
Syndrome de l'intestin irritable et partage social des émotions : les réseaux sociaux comme lieu ressource face à la stigmatisation et à la honte ?

Camille Corbière et Myriam Pannard

🔗 <https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=3702>

DOI : 10.35562/canalpsy.3702

Référence électronique

Camille Corbière et Myriam Pannard, « Syndrome de l'intestin irritable et partage social des émotions : les réseaux sociaux comme lieu ressource face à la stigmatisation et à la honte ? », *Canal Psy* [En ligne], 136 | 2026, mis en ligne le 24 juillet 2026, consulté le 03 septembre 2026. URL : <https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=3702>

Droits d'auteur

CC BY 4.0

Syndrome de l'intestin irritable et partage social des émotions : les réseaux sociaux comme lieu ressource face à la stigmatisation et à la honte ?

Camille Corbière et Myriam Pannard

PLAN

Introduction

La stigmatisation du SII

Le partage social des émotions : un besoin fondamental non satisfait

Les réseaux sociaux : un espace de validation alternative ?

Démarche méthodologique et principaux résultats

Exploration du vécu du partage social des émotions et de la stigmatisation chez les personnes atteintes de SII

(In)Adéquation entre les motifs exprimés et les réponses au partage social des émotions sur les réseaux sociaux

Pathologies invisibles ou invisibilisées : le partage social des émotions à l'épreuve du SII

Le SII, une maladie qui impacte négativement le quotidien et la qualité de vie

Un parcours médical marqué par l'errance et la psychologisation

Un entourage ambivalent

Appréhender le partage sur les groupes de soutien en ligne

Conclusion

TEXTE

Introduction

- 1 Le syndrome de l'intestin irritable (SII) touche entre 10 et 15 % de la population mondiale avec une prévalence deux fois plus importante chez les femmes (Assurance Maladie, 2025). Malgré cela, elle demeure l'une des pathologies chroniques les plus méconnues et stigmatisées (Oka et al., 2020). Classé parmi les troubles fonctionnels gastro-intestinaux, il se caractérise par des douleurs abdominales récurrentes, des ballonnements et des troubles du transit, sans marqueur biologique identifiable (Drossman, 2016). Cette absence

d'élément de compréhension organique contribue à une invisibilisation de la souffrance des patients et à une tendance du corps médical à psychologiser leurs symptômes (Feldman, Friedman & Brandt, 2021). Au-delà de ses manifestations physiques, le SII entraîne une souffrance psychologique considérable, notamment alimentée par l'imprévisibilité des crises, l'incompréhension de l'entourage et la stigmatisation sociale (Taft et al., 2016). Les patients rapportent fréquemment un sentiment d'illégitimité face à leur douleur, renforcé par des discours médicaux qui attribuent leurs symptômes au stress ou à l'anxiété (Dancey & Backhouse, 1993).

- 2 Dans un contexte où les personnes concernées doivent faire face à de multiples obstacles entravant leurs possibilités de partager leur vécu de la maladie, les réseaux sociaux peuvent apparaître comme un espace propice aux échanges entre pairs atteints du SII. La présente étude vise ainsi à décrire les processus de partage social des émotions en lien avec le SII sur les réseaux sociaux.

La stigmatisation du SII

- 3 La stigmatisation des patients atteints du SII s'inscrit dans une double dynamique : celle de l'invisibilité symptomatique et celle de la psychologisation médicale. Les professionnels de santé ont tendance à attribuer les symptômes du SII à des facteurs internes contrôlables (stress, anxiété), plutôt qu'à des causes organiques (Drossman, 2006 ; Malik, 2024). Cette attribution causale (Weiner, 1980) conduit à une dévalorisation de la souffrance exprimée et à une sous-estimation des besoins de prise en charge (Van Tilburg et al., 2020).
- 4 La psychologisation a des conséquences néfastes multiples. Premièrement, elle invalide l'expérience subjective des patients qui se voient renvoyés à une supposée fragilité psychologique plutôt qu'à une pathologie légitime (Drossman, 2006). Deuxièmement, elle retarde l'accès à des soins adaptés et prolonge l'errance médicale, avec des répercussions importantes sur la santé mentale (Chey et al., 2015). Enfin, elle alimente un sentiment d'abandon médical déjà très présent et renforce la méfiance envers le système de soins (Camilleri & Talley, 2004).

- 5 Le modèle de la menace symbolique (Stephan & Stephan, 2000) permet également de comprendre les réactions de l'entourage face au SII : la nature imprévisible des symptômes et les restrictions qu'ils imposent (annulations soudaines, régimes alimentaires stricts) peuvent être perçues comme des perturbations des normes sociales, générant incompréhension et rejet implicite.

Le partage social des émotions : un besoin fondamental non satisfait

- 6 Le partage social des émotions décrit par Rimé (2009) correspond à « un processus par lequel les individus communiquent leurs expériences émotionnelles à leur entourage ». Aujourd'hui, le partage social des émotions est largement décrit comme un processus universel, qui va prendre des formes multiples en fonction des âges ou des cultures, mais qui concerne tant les hommes que les femmes, les enfants que les adultes, les émotions positives que les émotions négatives (ibid.). Une exception subsiste toutefois puisque les épisodes ayant induit de la honte ou de la culpabilité sont associés à un plus fort sentiment de responsabilité individuelle, et font davantage l'objet de dissimulation (Finkenauer & Rimé, 1998).
- 7 Le partage social des émotions remplit deux fonctions principales : la régulation émotionnelle (diminution de la charge affective par la verbalisation) et le renforcement des liens sociaux (création d'empathie et de cohésion) (Luminet, Bouts, Delie, Manstead & Rimé, 2000). Cependant, l'efficacité de ce partage dépend largement de la qualité de la réponse reçue (Rimé, 2009). Les réponses adaptées caractérisées par l'écoute bienveillante, la validation émotionnelle et l'empathie favorisent l'apaisement et renforcent le sentiment d'être compris. À l'inverse, les réponses inadaptées comme la minimisation, le jugement ou les conseils non sollicités peuvent aggraver la détresse et créer une rupture relationnelle (Helgeson & Gottlieb, 2000).
- 8 Le partage social des émotions a généralement tendance à être réalisé principalement auprès de proches (conjoint, famille, amis) (Rimé 2005, 2009 ; Rimé & Zech, 2001). Pourtant, dans le cas des

pathologies chroniques, les obstacles pourront entraver le partage avec les proches - notamment des réactions inappropriées face à l'expression de la douleur de la personne malade - ce qui amène à renforcer le rôle de partenaires secondaires comme les soignants, les psychologues ou les autres personnes malades. En effet, l'expression émotionnelle en lien avec la maladie est soumise à des contraintes sociales dont les conséquences peuvent aller jusqu'à un moins bon ajustement à la pathologie (Lepore & Revenson, 2007).

- 9 Dans le cas du SII, plusieurs obstacles entravent le partage émotionnel dans les relations en face-à-face. Le caractère tabou des fonctions digestives génère de la honte et freine la verbalisation (Taft et al., 2016). L'incompréhension de l'entourage, faute de connaissances sur la maladie, conduit souvent à des réactions inadaptées. Enfin, la fatigue émotionnelle des proches, confrontés à une souffrance chronique qu'ils ne peuvent soulager, peut aussi entraîner des formes de retrait ou d'évitement (Drossman et al., 2009).

Les réseaux sociaux : un espace de validation alternative ?

- 10 Face aux obstacles qui entravent le partage social des émotions auprès des cibles habituellement privilégiées, les groupes de soutien en ligne offrent un environnement potentiellement plus sécurisant pour l'expression émotionnelle. L'anonymat relatif qu'ils procurent réduit la peur du jugement (Christopherson, 2006), tandis que le partage d'expériences similaires facilite l'identification et la normalisation du vécu (Festinger, 1954).
- 11 Le modèle du soutien social de Cohen et Wills (1985) distingue trois dimensions du soutien : émotionnel (empathie, réconfort), instrumental (aide concrète) et informationnel (conseils, informations). Ces trois formes de soutien peuvent potentiellement être trouvées dans les communautés en ligne, avec l'avantage supplémentaire d'une disponibilité continue et d'une diversité de perspectives. Néanmoins, ces espaces présentent également des limites comme par exemple la surcharge informationnelle, la

propagation de conseils non vérifiés, les risques de malveillance ponctuelle (Chen et al., 2022; Kuss & Griffiths, 2017).

- 12 À titre d'exemple, le groupe Facebook « Le syndrome de l'intestin irritable et les dysbioses » réunit plus de 5 200 membres et fait l'objet de plusieurs publications quotidiennes. Par ailleurs, des patients experts partagent également leur quotidien et diffusent des conseils via leurs comptes Instagram, contribuant ainsi à sensibiliser et à soutenir leur communauté.

Démarche méthodologique et principaux résultats

- 13 Ce travail de recherche vise à répondre à deux objectifs :
- Explorer les pratiques de partage social des émotions (ou de dissimulation) ainsi que le vécu de la stigmatisation chez les personnes atteintes du SII, en particulier sur les réseaux sociaux ;
 - Rendre compte de l'(in)adéquation entre les motifs exprimés au partage social des émotions et les réponses apportées sur les réseaux sociaux ;
- 14 Afin de répondre à ces deux objectifs, deux études complémentaires ont été réalisées.

Exploration du vécu du partage social des émotions et de la stigmatisation chez les personnes atteintes de SII

- 15 Au total, 10 entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de personnes de plus de 18 ans, atteintes de SII diagnostiqué ou en cours de diagnostic, et utilisatrices de groupe(s) de soutien en ligne (tableau 1). Le guide d'entretien était articulé autour de six axes : l'expérience de la maladie, la relation avec les soignants, le soutien hors ligne, les motivations du partage en ligne, l'impact des réactions reçues et les limites perçues. Les entretiens, d'une durée moyenne de 45 minutes, ont été menés en visioconférence ou par téléphone, enregistrés puis retranscrits intégralement. L'analyse des entretiens a été menée selon une approche thématique inductive (Braun & Clarke, 2006), afin de construire des thèmes directement à partir de

l'interprétation des discours des participants. Par exemple, certains thèmes ont été identifiés, tels que l'impact du SII sur la vie quotidienne et la santé psychologique, le sentiment d'incompréhension et de stigmatisation dans le parcours médical, la difficulté à partager ses émotions avec l'entourage, ou encore le rôle des groupes de soutien en ligne comme espace de compréhension, de reconnaissance et de libération émotionnelle.

Tableau 1 : Données sociodémographiques et caractéristiques médicales de l'échantillon

	Genre	Âge	Situa- tion familiale	Niveau d'étude	Catégo- ries socioprofessionnelles	Début des symptômes	Diagnostic
P01	Femme	21 ans	Célibataire	Bac	Personnes sans activité	2013	2019 / Gastro entérologue
P02	Femme	40 ans	Mariée	Bac+2	Employée	2003	2020 / Médecin gén
P03	Femme	40 ans	En couple	Bac+3	Cadres et professions intellec- tuelles supérieures	2014	2024 / Médecin gén
P04	Femme	34 ans	Divorcée	Aucun	Personnes sans activité	2019	2023 / Médecin gén
P05	Femme	52 ans	Mariée	Bac	Profes- sions intermédiaires	1975	2020 / Diététicien
P06	Homme	34 ans	Célibataire	Bac	Employés	2022	2022 / Gastro entérologue
P07	Femme	43 ans	Pacsée	Bac	Profes- sions intermédiaires	2023	2024 / Gastro entérologue
P08	Femme	33 ans	Célibataire	Bac+3	Personnes sans activité	2020	2025 / en co de diagnostic
P09	Femme	38 ans	Mariée	Bac+8	Cadres et professions intellec- tuelles supérieures	2002	2021 / Médecin gén
P10	Femme	43 ans	Célibataire	Bac+2	Personnes sans activité	2023	2025 / en co de diagnostic

16 Les résultats mettent en évidence que le SII a un impact majeur sur le quotidien, au-delà des symptômes physiques. Les participants décrivent un impact psychologique et social important, marqué par la fatigue, la frustration et un sentiment d'imprévisibilité qui contraint leur mode de vie. Le stress anticipatoire lié à la peur des crises renforce leur anxiété et leur isolement, créant un cercle vicieux où

l'émotion et la douleur s'alimentent mutuellement. Plusieurs personnes évoquent un épuisement émotionnel et un sentiment de perte de contrôle sur leur corps, parfois accompagnés d'une honte liée à la maladie.

- 17 Les entretiens révèlent également un manque de reconnaissance et de soutien dans le parcours médical. Les patients font état d'une errance diagnostique longue et souvent marquée par la minimisation de leurs symptômes ou la psychologisation de leur douleur par certains professionnels de santé. Cette absence d'écoute, perçue comme une forme de stigmatisation médicale, contribue à la méfiance envers le corps soignant et alimente le besoin de trouver ailleurs une écoute attentive et bienveillante. Pour beaucoup, cette incompréhension nourrit une détresse émotionnelle et un sentiment d'abandon. Le manque de validation et de reconnaissance de leur vécu est un facteur central de leur souffrance.
- 18 De la même manière, le partage émotionnel avec l'entourage proche apparaît souvent limité. Les proches, parfois désarmés face à une maladie invisible, mettent en place des attitudes d'évitement ou de banalisation. Les participants rapportent des difficultés à exprimer leurs émotions ou à évoquer leurs symptômes, par peur d'être incompris ou jugés. Ce manque de soutien émotionnel renforce l'isolement et la réticence à se confier dans la sphère privée. Les réseaux sociaux deviennent alors un espace alternatif d'expression et de régulation émotionnelle, où les patients trouvent la compréhension et l'écoute qui leur font défaut dans leur environnement immédiat.
- 19 Les groupes de soutien en ligne sont ainsi des espaces de socialisation thérapeutique. Les échanges y permettent de rompre l'isolement, de normaliser l'expérience de la maladie et de redonner du sens à un vécu souvent stigmatisé. Les interactions entre pairs offrent un soutien émotionnel (écoute, empathie, réassurance), un soutien d'estime (reconnaissance, valorisation du vécu) et un soutien informationnel (conseils pratiques, retours d'expérience). Ces dimensions, en écho au modèle du soutien social de Houssa, participent à la régulation émotionnelle et à la restauration du sentiment de compétence et d'appartenance. Les participants évoquent un sentiment de légèreté et de soulagement après avoir

partagé leur vécu, certains parlant même d'un « espace refuge » où ils peuvent enfin « être compris sans devoir se justifier ».

- 20 Enfin, bien que ces espaces soient perçus comme globalement bienveillants, les participants identifient certaines limites : la surcharge d'informations, la circulation de conseils contradictoires ou non vérifiés, ainsi que des réactions parfois maladroites ou invalidantes. Ces éléments peuvent provoquer confusion et stress, voire raviver des émotions négatives. Pour cette raison, la majorité des participants expriment le souhait d'un encadrement professionnel dans ces groupes, afin d'assurer la fiabilité des informations et d'éviter les dérives. Cette demande, à première vue paradoxale, souligne le besoin persistant d'un soutien institutionnel malgré la défiance exprimée envers le corps médical : les groupes de soutien en ligne viennent combler une carence relationnelle, mais ne peuvent se substituer totalement à une prise en charge empathique et éclairée par des professionnels.

(In)Adéquation entre les motifs exprimés et les réponses au partage social des émotions sur les réseaux sociaux

- 21 Une analyse de contenu de 30 publications du groupe Facebook dédié au SII « Le syndrome de l'intestin irritable et les dysbioses ». Les publications ont été sélectionnées selon des critères de pertinence (expression émotionnelle explicite, avec un minimum de cinq réponses par des usagers du groupe). Cette analyse permet d'observer les dynamiques d'échange et d'évaluer l'adéquation entre les besoins exprimés et les réponses reçues (Bardin, 2013).
- 22 Chaque message a été catégorisé selon les motifs de partage émotionnel identifiés par Rimé (2009) : recherche de soutien émotionnel, besoin de validation, quête d'informations, etc. Les réponses ont été classées selon leur type (soutien émotionnel, informationnel, instrumental) et leur niveau d'adéquation (forte adéquation, adéquation, faible adéquation, inadéquation).

- 23 L'analyse réalisée révèle la diversité des motifs de partage. La majorité des publications traduisent un besoin de soutien émotionnel, marqué par la recherche d'écoute et de compréhension. D'autres messages relèvent d'une volonté de comparaison et de normalisation du vécu, permettant de se sentir moins seul face à la maladie. De nombreuses publications ont par ailleurs une visée informationnelle, centrée sur la recherche de conseils pratiques concernant le régime alimentaire, les traitements ou la gestion des crises. Enfin, certaines publications plus expressives témoignent d'un épuisement émotionnel face à la chronicité de la maladie, suscitant souvent un fort engagement empathique de la communauté.
- 24 Dans l'ensemble, 69 % des réponses ont été jugées adéquates ou fortement adéquates, c'est-à-dire en phase avec les attentes émotionnelles exprimées. Ces réponses combinent généralement plusieurs fonctions : reconnaissance de la souffrance, validation émotionnelle, soutien concret (conseils, encouragements, témoignages similaires) et validation sociale. À l'inverse, environ 18 % ont été évaluées comme faiblement adéquates et 13 % comme inadéquates, ces dernières renvoyant souvent à des réponses minimisantes, moralisatrices ou décalées.
- 25 Ces résultats montrent que, malgré la diversité des échanges, la majorité des interactions en ligne remplissent une fonction de soutien et de reconnaissance mutuelle, confirmant le rôle régulateur des réseaux sociaux dans la gestion émotionnelle du SII. Ces échanges remplissent ainsi plusieurs fonctions complémentaires : une fonction expressive, permettant la libération émotionnelle ; une fonction de soutien, favorisant la reconnaissance et l'appartenance au groupe ; une fonction cognitive et informationnelle, à travers le partage d'expériences ; et enfin une fonction identitaire, qui contribue à restaurer la légitimité du vécu des personnes atteintes de SII. Dans l'ensemble, ces résultats soulignent que les réseaux sociaux jouent un rôle central dans la régulation émotionnelle et la gestion quotidienne du SII. En offrant un espace d'expression, d'écoute et d'entraide, ils participent à réduire l'isolement et à renforcer le sentiment de compétence et de compréhension mutuelle entre les patients.

Tableau 2 : Exemple de codage lié à l'analyse de l'adéquation entre motifs de PSE et réponses obtenues sur les réseaux sociaux

Publication initiale	Réponse niveau 1	Réponse niveau 2	Présence PSE	Motif de partage social des émotions	Réponse au PSE	Type de réponse au PSE	Adéquation le motif de la réponse au PSE
P11 Bonjour, je suis nouvelle dans le groupe. Atteinte du SII depuis 2019, je commence à en avoir plus que marre. Je sors de chez mon médecin et encore une fois "c'est dans votre tête". Ok je suis stressée mais bon au bout d'un moment il doit bien y avoir quelque choseEt quand j'en parle à mon homme, je suis chiante j'ai qu'à arrêter d'y penser. Comme si c'était facile tiens ! Franchement je suis épuisée, j'ai des crises toutes les semaines à en avoir des vertiges et à ne plus pouvoir sortir de mon lit. C'est épuisant comme maladie vraiment !			Oui	Extérioriser ses émotions ; Recherche de soutien émotionnel ; Besoin de compréhension	NC	NC	NC
	P11C01 Ça ne sert à rien d'aller chez le médecin. Allez chez un gastro des suite		Non	NC	Oui	Prodiguer des conseils non sollicités	Inadéquat

Syndrome de l'intestin irritable et partage social des émotions : les réseaux sociaux comme lieu ressource face à la stigmatisation et à la honte ?

	P11 Malheureusement pour avoir un rdv chez un gastro il me faut un courrier de mon médecin et il ne veut pas me le faire	Oui	Apport de précision	Non	NC	NC
	P11C01 Et ben changez de médecin vous n'avez pas à vous plaindre, d'autres ont pire	Non	NC	Oui	Répondre avec condescendance Jugement ou critique	Inadéquation
	P11 Impossible dans ma région... il n'y a plus de médecins disponibles	Oui	Apport de précision	Non	NC	NC
	P11C01 Ok	Non	NC	Oui	Réagir avec indifférence	Inadéquation
P11C02 Je vous comprends, c'est aussi difficile pour moi... Je vous souhaite du courage. Quand je suis en crise, mettre une bouillotte chaude aide bien. Si jamais ça peut vous aider... Cette maladie est vraiment un calvaire. Mais ça va aller ! Essayez de vous entourer de bon professionnel même si je sais que c'est difficile		Non	NC	Oui	Reconnaissance ; Apport d'aide ou de conseil ; Soutien émotionnel et réconfort ; Offrir de l'espoir sans minimiser la souffrance	Forte adéquation
	P11 Merci beaucoup !	Non	NC	Non	NC	NC

P11C03 Oh non les hommes quelle plaie mon mari est comme le vôtre. Il ne me comprend pas et des fois je me demande s'il me croit		Non	NC	Oui	Validation sociale ; Comparer avec sa propre expérience	Faible adéquation
	P11 Je peux comprendre que ça soit dur pour lui de comprendre ce que j'ai mais bon je demande juste un minimum de soutien en fait	Oui	Recherche de soutien émotionnel	Non	Non concernée	NC

Légende du tableau: P11 : publication 11 ; P11C01 : publication 11, premier commentateur ; NC: non concerné

Pathologies invisibles ou invisibilisées : le partage social des émotions à l'épreuve du SII

Le SII, une maladie qui impacte négativement le quotidien et la qualité de vie

- 26 L'analyse des entretiens révèle l'impact du syndrome de l'intestin irritable (SII) sur la vie quotidienne. Les symptômes physiques tels que les douleurs abdominales intenses, les troubles du transit et la fatigue chronique sont systématiquement décrits comme handicapants. Cette observation est corroborée par la littérature

scientifique, qui souligne que ces symptômes altèrent significativement la qualité de vie des patients (Han & Yang, 2016).

- 27 Au-delà des manifestations physiques, les participants rapportent une hypervigilance constante face à leur corps et une anticipation anxieuse des crises. Cette surveillance entraîne une restriction importante des activités sociales et professionnelles. Des études montrent que les personnes atteintes du SII éprouvent fréquemment de la honte et de l'embarras liés à leurs symptômes, ce qui peut entraîner un isolement social et une diminution de la qualité de vie (Elisson, 2025).
- 28 Plusieurs témoignages évoquent une inaptitude professionnelle ou des interruptions de carrière liées à l'impossibilité de gérer les symptômes en milieu de travail. La littérature soutient cette idée, indiquant que la douleur abdominale et la fatigue interfèrent fréquemment avec le travail et les études (Frändemark et al., 2022).
- 29 La honte constitue une dimension centrale de cette souffrance psychologique. Le caractère intime des symptômes digestifs rend leur verbalisation particulièrement difficile. Cette honte alimente un repli sur soi et une autocensure émotionnelle qui aggravent l'isolement. Des recherches ont montré que les sentiments de honte sont associés à une réduction de la qualité de vie chez les patients souffrant de troubles gastro-intestinaux chroniques, tels que le SII (Elisson, 2025).

Un parcours médical marqué par l'errance et la psychologisation

- 30 L'expérience médicale est décrite comme éprouvante, frustrante et souvent invalidante. Les participants rapportent une errance diagnostique moyenne de plusieurs années, marquée par « un nombre incalculable d'examens » (P02) tels que des coloscopies ou des IRM, ne révélant aucune anomalie organique. Cette observation est corroborée par la littérature scientifique, qui souligne que les patients atteints du SII présentent fréquemment une qualité de vie inférieure à celle des individus non diagnostiqués, même après la mise en place d'un traitement visant à diminuer la fréquence et l'intensité des symptômes (Cassar et al., 2021 ; Han & Yang, 2016).

- 31 La psychologisation des symptômes est rapportée de façon récurrente. Les participants évoquent que leurs douleurs sont souvent associées par les médecins au stress ou à l'anxiété, sans reconnaissance de leur dimension organique. Cette explication est vécue comme une forme de déni médical, qui invalide la souffrance réelle et accentue le sentiment d'injustice. Pourtant, la littérature montre que si les symptômes physiques du SII peuvent être influencés par le stress ou l'anxiété, ces derniers sont souvent conséquences plutôt que causes des manifestations digestives. Il s'installe ainsi un cercle vicieux dans lequel les symptômes exacerbent l'anxiété, qui à son tour intensifie les troubles somatiques. Cette intrication entre sphères psychiques et physiologiques explique pourquoi de nombreux patients présentent un diagnostic psychiatrique associé, en plus du dysfonctionnement intestinal (Whitehead & Crowell, 1991).
- 32 L'absence de reconnaissance du SII comme pathologie légitime se traduit également par un accès limité aux solutions thérapeutiques : les traitements proposés sont souvent jugés superficiels ; plusieurs participants rapportent s'être entendus dire qu'il fallait simplement « vivre avec » (P01). Cette absence de reconnaissance nie la réalité de la douleur, retarde l'accès à des soins adaptés et renforce la stigmatisation en laissant entendre que les patients sont responsables de leurs symptômes (Tanaka et al., 2011). Selon ces mêmes auteurs, le sentiment d'incompréhension alimente une perte de confiance envers le système de soins. Cette situation souligne la nécessité d'une approche biopsychosociale intégrative, capable de répondre de façon adéquate à la diversité des dimensions impliquées dans cette maladie.

Un entourage ambivalent

- 33 Si certains participants bénéficient d'un soutien familial compréhensif, la majorité rapporte une incompréhension profonde liée à l'invisibilité de la maladie. Cette invisibilité, caractéristique des troubles fonctionnels tels que le SII, conduit souvent à une minimisation ou à une invalidation du vécu des personnes concernées (Yan et al., 2023 ; Stone et al., 2020). Comme l'exprime une participante, « ma mère ne veut pas en entendre parler, pour elle ça n'existe pas, c'est dans ma tête » (P01). Ces réactions favorisent un

sentiment de culpabilité et d'illégitimité, renforçant la perception d'être « une charge » pour autrui et d'être constamment perçue comme se plaignant (P04). Ces expériences rejoignent les observations de Kirmayer et Looper (2006), selon lesquelles les patients atteints de troubles fonctionnels internalisent souvent la stigmatisation liée à la non-visibilité des symptômes.

- 34 La peur du jugement et la honte contribuent également à freiner l'expression émotionnelle dans les interactions en face à face, amenant les individus à filtrer leurs confidences et à restreindre leurs partages émotionnels à un cercle très limité de personnes de confiance (Nettleton et al., 2004). Lorsque l'entourage se montre bienveillant, le soutien demeure souvent partiel, principalement en raison d'un manque de connaissances sur le SII et de la difficulté à saisir la nature des symptômes (Dancey et Backhouse, 1993). Cette distance expérientielle conduit les participants à valoriser davantage le soutien entre pairs, perçu comme plus authentique et fondé sur une compréhension mutuelle du vécu (Braun et al., 2025).

Appréhender le partage sur les groupes de soutien en ligne

- 35 Les résultats de cette recherche mettent en évidence les nombreux bénéfices du partage en ligne. Ces espaces offrent avant tout un soutien émotionnel précieux, permettant aux patients d'exprimer leurs émotions sans crainte du jugement. Ce climat bienveillant favorise une décharge émotionnelle et un sentiment de compréhension mutuelle souvent absents dans l'entourage. Le fait d'échanger avec des pairs vivant des expériences similaires contribue à renforcer un soutien d'estime et redonne aux patients un sentiment de légitimité et de reconnaissance face à leur maladie. Ces observations s'inscrivent dans les travaux de Barak et Sadovsky (2008) et de Coulson (2005), qui soulignent que les communautés virtuelles favorisent le soutien émotionnel et la valorisation personnelle grâce à la reconnaissance par les pairs. Les interactions positives et empathiques observées dans les groupes étudiés participent à la restauration de l'estime de soi et à une diminution du sentiment d'isolement, comme le confirment les recherches de Malik et Coulson

(2010) sur les groupes de soutien en ligne dédiés aux maladies chroniques.

- 36 Par ailleurs, ces groupes pallient le manque de reconnaissance de la part des soignants et des proches. Plusieurs participants décrivent un déficit de soutien perçu dans leur environnement médical, marqué par la minimisation ou la psychologisation de leurs symptômes, ainsi qu'un manque d'écoute de leurs émotions. Ce phénomène est fréquent dans les troubles fonctionnels tels que le SII, où la méconnaissance médicale conduit à une perception de négligence ou d'invalidation (Kirmayer & Looper, 2006 ; Nettleton et al., 2004). Les proches, parfois démunis, peinent également à offrir un soutien adapté. Dans ce contexte, les communautés en ligne viennent compléter, voire se substituer à ces soutiens défaillants en apportant différentes formes d'aide : un soutien informationnel, à travers le partage d'expériences, de conseils et de stratégies de gestion du SII ; mais aussi un soutien instrumental, grâce aux échanges de solutions concrètes pour améliorer le quotidien (alimentation, relaxation, organisation). Ces formes de soutien contribuent à la régulation émotionnelle et à une meilleure adaptation à la maladie.
- 37 Si les participants soulignent les bénéfices du partage entre pairs sur les groupes de soutien en ligne, ces derniers présentent aussi des limites. La surcharge informationnelle peut devenir anxiogène. L'absence de hiérarchisation des conseils et la multiplication des témoignages contradictoires génèrent parfois confusion et stress. Ces constats rejoignent les analyses de Oh et al. (2013), qui ont mis en évidence les effets négatifs de la surabondance d'informations dans les communautés en ligne de santé. La circulation de recommandations non vérifiées (compléments alimentaires, régimes restrictifs) comporte des risques. Plusieurs participants signalent avoir été démarchés par des vendeurs de produits après avoir échangé sur des groupes de soutien en ligne. Enfin, bien que minoritaires, des comportements malveillants sont présents, sous forme de minimisations ou de jugements de valeur. Ces interactions négatives peuvent amplifier la détresse (Wright & Bell, 2003).
- 38 Face à ces limites, les participants expriment unanimement un besoin d'encadrement professionnel. La présence de modérateurs formés ou de professionnels de santé permettrait de valider les informations,

d'orienter les patients et de prévenir les dérives. Ce souhait d'un encadrement par un professionnel de santé est aussi intéressant que paradoxal : les groupes de soutien en ligne constituent des espaces alternatifs propices au soutien des pairs en l'absence de soutien suffisant par les soignants ; toutefois, en cas de dérives, c'est bien la médiation des soignants qui reste recherchée. Cette ambivalence illustre la tension entre autonomie des patients et besoin de légitimité institutionnelle (Ziebland & Wyke, 2012).

Conclusion

- 39 Cette recherche met en évidence un paradoxe : le syndrome de l'intestin irritable touche de nombreuses personnes et provoque une réelle souffrance, mais il reste souvent méconnu, banalisé ou réduit à un problème psychologique. Les patients se retrouvent pris entre une douleur réelle et une absence de reconnaissance, cherchant du soutien médical sans toujours être entendus.
- 40 Dans ce contexte, les réseaux sociaux deviennent des espaces de soutien et de validation. Les groupes en ligne permettent aux patients de partager leurs expériences, de se sentir compris et de reconstruire une forme de légitimité. Ces communautés, bien qu'informelles, jouent un rôle thérapeutique essentiel en offrant écoute, empathie et sentiment d'appartenance. Cependant, elles ne peuvent remplacer une prise en charge professionnelle. Leur succès révèle surtout les manques du système de soins et la nécessité d'une approche véritablement biopsychosociale, intégrant les dimensions physiques, psychologiques et sociales du SII. L'efficacité des groupes en ligne invite à développer des dispositifs hybrides associant échanges entre pairs et accompagnement professionnel. Ces plateformes pourraient proposer des ressources validées, des consultations spécialisées, des programmes éducatifs et l'implication de patients-experts formés à la pair-aidance.

**(Re)penser l'accompagnement des patients atteints de SII
et adopter une posture clinique adaptée**

Cette recherche souligne l'importance d'une posture clinique spécifique face aux patients atteints du SII. Plusieurs axes émergent :

- Premièrement, la reconnaissance inconditionnelle de la souffrance. Avant toute intervention, le psychologue doit valider l'expérience subjective du patient sans minimisation ni psychologisation. Cette validation constitue un préalable thérapeutique essentiel, permettant de reconstruire un sentiment de légitimité souvent mis à mal (Nicola et al., 2022).
- Deuxièmement, l'adoption d'une approche intégrative. Le psychologue ne doit jamais se positionner comme « la » solution au SII, au risque de reproduire la réduction psychologique dénoncée. L'intervention psychologique s'inscrit dans un parcours de soins multidisciplinaire, en complémentarité avec les approches médicales, diététiques et éducatives.
- Troisièmement, le travail sur les dimensions psychosociales. L'accompagnement peut utilement cibler :
 - La gestion du stress et de l'anxiété anticipatoire (TCC, mindfulness)
 - Le travail sur la honte et la stigmatisation intériorisée
 - Le renforcement des stratégies d'adaptation
 - L'amélioration de la communication avec l'entourage
 - Le soutien face à l'errance médicale et au sentiment d'abandon

Le psychologue doit rester dans son champ de compétences et éviter toute interprétation médicale. Si le patient ne dispose pas encore d'un diagnostic, il est préférable de l'encourager à consulter sans remettre en question la légitimité de ses symptômes. Le soutien psychosocial doit inclure un accompagnement face à l'errance médicale, un travail sur la communication avec

l'entourage et une psychoéducation sur les liens entre stress et symptômes.

La prise en charge doit être biopsychosociale et pluridisciplinaire, intégrant la compréhension des mécanismes physiopathologiques (axe intestin-cerveau, hypersensibilité viscérale, dysbiose) et les dimensions psychologiques et sociales. Parmi les interventions les plus efficaces, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) permettent de travailler sur les pensées catastrophistes, l'anxiété anticipatoire et les comportements d'évitement (Alda et al., 2011 ; Olatunji et al., 2010). L'hypnothérapie orientée sur l'intestin et les approches de pleine conscience ont également démontré leur efficacité pour réduire les symptômes et améliorer la qualité de vie (Webb et al., 2007).

BIBLIOGRAPHIE

Alda, M., Luciano, J. V., Andrés, E., Serrano-Blanco, A., Roderio, B., del Hoyo, Y. L., Roca, M., Moreno, S., Magallón, R., & García-Campayo, J. (2011). Effectiveness of cognitive behaviour therapy for the treatment of catastrophisation in patients with fibromyalgia: a randomised controlled trial. *Arthritis research & therapy*, 13(5), R173. [doi:10.1186/ar3496](https://doi.org/10.1186/ar3496)

Assurance Maladie. (2025). *Reconnaître le syndrome de l'intestin irritable (ou colopathie fonctionnelle)*. Extrait de : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/syndrome-intestin-irritable/reconnaître-syndrome-intestin-irritable>

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New-York : W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.

Barak, A. (2010). The Psychological Role of the Internet in Mass Disasters : Past Evidence and Future Planning. In A. Brunet, A. R. Ashbaugh, C. F. Herbert (Eds.), *Internet Use in the Aftermath of Trauma*, (pp. 23-43). Montréal : IOS Press

Bardin, L. (2013). Chapitre premier. Organisation de l'analyse. In *L'analyse de contenu*. (pp. 125-133). Paris : Presses Universitaires de France.

Braun, A., Löwe, B., & Uhlenbusch, N. (2025). Peer Support in Chronic Conditions from the Peer Supporters' Perspective: A Systematic Review. *Psychosocial Intervention*, 34(3), 175-188. [doi:10.5093/pi2025a14](https://doi.org/10.5093/pi2025a14)

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. [doi:10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
- Camilleri, M., & Talley, N. J. (2004). Pathophysiology as a basis for understanding symptom complexes and therapeutic targets. *Neurogastroenterology & Motility*, 16(2), 135-142. [doi:10.1111/j.1365-2982.2004.00516.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2982.2004.00516.x)
- Cassar, G. E., J, G. Y., Knowles, S. R., Moulding, R., & Austin, D. (2021). The Impact of Diagnostic Status on Quality of Life in Irritable Bowel Syndrome. *The Turkish Journal Of Gastroenterology*, 32(10), 808-818. [doi:10.5152/tjg.2021.20517](https://doi.org/10.5152/tjg.2021.20517)
- Chen, C., Wang, H., Shapiro, M., Xiao, Y., Wang, F., & Shu, K. (2022). Combating Health Misinformation in Social Media : Characterization, Detection, Intervention, and Open Issues. *arXiv*, Cornell University. [doi:10.48550/arxiv.2211.05289](https://doi.org/10.48550/arxiv.2211.05289)
- Chey, W. D., Kurlander, J., & Eswaran, S. (2015). Irritable bowel syndrome. *JAMA*, 313(9), 949. [doi:10.1001/jama.2015.0954](https://doi.org/10.1001/jama.2015.0954)
- Christopherson, K. M. (2006). The positive and negative implications of anonymity in Internet social interactions : “On the Internet, Nobody Knows You’re a Dog”. *Computers In Human Behavior*, 23(6), 3038-3056. [doi:10.1016/j.chb.2006.09.001](https://doi.org/10.1016/j.chb.2006.09.001)
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. [doi:10.1037/0033-2909.98.2.310](https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310)
- Coulson N. S. (2005). Receiving social support online: an analysis of a computer-mediated support group for individuals living with irritable bowel syndrome. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 8(6), 580-584. [doi:10.1089/cpb.2005.8.580](https://doi.org/10.1089/cpb.2005.8.580)
- Dancey, C. P., & Backhouse, S. (1993). Towards a better understanding of patients with irritable bowel syndrome. *Journal Of Advanced Nursing*, 18(9), 1443-1450. [doi:/10.1046/j.1365-2648.1993.18091443.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18091443.x)
- Drossman D. A. (2006). The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*, 130(5), 1377-1390. [doi:10.1053/j.gastro.2006.03.008](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2006.03.008)
- Drossman, D. A., Morris, C. B., Schneck, S., Hu, Y. J. B., Norton, N. J., Norton, W. F., Weinland, S. R., Dalton, C., Leserman, J., & Bangdiwala, S. I. (2009). International Survey of Patients With IBS. *Journal Of Clinical Gastroenterology*, 43(6), 541-550. [doi:10.1097/mcg.0b013e318189a7f9](https://doi.org/10.1097/mcg.0b013e318189a7f9)
- Drossman, D. A. (2016). Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. *Gastroenterology*, 150(6), 1262-1279.e2. [doi:10.1053/j.gastro.2016.02.032](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.032)
- Elisson, M. (2025). Shame reduces quality of life in chronic gut disorders. Retrieved from Örebro University. https://www.oru.se/english/news/shame-reduces-quality-of-life-in-chronic-gut-disorders/?utm_source=chatgpt.com
- Feldman, M., Friedman, L. S., & Brandt, L. J. (2021). *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease* (11e éd). Amsterdam : Elsevier. [doi:10.1016/b978-1-](https://doi.org/10.1016/b978-1-)

4160-6189-2.00133-5

Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*, 7(2), 117-140. [doi:10.1177/001872675400700202](https://doi.org/10.1177/001872675400700202)

Finkenauer, C., & Rimé, B. (1998). Socially shared emotional experiences vs Emotional experiences kept secret: Differential characteristics and consequences. *Journal of social and clinical psychology*, 17(3), 295-318. [doi:10.1521/jscp.1998.17.3.295](https://doi.org/10.1521/jscp.1998.17.3.295)

Frändemark, Å., Törnblom, H., Simrén, M., & Jakobsson, S. (2022). Maintaining work life under threat of symptoms: a grounded theory study of work life experiences in persons with Irritable Bowel Syndrome. *BMC Gastroenterology*, 22(1). [doi:10.1186/s12876-022-02158-4](https://doi.org/10.1186/s12876-022-02158-4)

Han, C. J., & Yang, G. S. (2016). Fatigue in Irritable Bowel Syndrome : A Systematic Review and Meta-analysis of Pooled Frequency and Severity of Fatigue. *Asian Nursing Research*, 10(1), 1-10. [doi:10.1016/j.anr.2016.01.003](https://doi.org/10.1016/j.anr.2016.01.003)

Helgeson, V. S., & Gottlieb, B. H. (2000). Support groups. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention : A guide for health and social scientists* (pp. 221-245). Oxford : University Press. [doi:10.1093/med:psych/9780195126709.003.0007](https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0007)

Kirmayer, L. J., & Looper, K. J. (2006). Abnormal illness behaviour: physiological, psychological and social dimensions of coping with distress. *Current opinion in psychiatry*, 19(1), 54-60. [doi:10.1097/01.yco.0000194810.76096.f2](https://doi.org/10.1097/01.yco.0000194810.76096.f2)

Kuss, D., & Griffiths, M. (2017). Social Networking Sites and Addiction : Ten Lessons Learned. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 14(3), 311. [doi:10.3390/ijerph14030311](https://doi.org/10.3390/ijerph14030311)

Lepore, S. J., & Revenson, T. A. (2007). Social constraints on disclosure and adjustment to cancer. *Social and personality psychology compass*, 1(1), 313-333. [doi:10.1111/j.1751-9004.2007.00013.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00013.x)

Luminet, O., Bouts, P., Delie, F., Manstead, A. S. R., & Rimé, B. (2000). Social sharing of emotion following exposure to a negatively valenced situation. *Cognition and emotion*, 14(5), 661-688. [doi:10.1080/02699930050117666](https://doi.org/10.1080/02699930050117666)

Malik, Z. (2024). *Syndrome de l'intestin irritable (SII)*. Manuels MSD Pour le Grand Public. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-digestifs/syndrome-de-l-intestin-irritable-sii/syndrome-de-l-intestin-irritable-sii>

Malik, S., & Coulson, N. S. (2010). 'They all supported me but I felt like I suddenly didn't belong anymore': an exploration of perceived disadvantages to online support seeking. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 31(3), 140-149. [doi:10.3109/0167482X.2010.504870](https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.504870)

Nettleton, S., O'Malley, L., Watt, I., & Duffey, P. (2004). Enigmatic Illness: Narratives of Patients who Live with Medically Unexplained Symptoms. *Social Theory & Health*, 2(1), 47-66. [doi:10.1057/palgrave.sth.8700013](https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700013)

- Nicola, M., Correia, H., Ditchburn, G., & Drummond, P. D. (2022). Defining pain-validation : The importance of validation in reducing the stresses of chronic pain. *Frontiers In Pain Research*, 3. [doi:10.3389/fpain.2022.884335](https://doi.org/10.3389/fpain.2022.884335)
- Oh, H. J., Lauckner, C., Boehmer, J., Fewins-Bliss, R., & Li, K. (2013). Facebooking for health: An examination into the solicitation and effects of health-related social support on social networking sites. *Computers in Human Behavior*, 29(5), 2072–2080. [doi:10.1016/j.chb.2013.04.017v](https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.04.017v)
- Oka, P., Parr, H., Barberio, B., Black, C. J., Savarino, E. V., & Ford, A. C. (2020). Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Gastroenterology & Hepatology*, 5(10), 908–917. [doi:10.1016/s2468-1253\(20\)30217-x](https://doi.org/10.1016/s2468-1253(20)30217-x)
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Deacon, B. J. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *The Psychiatric clinics of North America*, 33(3), 557–577. [doi:10.1016/j.psc.2010.04.002](https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.002)
- Rimé, B. (2005). *Le partage social des émotions*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Rimé, B. (2009). *Le partage social des émotions*. Paris : Presses Universitaires de France. [doi:10.3917/puf.mosco.2009.01](https://doi.org/10.3917/puf.mosco.2009.01)
- Rimé, B., & Zech, E. (2001). The social sharing of emotion : Interpersonal and collective dimensions. *Boletín de psicología*, 97–108.
- Stephan, W. G., & Stephan, C. W. (2000). An integrated threat theory of prejudice. In S. Oskamp (Ed.), *Reducing prejudice and discrimination* (pp. 23–45). Mahwah, NJ, USA : Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Stone, J. (2002). What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The « number needed to offend ». *BMJ*, 325(7378), 1449–1450. [doi:10.1136/bmj.325.7378.1449](https://doi.org/10.1136/bmj.325.7378.1449)
- Taft, T. H., Keefer, L., Artz, C., Bratten, J., & Jones, M. P. (2011). Perceptions of illness stigma in patients with inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. *Quality Of Life Research*, 20(9), 1391–1399. [doi:10.1007/s11136-011-9883-x](https://doi.org/10.1007/s11136-011-9883-x)
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 2–30. [doi:10.1207/S15327957PSPR0601_1](https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_1)
- Tanaka, Y., Kanazawa, M., Fukudo, S., & Drossman, D. A. (2011). Biopsychosocial Model of Irritable Bowel Syndrome. *Journal Of Neurogastroenterology And Motility*, 17(2), 131–139. [doi:10.5056/jnm.2011.17.2.131](https://doi.org/10.5056/jnm.2011.17.2.131)
- Van Tilburg, M. A., Palsson, O. S., & Whitehead, W. E. (2013). Which psychological factors exacerbate irritable bowel syndrome ? Development of a comprehensive model. *Journal Of Psychosomatic Research*, 74(6), 486–492. [doi:10.1016/j.jpsychores.2013.03.004](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.03.004)

Yan, L., Zhang, X., Li, Y., Liu, C., Yang, H., & Yang, C. (2023). The role of psychological factors in functional gastrointestinal disorders: a systematic review and meta-analysis. *International journal of colorectal disease*, 38(1), 65. [doi:10.1007/s00384-023-04333-9](https://doi.org/10.1007/s00384-023-04333-9)

Webb, A. N., Kukuruzovic, R., Catto-Smith, A. G., & Sawyer, S. M. (2007). *Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome*. London : Cochrane Library. [doi:10.1002/14651858.cd005110.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.cd005110.pub2)

Weiner, B. (1980). A cognitive (attribution)-emotion-action model of motivated behavior: An analysis of judgments of help-giving. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 39(2), 186-200. [doi:10.1037/0022-3514.39.2.186](https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.2.186)

Whitehead, W. E., & Crowell, M. D. (1991). Psychologic considerations in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology clinics of North America*, 20(2), 249-267.

Wright, K. B., Bell, S. B., Wright, K. B., & Bell, S. B. (2003). Health-related Support Groups on the Internet : Linking Empirical Findings to Social Support and Computer-mediated Communication Theory. *Journal of health psychology*, 8(1), 39-54. [doi:10.1177/1359105303008001429](https://doi.org/10.1177/1359105303008001429)

Ziebland, S., & Wyke, S. (2012). Health and illness in a connected world : how might sharing experiences on the internet affect people's health?. *The Milbank quarterly*, 90(2), 219-249. [doi:10.1111/j.1468-0009.2012.00662.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2012.00662.x)

AUTEURS

Camille Corbière

Étudiante en Master 1, Psychologie clinique, Psychopathologie, Psychologie de la Santé

IDREF : <https://www.idref.fr/169632105>

Myriam Pannard

Maîtresse de conférences en psychologie sociale de la santé

Unité INSERM 1290 RESHAPE, Université Lyon 2

IDREF : <https://www.idref.fr/234464585>