



Isabelle Lombard¹,
 Voskan Kirakosyan²,
 Christine Préaubert-Sicaud³,
 Isabelle Haritchabalet⁴,
 Pauline Hergaux⁵,
 Jean-Sébastien
 Leplus-Habeneck⁶,
 Joël Ceccaldi⁷,
 Ophélie Soulié⁸,
 Laurence Digue⁹,
 Léonor Fasse¹⁰,
 Marie-Frédérique Bacqué¹¹
¹Institut Bergonié, 229,
 cours de l'Argonne,
 33000 Bordeaux, France
 <i.lombard@bordeaux.
 unicancer.fr>
²Université de Poitiers,
 Département de psychologie,
 Poitiers, France
³Infirmière d'oncologie,
 Caussade, France
⁴Centre hospitalier de Pau,
 Équipe mobile
 d'accompagnement et de soins
 palliatifs, Pau, France
⁵GHI Le Raincy-Montfermeil,
 Pôle d'oncologie-hématologie,
 Montfermeil, France
⁶Docteur en psychologie -
 psychologue clinicien
⁷Bouliac, France
⁸Institut Curie, Paris, France
⁹Onco Nouvelle Aquitaine,
 Site Bordeaux (siège social),
 Bordeaux, France
¹⁰Hôpital Gustave Roussy,
 Villejuif, Université de Paris,
 LPPS, Boulogne-Billancourt,
 France
¹¹Directrice de l'unité
 de recherche SuLiSoM,
 Université de Strasbourg,
 Strasbourg, France

Accompagner les endeuillés : un référentiel pour nous guider

Résumé

Le deuil est un processus normal qui survient après la perte d'une personne investie affectivement. Le processus du deuil s'appuie, dès le plus jeune âge, sur les différentes étapes symboliques qui construisent le lien de l'enfant à ses parents. La symbiose originelle avec la mère se transforme progressivement en une aptitude à la relation plus autonome et responsable. Ce modèle sera celui des séparations définitives ultérieures. Tout individu, retrouve dans chaque perte, les premières séparations qui ont participé à sa maturation affective. Le milieu hospitalier a toujours été confronté aux deuils. L'accompagnement des malades atteints de cancer, puis le développement des soins palliatifs ont conduit les infirmier(e)s à élargir leurs interventions aux aspects psychosociaux de la fin de la vie. La reconnaissance des manifestations du deuil, des émotions, des mécanismes d'adaptation et de défense, chez soi comme chez l'autre, permet d'améliorer la justesse de la position, de la présence et du soutien des soignants. Dans cet article, les objectifs du référentiel publié par l'Association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS), en partenariat avec la Société française de psycho-oncologie (SFPO), la Société francophone d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) et le Réseau régional de cancérologie Onco-Nouvelle-Aquitaine, sont illustrés de situations cliniques, d'articles et de livres utiles pour les soignants confrontés aux deuils des patients et des familles, ainsi qu'à leurs propres deuils.

Mots clés : deuil, processus du deuil, fin de la vie, mécanismes de défense, adaptation, complications du deuil.

Étymologiquement, le terme « deuil » provient du latin « *Dolus* » (douleur) ou « *Dolium* » (chagrin), dérivé de « *Dolere* » (souffrir).

Le deuil est un phénomène normal qui survient lors de la perte d'une personne ou d'un animal

investi affectivement. Freud le définit comme « *la réaction à une perte d'une personne aimée ou d'une abstraction venue à sa place comme la patrie, la liberté, un idéal, etc.* » [1]. Plus récemment, Leplus-Habeneck (2017) a souligné l'aspect psychosocial en proposant une définition du processus du deuil comme un « *processus dynamique réactionnel du*

Tirés à part : I. Lombard

survivant face au décès d'un proche affectivement investi dans un environnement socioculturel donné » [2].

Être en deuil correspond à l'état de l'endeuillé, veuf ou veuve, parent « désenfanté », orphelin. Il renvoie, selon Hanus, à la perte d'un « objet d'amour », dont l'acceptation passe par un travail sur soi qui est déterminé par la séparation [3]. L'endeuillé, qui a reconnu sa perte, va entamer un processus conscient et inconscient, appelé « travail du deuil ». Pour limiter la confusion possible due à l'emploi du mot travail, nous préférons parler de « processus du deuil ». Unique et singulier d'une part, il s'agit d'autre part d'un processus maturatif universel qui participe au développement de chacun [4]. C'est aussi un processus naturel et indispensable de « cicatrisation psychique » personnelle et individuelle, en interaction avec le groupe d'appartenance [5].

Dans notre société, la place et la reconnaissance du statut d'endeuillé restent complexes tant pour les personnes confrontées à la perte que pour l'entourage. Le temps psychique individuel nécessaire correspond rarement au temps social. Les endeuillés ont souvent peu de soutien. La confrontation à cette souffrance de l'autre est parfois difficile, aussi bien pour les endeuillés qui vivent la perte que pour les soignants souvent démunis pour accompagner le chagrin : vivre cette expérience sollicite de chacun beaucoup de délicatesse et d'attention.

Du côté des professionnels, les deuils que l'on porte en soi, sereins ou pas forcément « résolus », plus ou moins rémanents selon les situations vécues, les émotions non partagées, l'attachement, la complicité ou l'empathie que l'on porte à « ses » patients et à leur entourage influencent la perception des multiples deuils qui jalonnent une vie d'infirmier(e) diplômé(e) d'État (IDE). L'expérience des « années sida » et l'avènement des soins palliatifs ont contribué à mieux prendre en compte l'impact sur les soignants dans les accompagnements de situations de deuils. Une ouverture à l'expression du vécu des soignants dans ce contexte s'est faite et une prise en charge spécifique s'est développée. L'enseignement au sein des études paramédicales s'est enrichi en sciences humaines, avec des modules plus axés sur l'accompagnement et la fin de vie, ainsi que sur le concept de deuil, en particulier le deuil

anticipé et/ou ses complications, qui préparent les professionnels de santé à mieux accompagner, soutenir et venir en aide aux endeuillés.

Néanmoins, toutes ces notions étudiées en formation initiale ou continue ne suffisent pas toujours pour être « à l'aise » sur le plan de l'écoute empathique, du respect et de l'analyse de chaque situation permettant de trouver la juste distance dans chaque situation.

Savoir reconnaître les manifestations du deuil, les émotions, les mécanismes d'adaptation et de défense, chez soi comme chez l'autre, permet d'améliorer la justesse de sa position, de sa présence et de son soutien. Cela permet aussi de repérer chez soi ses propres réactions, en particulier émotionnelles, et ce qui interférerait dans la relation soignant-proches endeuillés.

C'est à partir de ces constats que nous avons souhaité élaborer ce référentiel national. Le référentiel « Deuil »¹ a été co-construit en 2018 après un appel à participation de l'Association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS), en partenariat avec la Société française de psycho-oncologie (SFPO), la Société francophone d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) et le Réseau régional de cancérologie Onco-Nouvelle-Aquitaine. Ce référentiel s'adresse à tous les professionnels et bénévoles, de ville ou en institution. Il a été publié début 2019 sur les sites des sociétés savantes et des réseaux en accès libre.

Ce référentiel fait partie d'un ensemble de référentiels interrégionaux (RIR), documents synthétiques destinés à aider la prise en charge, le diagnostic, la thérapeutique et le suivi des patients.

■ Objectifs du référentiel

Les objectifs du référentiel « Deuil » sont les suivants :

- connaître et identifier les mécanismes et les manifestations du deuil ;
- distinguer le deuil normal des complications du deuil : évaluation et échelles ;
- identifier les personnes vulnérables et prévenir les complications du deuil ;

¹ <https://www.afsos.org/fiche-referentiel/le-deuil/>

- orienter : qui, vers qui, quand, comment, et pourquoi ? ;
- apporter aux professionnels de santé des pistes de réflexion et d'action d'aide à l'accompagnement des proches endeuillés.

Nous allons illustrer les différentes parties du référentiel à partir de situations cliniques.

■ Première partie du référentiel

Après une introduction précisant ce que nous entendons par deuil, tant au niveau des définitions que des processus psychiques, la première partie illustre les manifestations psychologiques du deuil.

Madame F (70 ans) se trouve auprès de son mari qui vient de mourir d'un cancer du larynx. Elle se sent perdue, sidérée, en état de choc, ne sait qui appeler dans son entourage et pense qu'elle ne pourra plus vivre sans son conjoint. Elle dit qu' « *elle ferait mieux de le rejoindre* ». C'est le premier temps du deuil. Puis, après les funérailles, elle part chez l'un de ses fils et pense avec sa famille qu'il serait peut-être souhaitable qu'elle déménage pour se rapprocher de sa fille. C'est alors le deuxième temps, un temps d'adaptation, de réorganisation. Par cette décision, elle se sentira moins isolée et seule.

Si pour Madame F. c'est principalement le sentiment de solitude qui pèse, la perte d'un proche peut engendrer des changements à plusieurs autres niveaux (affectif, économique, social, etc.). En effet, les conséquences de la perte sont multiples : sentiment de solitude, isolement social, changements socio-économiques, remaniement identitaire, émergence de nouveaux rôles et fonctions. Selon la place du défunt dans la famille (par exemple, lorsqu'un parent ayant de jeunes enfants décède), l'ensemble de la dynamique familiale peut-être impactée.

Par ailleurs, en fonction de la culture et des rites de chacun, le deuil peut prendre différentes formes.

Les rites permettent de modifier le statut de l'individu dans son groupe social à travers un cheminement symbolique [6]. Ils ne sont pas les mêmes en fonction des cultures. Marie-Josée Tubiana (cité par Barry) évoque par exemple les rites à Madagascar : « *dans un cas, les relations de parenté prohibent le remariage* [avec la sœur de la

défunte], *dans l'autre* [lévirat] *elles y incitent* » [7]. Le mari d'une femme malgache venu en France pour que sa femme ait des soins de qualité ne voulait pas rentrer dans son pays puisque cela impliquait une union « forcée » avec la sœur de son épouse défunte.

■ Deuxième partie du référentiel

La deuxième partie de ce référentiel identifie les mécanismes et les manifestations du deuil « normal » afin de repérer les populations à risque de développer un deuil compliqué.

Madame D (88 ans) est veuve depuis six mois. Une psychologue reçoit un appel de sa fille car sa mère prépare chaque matin deux bols au petit-déjeuner et part se promener l'après-midi avec la canne et le chapeau de son mari. La fille est inquiète du comportement de sa mère. Quand la psychologue rencontre cette veuve, celle-ci lui explique qu'elle a vécu 60 ans avec son mari, qu'il lui manque beaucoup et qu'elle sait bien qu'il n'est plus là ; d'ailleurs, elle ne remplit qu'à moitié les bols et boit le contenu des deux. Elle poursuit en parlant de sa promenade journalière ; elle s'appuyait sur son mari et celui-ci s'appuyait sur sa canne... Elle a gardé la canne et le chapeau et continue leur rituel... Madame D apprécie d'échanger avec la psychologue et souhaite la revoir. Sa fille est rassurée et ne demande plus à sa mère de changer de comportement. Il est ici question d'une ritualisation profane, effectuée consciemment comme un acte de mémoire engagé à l'égard du défunt.

Une attention particulière se doit d'être portée sur les critères d'intensité, de durée, d'altération du fonctionnement psychosocial, l'objectif étant de définir les signes cliniques et la dimension pathologique possible.

Monsieur B (65 ans) a été confronté à deux décès très rapprochés : sa fille d'un cancer et sa femme d'un accident de voiture. Quatre ans plus tard, il vit dans le souvenir de ces deux êtres aimés. Son deuxième enfant n'a plus l'impression d'exister, ni ses petits-enfants. Tout tourne autour de sa fille défunte morte à l'âge de 30 ans mais qui, pour ce père, est devenue la petite « Jo » à protéger et à chérir. Monsieur B se retrouve très isolé et sa famille se sent niée et exclue. La dynamique familiale est

entachée de l'ombre des morts. Monsieur B sera pris en charge par un psychiatre et l'ensemble de la famille en thérapie familiale pendant plusieurs années. Ici, le souvenir se cristallise et perd ses possibilités d'intégration dans le processus naturel de deuil.

Il existe un continuum entre le normal et le pathologique selon les individus, les époques, les cultures, les normes, les lois et les évolutions des classifications psychiatriques [8].

Nous alertons aussi sur l'importance de ne pas pathologiser certaines manifestations bruyantes du deuil et de respecter la temporalité du deuil non pathologique tout en tenant compte des différences culturelles et culturelles. Des personnes peuvent, dans un premier temps, – surtout quand la mort n'est pas attendue ou envisagée –, présenter des manifestations qui renvoient à des symptômes pathologiques, comme la sidération, la dissociation, un état proche de la dépression grave ou l'absence totale de réaction... Insistons sur la singularité du temps à préserver pour chacun, quand bien même en dissonance fréquente entre les membres d'une même famille ou d'un même groupe. Ainsi, le facteur temps comme critère pathologique ne doit être considéré qu'au sein d'un ensemble de symptômes et jamais pris isolément.

■ Troisième partie du référentiel

Dans la troisième partie du référentiel, l'accent est mis sur les facteurs de vulnérabilité chez l'adulte, comme l'histoire personnelle complexe, la multiplication d'événements difficiles, la présence d'éventuels antécédents psychiatriques, une maladie longue et difficile du proche décédé, l'inattendu de la mort, etc. Chez l'enfant, les principaux facteurs de vulnérabilité dépendront de l'âge de l'enfant, des informations et de l'accompagnement qu'il aura eu autour du décès et par la suite.

Deux enfants de moins de trois ans lors d'un groupe d'endeuillés² jouent sous la table, l'un assis sur le pied d'une thérapeute en nommant : « *Coucou ! Papa est mort* ». En écho, l'autre répond « *Maman est morte* » puis « *Tu es là* », « *Oui* » « *Moi*

² Groupe la petite fille aux allumettes : quels mots pour quels chagrins, Bordeaux.

aussi ». Le jeu a duré 20 minutes, permettant aux enfants de nommer et de tenter d'intégrer l'absence.

Les populations à risque sont principalement les personnes identifiées comme fragiles : celles qui ont des altérations des capacités cognitives ou celles identifiées à risque supposé d'inadaptation émotionnelle (personnes âgées, personnes atteintes de troubles mentaux, enfants, etc.). Par souci de protection, elles peuvent être écartées des événements entourant le décès et n'être informées que tardivement. Elles n'ont pas accès aux moyens, ni au soutien nécessaire pour débiter leur processus de deuil, alors que cela risque de majorer leur vulnérabilité. Les personnes non identifiées comme proches, comme les aides à domicile, les voisins, les amis, etc., sont également concernées par le processus de deuil. Elles peuvent cependant souffrir de la non-reconnaissance par la société de leur tristesse et de leurs difficultés liées au deuil, du fait de leur statut. Ce phénomène a été théorisé sous le nom de « *disenfranchised grief* » par Doka [9, 10]. Il peut ainsi s'agir de la perte d'un partenaire amoureux avec lequel on n'avait pas de relation « officielle » ou d'une relation cachée, du décès d'un ex-conjoint, du décès d'un partenaire amoureux du même sexe dans une société qui ne reconnaît pas encore pleinement la légitimité de couples homosexuels, etc.

■ Quatrième partie du référentiel

La quatrième partie de ce référentiel s'attache à l'accompagnement des complications des processus de deuil. Celles-ci sont identifiées le plus fréquemment sous le nom de troubles du deuil. Dans la classification internationale des maladies (CIM-10), les troubles du deuil sont vus comme des troubles de l'adaptation, alors que le DSM-5 donne l'appellation de trouble du deuil complexe persistant (TDPCP). Pour prévenir ces conséquences, il est nécessaire pour les soignants de faire la distinction entre deuil normal et deuil compliqué [11].

Pour distinguer le deuil normal de ses complications, plusieurs échelles existent évaluant les dimensions comportementales, cognitives, émotionnelles, somatiques et sociales chez les sujets concernés. Elles sont présentées sous forme

■ Cinquième partie du référentiel

d'autoquestionnaires et doivent être interprétées par des professionnels formés. Néanmoins, présenter une échelle ou un autoquestionnaire à remplir peut avoir des effets. Les endeuillés sont souvent effondrés dans les premiers moments du deuil et parfois hostiles à tout échange qui viendrait leur « soutirer » quelque chose. Elles constituent une aide mais ne doivent pas se substituer à un entretien clinique.

Six mois après la mort de sa fille, une mère ne peut pas sortir de chez elle. Elle se coupe de sa famille, n'a plus de liens sociaux. Sa deuxième fille ne vient plus la voir. Elle lui a dit qu'« *elle, elle est du côté de la vie* ». Son mari va de plus en plus dans leur résidence secondaire, le couple fait chambre à part depuis le décès. Lors de l'entretien psychologique, elle évoque une douleur insoutenable, se sent épuisée, ne dort plus, ne se sent pas comprise et évoque des désirs de mort. Il lui sera proposé une hospitalisation pour qu'elle se sente à l'abri et l'instauration d'un traitement médical. Ici, la relation d'exclusivité qui se noue avec le défunt isole l'endeuillé. Il existe également une forme de culpabilité à s'autoriser à vivre après le décès du proche.

Chez l'enfant, il est possible de favoriser une réflexion avec le parent dès l'annonce d'une maladie grave. Le référentiel « Parents atteints de cancer : comment en parler aux enfants » peut servir de repères [12]. Cette communication doit être favorisée à toutes les phases de la maladie, jusqu'au décès et dans le suivi de deuil.

Une mère ne souhaite pas dire à son enfant qu'elle ne guérira pas. Son état s'aggrave et elle refuse qu'il vienne la voir. Le père est inquiet car l'enfant dort mal, s'agite à l'école et s'isole ; ainsi son père demande à rencontrer la psychologue. Un entretien avec les parents a lieu. La mère évoque un deuil douloureux dans son enfance et souhaiterait épargner son enfant. Le père souligne que cela ne le protège pas. Un entretien familial permettra aux parents de se rendre compte que l'enfant était au courant mais qu'il ne pouvait en parler à personne. La mère décédera quelques jours plus tard, l'enfant sera très triste de ne pas avoir pu voir sa mère plus souvent. Fréquemment, lorsque les membres d'une famille veulent se protéger en éludant les sujets difficiles, ils ne se trouvent plus en mesure de communiquer et souffrent de ce non-dit qui altère les relations.

La cinquième partie du référentiel aborde enfin le deuil vécu par les soignants. Les soignants sont, en effet, une population particulièrement exposée car ils sont régulièrement confrontés au décès de leurs patients en cancérologie. Les risques de complications du deuil vont dépendre des conditions et de la fréquence de survenue des décès, de l'importance du temps consacré au patient et du degré de proximité physique et affective au cours des soins. L'intensité de l'investissement relationnel est bien sûr à prendre en compte avec les mécanismes projectifs et identificatoires en jeu dans la relation...

Dans un service d'oncologie, il y a eu six décès dans la semaine, certains prévisibles, d'autres non. Sur les six patients, quatre étaient connus du service depuis plus de trois ans, venant faire des chimiothérapies régulièrement. L'un d'entre eux était très isolé, et l'équipe, disait-il, était « *comme sa famille* ». Certains des soignants de l'équipe l'ont accompagné jusqu'au columbarium. L'équipe s'est un temps retrouvée en difficulté pour investir les soins. Une infirmière a eu besoin d'en parler avec émotion mais le groupe n'a pas bien réagi face à sa réaction. La cadre du service a alors proposé un temps de réflexion et/ou d'analyse avec un psychologue, qui a permis à l'ensemble des soignants d'aborder leurs difficultés. Cette rencontre a soulevé le souhait de dégager un temps d'échanges mensuel avec l'équipe de soins palliatifs, pour évoquer les situations de deuils rencontrées dans les services.

Cette illustration interroge sur la légitimité perçue par les soignants pour exprimer leurs ressentis et vivre leurs propres pertes. Nous relevons que très peu de soignants bénéficient de rituels de deuil, malgré les nombreuses pertes qu'ils traversent au cours d'une carrière. Ainsi, les pertes non intégrées peuvent contribuer à l'épuisement professionnel, à l'émoussement affectif ou à l'hypersensibilité. Certains services créent des procédures faisant office de rituels : temps d'inoccupation de la chambre, carnet de décès, envoi de cartes de condoléances, etc. Les groupes de paroles, quant à eux, ménagent un temps de verbalisation et d'échange.

■ Conclusion

L'expérience du deuil est un « fait psychique total » : elle met en perspective les questions aussi bien du social, de l'individuel, du corps que de la vie psychique. Il y a une « obligation de perdre pour conserver » [13]. Nous avons essayé de montrer que, dans notre société, il y avait un risque de « surpathologiser » les situations de deuil, ainsi qu'une tendance à n'octroyer que peu d'espace aux endeuillés pour exprimer leurs souffrances. Alors, comment accompagner une personne endeuillée ? Perdre quelqu'un, c'est aussi perdre une personne qui co-construisait notre univers [14]. Cette vacance, ce trou dans la psyché dans l'histoire de la personne, sera élaborée avec le temps, mais le temps sociétal alloué symboliquement au deuil ne correspond pas toujours au temps psychique de l'endeuillé. Ce temps est propre à chacun ; le respecter est primordial [15].

Dans l'accompagnement d'une personne endeuillée, il sera important de créer un « pacte affectif » où la présence, la disponibilité, l'attention et le respect seront au premier plan en tenant compte des différences culturelles et spirituelles [16]. Les professionnels soutiendront l'expression des émotions et des sentiments liés à la perte dans un cadre contenant et apprendront également à suspendre leur propre parole, savoir se taire et écouter... Les acteurs de terrain (libéraux, accompagnants bénévoles, représentants du culte, etc.), les associations et institutions de proximité pourront être des relais nécessaires, permettant ainsi aux personnes de ne pas revenir à l'hôpital où se sont déroulés les soins et/ou le décès, lorsqu'ils le souhaitent.

Être en contact avec la maladie grave et la mort peut être source d'épuisement professionnel. Les moyens de prévention sont à plusieurs niveaux : la connaissance de soi, le compagnonnage interprofessionnel, les formations et les projets d'équipe.

Les groupes de paroles ou d'analyse de pratiques complètent ces moyens pour permettre d'élaborer

sur l'accompagnement de la personne en fin de vie et de l'entourage ; ils favorisent l'expression des membres de l'équipe et enrichissent « l'être, le savoir être et le savoir-faire » individuel et collectif.

Toutes ces notions sont développées dans le référentiel « Deuil » publié, ainsi que dans une prochaine version élaborée autour de situations cliniques.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

■ Références

1. Freud S. *Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort*. Paris : Essais de psychanalyse, 1971.
2. Leplus-Habeneck JS. *Fonction rituelle de l'hypnose dans le suivi de troubles du deuil persistant*. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Bourgogne Franche-Comté, 2017.
3. Hanus M. *Les deuils dans la vie : deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant*. Paris : Maloine.
4. Racamier PC. *Le génie des origines : psychanalyse et psychoses*. Paris : Payot.
5. Faure C. *Vivre le deuil au jour le jour*. Paris : Albin Michel.
6. Gennep AV. *Les rites de passage : étude systématique des rites*. Paris : Librairie Critique.
7. Barry LS. *L'union endogame en Afrique et à Madagascar*. Paris : Éditions de l'EHESS, 2000.
8. Schulz P. *Traitements des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et la CIM-10*. Paris : De Boeck Supérieur, 2016.
9. Doka KJ, Aber R. *Psychosocial loss and grief. Disenfranchised grief: recognizing hidden sorrow*. University of Michigan : Lexington Books.
10. Doka KJ. *Disenfranchised grief: new directions, challenges and strategies for practice*. Research PressPub, 2002.
11. Bacqué MF. Parler du deuil pour éviter de parler de la mort? La société occidentale face aux changements démographiques et culturels du XXI^e siècle. *Ann Med Psychol* 2013 ; 171(3) : 176-218.
12. Lombard I, Ardichen E, Kirakosyan V, Michel R. Parents atteints de cancer : comment en parler aux enfants? *Psycho Oncol* 2018 ; 12(1) : 38-45.
13. Mauss M. Perdre et détruire : la violence face à « l'oeuvre de la mort ». *Clin Mediterr* 2005 ; 2(72) : 243-56.
14. Husserl E. *Späte Texte über Zeitkonstitution (1929-1934) : Die C-Manuskripte*. Berlin : Springer-Verlag, 2006.
15. Sauteraud A. Les stades de deuil n'existent pas. *J Therap Comp Cogn* 2018 ; 28(2) : 93-5.
16. Ciccone A, Ferrant A. Le partage d'affect : transformation intime de la honte et de la culpabilité. *Psychismes* 2015 ; 6 : 135-58.