tout le monde en fait ». (Marc)

Se racheter

Enfin, le rachat confirme une faute admise et assumée, tout en s'offrant une sortie honorable.

« Je pense que je vais peut-être essayer de me rattraper, (ce qui n'est pas bien) en offrant quelque chose pour Noël à son fils, ce qui est quand même peut-être l'équivalent du prix de ma culpabilité ». (Ruth)

« Combien de fois ça m'arrive de ne pas manger pour faire mes visites parce que je culpabilise de ne pas les avoir faites tel autre soir ou tel à tel autre moment ? ». (Luc)

En synthèse

En prenant le SdC comme un signal, nous nous sommes posé la question de ce qui le déclenche, de ce qu'il produit et de ce qu'il dénote du système moral intégré par les soignants. Nous avons vu qu'il révélait plusieurs choses : d'abord la difficulté à gérer une injonction à la perfection qui ne s'autorise ni faiblesse physique, ni mentale. Par ailleurs le sacrifice, ou vécu comme tel, de tout ce qui n'entre pas dans le cadre du « soin » (temps, repas, famille, vie privée), vient renforcer du même coup le poids de ce cadre prioritaire. Nous avons vu également comment l'attitude de patients ingrats ou accusateurs est vécue comme une trahison et peut mener à leur exclusion de ce même cadre.

Nous avons ensuite étudié les stratégies adaptatives en réponse au SdC. Nous avons relevé des stratégies organisationnelles, des compromis négociés avec la norme, et aussi des passages en force, qui se répètent sans pour autant résoudre la contradiction initiale. Nous avons également vu des réponses compensatrices comme la mise à distance de la contradiction par la rationalité, ou le report de la responsabilité sur autrui. Ce dernier point a été mis en rapport avec le point déjà soulevé de la sélection des patients afin de limiter les situations de contradiction.

Discussion

Beaucoup de choses ont été déjà dites et très bien exposées dans des études sur la difficulté du rôle de soignant, par exemple sous l'angle du *hidden curriculum* [10] ou des risques de *burn-out*. Notre propos est de proposer ici un autre éclairage à ces réflexions.

Nous avons ainsi relevé l'omniprésence du cadre normatif dans lequel évoluent les acteurs du soin avec ses propriétés, ses règles internes et ses frontières excluanes. Le modèle de « cadres de l'expérience » proposé par le sociologue Ervin Goffman [11] confirme la manière dont ce cadre primaire (normatif) s'impose sur les cadres secondaires (par exemple, la vie de famille) qui pourraient être mobilisés dans différentes situations. Ce modèle confirme encore la manière dont une même situation peut être interprétée différemment, soit par rejet, soit par incompréhension.

Il faut souligner aussi que ce cadre, tel qu'il est vécu par les soignants, avec ses exigences et l'esprit de sacrifice qui l'accompagne semble procéder d'une certaine morale religieuse. Rappelons que, déjà, Galien prônait la rationalité de la médecine tout en suggérant que le médecin lui-même était inspiré par les dieux [12].

Quant à la fonction adaptative de la culpabilité, elle a déjà été relevée dans plusieurs études de psychologie, suggérant qu'elle agit comme un signal interne poussant les individus à corriger leur comportement, maintenant ainsi l'intégrité éthique et la cohésion sociale [13, 14].



Conclusion pour la pratique

Considérer le SdC comme un signal d'une contradiction ouvre du moins la piste d'une position subjective et ancrée, jouant avec les limites et les frontières imposées par les cadres, sans les nier mais sans subir non plus leur exigence jusqu'au « sacrifice ».

Regardons le SdC comme le soignant a été formé à regarder, c'est-à-dire observer le symptôme sans ju-

3. Nous avons déjà dans une étude antérieure relevé « l'adaptation » des patientèles à leur médecin généraliste [9]

gement moral et le voir comme un signal à prendre en considération.

Détaché de son surplomb moral, le SdC pourra alors servir de repère puissant pour apprendre à gérer plus paisiblement ses propres contradictions, voire sa souffrance. Ainsi, le sentiment de culpabilité pourrait être une sorte de « GPS » à visée interne, un guide

pour les praticiens plutôt qu'un énième carcan de principes et de devoirs.

~ Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Robert JD, Oraison M. La culpabilité. *Rev Philos Louvain* 1976 ; 74 : 469-71.
2. Baietto M. Le sentiment de culpabilité. *Anal Freud Press* 2006 ; 14.
3. Berthe B. Le sentiment de culpabilité au travail et les sciences humaines. La richesse d'une ancienne relation. L'Harmattan, 2011.
4. Berthe B. Le sentiment de culpabilité au travail nécessaire au management des hommes. *Rev Sci Gest* 2017 ; 285-286 : 31-40.
5. Bourdieu P. *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Paris : Éditions de Minuit, 1972.
6. Goffman E. *La mise en scène de la vie quotidienne I. La présentation de soi*. Paris : Éditions de Minuit, 1973.
7. Vermersch, P. Vécus et couches des vécus. *Revue Expliciter* 2006 ; 66 : 32-40.
8. Carver CS, Scheier MF. Control theory: A useful conceptual framework for personality-social, clinical, and health psychology. *Psychol Bull* 1982 ; 92 (1) : 111-35.
9. Josset JM, Pâme P. L'épuisement de la volonté de bien faire chez les médecins. *Médecine* 2018 (3) : 134-8.
10. Galam E. Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. L'exemple de l'erreur médicale. *Presse Med* 2014 ; 43 (4, Pt 1).
11. Goffman E. *Les cadres de l'expérience*. Paris : Éditions de Minuit, 1991.
12. Boudon-Millot V. Galien et le sacré. *Bull Assoc Guill Budé Lett Hum* 1988 ; 47 : 327-37.
13. Peng W, Huang Q, Mao B, Lun D, Malova E, Simmons JV, Carcioppolo N. When guilt works: a comprehensive meta-analysis of guilt appeals. *Front Psychol* 2023 ; 14 : 1201631.
14. Scaffidi Abbate C, Misuraca R, Roccella M, Parisi L, Vetri L, Miceli S. The Role of Guilt and Empathy on Prosocial Behavior. *Behav Sci* 2022 ; 12 (3) : 64.

HIKIKOMORI

Réparer l'isolement

La docteure **Marie-Jeanne Guedj Bourdieu** éclaire avec compassion et expertise un chemin de guérison pour les jeunes reclus et leur famille.

L'autrice reprend et nous livre dans cet ouvrage **toute son expérience** et nous fait ressentir, à la hauteur de son investissement pour ces patients délaissés ce qu'elle en a retiré d'utile pour **la prévention** et **le traitement**.

Les parents marqués par la honte, hésitent souvent à demander de l'aide. Cet ouvrage se propose de leur offrir des pistes de réflexion et d'action. En reliant les différentes parties prenantes, de la famille aux intervenants, il ouvre la voie à une prise **en charge globale** qui vise à **soutenir à la fois le jeune et son environnement familial**.

Ce livre s'adresse aux professionnels qui ont besoin d'évaluer la situation par des actions **multidisciplinaires** et **intégratives**, aux familles souhaitant **identifier les signes de détresse**, **comprendre** les **mécanismes sous-jacents** et encourager des démarches vers le **rétablissement** et aussi aux jeunes.

En
savoir



librairiejle.com

Date de parution le 7 novembre 2024
14,8 X 21 cm • 248 pages • 978-2-7040-1767-6
Formats disponibles : papier • ebook
À partir de 29,99 €

JLE | doin

JLE SAS - Bât. A / 30 rue Berthollet, 94110 Arcueil, France
RCS Créteil 982 935 876 • APE : 5814Z / SIRET : 982 935 876 00010
contact@jle.com

La librairie médicale
scientifique et technique
de JLE

