



HAL
open science

Réflexions autour de groupes de parole de thérapie communautaire intégrative pour des personnes en situation de vulnérabilité dans le bassin grenoblois

Sophie Maret, Manon Rogeaux

► To cite this version:

Sophie Maret, Manon Rogeaux. Réflexions autour de groupes de parole de thérapie communautaire intégrative pour des personnes en situation de vulnérabilité dans le bassin grenoblois. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03468533

HAL Id: dumas-03468533

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03468533>

Submitted on 7 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine
Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2021

**RÉFLEXIONS AUTOUR DE GROUPES DE PAROLE DE THÉRAPIE
COMMUNAUTAIRE INTÉGRATIVE POUR DES PERSONNES EN
SITUATION DE VULNÉRABILITÉ DANS LE BASSIN GRENOBLOIS**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Sophie MARET

[Données à caractère personnel]

Manon ROGEAUX

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE

Le : 21/05/2021

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Présidente du jury :

Professeure MOUSSEAU Mireille

Membres :

Professeur PENFORNIS Alfred

Professeur ROYER DE VÉRICOURT Guillaume.

Docteur DE GOER Bruno

Docteure ZIPPER Anne-Claire

Docteure GIRARD Pauline (directrice de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlogie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
 MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
 PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
 MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
 PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine
 PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
 MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Remerciements communs :

A **notre jury**, à la **Professeure Mireille Mousseau**, merci d'avoir accepté de présider notre jury et pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Merci pour votre approche humaine de la médecine enseignée pendant notre cursus.

Au **Professeur Alfred Penfornis**, merci pour l'intérêt que tu portes à notre travail et de venir aujourd'hui apporter ton expérience de groupe en éducation thérapeutique et faire le lien avec notre sujet.

Au **Professeur Guillaume Royer de Véricourt**, merci de venir juger notre travail et de ton engagement dans la formation des internes en médecine générale et notamment pour la présence de groupes d'échanges de pratiques tout au long de notre internat.

Au **Docteur Bruno de Goër**, merci pour ton intérêt à notre sujet. Tes réflexions et ton engagement pour améliorer le soin auprès des personnes en situation de vulnérabilité sont inspirants.

A la **Docteure Anne-Claire Zipper**, merci de ton enthousiasme pour l'utilisation des groupes en médecine générale et ta sensibilité pour notre méthodologie de recherche.

A la **Docteure Pauline Girard**, merci d'avoir accepté de diriger notre travail atypique, qui nous a tenus à cœur. Tout au long, ton aide et tes éclairages nous ont été précieux. Merci de ta disponibilité et de ton investissement dans notre travail, ce fut agréable de réfléchir ensemble.

Aux relecteur·rice·s, merci pour le temps généreusement consacré à vos corrections et à vos retours toujours pertinents pour faire évoluer notre travail.

A toutes les personnes rencontrées du **réseau de TCI Rhône-Alpes**, votre enthousiasme pour cette méthode nous a soutenu. Notre binôme de recherche s'est créé grâce à vous.

Et surtout à chaque **participant·e des groupes de parole**, merci de nous avoir livré votre histoire et de nous avoir accueilli dans les groupes.

Remerciements Manon :

A **Sophie**, pour avoir partagé le défi de cette thèse et pendant ton internat ! Merci d'avoir rendu cette aventure agréable et passionnante. Nos discussions sur la pratique du soin et nos représentations m'ont beaucoup apporté. J'espère partager d'autres expériences professionnelles à tes côtés et des aventures à ski ou à vélo !

A **mes parents**, pour votre amour et votre soutien inconditionnel qui me porte ! Merci de m'avoir transmis vos valeurs et la passion de votre métier ; votre engagement auprès de tou·te·s, votre écoute et votre esprit d'ouverture sont pour moi un modèle. **Maman** merci de ton aide sans faille et notamment dans ce travail. **Papa** merci pour ton optimisme rassurant et pour ta force qui m'aide au quotidien.

A **ma sœur, Camille**, mon alliée si fidèle de toute épreuve, merci pour ton soutien et ton énergie. A tous les moments que l'on partage et que l'on partagera ! J'ai de la chance de t'avoir.

A **mon frère, Antoine**, merci pour tes conseils toujours très justes, pour ton goût de la fête et de venir égayer la fin de cette thèse en musique !

A **Pierrot**, pour avoir suivi de près ce travail, toujours avec patience. Merci de croire en moi et de m'ancrer dans le présent. Merci de colorer mon quotidien, jusqu'au bout d'aimer on ira !

A **ma famille, à Yaiyai et Jean**, pour m'avoir accueillie pendant mes longues révisions, merci pour vos encouragements. A **ma bonne-maman et à mon bon-papa**, à votre bienveillance qui me manque. A mes cousin·e·s et particulièrement à **Charlotte et Véro** pour nos rires sans fin.

A **mes ami·e·s**, qui de près ou de loin me donnent de la joie de vivre.

A **Léonore**, merci d'être mon amie depuis toujours, à **Camille M** pour ta fidélité.

A **Manoune** merci pour ton aide et ta précieuse amitié, à tata **Lulu** d'être un pilier pétillant de bonne humeur ! A **la Familia**, merci à **vous tou·te·s** de m'avoir changé les idées et apporté du bonheur durant ces études ! A nos projets futurs et à notre amitié !

A **Léa**, ma binôme pour avoir affronté ensemble la P1, merci pour ton soutien et ta détermination exemplaire.

A Léa V, Marie, Céline et Lucie : les Tziky qui me donnent le sourire et m'accompagnent depuis le début de la médecine. Merci pour tous ces beaux moments partagés à vos côtés. A nos discussions et nos questionnements passionnants qui m'ont construite. Merci pour votre amitié sur laquelle je peux compter.

Aux « potimarrons », merci à chacun·e·s de faire l'ingrédient d'une super troupe ! Depuis l'externat et maintenant pour d'incroyables vacances, que ce bonheur ensemble se poursuive !

A Ninon, pour ton soutien et notre cohabitation pendant la D4.

A Luce pour ton grain de folie et ta complicité depuis la Finlande !

A Orane pour ta motivation entraînante, merci de m'offrir cette belle amitié.

A Ugo, merci de partager ta passion de la montagne et ta joie de vivre !

A Nico et Pauline pour les soirées fondues, merci de devenir Savoyard·e·s !

Aux ami·e·s Grenoblois, à Anna, Julie et Céline R avec qui le temps passé m'enjoue.

Aux dugongs et aux sirènes mahoraises, pour ce semestre d'intenses aventures et de bonheur !

Au Village2santé pour votre engagement et votre pratique du soin autrement. Merci de m'avoir donné de l'espoir dans mon métier de médecin.

Aux médecins généralistes qui m'ont accueillie et partagé leurs savoirs. Merci d'avoir fait évoluer ma pratique du soin et songer au médecin que j'aimerais devenir.

Au rêve de construire un lieu où le soin s'accorde aux valeurs qui m'animent.

Remerciements Sophie :

A **Manon**, merci pour cette précieuse rencontre autour de ce travail. Ce cheminement ensemble fût riche en discussions et émotions.

A **toutes celles et ceux** rencontré·e·s ici et ailleurs, qui m'ont aidée à murir et réfléchir autour de la question du soin. Sans elles et eux, j'aurais peut-être manqué de courage pour aboutir ce projet.

A **mes ami·e·s** ici, *an meine Freunde·innen dort*, merci pour vos encouragements, nos échanges et nos futures aventures. *Danke für eure Unterstützung.*

Pour ne pas finir par toi, **Jonathan**. Je te vois presque tous les jours donc je ne t'écris pas des proses ici.

A **ma famille** ici et Outre-Rhin, merci pour votre soutien depuis mes premiers pleurs.

Enfin, à **celles et ceux** qui se rassemblent, parlent et mettent en commun leurs ressources pour lutter et agir pour une meilleure santé par tou·te·s et pour tou·te·s !

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Sous le regard de toutes les personnes ici présentes, nous jurons d'être intègres et loyaux envers tous ceux et celles qui souffrent et feront appel à nous.

Nous jurons que jamais, et sous aucun prétexte, nous ne refuserons nos soins à celles et ceux qui en ont besoin, et que jamais nous ne demanderons un salaire au-delà de ce que la collectivité estime nous attribuer pour mettre en œuvre nos connaissances et notre savoir-faire.

Nous nous efforcerons de rétablir, de préserver et de promouvoir la santé dans toutes ses dimensions, physiques et psychiques, individuelles et sociales.

Nous ne permettrons pas que des considérations de religion, de nation, de parti, de race ou de genre viennent empêcher la réalisation de notre travail.

Nous respecterons la volonté de toutes les personnes et nous ne tromperons pas leur confiance et nous nous efforcerons de favoriser leur autonomie.

Accueillies à l'intérieur des maisons, nos yeux ne jugeront pas ce qui s'y passe, mais ne se détourneront pas des souffrances infligées ; notre langue ne trahira pas les secrets qui nous seront confiés mais elle ne restera pas muette s'il faut soutenir les victimes et appeler à la révolte contre ceux qui les oppriment.

Nous n'utiliserons jamais nos connaissances ou notre savoir-faire pour manipuler, détourner, exploiter qui que ce soit, au profit de quiconque. Et nous ne laisserons quiconque agir ainsi, sous prétexte de soin, sans nous dresser devant lui, quels que soient son titre ou sa fonction.

En toute situation, nous nous positionnerons pour le respect de la vie et accompagnerons ainsi chacune et chacun jusqu'à la mort.

Nous informerons les personnes concernées des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences probables.

Nous n'entreprendrons rien qui dépasse nos capacités mais nous emploierons continuellement à les améliorer par l'étude et la pratique individuelles et collectives.

Respectueuses et reconnaissantes envers les personnes qui nous auront formées – celles et ceux qui souffrent et celles-cux qui soignent- nous jurons de transmettre à toutes celles et ceux qui nous le demanderont l'instruction dont nous aurons bénéficié et l'expérience que nous aurons acquise.

Et que l'on nous arrache les yeux, la langue et le cœur si nous trahissons ce serment»

Résumé

MARET Sophie et ROGEAUX Manon

TITRE : RÉFLEXIONS AUTOUR DE GROUPES DE PAROLE DE THÉRAPIE COMMUNAUTAIRE INTÉGRATIVE POUR DES PERSONNES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ DANS LE BASSIN GRENOBLOIS

RÉSUMÉ :

Introduction : Les souffrances psychosociales ont une incidence élevée chez les personnes en situation de vulnérabilité et le recours aux soins psychiques est difficile et limité. Les groupes de parole type thérapie communautaire intégrative (TCI) sont une initiative pour répondre à ce besoin. Ils sont fondés sur l'horizontalité entre les animateur·rice·s et les participant·e·s, valorisent le savoir expérientiel et renforcent l'autonomie. Des études ont démontré l'efficacité des groupes de parole dans différents domaines, mais il existe peu d'études sur les groupes type TCI.

Objectif : Analyser comment le groupe de parole type TCI peut influencer le parcours de soins des personnes en situation de vulnérabilité et faire émerger les facteurs favorisant le bon fonctionnement du groupe.

Méthode : Etude qualitative explorant le vécu des participant·e·s dont les animateur·rice·s de groupes de parole type TCI dans différentes structures médicales et sociales. Recueil des données par 16 entretiens semi-dirigés individuels et 10 observations participantes. Analysés par une méthode phénoménologique complétée par une approche vers la théorisation ancrée.

Résultats : Le groupe de parole type TCI s'est inscrit dans le parcours de soins des participant·e·s avec des professionnel·le·s du soin et du social. Il a été pour certain·e·s un outil thérapeutique, un espace d'expression authentique et de partage de savoirs expérientiels et académiques. Il a permis grâce à l'entraide et l'autonomisation vers l'animation de retrouver confiance en soi et d'augmenter l'*empowerment*. Le fonctionnement des groupes a été favorisé par un cadre, garant de sécurité psychique. Le groupe de parole est apparu comme un outil simple et accessible motivant sa diffusion. L'étude a montré l'influence sociétale sur la dynamique de groupe limitant l'horizontalité et questionnant la relation soignant·e·s/soigné·e·s.

Conclusion : Cette étude analyse un outil original et popularisable de promotion de santé pour des personnes en situation de vulnérabilité. Grâce à l'identification de facteurs favorisant le fonctionnement du groupe, elle peut servir à la mise en place de nouveaux dispositifs de groupes de parole.

MOTS CLES : Groupes d'entraide, Vulnérabilité aux maladies, Soins de santé primaire

FILIÈRE : Médecine générale

Summary

MARET Sophie and ROGEAUX Manon

TITLE: REFLECTIONS ON INTEGRATIVE COMMUNITY THERAPY DISCUSSION GROUPS FOR PEOPLE IN VULNERABLE SITUATIONS IN THE GRENOBLE AREA

ABSTRACT:

Introduction: Psychosocial suffering has a high incidence among people in vulnerable situations, and access to psychological care can be challenging or limited. Integrative Community Therapy (ICT) discussion groups are an initiative to meet this need. They are based on the horizontality between facilitators and participants; they value experiential knowledge and reinforce autonomy. Studies have shown the effectiveness of focus groups in different areas, but there are few studies on ICT-type groups.

Objective: To analyse how the ICT-type group can influence patient care for people in vulnerable situations and to highlight which factors influence the good functioning of the group.

Method: Qualitative study exploring the experiences of participants, including the facilitators, of ICT-type discussion groups in different medical and social facilities. Data were collected through 16 individual semi-directed interviews and 10 participant observations and analysed using a phenomenological method complemented with a Grounded theory approach.

Results: The TCI-type discussion group was part of the participants' integrated care with medical and social providers. For some, it was a therapeutic tool, a space for genuine expression and for sharing experiential and academic knowledge. It enabled participants to regain self-confidence and increase their empowerment through mutual aid, as well as transition toward a facilitation role. The functioning of the group was enhanced by a framework which acted as a guarantee of psychological security. Such discussion groups appear to be a simple and accessible tool, whose generalisation could be encouraged. The study highlights the influence of society on group dynamics that hinders horizontality and questions the relationship between caregiver and care-receiver.

Conclusion: This study analyses an unconventional and popularisable tool for the promotion of health for people in vulnerable situations. It can help set up new support group systems, thanks to the identification of key factors that allow such groups to function optimally.

KEYWORDS: Self-help groups, vulnerability to disease, primary health care

FIELD : General practice

Table des matières

Résumé	11
Summary	12
Abréviations	15
Définitions	16
I. Introduction	19
A. Le concept de vulnérabilité en santé	19
B. La souffrance psychique et les personnes en situation de vulnérabilité.....	20
C. Exemples d’initiatives de soutien psycho-sociale pour les personnes en situation d’exil en France	21
D. Etat des lieux et historique des groupes de paroles en France.....	21
E. La thérapie communautaire intégrative (TCI) : un outil collectif contre les souffrances psychosociales	23
F. Les groupes de parole fondés sur la TCI en soins primaires	24
II. Matériel et méthode	25
A. Type d’étude	25
B. Population.....	25
C. Recueil des données	26
3. Analyse des données	27
III. Résultats	28
A. Description de l’étude	28
B. Les principaux résultats :.....	30
1. Le groupe de parole : une initiative pour prendre en charge la souffrance psychosociale	30
2. La force fondamentale de la rencontre et du groupe	32
3. Le groupe de parole : une « mine d’or » de savoirs expérientiels augmentant l’ <i>empowerment</i>	36
4. Le groupe de parole entre accueil, expression et soin	39
5. Le groupe de parole : un outil accessible et diffusable	46
6. Un groupe horizontal ? L’influence sociétale sur la dynamique de groupe	49
C. Articulation et schématisation des résultats	53
D. Synthèse des facteurs favorisant le bon fonctionnement d’un groupe.....	55
IV Discussion	56
A. Les principaux résultats.....	56
B. Forces et limites de l’étude.....	56

C. Interprétation des résultats et comparaison à la littérature	59
D. Perspectives	65
V. Conclusion	66
VI. Bibliographie	68
VII. Annexes.....	72
Annexe A : Fiche d'information aux participant·e·s	72
Annexe B : Canevas.....	74
Annexe C : Grille d'analyse pour les observations participantes	76
Annexe D : Grille d'échantillonnage.....	77
Annexe E : Tableau de présentation des groupes	78
Annexe F : La thérapie communautaire intégrative (TCI).....	79

Les entretiens et observations participantes ne figurent pas dans le manuscrit public de la thèse.

Abréviations

Abréviations	Explications
AA	Alcoolique Anonymes
CMP	Centre médico psychologique
CMPP	Centre médico psycho pédagogique
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DPO	Délégué à la protection des données
ETP	Education thérapeutique du patient
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
MSP	Maison de santé pluri professionnelle
NMR	Nouveaux modes de rémunération
OP	Observation participante
Orspere-Samdarra	Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Sociétés
TCI	Thérapie communautaire intégrative
ISS	Inégalités sociales de santé

Définitions

Les mots avec une * sont définis ci-dessous :

Centres de santé : Structures sanitaires de proximité dispensant des soins de premier recours. Ils élaborent un projet de santé et mettent en place des actions d'éducation thérapeutique du patient, des actions de prévention et de santé publique. Ils contribuent à la réduction des inégalités d'accès aux soins et à la santé. Ils appliquent les tarifs conventionnés de l'Assurance Maladie et pratiquent le tiers payant. (Définition du Code de la Santé Publique)

Co-formation : Formations réalisées avec des « universitaires ou professionnel·le·s » et des « personnes en situation de pauvreté ». Ce sont des formations réciproques utilisant la méthode de croisement des savoirs et des pratiques. (Définition d'ATD Quart monde dans la charte du croisement des savoirs et des pratiques)

Empowerment : Processus de mobilisation des ressources personnelles et collectives permettant aux individus et aux groupes d'être d'avantage auteur·rice·s / acteur·rice·s de leur vie et dans la société, dans une perspective d'émancipation et de changement individuel et sociétal. (Définition de l'Institut Renaudot)

Empowerment en santé : Notion apparue dans les années 1990, désigne l'accroissement de la capacité d'agir de la personne malade par le développement de son autonomie, la prise en compte de son avenir et sa participation aux décisions la concernant.

Groupes d'entraide mutuelle (GEM) : Associations de personnes souffrant de troubles psychiques (ou usager·ère·s de la psychiatrie), qui se réunissent et s'entraident, pour lutter contre l'isolement et organiser ensemble des activités visant tant au développement personnel qu'à créer des liens avec la communauté environnante. Ils sont destinés aux personnes souffrant de troubles psychiques, qu'elles se considèrent ou non comme étant handicapées.

Inégalité sociale de santé : Différences d'état de santé observées entre des groupes sociaux. Elles font référence aux différences observées dans la relation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale (selon des indicateurs comme ses revenus, son niveau d'études, sa profession, etc.). Les ISS concernent toute la population selon un gradient social. Dans tous les pays où les ISS sont bien mesurées, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus faible que le groupe social inférieur. (Définition de l'INPES)

Les Alcooliques Anonymes : Association d'hommes et de femmes qui partagent entre eux leurs expériences, leur force et leur espoir dans le but de résoudre leur problème commun et d'aider d'autres alcooliques à se rétablir. (Définition des Alcooliques Anonymes)

Médiateur·rice en santé : Professionnel·le de soin, intégré·e dans une équipe ou une structure porteuse, ayant acquis un savoir expérientiel de la maladie, des soins, de communication et complété par des formations théoriques. (Définition de la Haute autorité de santé)

Pairs-aidant·e·s : La pair-aidance repose sur l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie (somatique ou psychique). Il faut donc que la personne ait eu un parcours de soin, une expérience d'intimité avec une maladie/un handicap. (Définition de la Maison des personnes handicapées de Seine-et-Marne)

Parcours de soins : L'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par un sujet dans un système sanitaire et social organisé, dans un temps et un espace donné. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé, articulant la prévention, les soins, le médico-social et le social. (Définition de l'Agence régionale de santé Bretagne)

Précarité : Absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. (Définition de J. Wresinski)

Promotion de la santé : Processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. (Définition de l'Organisation mondiale de la santé)

Santé communautaire : Processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent, en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités. (Définition de l'Organisation mondiale de la santé)

« Quand tu arrives au groupe de parole, peut-être que tu as un préjugé sur l'autre, en fait, quand tu vois l'autre, peut-être la personne est soignée, bien et tout, tu as l'impression que la personne tout va bien. Et c'est quand la personne commence aussi à parler que tu te dis, bon voilà (...) tu n'es pas la seule à avoir un problème » Extrait de l'entretien de Michou

« On dit souvent c'est l'union qui fait la force et on dit une seule personne n'a qu'une seule idée, deux personnes deux idées donc quand vous échangez entre vous peut-être tu crois connaître quelque chose de moi, peut-être moi aussi je peux apprendre quelque chose de vous, c'est comme ça la vie » Extrait de l'entretien de Moussa

*«La solidarité et la compassion ont des limites qui sont celles du respect fondamental de l'Autre, en tant que personne autonome, pensante et agissante» P.Micheletti «La santé des populations vulnérables » (1)**

* Ce manuscrit a été écrit en écriture inclusive se référant au Manuel d'écriture inclusive édité par l'agence de communication d'influence *Mots-Clés* en 2016 par R. Haddad et C. Barique

I. Introduction

La loi de janvier 2016 sur la modernisation du système de santé vise à favoriser l'accompagnement à l'autonomie en santé. Elle tend à « réaffirmer le rôle des usagers comme acteurs de leur parcours de santé et favoriser leur participation à des démarches innovantes » (2). Ce concept d'*empowerment* en santé* est de plus en plus mis en avant dans les disciplines médicales. Ainsi, les politiques de santé publique vont dans le sens d'accroître l'autonomie de la personne malade.

Des travaux de recherche, dans le cadre de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades avec son volet "démocratie sanitaire", ont montré en partie les attentes des usager·ère·s : une approche globale de la santé et la proposition d'interventions collectives plutôt qu'individuelles (3). Des outils et des pratiques se sont développés pour réfléchir « la santé » avec les populations concernées. Par exemple, les « co-formations* » ont démontré l'importance du savoir expérientiel notamment avec des personnes en grande difficulté sociale (4).

Mais ces actions de politiques publiques sont-elles véritablement applicables pour des personnes en situations de précarité* ou de vulnérabilité ? Rappelons les travaux du Brésilien P. Freire qui, dès les années 1950, ont montré que la parole n'est en fait que peu donnée aux personnes les plus vulnérables et opprimées (5).

A. Le concept de vulnérabilité en santé

Pour notre travail, nous avons décidé de parler de « populations vulnérables » et non de « populations précaires ». Nous avons retenu la définition suivante : être vulnérable, « c'est être exposé à des facteurs de risque (personnels, sociaux, environnementaux), qui mettent à l'épreuve un certain nombre de ressources détenues par des individus, des groupes et des communautés sur un territoire » (6).

La notion de vulnérabilité nous semble donc plus large et adaptée pour entrer dans une analyse globale et moins se focaliser sur « les dispositifs spécifiques pour pauvres », comme

le nomme P. Micheletti. Elle comprend l'autonomie et l'aspect capacitaire de l'individu, tandis que le terme précarité peut réduire à la dépendance à l'autre et être ainsi stigmatisant. Le mot *précarité* vient du latin *precari*, qui signifie *prier l'autre* (7).

Plus précisément, nous allons utiliser le terme de « vulnérabilité » comme entrave à la santé. Les personnes vulnérables ont une moins bonne santé et également un accès à la santé limité. Parmi les déterminants sociaux de la santé, la vulnérabilité est un facteur majeur d'inégalités sociales de santé* (ISS).

B. La souffrance psychique et les personnes en situation de vulnérabilité

Comme l'illustre R. Wilkinson, le fait de se trouver en bas de l'échelle sociale est une source de stress chronique. Ainsi différentes études ont montré que « les facteurs psychosociaux affectent la santé en grande partie par le biais du stress qu'ils causent ». Elles ont mis en lumière différentes réactions biologiques, comme l'augmentation de l'hypertension artérielle et du taux de cholestérol face aux stressseurs sociaux (8). P. Jacques définit le terme de souffrance psychosociale comme « l'articulation du psychique, du somatique et du social, c'est-à-dire la manière dont les inégalités sociales s'inscrivent jusque dans le corps des personnes exclues » (9). La santé mentale des personnes vulnérables est par ailleurs marquée par une plus forte prévalence des troubles psychotiques et des conduites suicidaires (6). Le rapport de Médecins du Monde et du Centre Primo Levi en 2018 sur la souffrance psychique de personnes exilées montre que 60 % de ces personnes souffrent de stress post-traumatique, 22 % de symptômes dépressifs et 8 % de troubles anxieux (10).

Or les personnes vulnérables et notamment les personnes exilées, ont un faible recours aux soins psychiques. Même avec des droits ouverts, il est difficile de trouver une place dans les CMP et CMPP car ces structures sont saturées (10). En médecine ambulatoire, l'accès à la psychiatrie avec de nombreux praticiens en secteur 2 et aux psychologues libéraux présente une barrière financière (11).

La médecine générale se trouve aussi en difficulté devant ces souffrances. Elle fait face à une « sanitarisation des problèmes sociaux » comme le nomme D. Fassin (2010) (12). « De plus

les thérapeutes témoignent couramment de leurs difficultés, voire impuissance à répondre à ces questions, notamment des demandes d'aide émanant de ressortissants immigrés ou issus de de l'immigration » (13). Le médecin généraliste peut être amené à chercher des solutions et vouloir proposer d'autres dispositifs.

C. Exemples d'initiatives de soutien psycho-sociale pour les personnes en situation d'exil en France

L'isolement et les difficultés à exposer ses souffrances nécessitent d'adapter et de créer des dispositifs de prise en charge (14,15).

L'Orspere-Samdarra² a organisé en 2018 un séminaire de réflexion intitulé « Paroles, expériences et migrations » avec des personnes demandeur·se·s d'asile. Afin de valoriser le savoir expérientiel de ces personnes qui ont rarement l'occasion de s'exprimer, cet observatoire a mis en place un groupe de parole autour des enjeux de la migration. F.Mabanza dans sa participation à un groupe de parole entre migrants y trouvait un soutien moral et curatif pour ses difficultés (16).

La thèse de V. Nugere (2013) a également étudié un groupe de parole pour des personnes exilées à l'initiative d'une équipe mobile psychiatrie précarité. Elle montre la possibilité d'une amélioration des symptômes et de la qualité de vie globale des sujets (17).

D. Etat des lieux et historique des groupes de paroles en France

« Les premières formes de *self-help groups* datent des années 1930 avec les Alcooliques anonymes*» (18). Puis les groupes de paroles se sont surtout développés dans les années 1970-80 avec les courants de désinstitutionalisation et de rétablissement en

² L'Orspere-Samdarra : Observatoire national sur la santé mentale et les vulnérabilités sociales, hébergé au Centre Hospitalier le Vinatier de Lyon-Bron. (Définition de Orspere-Samdarra)

psychiatrie. La notion de groupe en santé mentale repose en partie sur la pratique de « pair-aidance* » : Une personne ayant souffert d'un trouble est experte du vécu avec cette pathologie et peut accompagner une personne souffrant du même trouble (19). Des travaux sur les *clubhouses*, structures non médicalisées pour des personnes ayant des troubles mentaux et gérées par elles-mêmes, ont montré que le groupe renforce l'*empowerment* (20).

Le groupe a par la suite fait ses preuves pour l'analyse de pratiques entre soignant·e·s (groupe Balint, groupe de pairs). Puis il a été mis en place pour l'accompagnement, le soutien et la formation des aidant·e·s (21).

En médecine générale, l'utilisation du groupe se développe dans la pratique de l'éducation thérapeutique pour les malades chroniques (diabétique, asthmatique) (22, 23).

En 2005, la « loi handicap » permet la création de groupes d'entraide mutuelle (GEM)* comme « outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en grande vulnérabilité » (24). En 2018, il existe 505 GEM en France. Leurs principes sont l'*empowerment* et l'autogestion. « L'entraide mutuelle a ainsi une plus-value importante en termes de réhabilitation psychosociale en permettant à l'individu de passer du statut de patient à celui d'acteur de son parcours. » (24).

Le groupe est donc un outil de plus en plus utilisé par les institutions, dans les domaines social, médical et associatif. Les groupes de « pairs-soignant·e·s », de « pairs-malades » ou « pairs-aidant·e·s* » cherchent à tisser du lien et mutualiser les savoirs.

Dans la littérature il existe beaucoup de travaux de recherche concernant les groupes d'entraide, qui ont largement démontré leur efficacité. Une étude canadienne montre que les médecins généralistes ont une attitude favorable pour les groupes d'entraides et sont convaincus de leurs bénéfices (25). Or dans la majorité des cas, c'est un problème commun qui rassemble. Les groupes ont souvent une pathologie comme dénominateur commun et font souvent appel à un·e expert·e.

E. La thérapie communautaire intégrative (TCI) : un outil collectif contre les souffrances psychosociales

La thérapie communautaire intégrative³ est un acte thérapeutique de groupe. Elle est née à la fin des années 80, au sein de la favela du Pirambu à Fortaleza au Brésil. Une population grandissante, affectée par un exode rural massif des régions arides du Nordeste du Brésil, venait alors s'installer à Fortaleza dans des conditions très précaires. La TCI a émergé entre autres à l'initiative du psychiatre A. Barreto, au cœur d'un projet plus large de santé mentale communautaire appelé « Quatro Varas » (26). Ce dispositif d'accueil cherchait au départ à répondre aux problèmes de santé mentale induits par le déracinement, la misère et l'exclusion (27).

La principale caractéristique de cette méthode est l'horizontalité. La personne qui anime ne vient donc pas en tant que thérapeute et experte, mais en tant que facilitatrice. « Il existe un autre savoir que le savoir universitaire : le savoir tiré de l'expérience de vie de chacun. La fonction de la ronde est de faire appel à cette mine d'or habituellement ignorée » (28).

J.P.Boyer illustre un “changement de lunette” dans la posture du thérapeute dans la TCI (26) :

DE	→	À
Sauveur de l'humanité	→	Solutions participatives
Unique / centré sur un seul	→	Communautaire
Concentration de l'information	→	Circulation de l'information
La dépendance	→	Co-responsabilité
Clientélisme	→	Citoyenneté

³ Présentation de la TCI et de son déroulement dans l'annexe F

Cette méthode d'animation de groupe s'est par la suite développée en Europe et en France à partir de 1995, notamment dans les ex-régions Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Alsace.

Dans la littérature internationale et surtout brésilienne, la TCI a montré des bénéfices en termes de réduction du recours à des services spécialisés et d'influence sur les déterminants de santé. « Une étude de 2004 réalisée dans 12 états du Brésil montrait que 88,5 % des personnes qui participaient à des rondes de TCI ne nécessitaient pas d'être orientées vers des services sociaux ou médicaux à l'issue des « rondes » » (29). A l'échelle française, les résultats et témoignages sont positifs mais peu nombreux. La thèse de L. Lempereur en 2018 illustre grâce à un travail d'immersion au sein du projet de Quatro Varas, qu'il est possible de se rétablir par ce dispositif de santé communautaire (30).

F. Les groupes de parole fondés sur la TCI en soins primaires

Le groupe de parole dans une forme plus large, axé sur l'ensemble des déterminants de santé, comme le propose la TCI, existe donc peu dans le champ médical. Il pourrait être une réponse à la souffrance psychique et à la transformation du lien social, en particulier des personnes en situation de vulnérabilité et victimes d'inégalités sociales en santé.

Dans le bassin grenoblois, l'existence de groupes de parole de TCI, ou fortement inspirés par cette technique, ont retenu notre attention. Ces groupes de parole se sont mis en place à la fois dans des structures sociales (maisons des habitant·e·s), mais également dans des structures de soins primaires (centres de santé*). Nous avons choisi de nous intéresser à ces groupes intégrant des personnes en situations de vulnérabilité.

Ce travail de thèse a pour objectif de recueillir l'expérience aussi bien de participant·e·s que d'animateur·rice·s dans ces dispositifs. L'objectif principal est d'analyser en quoi le groupe de parole peut influencer le parcours de soins* des personnes en situation de vulnérabilité. Dans un deuxième temps nous souhaitons faire émerger les facteurs favorisant le bon fonctionnement d'un groupe.

II. Matériel et méthode

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative avec une approche phénoménologique puis un essai de théorisation ancrée permettant d'explorer le vécu des participant·e·s. Les données ont été recueillies lors d'entretiens semi-dirigés et des observations participantes. Les différents items de la grille COREQ (consolidated for reporting qualitative research) ont été respectés au cours de ce travail.

B. Population

1. Lieu d'étude

Les critères d'inclusion des groupes de paroles étaient : être proposé par une structure médicale et sociale de l'agglomération Grenobloise et utiliser la TCI ou bien s'inspirer de celle-ci. Le groupe devait être actif pendant toute la période de l'étude et exister depuis plus de six mois. Il devait avoir lieu au moins une fois par mois. Six entretiens exploratoires (avec les animateur·rice·s de quatre groupes de parole et une experte en TCI) ont été effectués, pour affiner le terrain d'étude et préciser la question de recherche.

2. Participant·e·s

Le seul critère d'inclusion était d'avoir participé au moins une fois au groupe de parole. L'ensemble des participant·e·s y compris des animateur·rice·s ont été inclus. Les critères d'exclusion étaient : les personnes mineures et les personnes ayant un niveau de français oral insuffisant en l'absence d'interprète. Les critères d'échantillonnage étaient : la tranche d'âge, le genre, le statut dans l'emploi, le nombre de participation au groupe de parole, le niveau de français et tout type d'expérience en animation de groupe (ex. TCI, psychothérapie de groupe, éducation populaire) (Grille d'échantillonnage en Annexe D). Les deux chercheuses ont essayé de faire varier le mode de participation (participation ou animation), l'ancienneté et le groupe de participation.

Les participant·e·s ont été en majorité sollicité·e·s par les chercheuses directement lors du groupe de parole. Pour un groupe, une mailing liste a été utilisée. Une fiche explicative avec les coordonnées des deux chercheuses était remise. Les volontaires pouvaient contacter les chercheuses par mail ou par téléphone pour convenir d'un entretien. Un consentement écrit a été recueilli à chaque entretien. Une rétractation était possible à tout moment de l'étude.

C. Recueil des données

1. Statut des chercheuses

Au moment de l'étude, l'une des chercheuses était non expérimentée en recherche qualitative et l'autre avait déjà fait un travail de recherche. Toutes deux étaient internes en médecine générale. Elles portaient un intérêt commun pour les groupes de parole et ont été mises en lien par un tiers.

A. Les observations participantes

Des observations participantes (OP) ont été réalisées soit par une seule des chercheuses soit en duo, sans préciser qu'elles étaient médecins. L'objectif des OP est de confronter ce qui est dit dans les entretiens aux subtilités du terrain. L'immersion était une plus-value pour saisir la dynamique de groupe, le déroulement, les échanges en « off » et la communication non verbale. Ces OP ont été appuyées par une grille d'observation (Annexe C). Les données ont été compilées à l'écrit, indépendamment entre les chercheuses, sur un logiciel de traitement de texte de Microsoft Word.

3. Les entretiens semi-dirigés

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés par une ou deux des chercheuses avec des participant·e·s volontaires, avec ou sans posture d'animation, jusqu'à suffisance des données, c'est-à-dire l'absence de recueil d'informations supplémentaires. Les entretiens étaient effectués dans les lieux des groupes en question ou dans le lieu de choix des participant·e·s.

Un même canevas d'entretien était utilisé pour l'ensemble des participant·e·s, qu'ils·elles soient animateur·rice·s et/ou non animateur·rice·s. Ce choix a été inspiré de l'horizontalité présent dans les groupes de TCI : l'ensemble des participant·e·s viennent en effet au même

titre. Le canevas a été revu deux fois au cours de l'étude pour être plus pertinent vis-à-vis de la question de recherche (Annexe B).

Les entretiens ont été enregistrés grâce à deux enregistreurs vocaux (celui de l'ordinateur et celui du téléphone portable), puis retranscrits intégralement.

4. Journal de bord

Les deux chercheuses possédaient un journal de bord tout au long de l'étude, laissant une trace du cheminement et de la réflexion.

D. Analyse des données

Les données des entretiens ont toutes été analysées manuellement à l'aide du logiciel Excel, selon une approche phénoménologique. D'abord les chercheuses ont fait un codage analytique du discours en reformulant à la première personne du singulier, puis en verbe pour élaborer des propriétés dynamiques, selon la méthode utilisée par C. Lejeune (31). Elles ont codé indépendamment puis triangulé les données. A partir des propriétés dynamiques, elles ont fait ressortir des catégories.

Par la suite, les chercheuses ont articulé les catégories issues de l'analyse phénoménologique avec les données des OP, en s'approchant de la méthode par théorisation ancrée.

Cadre légal

L'accord CNIL a été validé par le DPO le 15 septembre 2020.

III. Résultats

A. Description de l'étude

1. Déroulement de l'étude

L'étude a eu lieu dans quatre groupes de parole (A, B, C et D) proposés par deux centres de santé, une maison des habitant·e·s et une association (Annexe E présentant les différents groupes). En raison de la pandémie COVID 19, les quatre groupes ont dû être suspendus pendant les confinements de 2020. Les Groupes B et D n'ont pas repris par la suite.

Les chercheuses ont réalisé 10 observations participantes (OP) entre juin 2020 et décembre 2020 : cinq observations participantes du Groupe A (OP1, OP4, OP5, OP6 et OP8), trois observations participantes du Groupe C (OP10, OP9 et OP3), une du Groupe B (OP2) et une du Groupe D (OP7). Une OP a été réalisée en binôme (OP1).

Seize entretiens individuels semi-dirigés ont été effectués entre septembre 2020 et février 2021, par l'une ou l'autre des chercheuses (E). La durée moyenne des entretiens était de 31 minutes et 5 secondes. L'ensemble de ce recueil a permis la suffisance des données.

2. Échantillonnage de l'étude

Les chercheuses ont interviewé des animateur·rice·s et participant·e·s de l'ensemble des groupes. Dix personnes avaient la fonction d'animation : E4, E6 (Groupe A), E2, E3 (Groupe B), E5, E14 et E16 (Groupe C) et E15, E1 et E11 (Groupe D). Six personnes interviewées étaient uniquement participant·e·s : E10, E8, E9 (Groupe A), E12 (Groupe B), E13 (Groupe C) et E11 (Groupe D). (Tableau 2)

Avant chaque entretien les chercheuses ont demandé aux personnes interviewées de choisir un **pseudonyme** :

E1 = Daniel, E2 = Miguel, E3 = Freedom, E4 = Zorro, E5 = Louise, E6 = Toto, E7 = Hyacinthe, E8 = Moussa, E9 = Loudemer, E10 = Michou, E11 = Free, E12 = Bou, E13 = Inès, E14 = Homer, E15 = Piou, E16 = Julie

Tableau 2 : Caractéristiques des participant·e·s

Nom codé	Durée (min)	Tranche d'âge	Genre	Profession Catégorie socio professionnelle	Langue maternelle	Fonction*	Participation au groupe**	Formation en TCI	Autres compétences, formations (animation, psychologie, éducation populaire etc.)
E1	39	55-65	M	Ostéopathe Profession intermédiaire	Français	A	500	Oui ++	Animation
E2	25	45-55	M	Ingénieur Cadre	Français	A	50	Oui+	CNV, Gouvernance partagée, Hypnose, psychologie transpersonnelle
E3	26	55-65	M	Ingénieur ONG Cadre	Arabe	A	60	Oui	Educateur spécialisé, Animation
E4	29	>75	M	Medecin généraliste Cadre retraité	Français	A		Oui+++	Animation d'équipe, Association
E5	28	45-55	F	Médecin Psychiatre Cadre	Français	A	>100	Non	Psychodynamie et systémie
E6	29	65-75	M	Médecin interniste Cadre Retraité	Français	A	>100	Oui+	Hypnose
E7	26	45-55	M	Technicien monteur Employé	Français	P	2	Non	
E8	22	18-25	M	Etudiant Sans activité professionnelle	Malinké	P	3	Non	
E9	42	65-75	M	Comédien Retraité	Français	P	30	Non	Animation, Compagnie artistique
E10	34	25-35	F	Vendeuse Sans activité professionnelle	Bamiliké	P	30	Non	
E11	24	25-35	M	Carrière juridique et politique Sans activité professionnelle	Soussou	A	50	Oui	
E12	41	55-65	M	Directeur technique Cadre	Français	P	15	Non	Gestion de conflit, analyse transactionnelle, Groupe Guy Corneau
E13	36	35-45	F	Travailleuse sociale Profession intermédiaire	Français	P	20	Non	Animation
E14	38	35-45	M	Travailleur social Profession intermédiaire	Français	A	15	Non	Educacion populaire, Animation
E15	34	>75	M	Médecin psychiatre Cadre	Français	A	>3000	Oui+++	Psychothérapie, Addictologie, Hypnose
E16	31	25-35	F	Médecin généraliste Cadre	Français	A	20	Non	Educacion populaire, Animation

Légende :

*Fonction : A = Animation, P = Participation

** Nombre de participation au groupe

Formation en TCI : + (un peu de formation) /++ (formation modéré) /+++ (expérimenté)

B. Les principaux résultats :

1. Le groupe de parole : une initiative pour prendre en charge la souffrance psychosociale

➤ Chercher une réponse face à la souffrance psychosociale

Certain·e·s animateur·rice·s, professionnel·les de santé, étaient **confronté·e·s** « *aux problématiques de souffrances psychosociales des gens en parcours d'exil* » Toto L52 et s'interrogeaient sur les réponses à apporter. Suite à son expérience en Libye, Freedom racontait par exemple son envie de trouver un outil :

Freedom : « *Des jeunes qui avaient connu la torture... vendus comme esclaves à cinq cents dollars et qui arrivaient à Misrata pour passer la Méditerranée et ces jeunes-là ils avaient des blessures physiques mais c'est pas ça qui était important, ils avaient des blessures physiques, des cicatrices, des fractures mais c'était pas ça, ils étaient cassés au niveau du cerveau... et là je me suis dit il y a quelque chose à faire, qu'est-ce qu'on peut faire ? Même les médecins étaient un petit peu dépourvus* » L82

La médecine occidentale parfois axée sur le biomédical semblait pour certain·e·s peu adaptée pour répondre à ces souffrances psychosomatiques. Il y avait une **envie de mieux les accompagner**, en apportant une vision plus **globale** de la médecine.

➤ La limite de l'accompagnement individuel

L'espace individuel en consultation médicale (Julie), psychiatrique (Piou) et en accompagnement social pouvait avoir des limites. Certain·e·s professionnel·le·s voulaient donc **intégrer des espaces de groupe dans leur pratique**. Ils·elles étaient « *déjà théoriquement convaincu·e·s que des espaces collectifs de discussion et d'entraide pouvaient être thérapeutiques* » Julie L154 et voulaient « *ouvrir dans [leur] structure de soin un lieu de parole, d'entraide* » Julie L24.

Un animateur a dû faire face à des réticences institutionnelles pour créer un espace de parole où soignant·e·s / soigné·e·s se retrouvaient au même titre.

La **comparaison entre une expérience du groupe et une psychothérapie individuelle** a été racontée par certain·e·s participant·e·s :

Ines : « *J'ai dû faire une thérapie par un psychologue car j'étais vraiment vraiment au plus mal. Et en parallèle, en fait j'étais dans le groupe d'entraide et en fait j'étais bien avec le thérapeute car il répondait précisément sur des choses auxquelles moi j'avais pas forcément la réponse. Voilà, c'est un accompagnement différent ! Mais j'ai été beaucoup plus à l'aise avec le groupe de parole (...) dans le sens que en fait c'était pas que centré sur moi (...) Et ça fait la différence je trouvais !* » L320

➤ **Le groupe de parole type TCI : un outil expérimental**

Pour la plupart des porteur·euse·s des projets de groupe, il s'agissait de monter un groupe **TCI** ou inspiré de la TCI. Cette méthode intéressait pour son **approche systémique** axée sur une population plus vulnérable. La TCI pouvait aider « *à sortir de la précarité psychique* » Piou L68.

La **recherche** et **l'analyse** autour de la TCI intéressaient la plupart des animateur·rice·s. Certain·e·s exprimaient une fierté à participer à une expérience de groupe. « *Là je crois que cette expérience là (...) je la vois comme une **expérimentation pratique*** » Julie L157. Ils-elles participaient parfois à des intervisions (espaces pour échanger autour de la méthode) pour se perfectionner et s'améliorer. La plupart des groupes s'interrogeait entre animateur·rice·s après la séance : « *nous avons fait un tour de débriefing avec Toto, Zorro, A. Ce temps-là ne semblait pas être pour les personnes qui participaient uniquement* » OPI.

➤ **La posture professionnelle**

Dans les groupes A et C, « *les animateur·rice·s se sont présenté·e·s comme professionnel·le·s du centre : médecin, accompagnant social et psychiatre* » (OP9).

Animer le groupe était pour la plupart une manière de **faire évoluer la pratique professionnelle**. Cela apportait par exemple « *vraiment une autre façon de voir la question du soin* » Julie L153. Pour d'autres, il s'agissait d'un défi :

Homer : « *C'est pas évident pour moi le collectif, c'était quelque chose qui était pas forcément très, dans lequel j'étais pas forcément ultra à l'aise. Je crois que j'avais envie aussi un peu de me confronter, d'aller travailler ça.* » L84

Certain·e·s se servaient de l'expérience du groupe dans leur pratique : « Ça aide à être en lien ou de travailler d'une certaine façon, à entendre les patients. L169 (...) y en a toujours un avec qui ça résonne et je vais pouvoir lui parler de l'expérience que j'ai eue avec le groupe. » Daniel L251.

Malgré une volonté d'autogestion, les animateur·rice·s se sentaient **responsables** du groupe : « Mais on a quelque chose de très fort qui nous ressort de (...) Donc du coup il y a un truc un peu, très impressionnant de l'ampleur que ça prend pour certaines personnes ! (...) Mais c'est très bien et à la fois ça donne quand même une responsabilité, voilà ! » Julie L293.

Dans le groupe C, l'animatrice voulait **apporter son expertise de médecin psychiatre** et utilisait volontairement « [son] savoir-faire de thérapeute ou de psychothérapeute si [elle] sent que quelqu'un est en difficulté » Louise L181. Mais il y avait une ambivalence entre « les éclairages « psy » » qui apportaient un « truc chouette » et « l'impression que ça sort un peu du cadre, (...) avec des animateurs dans une posture de participant » Homer L286.

➤ **Le groupe : comme un espace complémentaire de soin**

Enfin, le groupe a été évoqué comme un **espace complémentaire** aux consultations « classiques » médicales. Certaines situations difficiles vécues en groupe revenaient en consultation. Des participant·e·s pouvaient avoir envie d'aborder certaines choses uniquement avec le « médecin (...) parce que toujours, c'est presque avec lui que... je dis certaines choses que je peux pas dire dans le groupe de parole » Michou L358. Le groupe a facilité l'accès à des consultations individuelles comme observé dans les OP (OP6).

2. La force fondamentale de la rencontre et du groupe

➤ **Le groupe de parole : un espace de socialisation**

Le groupe de parole permettait de **mettre en lien** et de créer une **rencontre** entre participant·e·s. Le groupe était un espace de **socialisation**, un lieu **d'échange** pour « [tisser] des liens, c'est un truc de dingue ! » Ines L164.

Michou : « J'avais l'impression qu'au fil du temps je voulais juste, je voulais juste venir, je voulais juste être là, parce que déjà aussi on rencontre des nouveaux gens. » L249

La rencontre entre participant·e·s du groupe a pu **redonner une forme de confiance en l'autre** : « *Il y avait le manque de confiance, j'arrivais plus vraiment à faire confiance aux autres. Et le groupe de parole m'a appris euh, m'a dit bon voilà tu peux recommencer tout. Les gens ne sont pas toujours pareils.* » Michou L270. Le groupe a pu faire comprendre à certain·e·s la **richesse d'être en lien**. Pour Michou « *le fait d'avoir trouvé ces personnes face à [elle] [la] rassurait sur beaucoup de points* » L119.

Pour certain·e·s, le groupe était la **seule activité sociale** pour sortir de l'isolement. « *C'est pas comme je suis assis seul donc ça me fait oublier certaines choses* » Moussa L100.

Pour des participant·e·s, le groupe a été vécu comme « *un [nouveau] départ (...) en France* » et une ressource pour **trouver un logement**. « *J'ai connu les gens, après les gens ils m'ont recommandé à une famille d'accueil* » Free L175.

➤ **Une rencontre entre différentes classes sociales**

Dans le groupe ça « **fait du bien** (...), **ça vient de tous les horizons** : *il y a des mères de familles, des femmes qui ont occupé leur vie à élever des enfants, c'est un drôle de métier ça ! Il y a eu des chefs d'entreprises je crois, il y a des gens qui ont un niveau intellectuel de réflexion très poussé, enfin je me compare automatiquement, il y a des gens très simples qui ont même parfois du mal à s'exprimer* » Bou L98.

➤ **Une rencontre interculturelle**

Le groupe était pour certain·e·s « *une ouverture, tout le temps, tout le temps* » Freedom L177 sur la **diversité culturelle** et un « **bain d'humanité** » Loudemer L185.

Michou : « *J'apprends à connaître d'autres gens, d'autres tribus, d'autres pays, des gens d'autres pays, d'autres communautés, en fait c'est juste ça qui est en moi, un truc que je ne peux pas expliquer. (...) Je comprends aussi beaucoup plus la valeur de l'être humain, de l'humanité vraiment entière. (...) Tu apprends aussi à aimer les autres* » L260

Des participant·e·s **apprenaient par le mélange culturel**. « *Donc j'ai connu un peu la culture française, donc c'est grâce au groupe de parole. (..). Oui, parce que (...) chacun donnait ses idées* » Free L163.

Toto : « *En Afrique les les, on on ressent pas forcément les choses de la même manière. Ça veut pas dire que c'est moins violent, c'est pas ce que je veux dire. A force de d'en discuter avec des des patients africains, je me suis souvent rendu compte de ça. Ils sont facilement résilients quoi.* » L143

Un grand nombre de **participant·e·s** étaient même **surpris** de la manière dont étaient racontés certains récits, comme vécu dans l'OP6.

Loudemer : « *Ce qui me sidère toujours, c'est le calme et la tranquillité avec laquelle ils te racontent qu'ils ont été violés et qu'ils ont vécu ça, qu'ils ont été torturés, ils te racontent ça comme toi tu dirais, bah ouais j'ai pris de la salade à midi quoi, c'est hallucinant quoi !* » L234

➤ **Une rencontre différente entre animateur·rice·s professionnel·le·s du soin et participant·e·s**

Voir les participant·e·s dans un contexte autre qu'individuel pouvait créer, modifier les liens et **permettre de se découvrir d'une autre manière**. Que les professionnel·le·s du soin « *se [livrent] dedans (...) ça resserre aussi des liens* » Homer L195.

Piou témoignait que cela permettait d'avoir une **relation soignant·e / soigné·e** beaucoup plus **profonde et aidante**. Julie, n'était « *pas sûr qu'il y [ait] de grands changements dans la relation* » L272.

En proposant des groupes en milieu hospitalier, un animateur se rendait compte que le groupe pouvait également être un levier pour **faire parler les « taiseux »** ; les « *patient·e·s qui avaient du mal à parler en entretien individuel avec leur infirmier référent, qui bloquaient un peu, se mettaient à dire des choses qu'ils n'avaient jamais dites auparavant* » Piou L155.

Un temps d'échange et de **rencontre informelle** avait lieu en **pré et en post groupe**, comme observé dans les OPs.

➤ **Découverte de la force du collectif**

Le groupe était devenu pour certain·e·s **un lieu repère**. Des participant·e·s le considéraient comme « *une autre famille nécessaire* ».

Michou : « Ils m'ont montré, par plusieurs façons (...) qu'ils m'aimaient, qu'ils m'appréciaient (...) et du coup je me sens comme chez moi. L290 (...) j'ai rencontré des belles personnes, j'ai eu l'amour, parce que rester avec des personnes âgées et senti qu'ils t'aiment en fait. J'ai eu l'impression de retrouver beaucoup de choses que j'avais perdues » L230

Des participant·e·s étaient devenu·e·s des habitué·e·s, créant « **un noyau dur** » Homer L341
Ils·elles étaient «*contentes de retrouver toujours les mêmes gens, qui étaient là, qui continuaient* » Free L102.

Cet espace valorisait le **potentiel du collectif**, en « *[ressentant] en groupe* » Toto. Cela faisait réaliser la **force du groupe**.

Zorro : « Je crois pas qu'il existe de solution sans collectif, sans participer au collectif, sans se soucier du collectif. Mais je suis pas un fêtard de groupe, je fais pas partie des clubs de foot ou des grands groupes de cyclistes à vélo. » L201

Certain·e·s participant·e·s étaient **déjà convaincu·e·s** de la force du collectif, comme le montrait leur mode de vie ou leur exercice pluriprofessionnel. De plus, la **co-animation** était une évidence dans l'ensemble des groupes.

Louise : « Moi j'avais eu l'habitude dans ma pratique d'animer des groupes de parole ou des groupes soignants/soignés euh voilà et puis aussi des groupes pour les professionnels où quelqu'un amène un problème et on réfléchit collectivement à une solution. » L69

Enfin, le groupe de parole était une **mise en pratique** et une **valorisation de l'expérience collective** : pour certain·e·s il pouvait **devenir une vraie nécessité**.

Ines : « Alors pendant le premier confinement, le premier et le deuxième on n'a pas pu faire le groupe d'échange de parole, d'échange euh oui... on n'a pas pu le faire

pendant le premier et le deuxième confinement !! J'en ai énormément souffert, énormément souffert ! » L234

3. Le groupe de parole : une « mine d'or » de savoirs expérientiels augmentant l'empowerment

➤ **L'importance de l'entraide**

Des participant·e·s ont vécu le groupe comme un **espace d'entraide**. Ils·elles « *étaient là pour les autres dans une forme d'écoute et d'accueil de ce qui va se passer* » Julie L73. Des **expériences de vie** notamment liées à des parcours difficiles étaient utilisées au service des autres :

Michou : « Parce que quand j'étais très très jeune, je suis passé par pas mal de choses, je m'y connais un peu, à mon niveau. Je me dis que, avec mon soutien, beaucoup de personnes peuvent être soulagées. » L392

Une animatrice a pu être même « *bluffée de comment les personnes en difficulté peuvent en même temps être très attentives et trouver les mots justes pour répondre à quelqu'un qui est en difficulté.* » Louise L188.

Certain·e·s participant·e·s voulaient « *vraiment essayer de parler pour donner certaines petites idées, des trucs qui avait marché* » Michou L158. Cette entraide s'étendait même à des **espaces informels** après le groupe.

Loudemer : « A la fin je lui ai dit (...) « regarde, moi sur mon portable j'ai installé un podomètre, et comme ça je peux voir le nombre de pas que j'ai fait chaque jour et voilà je sais que si je fais un certain nombre de pas, je me sens bien quoi. » L230

L'importance de traiter l'ensemble des sujets a été évoquée pour ne « *laisser personne à l'écart* » et « *que tout le monde puisse parler* ». Pour cela, Inès a proposé de faire une « *boîte avec ce qui a été évoqué et ce qui n'a pas été évoqué* » L266.

Des participant·e·s et animateur·rice·s avaient parfois également envie de choisir le sujet à traiter le plus touchant et le plus urgent (OP10) : « *J'ai ressenti que cette personne était en souffrance. J'ai eu de l'empathie et j'ai eu envie de choisir son sujet, peut-être car je ressentais qu'elle avait besoin de parler.* » OP2

➤ **Faire résonner**

Le **partage d'expériences de vie** pouvait permettre de se rendre compte « *que d'autres gens ont aussi la même expérience (...) et ont vécu la même chose* » et donc à travers « *tu prends la solution de (nom de personne)* » Michou L241.

Les problèmes pouvaient résonner et « *faire boule de neige* » Loudemer L292. Par exemple, des participant·e·s pouvaient **se reconnaître** dans des parcours de migration. Et comme l'illustre Bou, il y avait même l'intention de **faire résonner des parcours de vie très divers**.

Bou : « *Quand le collègue il a parlé de l'Algérie, il y a peu de gens qui ont pris la parole, moi j'ai pris la parole car ça résonnait vraiment très fort (...) Et après coup moi ce que je me suis dit c'est que ça se trouve dans ce que j'ai raconté de mon expérience de de gamin, mon expérience de l'Algérie, cette rupture car ça a été quand même violent cette rupture ça résonnait certainement chez d'autres personnes mais de manière différente. Une personne qui habitait peut-être dans la Creuse qui vient d'arriver à Grenoble qui se dit « qu'est-ce que j'étais bien dans la Creuse quoi » (rire), par exemple quoi ! » L254*

OP1 « *J'avais l'impression que le sujet abordé « rupture de contact familial liée à l'exil » reformulé en « le manque de lien téléphonique avec ses proches » pouvait résonner chez plusieurs participant·e·s et devenir universel.* »

Cependant, pour certain·e·s « *y'a pas forcément eu un retour qui résonnait* » Freedom L135. Quelques animateur·rice·s trouvaient parfois **acrobatique** « *d'[essayer] de faire des ponts entre les différentes choses, alors (...) qu'elles n'ont pas forcément grand-chose à avoir, si ce n'est qu'on n'est pas bien* » Homer L164.

➤ **Relativiser : un réconfort**

Les participant·e·s **relativisaient leurs soucis** en les comparant. Et cela indépendamment de leurs conditions de vie, comme ils·elles l'ont rapporté par le récit de vie. Free qui était dans une forme de précarité en attente de droit a été « **réconforté**, savoir, qu'il y'a des gens qui vivent vraiment des problèmes qui sont plus que pour moi » Free L109. A l'inverse un « petit problème » qualifié de « désuet » « pouv[ait] résonner au milieu de tout le monde parce que ça résonne...parce qu'on a tous des petits soucis » Bou L243.

➤ **La « mine d'or » de savoir expérientiel et académique :**

Une forme **d'intelligence collective** additionnant les ressources se dégageait à travers l'ensemble des groupes. Le groupe de parole a été décrit par un animateur comme étant « *une mine d'or (...) de tous les savoirs, des connaissances que les gens ont acquis pas du tout à l'université mais sur le terrain dans la difficulté qu'ils ont rencontrée* » Piou L258.

Des animateur·rice·s ont souligné la **complémentarité** « *d'un savoir un peu académique et théorique et... d'un savoir populaire et expérientiel* » qui « *permet beaucoup de choses* » Louise L58.

L'ensemble des animateur·rice·s professionnel·le·s de santé était intéressé par ce changement de posture : de « *vous avez les problèmes* » à « *nous avons les solutions* » vers une **mutualisation des ressources** ayant la même valeur.

Moussa : « *Bon c'est très important, bon moi j'aime ça beaucoup, on dit souvent c'est l'union qui fait la force et on dit une seule personne n'a qu'une seule idée, deux personnes deux idées donc quand vous échangez entre vous peut-être tu crois connaitre quelque chose de moi, peut-être aussi moi aussi je peux apprendre quelque chose de vous, c'est comme ça la vie.* » L200

➤ **Augmenter l'autonomie et la capacité d'agir**

Ce processus de valorisation des ressources permettait de **renforcer la capacité d'agir** sur la santé. Le groupe de parole a permis de « *mettre en évidence que chacun dans sa vie, dans son parcours, aussi difficile soit-il, a des forces, des perles, que les gens ont eu et qui sont utiles aujourd'hui* » Piou L253.

Julie a évoqué qu'en consultation médicale ça lui « *permet aussi de valoriser (...) entre autres pour des personnes qui vont pas bien, leur participation dans le groupe* » L249.

A travers le groupe et les rencontres, certain·e·s participant·e·s **ont retrouvé de la confiance en eux.**

Il y avait une forme **d'appropriation de cet espace d'entraide**, comme le montre certain·e·s participant·e·s qui souhaitent animer.

Michou : « *Aujourd'hui j'ai l'impression que j'ai, j'ai un petit, ce petit don, et j'ai vraiment envie de l'exploiter. Ouais. J'ai vraiment envie de l'exploiter, c'est pourquoi je veux vraiment être animatrice des groupes de parole* » L306

Des participant·e·s, décrivant parfois une **dépendance** aux autres liée à la **précarité**, avaient un désir d'autonomie. Ils-elles ont évoqué « *[s'être] trop lamenté dans [la] vie* » Michou L376 et ne voulant plus « *vivre aux dos des autres* » Free L54. Finalement, pour certain·e·s le groupe a permis de **renforcer l'autonomie**.

4. Le groupe de parole entre accueil, expression et soin

➤ **Le groupe, un espace de convivialité**

Des participant·e·s se sentaient être **accueillis** avec « *des sourires (...) comme pour dire « tu es le bienvenu »* » Bou L139. Le groupe était chaleureux et « *très convivial, pendant la ronde tu pouvais te servir un thé, un café* » Loudemer L377. Michou se sentait « *comme chez [elle]* » L292.

Le repas donne une sensation de « *comme à la maison* », des partages, des échanges personnels (sur leurs enfants, leur conjoint·e) se faisaient et donnaient l'impression que les participant·e·s se connaissaient très bien, comme des retrouvailles entre amis (OP 7).

La COVID19 a en effet fait ressortir **l'importance de cette convivialité**.

➤ Permettre une expression authentique par la parole et le corps

L'importance des mots :

Le groupe de parole permettait de mettre « **des mots sur des maux** » Ines L153. Il était possible d'y **livrer tout type de sujets**. « *Avoir le privilège d'un temps de parole (...) donné où personne ne peut [interrompre]* » Freedom L139.

C'était un espace « *très à part, un peu coupé du monde* » Julie L95.

Certain·e·s participant·e·s découvraient qu'ils·elles avaient un **besoin de parler** : « *juste parler. Parce que moi quand je, j'allais pour la première fois, c'était surtout parler parce que j'avais l'impression que j'avais beaucoup de choses à dire et je voulais juste parler.* » Michou L84.

Cependant un animateur (Toto) se questionnait sur la **barrière de la langue**.

Toto : « *Parce que, ce que je disais tout à l'heure, les Africains qui parlent le français, ils ont appris le français à l'école mais c'est pas la langue de leurs émotions, de leurs sentiments, c'est pas la langue qu'ils utilisent à la maison ou entre eux. Donc le français c'est pas leur langue, comme ils disent, « vous nous avez colonisés, donc on a bien été obligé d'apprendre le français ! »* » L270

Pouvoir être authentique :

Des participant·e·s ont évoqué : « *[s'exprimer] devant un groupe d'une manière authentique (...) est hyper puissant* » Miguel L81.

Cet espace a permis le **lâcher prise** et de s'autoriser « *à aller dans les émotions* » Freedom L131 ; « *dès qu'il y avait une personne qui parlait je pleurais* » Ines L65. Être à l'aise et parler devant le groupe : « *c'est un exercice que j'ai appris à faire* » Ines L346. Pour Daniel la TCI était « **une rencontre dans l'instantané** » L208. Il y avait une pleine **présence** du groupe et des postures empathiques, comme observées dans toutes les OP.

Les récits pouvaient être **bouleversants et affecter** des participant·e·s. « *Par ce qu'il se passe quoi, ça me touche trop, et donc je fais un break (...) J'y viens pas pendant 1,2,3 fois, puis quand je sens que c'est apaisé je reviens* » Loudemer L265.

L'utilisation du corps pour faire cohésion groupale

Le toucher était pour certain·e·s essentiel : « *si on n'a plus le corps on n'a plus une source fondamentale, je me sens désemparé, je trouve pas mon compte dans la version dématérialisée* » Daniel L274. Cela a été particulièrement mis en évidence par les gestes barrières liés à la COVID19.

Toto : « *le fait de se prendre par les épaules, de se balancer, (...) Ça fait beaucoup de bien aux gens qui viennent, et qui, fin quand ils sont en souffrance. Je trouve ça leur fait vraiment du bien, et ça se voit* » L106

Dans certains groupes, des **exercices corporels** sont fréquemment utilisés comme se lever de sa chaise, parcourir un peu l'espace, observer, porter un regard sur les autres participant·e·s, puis s'asseoir de nouveau. (OP1)

Tou·te·s n'étaient pas forcément à l'aise et Loudemer souhaitait améliorer les exercices corporels.

➤ **Le groupe, un espace thérapeutique et de bien-être**

Des souffrances étaient décrites par certain·e·s participant·e·s : « *quand je suis arrivée, je me sentais pas bien. Au début j'étais vraiment vraiment vraiment très très déprimée* » Michou L71. Des professionnel·le·s du soin "**prescrivaient**" de participer au groupe : « *Je suis venue me faire consulter, (...) [le médecin] m'a proposé la ronde de parole* » Michou L91. Des personnes arrivaient au groupe en **recherchant un lieu de soin** (OP4) : « *Quand j'étais à (association), [une personne] m'a dit on fait la ronde de parole ici donc je fais tout pour participer et je vais expliquer mon problème ils disent ça pourra m'aider beaucoup* » Moussa L82.

Le groupe pouvait **soulager** des participant·e·s, il « *[aidait] à aller mieux* » Ines L187.

Freedom : « *Et rien que le fait de le déposer, rien que le fait d'avoir mis des mots sur mon ressenti et mes émotions (...) cette étape-là, elle m'a soulagée.* » L130

Le groupe était un **outil thérapeutique** pour des participant·e·s. Comme l'affirmait Michou « *Aujourd'hui, c'est **une thérapie pour moi*** » L288. Un professionnel du soin observait chez une soignée qu'« *elle a tellement mis ça avec sa maladie, [que] ça fait partie de ses traitements* » Daniel L247.

Ines : « *Je suis très à l'aise à l'oral mais je ne parle pas trop de mes problèmes personnels facilement et du coup ça a été quelque part une thérapie, euh ça a été quelque part une thérapie d'arriver à donner ses ressentis. (Larmes, émue)* » L150

Certain·e·s observaient un **apport dans le temps** « *sur tous les plans le groupe de parole peut apporter beaucoup, pas toujours à l'instant... Mais après* » Michou L337.

Il permettait de « **vider un peu ce surplus de stress et d'angoisses** » Ines L133 et certain·e·s se sentaient « *un peu [libéré·e·s]* » Michou L129. La participation au groupe pouvait **apporter détente** et « **réconfort** » Free L111, en y exprimant ce « *qui [les empêchait] de dormir* » Free L126.

Ines : « *Je sais qu'à telle échéance je vais avoir le groupe d'atelier, il y a des choses où je suis embrouillée dans mon cerveau par rapport à des petites questions, je me dis panique pas, il y a l'atelier là dans dix jours, ça sert à rien de stresser, je vais voir si on peut choisir le thème que j'ai envie d'aborder (...) J'ai pas envie de m'énerver sur mon enfant et le fait de pouvoir échanger ça avec les personnes qui étaient présentes je suis repartie plus légère et ça m'a permis de repartir tranquillement, de me poser (...). Et ça me pfiou, ça m'a fait du bien* » L116

La participation au groupe de parole apportait du **bien-être** et donnait « *beaucoup d'énergie, c'est peut-être même l'endroit où je m'énergise en quelque sorte* » Freedom L222. Les participant·e·s y trouvaient de la **joie de vivre** : « *C'est la seule chose qui me fait un peu sourire pour le moment. L36 (...) en sachant que si je parle d'un souci, je vais rentrer avec une joie.* » Michou L146

Par ailleurs, le groupe pouvait **être divertissant** : « *les gens dansaient, parce que ce jour, y'avait une danse comme ça là, qui pouvait faire rire les gens* » Free L90.

➤ Espace d'apprentissage et de développement personnel

Le groupe permettait à certain·e·s participant·e·s « *une exploration intérieure* » Freedom L188 et de faire un « *scanner personnel par rapport à des thématiques et des solutions* » Piou L188. Il permettait « *de cheminer vers [soi] (...) [et de nourrir son âme]* » Miguel L123. Des participant·e·s pouvaient vivre une forme de **révélation** par le groupe.

Michou : « *Aujourd'hui, voilà, je me relève avec une autre vision de la chose, y'a des gens qui ont cru en moi, y'a des gens qui croient en moi, et je pense qu'ils ne savent pas, ils ont, en fait ils ont brusqué un truc en moi. J'ai l'impression qu'ils ont réveillé quelque chose qui dormait (...).* » L378

Le groupe de parole était un **lieu d'apprentissage** ; il aidait par exemple « *à oublier un certain nombre de choses. En fait pas oublier, c'est-à-dire essayer de mieux laisser derrière* ». Michou L216

Le récit de vie de nombreux·euse·s participant·e·s a montré que le groupe s'inscrivait dans un **processus de changement**.

Piou : « *ça me fait avancer, très clairement. A chaque fois, par des éclairages différents (...)* C'est un prolongement de changement personnel et de thérapie, qui est tout à fait claire et évidente ! Moi j'y vais pour moi et j'écoute et je parle et ça me fait avancer, très clairement ! » L189

Le groupe de parole pouvait « *transformer profondément* » et changer le « *regard sur la vie* » Daniel L74 et L255. En effet une **transformation** a été observée **chez des participant·e·s** : « *voir des gens qui arrivaient, qui franchissaient la porte, et qui, et qui, p'tin qui avait l'air triste quoi. Et le simple fait d'avoir participé à la ronde, après euh... ils étaient pas pareils* » Toto L93.

➤ L'importance du cadre

Un déroulé protocolaire

Les groupes A, B et D se déroulaient en suivant le **protocole** de la TCI (Annexe F), comme observé dans toutes les OP du groupe A. Les animateur·rice·s du groupe C « *[s'en étaient] inspirés, mais [n'avaient pas voulu] le calquer ni le matérialiser comme ça* » Homer L58. L'OP9 observait en effet quelques différences : « *Les animateur·rice·s n'ont pas proposé de partage de "bonnes nouvelles", ni fait d'exercice de mise en lien.* »

Loudemer trouvait « *le protocole absolument incroyable, (...) et d'une efficacité* » L197.

Des règles à respecter

Dans tous les groupes il y avait **des règles de base** « *simples, assez larges* » : « *essayer de dire « je », « de ne pas être dans le jugement »* » Homer L112.

Freedom : « *Je parle en « Je », j'ose le « Je », de mes ressentis, de mes émotions, je parle pas de généralités, d'interprétations, Freud n'est pas invité, Lacan n'est pas invité, on est dans ce que moi je ressens, le corporel, le sens corporel, ma situation, ce que « JE ». Et et ça c'est un exercice, rien que ça c'est extrêmement difficile* » L184

Ces règles étaient considérées pour certain·e·s comme une **force de la méthode TCI**, « *Le cadre, l'outil est solide, si on le respecte euh, ça peut aller* » Zorro L156. Le groupe C les avait fait évoluer comme le montrait l'OP3 où « *les animateur·rice·s précisait qu'il n'y avait pas de garantie de confidentialité* ».

Les animateur·rice·s étaient surtout les **garant·e·s de ces règles** (OP4) : « *Toto a dû régulièrement faciliter la parole et rappeler les règles du groupe pour les faire respecter* ». Ils·elles pouvaient avoir **du mal à « tenir un peu les rennes »** Piou L141, « *quand (...) des jugements arrivent* » les participant·e·s pouvaient dire « *tu devrais, tu devrais faire si* » Homer L119. Et de plus, certain·e·s participant·e·s étaient « *particulièrement difficiles à gérer dans des prises de parole, qui étaient très débordantes, (...) très dures à canaliser* » Homer L127.

Des animateur·rice·s voulaient parfois **cadrer des prises de positions délicates**, en ayant peur qu'elles soient « *ultra-violentes* » et discriminantes pour certain·e·s.

Homer : « *Mais c'est pas la première fois qu'on discute par exemple islamophobie, ou des problèmes de cultures, rejets et euh voilà, on avait ce monsieur dont je t'ai parlé tout à l'heure, appelons le Alfred, qui des fois était le seul monsieur blanc, au milieu d'un groupe de femmes musulmanes et qui du coup avait des prises de positions euh qui des fois nous nous semblaient à nous ultra violentes et dures à cadrer, et des fois, ouais, et des fois compliquées.* » L170

Un cadre parfois incompris et questionnant

Ces règles pouvaient être **difficiles à respecter** et à comprendre pour certain·e·s participant·e·s. Hyacinthe les trouvait même « choquantes » L98.

OP4 : « *Lors de l'explication de la règle "ne pas donner son avis", Hyacinthe a réagi en demandant "qu'est-ce que cela signifie ?". Hyacinthe a expliqué (...) Hyacinthe a fait remarquer que lui donne souvent son avis.* »

L'incompréhension de ce cadre pouvait **repousser** certain·e·s participant·e·s :

Hyacinthe : « *Si quelqu'un doit poser un problème qui est sentimental, qui est choquant et puis on peut pas donner de conseil, on peut pas donner d'avis sur ça, je trouve que pour moi c'est inutile [...] Je compte pas y retourner parce que je vois pas le sens [...] si y'a pas de conseils, ni d'avis là, ça sert à quoi ?* » L97

Un cadre pour une plus grande liberté de parole ?

Des participant·e·s « *qui étaient des taiseux, avec les règles de la thérapie communautaire, se mettaient à dire des choses qu'ils n'avaient jamais dites auparavant. (...) les règles et la façon de fonctionner peuvent libérer la parole* » Piou L156.

Piou expliquait que si le groupe n'était pas cadré, cela pouvait devenir « *un lieu de bagarre pour un pouvoir (...), alors que les règles qui sont posées, là ne permettent pas ça et permettent au contraire que chacun puisse être tranquille avec une parole qui est protégée et libre* » Piou L166.

➤ **Se sécuriser : choisir ses paroles**

Se protéger par rapport aux autres participant·e·s apparaissait central. Ils·elles pouvaient être gêné·e·s de se livrer, de « *[se] dévoiler comme ça devant des personnes que je n'avais jamais vues* » Inès L140.

De plus, les participant·e·s n'osaient pas partager **des sujets plus « intimes »** par crainte d'être jugé·e·s. Des participant·e·s exprimaient donc « leurs limites » sans admettre que c'est pour autant la « limite du groupe ».

Bou : « *C'est vrai que là c'est un sujet des fois... d'avoir été alcoolodépendant quoi ! Et en fait de ne pas pouvoir, de ne pas oser en parler ! Alors que ça fait quand même partie de dix années de ma vie oui !* » L338

Certain·e·s professionnel·le·s exprimaient ne pas arriver à amener leur problématique même en essayant de « *[choisir] ce que [ils-elles] avaient envie d'exposer notamment à [leurs] patients, patientes qui sont dans le groupe* » Julie L210.

Finalement le groupe permettait pour certain·e·s **d'apprendre à se sécuriser** : « *aujourd'hui, j'ai pu cerner, en fait j'ai pu cerner les grandes choses, les petites choses. J'ai pu cerner ce que je peux dire dans le groupe de parole* » Michou L351.

Remettre une carapace en sortant du groupe était une vigilance que rappelaient les animateur·rice·s notamment en chaque début de séance (OP 10, OP 3, OP 10) : « *en se rappelant bien que le monde extérieur n'est pas ...n'est pas comme cet espace-là* » Julie L93.

5. Le groupe de parole : un outil accessible et diffusable

➤ **Un espace accessible avec un accueil inconditionnel**

Le groupe était « *un accueil inconditionnel de ce que les autres vont amener* » Julie L77. Il y avait une volonté de rendre cet outil accessible au plus grand nombre.

Freedom : « *Je l'ai vu exercer la méthode avec tout type de population avec des migrants, des gens vulnérables, des sans-abris, des gens à problèmes d'alcoolisme, avec des addictions diverses et variées et et et là j'ai compris* » L109

La participation était **libre, sans engagement et gratuite**. Il y avait la possibilité de venir au groupe pour **seulement écouter et observer**. De nombreuses OP ont montré que les animateur·rice·s étaient attentif·ve·s au vocabulaire utilisé pour faciliter la compréhension.

Toto : « *C'était important de faire un système qui soit très régulier, tout le temps le même jour, tout le temps à la même heure pour que les gens viennent même de façon compulsive ou même impulsive, on va dire* » L83

Les groupes A, B et D se déroulaient dans un **espace « ouvert, les gens peuvent entrer, sortir etc »** Piou L144. Ce principe de TCI était selon Daniel même libérateur : « *À partir du moment où toutes les portes étaient ouvertes (...) tout ce qui a été [contenu] s'est mis à sortir, il y a eu plein de viols [évoqués], des choses comme ça.* » L194

OP7 : *La porte étant ouverte il y avait un habitué de l'association qui est entré, n'a pas souhaité se joindre à la ronde mais s'est assis à côté de nous, il a écouté et est reparti pendant la ronde.*

Malgré cette accessibilité, des limites ont été rapportées par des animateur·rice·s. Ils·elles **observaient une faible fréquentation du groupe** : « *vu le nombre de personnes qui passe (au centre de santé), le nombre de gens qui viennent aux rondes, il est pas énorme quoi* » Toto L254.

➤ **Vouloir transmettre la méthode pour autonomiser le groupe**

La méthode d'animation de TCI était considérée comme **simple d'utilisation**. Certain·e·s animateur·rice·s exprimaient vouloir la **transmettre aux participant·e·s** et plus largement à « *des populations vulnérables ou qui en ont besoin* » Freedom L248. L'objectif était « *qu'ils arrivent à peut-être apaiser et voire résoudre des problématiques humaines quotidiennes* » Freedom 204.

Freedom : « *Comment on peut mettre tout ça au service de de ...simple, de la simplicité et ils (Adalberto et Guy Corneau) ont été des génies, des véritables génies avec des outils et des analyses extrêmement pointus et complexes d'avoir fait un outil simple et ça c'est ça le génie, qui est à la portée de tous* » L193

Julie a proposé de **déléguer l'animation** à ses participant·e·s : « *je trouve que ça pourrait être intéressant que ce soit d'autres personnes ou à deux qu'on anime* » L134. Dans certains groupes, des participant·e·s étaient accompagné·e·s pour se former à l'animation.

Free : « *Et après ils m'ont donné une aide financière pour que j'assiste au premier module de groupe de parole, que j'ai fait. Donc j'ai passé le premier module.* » L18

Cependant Free a exprimé **des difficultés à animer** « *parce que la langue française n'était pas [sa] langue* » L130.

Les animateur·rice·s cherchaient à **autonomiser le groupe**. Ils·elles souhaitaient « *moduler, modifier, retravailler avec les usagers* » Zorro L169. Comme le montrait le groupe C, où il y avait « *la possibilité de faire évoluer les choses avec les gens* » Homer L75.

➤ **Un outil à diffuser de manière universelle ?**

Il y avait la volonté de **populariser** la méthode TCI « *pour qu'elle se diffuse plus vite que le virus d'ailleurs, faut que la méthode de propagation de cet outil soit largement supérieure à celle du virus !* » Freedom L199. « *Et si j'avais le temps, le courage, je monterais des rondes dans tous les secteurs. Par exemple, je ferais des rondes pour grands-parents* » Zorro L273.

Les participant·e·s réalisaient qu'il fallait **essayer le groupe pour pouvoir en parler** et le diffuser : « *les gens ont remercié et sont je crois tous revenus voire ont emmené une autre personne la fois d'après* » Louise L143.

Michou et Free voulaient « *juste amener [leurs] frères ! Quand [ils disent leurs] frères, [ils] parlent des Africains, [ils se disent] que s'ils essaient après ils seront très satisfaits.* » Michou L314.

Certain·e·s animateur·rice·s souhaitaient **exporter la méthode TCI** sur « *un continent comme l'Afrique qui a été délaissé et former un maximum de migrants pour qu'ils s'approprient l'outil* » Freedom L202.

6. Un groupe horizontal ? L'influence sociétale sur la dynamique de groupe

➤ **L'horizontalité : une base commune des groupes de parole**

L'horizontalité apparaît dans l'ensemble des groupes comme un **aspect théorique fondamental** : l'ensemble des participant·e·s était présent au même titre et au même niveau.

Les **animateur·rice·s** se décrivaient uniquement comme **facilitateur·rice de parole** : « *animer c'est fluidifier un peu les échanges et même être participant aussi à sa manière* » Homer L88.

Certain·e·s participant·e·s **appréciaient ce pied d'égalité** avec les professionnel·le·s de soin :

Inès : « *Il y a (...) deux professionnels qui s'étaient exprimés sur leur expérience, j'ai trouvé ça extrêmement touchant parce que (...) vraiment ici tout le monde est au même niveau ! Il n'y a pas le professionnel hop il met de la distance et il met une barrière « c'est toi qui t'exprimes et moi je me tais ! » Non non !* » L309

Cependant, certaines OP illustraient les **limites de l'horizontalité**. Le temps de parole n'était parfois pas équitablement réparti. Les animateur·rice·s posaient parfois plus de questions et partageaient plus leurs expériences personnelles (OP4 et OP2). Dans l'OP4, l'animateur a proposé son sujet après un long silence, comme si c'était « *pour montrer l'exemple de comment exposer un sujet* ». A l'inverse, dans l'OP10, la parole était principalement laissée aux participant·e·s.

➤ **Se détacher d'une casquette professionnelle**

Être « sur un pied d'égalité » paraissait difficile pour certain·e·s professionnel·le·s :

Julie : « *Mais les personnes en fait nous connaissent en tant que professionnels du centre et du coup il y a cet enjeu-là, nous on est là sur notre temps de travail, nous on est donc payé pour être là ce qui fait quand même un peu une grosse différence quoi !* » L168

Un animateur médecin évoquait la complexité d'avoir eu accès en consultation à des informations qui ressortent après en groupe. « *Je ne suis pas comme les autres dans la ronde, donc quand je dis c'est facile d'enlever sa casquette de médecin, non. La réponse c'est non.* »
Toto L235

Les animateur·rice·s restaient également des professionnel·le·s aux regards des participant·e·s : « *Je me disais mais on a de la chance quand même, on a des professionnels qui sont là et qui nous tendent la perche* » Inès L76. Les médecins animateur·rice·s étaient parfois particulièrement perçus comme des expert·e·s. Hyacinthe pouvait même leur reprocher de ne pas donner des solutions :

Hyacinthe : « *Puisque c'est des médecins, ils ont solution à tout ! Hein ? Ils ont la solution à tout, à toutes choses, parce que c'est des médecins ! C'est des médecins ? Et bah d'accord on va voir ! Et le gars a parlé de sa santé et ils n'ont pas trouvé de quoi* » L195

Ce changement de posture paraissait à l'inverse plus **atteignable** pour Piou : « *J'ai jamais été psychiatre, j'ai jamais accepté qu'on m'appelle docteur, bon c'est pas facile pour les gens, mais rapidement si c'est authentique de la personne comme moi qui le dit, très rapidement bah c'est (prénom).* » L105

➤ **Alterner de fonction entre différents espaces de soins**

Le jonglage entre différentes fonctions était évident pour Piou : « *les gens font bien les distinctions selon les lieux, les fonctions, la qualité de la relation,* » L109. Contrairement à Julie, pour qui alterner de fonction faisait poser la question de la distance et de la politesse :

Julie : « *J'ai l'impression que mes patients qui viennent dans le groupe, je les appelle par leurs prénoms dans le groupe, alors que je les appelle par leurs noms de famille en consultation. Il y a aussi cette idée de tutoiement, vouvoiement, ça m'arrive de tutoyer des personnes du groupe (...) et du coup des fois j'en viens à tutoyer des participants qui sont aussi mes patients et que du coup je vouvoie en consultation, donc des fois il y a un peu de flottement et de... C'est pas encore bien clair dans ma tête, mais voilà.* » L252

➤ **Équilibrer le groupe**

Ce principe d'horizontalité, où tout le monde est « pareil » se trouvait en contradiction avec l'envie d'équilibrer le groupe. Dans le Groupe C, il n'y avait jamais plus de deux animateur·ice·s « *pour l'équilibre des participant·e·s* » Julie L45 et par peur de faire « bloc ».. Alors que d'autres groupes ont eu lieu avec uniquement une participante non animatrice (OP1) ou le **même nombre de participant·e·s et d'animateur·rice·s** (OP5 et OP2).

Par ailleurs, dans le Groupe A, des animateur·rice·s ont évoqué le fait d'**être gêné·e·s par le ratio entre « blancs » et usager·ère·s** principalement d'« origine africaine-subsaharienne ».

Toto : « c 'qui m'a un peu frustré, c'est la prédominance des Blancs sur les, sur les, sur le, fin j'sais pas comment dire ça mais... moi c'est pour les usagers que je suis là. Donc quand ils sont pas là, et qu'il y'a que des Européens, ça continue à me poser un problème. » L124

Contrairement à Piou pour qui « *les bases de la TCI sont faites de telle manière que ça ne [l'intéresse] pas de savoir, si c'est des Africains ou des Européens qui sont là !* ». Toto L129

➤ **Se sentir légitime par rapport au groupe**

Plusieurs récits de vie ont illustré **le rapport aux privilèges** : « *Je fais partie d'une profession malheureusement riche, dans laquelle même quand on est salarié on fait partie des nantis* » Zorro L41. Le groupe pouvait faire **prendre conscience des privilèges** :

Loudemer : « Voilà, ça me, ça me recadre dans mon, dans mon statut d'homme, tout simplement quoi. Parce que vraiment quand je vois mes petits soucis, mes petits problèmes, (...) mais comparés à ce que j'entends c'est vraiment un rappel à l'ordre, de dire « tu vois ce que tu vis (prénom) ». » L185

La question de la légitimité est ressortie plusieurs fois comme étant un frein pour exposer ses problèmes. A été évoqué en particulier « *la culpabilité du Blanc, qu'est-ce que c'est mes petits problèmes par rapport aux... j'ai mis un moment à accepter de partager* » Loudemer L260. Toto trouvait cette censure de la part « *des personnes... avec [des] petits problèmes*

d'Européens nantis » L172 toujours un peu compliquée. Il y avait donc une sorte de **hiérarchisation des niveaux de souffrances**. Cette difficulté a également pu être ressentie par l'une des chercheuses (OP7).

➤ **Les enjeux d'un groupe hétérogène**

Le groupe faisait rencontrer des « *mondes qui ne se connaissent pas* » Homer L182, avec **des codes différents**, des valeurs différentes et « *parfois hétérogène par rapport à des discriminations* » Homer L331.

La règle de parler en « je » était par exemple, selon Homer un code facile à entendre « *[pour] les milieux militants ou universitaires, [desquels] la plupart des animateurs sont issus* » mais « *l'est pas forcément pour les gens qui viennent, qui pour la première fois de leur vie viennent à un cercle de parole* » Homer L113.

Par ailleurs, le fait de ne pas appartenir à la « même communauté », pouvait créer une forme d'inconfort et « d'imposture » pour Julie : « *parce qu'on habite pas le même quartier, on ne vient pas des mêmes milieux, que moi je suis médecin de certaines personnes du groupe* » L174.

L'animateur Homer a rapporté la **difficulté d'animer face à des sujets plutôt sociétaux**, où « *c'est beaucoup plus fréquent que ça dérape... sur du débat d'idées* » L322.

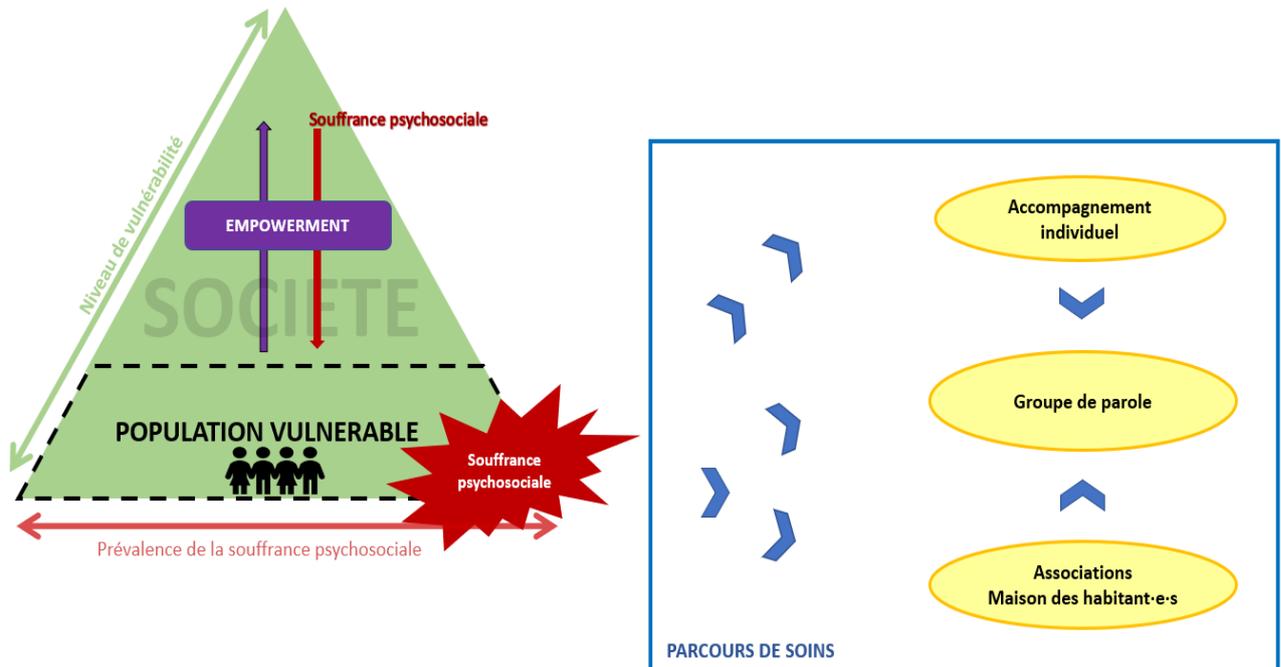
C. Articulation et schématisation des résultats

Les récits de vie ont montré que les souffrances psychosociales diminuaient l'*empowerment*. Ces souffrances se retrouvaient principalement chez des personnes vulnérables issues de catégories sociales plus défavorisées. Le groupe de parole pouvait s'inscrire dans un parcours de soins entre différent·e·s acteur·rice·s médico-sociaux voulant faire face aux souffrances psychosociales. Il a été pour certain·e·s un outil complémentaire à l'accompagnement individuel. Le groupe de parole type TCI permettait, grâce à l'entraide, le partage de savoirs et l'autonomisation vers l'animation, de retrouver la confiance en soi et d'augmenter l'*empowerment*. Il est apparu comme un outil simple et accessible motivant sa popularisation par les participant·e·s.

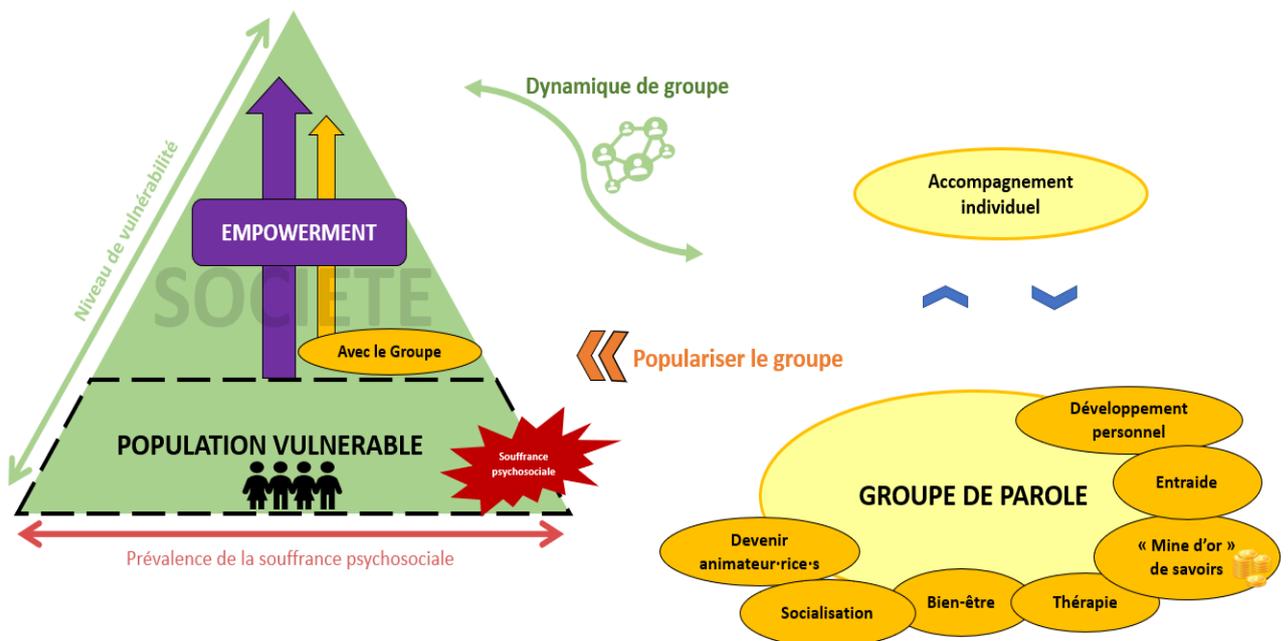
Pour illustrer cette influence du groupe dans le parcours de soins, nous avons schématisé nos résultats avant et après la participation au groupe.

Influence du groupe de parole de type TCI dans le parcours de soins des personnes en situation de vulnérabilité

Avant le groupe de parole type TCI



Après le groupe de parole type TCI



D. Synthèse des facteurs favorisant le bon fonctionnement d'un groupe

	Facteurs favorisant le bon fonctionnement d'un groupe	Points de vigilance/ Questionnements 
Qui ?	<ul style="list-style-type: none"> • En pluriprofessionnel·le • Co-animation avec facilitateur·rice de la parole • Débriefing avec tous les participant·e·s • Découvrir via un professionnel·le ou un proche • Faire essayer aux professionnel·le·s / bénévoles des structures porteuses du groupe pour en parler 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication uniquement via affiche, flyer • Hiérarchisation des souffrances
Où ?	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil convivial (boissons, gâteaux... etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans un espace confidentiel
Quel accès ?	<ul style="list-style-type: none"> • Gratuit • Absence d'engagement • Créneau régulier (mensuel ou hebdomadaire) • Mailing liste avec informations du groupe 	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe en distanciel
Comment traiter les sujets ?	<ul style="list-style-type: none"> • Présenter les règles et l'intérêt du groupe • Avoir une "boîte à sujets" • Préparer un sujet avant la séance 	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir une charte du groupe • Veiller la compréhension des règles • Pas dériver vers un "débat d'idées" • Proposer parfois un groupe à thème
Comment faire une dynamique de groupe ?	<ul style="list-style-type: none"> • Jeux de présentation ludique • Tour de « bonne nouvelle » • Exercice de relaxation • Échange informel à la fin du groupe : <ul style="list-style-type: none"> - Pour orienter vers une association / vers une consultation - Pour permettre un moment plus confidentiel • Stabilité du groupe 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation du corps et du chant comme médiation • Veiller à clôturer la séance ("remettre sa carapace")

IV Discussion

A. Les principaux résultats

Le recueil des expériences de participation aux groupes de parole type TCI a mis en évidence que la participation à ces groupes pouvait répondre à la souffrance psychosociale. Les groupes ont été vécus comme un espace de rencontre et d'entraide entre différentes populations et des professionnel·le·s du soin et du social. Ils ont semblé augmenter l'*empowerment* notamment par le partage expérientiel. Cet espace d'expression authentique et de détente est rendu possible par le cadre, garant de la sécurité. Enfin, en plus d'être un outil innovant de promotion de la santé*, ces groupes viennent faire réfléchir sur la relation soignant·e / soigné·e·s en valorisant les principes d'horizontalité et d'accessibilité.

B. Forces et limites de l'étude

1. Le choix de la méthodologie

La littérature recouvre peu de travaux de recherche sur les groupes de paroles en soins primaires. La TCI, en particulier, reste un outil peu connu. Cette étude a voulu porter attention à ce projet novateur.

L'objectif de recherche était d'explorer le vécu de l'ensemble des participant·e·s à des groupes de parole. Le choix d'un travail qualitatif et d'une approche phénoménologique avec l'analyse des trajectoires de vie était adapté. Une des forces de ce travail a été la réalisation d'observations participantes. Cela a permis une immersion dans ce milieu et la découverte de la réalité des sujets observés. Néanmoins, cela a pu augmenter une forme de subjectivité. Les OP étaient "ouvertes", tout en précisant le statut des chercheuses, mais non d'étudiantes en médecine, par crainte de générer des changements de comportement (32).

La triangulation des méthodes de recueil a apporté des regards différents. L'ensemble des données a été codé indépendamment par les deux chercheuses, afin d'appuyer la validité interne de l'étude. Les deux investigatrices avaient peu d'expériences en recherche qualitative

et en sciences humaines. Au cours de l'étude, elles se sont mieux approprié la méthode. La qualité des entretiens s'est par exemple améliorée grâce à la reformulation.

Elles ont respecté 27 critères de la grille COREQ.

2. Recrutement et population

Une des forces de l'étude a été la variété des lieux de l'étude. Les groupes de parole ont été recrutés au sein de structures très différentes (centre de santé, maison des habitant·e·s, association). L'échantillonnage des participant·e·s a également fluctué selon l'âge, le pays d'origine, la catégorie socio-professionnelle, l'expérience de TCI et selon la profession de soins ou d'accompagnement. Grâce à ce spectre large, la suffisance des données a été atteinte.

Devant l'hypothèse d'horizontalité du groupe, les chercheuses ont fait le choix d'établir un seul canevas pour tou·te·s les participant·e·s. L'enjeu était de pouvoir recueillir l'expérience des animateur·rice·s détaché·e·s de leur rôle. Ce choix d'un canevas unique avec également le recueil du récit de vie a pu surprendre les animateur·rice·s et a nécessité une adaptation de la grille d'entretien.

3. Relation avec les participant·e·s

Les chercheuses avaient déjà rencontré certain·e·s des participant·e·s avant les entretiens. Ceci a facilité l'échange, tout en créant un biais de désirabilité.

A noter que le statut des chercheuses en tant que personnes blanches et de classe sociale supérieur a pu impacter la rencontre avec des participant·e·s. Cette position dominante vis-à-vis de certain·e·s participant·e·s a pu être intimidante et mettre mal à l'aise. Les chercheuses ont essayé de créer un climat de confiance afin de faciliter l'échange.

4. La posture subjective des chercheuses et des participant·e·s

Les chercheuses se sont rencontrées par l'intérêt commun porté à la TCI grâce à l'un des groupes de parole. Les participant·e·s volontaires à l'étude étaient souvent déjà convaincu·e·s par la méthode. Une majorité des interviewé·e·s était formée à l'animation, voire experte et

passionnée par la TCI. Cette influence positive est une précaution à prendre quant à la validité des résultats.

5. L'accès à l'information

La barrière de la langue a entraîné des difficultés dans la compréhension et l'interprétation de deux entretiens (Moussa et Free) ; par exemple Free a compris la question « Qui sont vos personnes proches ? » par « Qui sont les personnes proches géographiquement ? ». Lors des entretiens, les chercheuses se sont appliquées à reformuler et résumer le discours pour valider l'information. Par ailleurs, les questions de relance ont pu être différentes selon les entretiens, ceci pouvant limiter leur reproductibilité.

6. L'environnement des entretiens

Les entretiens se sont pour la plupart déroulés dans le lieu habituel du groupe de parole des participant·e·s. Les chercheuses étaient installées dans une pièce au calme, dédiée, permettant de garantir la confidentialité. Deux entretiens ont eu lieu chez les participant·e·s, dont un avec la présence d'une tierce personne pendant l'entretien de Hyacinthe, par choix du participant. Le dispositif d'enregistrement a été placé de manière à faciliter l'échange. L'enregistrement de Free s'est arrêté précocement suite à un problème d'enregistrement.

7. Limites et adaptation au contexte Covid

Les restrictions sanitaires liées à la pandémie de la covid19 ont provoqué l'interruption de quatre groupes (A, B, C et D) durant le confinement de mars à mai 2020 et de deux groupes (B et D) durant le confinement de novembre à décembre 2020. Ces interruptions ont pu provoquer des limites de mémorisation ; les réponses à la consigne « Racontez-moi votre dernière expérience dans ce groupe » sont donc à modérer, comme dans l'entretien de Free ou de Daniel.

Le critère d'inclusion de groupes, « avoir lieu depuis au moins six mois », n'a donc pas été respecté. Les chercheuses ont pu néanmoins effectuer au minimum une OP dans chacun des groupes. Le recrutement de participant·e·s a été limité par le contexte. Deux entretiens (Homer et Piou) ont dû être réalisés en distanciel, ce qui a eu une incidence sur leur qualité.

C. Interprétation des résultats et comparaison à la littérature

1. Le groupe, un remède face à l'exclusion ?

Comme attendu, des souffrances psychosociales ont été observées chez des participant·e·s, en particulier chez les personnes exilées.

Des récits de vie recueillis montraient une perte de confiance en soi, en l'autre et en l'avenir, ainsi qu'une dépendance aux autres. J. Furtos explique que ces souffrances peuvent mener au « syndrome d'auto-exclusion » qui consiste en une rupture active de liens et une difficulté à demander de l'aide (7).

Le groupe de parole peut prévenir ce syndrome en facilitant l'accueil et les rencontres. Le témoignage de Michou montre aussi son bénéfice pour retrouver confiance en l'autre. Cette resocialisation par le groupe se retrouve aussi dans les Alcooliques anonymes (33,34).

Les résultats mettent également en évidence la force de la résonance des problématiques abordées. Partager des souffrances à plusieurs semble pouvoir légitimer des sentiments et faire face à la peur du rejet (16).

2. Le Groupe TCI : un outil pour faciliter la promotion de la santé mentale ?

Les effets de la pandémie et l'anxiété sont ressortis dans les entretiens et les OP ; les groupes de parole type TCI ont été vécus par des participant·e·s comme un soutien. Des groupes TCI se sont même créés en distanciel avec la volonté d'offrir cet espace au plus grand nombre, comme auprès d'étudiants ou dans d'autres associations. Les groupes de paroles type TCI se sont avérés, par leur grande flexibilité, très adaptables à différents contextes.

Actuellement, les dispositifs pour prendre en charge la santé mentale (psychiatres, CMP, CMPP...) sont saturés. Et comme l'illustre le rapport de la DRESS en mars 2021 sur l'activité des médecins généralistes, les demandes en santé mentale ne cessent d'augmenter du fait de « la crise sanitaire et sociale » liée à la pandémie COVID19 (35).

Ces groupes de parole TCI, simples d'utilisation, pourraient-ils être un outil de promotion de la santé mentale en France ?

3. Le groupe de parole comme thérapie complémentaire de soins ?

Bien que l'objectif de recherche n'aie pas été de déterminer l'impact du groupe sur la santé, l'aspect thérapeutique de groupe est néanmoins ressorti dans plusieurs témoignages.

Ainsi, l'effet significatif produit par la relation d'entraide sur le bien-être psychologique a été démontré dans les groupes Alcooliques Anonymes (36).

Cependant, il est difficile d'isoler cet effet thérapeutique du groupe de l'accompagnement plus global avec notamment une prise en charge individuelle en parallèle. Les récits de vie ont, en effet, montré que beaucoup de participant·e·s avaient ou avaient eu un accompagnement psychologique. A. Suissa en 2014 a montré qu'un suivi thérapeutique personnel reste nécessaire pour prendre en compte les dynamiques psychosociales et familiales propres à chacun·e (34).

En somme, le groupe semble être complémentaire d'autres dispositifs de soins.

4. L'influence de l'engagement émotionnel sur la dynamique de groupe

Pour certain·e·s participant·e·s, le groupe était devenu comme une famille. Ceci était aussi décrit dans d'autres groupes comme l'exemple d'un groupe entre femmes exilées. Elles avaient exprimé « un besoin de recréer une famille et un réseau » (37).

Dans les groupes, certain·e·s avaient tissé des liens forts avec d'autres participant·e·s ce qui influençait la dynamique du groupe. Cet attachement émotionnel pouvait potentiellement orienter le choix du sujet abordé et déséquilibrer les prises de parole entre les participant·e·s.

Par ailleurs, des participant·e·s ont exprimé avoir été bouleversés par des récits partagés dans les groupes. Ils·elles ont même exprimé le besoin de ne pas venir à certain·e·s séances. Ceci illustre le principe de « dérangement » évoqué par J. Furtos qui intervient dans l'engagement auprès de personnes en grande précarité. Le « dérangement » consiste à trouver un équilibre entre accueillir la souffrance de l'autre et s'en protéger (38). L'exemple d'un groupe de parole pour personnes exclues montrait en effet une préoccupation et une fatigue psychique ressenties après les groupes par les participant·e·s (39).

Enfin, cet attachement émotionnel entre les participant·e·s peut figer le groupe et ainsi compliquer l'intégration de nouvelles personnes.

5. Utiliser des médiations corporelles pour faciliter la parole

Une limite de ces séances pourrait être la pudeur éprouvée d'exposer ses souffrances psychologiques devant un groupe. L'expérience d'un groupe de parole pour personnes exclues a révélé une gêne quant à leur participation, due à l'anxiété générée par le regard des autres (39).

Un des leviers pouvant permettre de surmonter cette pudeur consiste à avoir recours à des médiations artistiques (photolangage, dessins, musique...), connues comme moyen intermédiaire pour faciliter la parole (40).

L'utilisation du corps et du toucher a semblé indispensable pour certain·e·s membres des groupes étudiés dans notre travail. Des animateur·rice·s des groupes A, B et D se sont basé·e·s sur la TCI telle qu'elle est pratiquée au Brésil, où les exercices corporels et d'expression (danser, chanter) semblent faciliter la dynamique de groupe et faire partie du processus thérapeutique. Mais cette transposition à notre société occidentale peut être délicate et peut nécessiter des précautions pour mettre à l'aise les participant·e·s.

6. Un cadre pré défini et expliqué pour garantir la sécurité psychique des participant·e·s

Les observations participantes et le vécu des participant·e·s ont mis en évidence l'importance dans le groupe d'un cadre avec des règles prédéfinies, expliquées en début de séance et la présence d'un·e facilitateur·ice de la parole. Avoir des règles de bases pour mettre les participant·e·s en confiance et en « sécurité » se retrouve également dans différents groupes (AA, ...) et dans les co-formations avec la charte du croisement des savoirs et des pratiques (34, 41). Ces règles de bases n'ont pas convenu à certain·e participant·e et ont entraîné une incompréhension du groupe de parole.

7. Les dispositifs de groupes permettraient d'augmenter l'empowerment ?

Ce travail de thèse a montré que les groupes de parole pouvaient augmenter la confiance en soi, l'autonomie et la capacité d'agir sur la santé. Cette influence du groupe sur l'*empowerment* est conforme aux études menées sur les GEM* (24). D'autres recherches sur l'utilisation du groupe en soins primaires l'ont également décrite (42,43). Plus

spécifiquement, L. Lempereur en 2018 dans son travail sur la TCI montrait qu'il est possible de se rétablir par l'*empowerment* et la participation (30).

8. La pair-aidance comme reconnaissance de l'utilité des savoirs expérientiels ?

La valorisation des savoirs expérientiels est apparue dans ce travail comme un élément important pour agir sur la santé et celle des autres. Cette notion est valorisée dans le domaine de la santé mentale et la maladie chronique à travers le développement de « pair-aidant·e·s » et de patient·e·s expert·e·s (19). Des travaux de thèse récents sur le recours à la pair-aidance* démontrent qu'elle agirait en faveur du rétablissement en santé mentale (44,45). La pair-aidance constituerait également un outil d'autonomisation des patient·e·s dans les maladies chroniques (45). En somme, la pair-aidance semble encore être peu connue.

Enfin, le travail de « médiateur·rice pair en santé* » correspond à une forme de professionnalisation des compétences acquises grâce à ce vécu personnel. Les premières formations ont été proposées en France en 2017. Ce métier apparaît depuis peu en soins primaires.

9. Une volonté d'autonomisation du groupe ?

Les groupes de paroles étudiés ont été pensés pour être appropriables par les participant·e·s en les accompagnant vers l'animation. Ceci est un principe de la TCI. Ce processus d'autonomisation et d'autogestion est également celui des GEM et des groupes AA où il n'y a pas de professionnel·le·s.

Cependant, dans ce travail certains des groupes de parole, malgré une volonté d'autonomie étaient portés par des structures (centre de santé) avec des professionnel·le·s ou bénévoles qui animent le groupe. Les groupes n'existeraient pas s'ils n'étaient pas proposés par ces professionnel·le·s. Dans ce cadre-là, se pose la question de la faisabilité de l'autonomisation du groupe car les animateur·rice·s restent aussi les responsables de la structure.

10. Changer de posture : un défi pour les soignant·e·s ?

La participation au groupe au même titre qu'on soit professionnel·le de santé ou patient·e est une pratique apparue comme nouvelle. En effet, la plupart des autres dispositifs de groupe existants n'ont pas une telle spécificité.

Les groupes de parole type TCI amènent en quelque sorte la·le professionnel·le de santé à s'identifier à la fois comme « soignant·e » et « soigné·e ». L'exemple du changement de posture en ETP vers une posture éducative est déjà décrit comme un réel changement de pratique pour les soignant·e·s et nécessite un accompagnement (46).

Le changement de posture des professionnel·le·s de santé vers une posture de « soigné·e » en groupe type TCI peut donc apparaître comme une transformation radicale sur la représentation de soi-même et de sa place dans la relation de soignant·e/ soigné·e.

Cette nouvelle posture vient donc questionner les représentations sociales des soignant·e·s et notamment celles des médecins. Les médecins se détachent de l'expertise et montrent leurs problèmes. Cela permettrait-il d'accentuer leur humilité et de s'identifier à eux ?

L'étude Ruberton at. 2016 a montré en effet que l'humilité du médecin généraliste améliore la communication médecin/patient·e et la qualité de soins (47). Les auteur·rice·s suggèrent même l'importance de faire des interventions auprès des médecins autour de l'humilité.

Les co-formations* sont un exemple d'intervention pour réfléchir sur la posture de soignant·e, notamment en se formant avec des personnes en grande précarité. L'objectif est également de faire évoluer ensemble les préjugés (48).

11. L'horizontalité du groupe limitée par l'hétérogénéité ?

Ce travail a montré la limite de l'horizontalité au sein des groupes liée à une hétérogénéité en termes de classe, de genre, d'âge, de « race » (au sens de construction sociale), de culture... Les résultats illustrent qu'il y a en effet une hiérarchisation des souffrances entre les participant·e·s et leurs différents parcours de vie. Il est apparu difficile de « gommer » l'influence systémique sur les rapports de pouvoir au sein du groupe.

Des animateur·rice·s se sont en effet questionné·e·s sur l'intérêt d'un groupe uniquement entre femmes pour mieux libérer la parole. Dans la littérature, la non-mixité de genre est la

base de certains groupes de parole, comme le montre l'exemple d'un groupe entre femmes excisées (49).

Les résultats semblent néanmoins illustrer l'effet positif d'une rencontre interclasse et interculturelle sur les préjugés et les représentations, comme le montre aussi L. Lombes (50). Le concept de « ce qui nous rassemble et ressemble c'est que nous avons tou-te-s des problèmes » a permis de dépasser des préjugés (Michou).

12. La reproductibilité de groupes de parole en soins primaires

Les animateur·rice·s des groupes de parole étudiés étaient pour la plupart déjà convaincu·e·s par l'intérêt du collectif. Par exemple, deux centres de santé inclus dans l'étude sont des structures pluriprofessionnelles. Ces structures défendent déjà une vision globale de la santé en rassemblant des travailleur·euse·s sociaux·ales, des professionnel·le·s de santé et des médiateur·ice·s pair·e·s en santé.

Ressort alors la question de la reproductibilité de ces groupes de parole dans d'autres espaces de soins primaires. Monter un groupe de parole demande un investissement important qui peut paraître difficilement compatible avec une activité de médecine générale dans le contexte actuel de démographie médicale. Les animateur·rice·s qui proposaient les groupes étaient tou-te-s salarié·e·s de la structure ou bénévoles. S. Descarrier dans un travail sur l'ETP s'interroge sur le paiement à l'acte pour des professionnel·le·s libéraux·ales consacrant du temps pour animer un groupe (46). Les MSP peuvent néanmoins bénéficier de subventions publiques (telles que les nouveaux modes de rémunération (NMR)) pour développer ce type de dispositif de promotion de santé.

Proposer une prise en charge de groupe pose aussi la question de l'espace. Devant l'émergence de l'utilisation du groupe (ETP, groupe de parole) en soins de santé primaire, il paraît pertinent de réfléchir à l'importance d'une salle dédiée à ces pratiques.

D. Perspectives

Les résultats ont appuyé le rôle primordial d'une approche bio-psycho-sociale de la santé. Pour renforcer et favoriser cette prise en charge globale, il serait intéressant de réfléchir à un modèle de consultations collectives en soins primaires ; composé d'une pluralité à la fois des professionnel-le-s avec des professionnel-le-s de santé et du social, comme l'expérimente déjà certains centres de santé communautaire*, mais également avec plusieurs patient-e-s.

Ce travail met en valeur la reconnaissance des savoirs expérientiels comme outils de promotion de la santé. Se mettre au même niveau et partager les savoirs entre professionnel-le-s et usager-ère-s nécessite un changement de posture. Plus largement, les groupes de paroles ont montré une difficulté à se positionner par rapport au statut de médecin et les privilèges.

Il serait donc intéressant de développer des outils de réflexion pour la formation des médecins autour de la posture, des privilèges et du pouvoir médical.

L'intervention de patient-e-s en situation de vulnérabilité dans la formation des étudiants en médecine permettrait de questionner les préjugés et représentations sociales. De plus, proposer des stages dans des structures sociales permettrait de sensibiliser les étudiant-e-s à ces questions et de sortir d'une vision binaire entre le social et la médecine.

Enfin, notre travail de recherche a amené des éléments de réflexions quant à l'importance de l'utilisation des groupes type TCI auprès de personnes vulnérables. Des études complémentaires seraient nécessaires pour évaluer ces groupes plus largement en soins primaires.

V. Conclusion

THÈSE SOUTENUE PAR : MARET Sophie et ROGEAUX Manon

TITRE : RÉFLEXIONS AUTOUR DE GROUPES DE PAROLE DE THÉRAPIE COMMUNAUTAIRE INTÉGRATIVE POUR DES PERSONNES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ DANS LE BASSIN GRENOBLOIS

CONCLUSION :

L'incidence élevée des souffrances psychosociales chez des personnes en situation de vulnérabilité est un problème de santé publique. Différentes initiatives existent pour prendre en charge ces souffrances. Le groupe de parole de type thérapie communautaire intégrative (TCI) en est une originale. Il est fondé sur l'horizontalité entre les animateur·rice·s et les participant·e·s. Il valorise le savoir expérientiel et renforce l'autonomie.

Dans le bassin Grenoblois, différentes structures médicales et sociales expérimentent déjà cette méthode. Ce travail de recherche qualitatif a évalué comment le groupe de parole type TCI peut s'insérer dans le parcours de soins des personnes en situation de vulnérabilité. L'expérience des participant·e·s a été recueillie par 16 entretiens semi-dirigés individuels et 10 observations participantes. Ces données ont été analysées par une méthode phénoménologique complétée par une approche tendant vers la théorisation ancrée.

Le vécu des participant·e·s a montré que le groupe a été un espace thérapeutique, de socialisation et de bien-être. Le groupe a été vécu comme une rencontre interclasse et interculturelle. Cela a questionné les représentations sociales et bousculé les préjugés. De plus, il a permis une relation informelle et singulière, entre patient·e·s et professionnel·le·s de santé, impactant le parcours de soins. Par ailleurs, l'influence sociétale sur la dynamique de groupe a montré la limite de l'horizontalité et a questionné la relation soignant·e·s/ soigné·e·s. Enfin, le groupe de parole par l'entraide et le partage de savoirs expérientiels et académiques a augmenté *l'empowerment*. Il a été un outil complémentaire de soin et de promotion de la santé. En mobilisant plusieurs déterminants sociaux de la santé il permettrait une meilleure santé.

Ainsi, développer ce type de groupe de parole en soins primaires serait un moyen de lutte contre les inégalités sociales en santé. Pour faire suite à ce travail, qui met en lumière la force du collectif, il pourrait être intéressant de réfléchir à des modèles de soins collectifs pris en charge par l'assurance maladie.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 06 - 05 - 2021.

LE DOYEN

Pr. Patrice MORAND



LA PRÉSIDENTE DE LA THÈSE

Pr. Mireille MOUSSEAU

Centre Hospitalier Universitaire Grenoble
Cancérologie Clinique
Professeur Mireille MOUSSEAU
RPPS 10002983764

VI. Bibliographie

1. Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. la santé des populations vulnérables. Ellipses. 1ere Ed. Paris ; 2017.
2. Ministère des Solidarités et de la santé. Accompagnement à l'autonomie en santé. Système de santé médico-social. [En ligne]. [Cité le 29 décembre 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/accompagnement-a-l-autonomie-en-sante/>
3. Allory E, Banâtre A, Bourbonnois E, Le Cavil G, Leborgne B, Tattevin F, et al. Les attentes d'usagers d'un quartier prioritaire en termes de santé : une enquête qualitative. Sante Publique (Bucur). 2017;Vol. 29(4):535- 45.
4. De Goër B, Ferrand C, Hainzelin P. Croisement des savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions. Sante Publique (Bucur). 2008; Vol. 20(2) :163- 75.
5. Freire P. Pédagogie de l'autonomie. Toulouse, France : ERES ; 2013.
6. IREPS Bretagne ; Calvez.M et Carles-Omno F. Les déterminants de la vulnérabilité. Pôle ressource en promotion de santé [En ligne]. 2018 [Cité le 28 décembre 2020]. Disponible sur : <https://promotionsantebretagne.fr/vu/#page-content>
7. Furtos J. De la précarité à l'auto-exclusion. Paris : rue d'ULM ; 2009. 58 p.
8. Wilkinson RG. L'égalité c'est la santé. Paris : Demopolis ; 2010.
9. Jacques P. Souffrance psychique et souffrance sociale. Pensées Plurielle. 2004;8(2):21- 9.
10. Agrali S, Morel E, Vuillard J, Fanget D, Laurence S, Reboul C. La souffrance psychique des exilés ; une urgence de santé publique. Médecin du monde et Centre Primo Levy [En ligne]. Juin 2018 [Cité le 28 décembre 2020]. Disponible sur : https://www.primolevi.org/wp-content/themes/primolevi/La%20souffrance%20psychique%20des%20exil%C3%A9s_Rapport%20pages.pdf
11. Armand A, Mauchamp V. Formation à la psychiatrie des internes de médecine générale de Grenoble : expériences vécues et attentes [Thèse d'exercice médecine]. Université Grenoble Alpes ; 2019. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02418341>
12. Fassin D. Entre politique du vivant et politique de la vie. Pour une anthropologie de la santé. Anthropologie et santé. 2000;24:95- 118.
13. De Caevel H, Bass D. Au fil de la parole, des groupes pour dire. Toulouse, France : ERES; 2005. 304 p.
14. André J-M, Fassin D, éditeurs. La santé des migrants en questions(s). Rennes : Hygée éditions ; 2019. 112 p. (Débats santé social).

15. Savry V, Contessotto L. Vécu du parcours de soins des migrants à Grenoble : quelle est la place de médecin du monde ? [Thèse de médecine générale]. Université de Grenoble Alpes; 2018.
16. Mabanza F. L'expérience d'un groupe de parole autour des enjeux de la migration. *Rhizome*. 2018 ;N° 69-70(3):37- 37.
17. Nugere V. Réflexions sur les soins dispensés aux demandeurs d'asile présentant des troubles psychotraumatiques : à propos d'une expérience de groupe de parole [Thèse de médecine générale]. France: Université de Bourgogne; 2013.
18. Charlier É. En Belgique : souffrances et solidarités dans les groupes pour (aidants) proches. *Le sociographe*. 2019;n° 67(3):23- 35.
19. Villani M, Kovess-Masféty V. Les programmes de pairs aidants en santé mentale en France : état de situation et difficultés de mise en place. *L'Encéphale*. 2018 ;44(5):457- 64.
20. Franck N. Entraide entre pairs : le modèle du clubhouse. Dans : EMC. 2019. p. 1- 7. (psychiatrie; vol. 16).
21. Bouldouyre Magnier A, Soares A. Groupes Balint. Dans : EMC. 2019. p. 1- 5. (Traité de Médecine Akos ; vol. 14).
22. Grimaldi A. Éducation thérapeutique. Dans EMC. 2019. p. 1- 5. (Traité de Médecine Akos; vol. 14).
23. De la Tribonnière X. L'avenir de l'ETP : une prestation supplémentaire ou une autre médecine ? *Médecine Mal Métaboliques*. Mai 2020 ;14(3):207- 13.
24. Jaffrin S. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les GEM, Groupes d'entraide mutuelle. *Cahier Pédagogiques CNSA* [En ligne]. 2019 [Cité le 28 décembre 2020] ; Disponible sur : <https://www.entraide-mutuelle.org/au-sommet-des-gems-la-cnsa-caisse-nationale-de-solidarite-pour-l-autonomie/>
25. Gray RE, Orr CV, Carroll MJC, Fitch M, Greenberg M. Family physicians'attitudes, awareness, and practices. *Can Fam Physician Med Defamille Can*. 1998;44:6.
26. Barreto A, Meyer R, Boyer J-P, Fénéon C, Hugon N. La thérapie communautaire pas à pas. Escalquens : Dangles éd ; 2012. (Psychothérapie et psychanalyse intégrative).
27. Hugon N. La thérapie communautaire Intégrative : Une méthode d'animation des groupes de paroles et de lien. *La soif d'en sortir*. 2013;(317):4- 5.
28. Hugon N, Boyer J-P. Introduction, ou les étapes de la TCI revisitées. AETCI [En ligne]. 2019 [Cité le 15 janvier 2021]. Disponible sur : <https://framadrive.org/s/8bYWJZNdrHFC6qM>
29. Barreto A, Carmem M, Barreto R, et al. A inserção da terapia comunitaria integrativa TCI. Fortaleza ; 2011.
30. Lempereur L. Se rétablir par un dispositif de Santé Mentale Communautaire : expérience des usagers du projet Quatro Varas à Fortaleza au Brésil [Thèse d'exercice médecine]. Université Aix-Marseille ; 2018.

31. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. De Boeck Supérieur ; 2019. 162 p.
32. Soulé B. Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Recherches qualitatives*. 2007;27:14.
33. Gomez H. Les groupes de parole en alcoologie. ERES. Toulouse, France; 2012. 216 p.
34. Suissa AJ. Entre impuissance et abstinence chez les Alcooliques Anonymes : vers le développement du pouvoir d'agir. *Psychotropes*. 2014;Vol. 20(1):79- 102.
35. Bergeat M, Chaput H, Verger P. Confinement de novembre-décembre 2020 : une hausse des demandes de soins liés à la santé mentale. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress). [En ligne] Mars 2021 [Cité le 28 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/141289/1/er1186.pdf>
36. Kairouz S, Fortin M. L'engagement dans le mouvement des AA : un gage de bonheur. *Drogue Santé Société*. 2013 ;12(1):19- 40.
37. Feldmann L. Paroles de femme. *Maux d'exil, comede*. déc 2010;31:7- 8.
38. Furtos J. Difficile et paradoxale exigence éthique dans la rencontre avec les personnes qualifiées de précaires. In: *La santé des populations vulnérables*. 1^{re} éd. Paris : Ellipses ; 2017. p. 75- 84.
39. Minary J-P, Perrin P. Élaboration d'un cadre de travail pour un groupe de parole avec des « personnes dites exclues ». *Connexions*. 2004;82(2):83- 104.
40. Kaës R. Les médiations entre les espaces psychiques dans les groupes. Dans : *Les médiations thérapeutiques*. Toulouse : Eres ; 2011. p. 49- 60.
41. ATD Quart Monde. Charte du croisement des savoirs et des pratiques avec des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale [En ligne]. 2006 [Cité le 15 janvier 2021]. Disponible sur: <https://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2008/05/Charte-du-Croisement-des-savoirs-ATD-Quart-Monde.pdf>
42. Jacques M, Prévost F. Ateliers d'écriture créative pour améliorer la littératie en santé: analyse d'un projet innovant selon une méthode qualitative [Thèse d'exercice médecine]. Université Grenoble Alpes ; 2018.
43. Guy B, Martin É. L'atelier cuisine, un support dans la prise en charge en médecine générale des patients en situation médico-sociale complexe en quartier populaire? Étude qualitative réalisée entre décembre 2014 et juillet 2015 [Thèse d'exercice médecine]. Université Grenoble Alpes; 2015.
44. Dias M. Bénéfices de la pair-aidance professionnelle pour les usagers dans un centre de réhabilitation psychosociale: résultats d'une étude qualitative [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard ; 2019.
45. Yoganathan H, Trichard P. Influence de la pair-aidance sur l'acquisition de compétences d'adaptation et d'autosoins dans la maladie chronique : une étude qualitative auprès de patients [Thèse d'exercice médecine]. Université de Montpellier ; 2019.

46. Descarrier S. Impact de l'initiation à l'éducation thérapeutique sur la posture du médecin généraliste dans sa pratique quotidienne : Etude qualitative à partir du programme d'éducation thérapeutique du patient diabétique mené par le réseau de santé Addictions Précarité Diabète de Champagne-Ardenne [Thèse d'exercice médecine]. Université de Reims Champagne-Ardenne ; 2015.
47. Ruberton PM, Huynh HP, Miller TA, Kruse E, Chancellor J, Lyubomirsky S. The relationship between physician humility, physician-patient communication, and patient health. *Patient Educ Couns*. juill 2016;99(7):1138- 45.
48. De Goer B. Professionnels de santé et personnes en grande précarité : avancer ensemble. Dans : *La santé des populations vulnérables*. Paris : Ellipses ; 2017. p. 302.
49. Perrod V, Baudu R. Mutilations sexuelles féminines : vécu et attentes des femmes excisées sur leur prise en charge médicale à Grenoble [Thèse d'exercice médecine]. Université Grenoble Alpes ; 2019.
50. Lombès L. questions autour d'un groupe de parole sexualité violence auprès des femmes en CADA [mémoire DIU santé des migrants]. Paris ; 2017.

VII. Annexes

Annexe A : Fiche d'information aux participant·e·s

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude dans le cadre de la recherche en médecine générale. Cette lettre d'information vise à vous informer des objectifs et du déroulement de l'étude, afin de s'assurer que vous n'y êtes pas opposé·e. Prenez le temps de la lire et de réfléchir avant de donner votre accord pour participer à l'étude. N'hésitez pas à nous demander de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

Titre de l'étude : Réflexion autour des dispositifs de groupe de parole dans le bassin grenoblois.

Equipe de recherche : Deux étudiantes en médecine générale, de la faculté de médecine de Grenoble (UGA), sous la direction de la médecin généraliste P. Girard

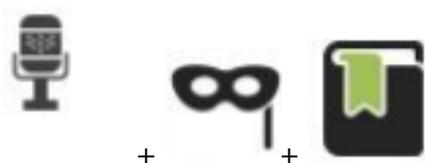


But de l'étude:

Recueillir l'expérience des participant·es de groupes de parole dans différentes structures médicales et sociales. Nous voulons voir en quoi le groupe (de parole, d'entraide) peut influencer la personne dans sa santé. Pour cela, nous voulons participer aux groupes et faire des entretiens individuels. Les entretiens auront lieu dans la structure qui vous accueille.

Engagement du/de la participant·e:

La participation doit être volontaire. Il s'engage à un entretien d'environ 45 minutes autour du thème de notre étude, mais la durée peut changer en fonction de la disponibilité de chacun·e. Les entretiens seront enregistrés intégralement par un dictaphone ou smartphone. Ces enregistrements donneront lieu à une retranscription intégrale anonymisée qui apparaîtra en annexe de la thèse.



Il doit être majeur et ne pas être sous protection juridique.  - 18 ans

Engagement de l'investigateur principal :

Il s'engage à maintenir l'entretien en date, heure et lieu choisis par le participant dans une limite des départements de l'Isère.

Nous nous engageons à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer **la confidentialité des informations obtenues**. Seules les responsables de l'étude ont accès à celle-ci. **Les informations seront gardées sous le plus strict respect du secret médical**. Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades) les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqué.

Liberté des participant·e·s:

Votre accord peut être retiré à tout moment et vous êtes libre de quitter l'étude sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence.

Information des participant·e·s:

Vous avez la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Frais : La participation à l'étude est gratuite. Nous ne bénéficions pas de financement pour cette étude et ne déclarons **aucun conflit d'intérêts**.

Confidentialité des informations :

Toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes -qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical-, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude

ne comportera aucun résultat individuel nominatif. 

Législation :

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous avez le droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès de nous. Le projet a reçu un avis favorable de la CNIL en date du 15/09/2020

Annexe B : Canevas

Canevas entretien version n°1

1/ Parlez-moi de vous...

- De votre entourage : quelles sont les personnes proches ?
- Depuis combien de temps vivez-vous dans l'agglomération Grenobloise ?
- Comment vivez-vous ?
- Quelle est votre situation professionnelle ?
- Comment évalueriez-vous votre santé mentale ?

2/ Qu'est-ce qui vous a amené vers ce groupe ?

- Qui vous a parlé de ce groupe pour la première fois ?
- Comment ça s'est passé au début ?
- Quels ressentis, difficulté la première fois dans ce groupe ?

3/ Racontez moi votre dernière expérience

- Quels ressentis ?
- Avez-vous rencontré des difficultés ?
- Quels sujets ont été abordés ?

4/ Qu'est-ce que ce groupe vous a apporté ?

- Dans votre quotidien, repensez-vous à ce qui a été dit pendant le groupe de parole ?

5/ Est ce que vous comptez y retourner ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ?

6/ Est ce qu'il y a des choses que vous aimeriez voir changer ?

- Est ce qu'il y a des choses difficiles à aborder devant le groupe ?
- Des sujets ?
- De l'animation ?
- Horaires, fréquences ?

7/ Est ce que vous souhaitez ajouter quelque chose ?

- Points faibles, points forts de ce groupe ?

(Les questions en gras sont les questions principales et les questions qui suivent sont les questions de relance)

Canevas entretien version finale

Cet entretien est conçu pour l'ensemble des participant·e·s du groupe de parole
On vous laisse choisir votre pseudonyme pour la confidentialité de données personnelles

1/ Je vous laisse me parler de vous, présentez-vous...

- Parlez-moi de votre entourage : quelles sont vos personnes proches ?
- Comment vivez-vous ?
- Quelle est votre situation professionnelle ?
- Moralement, comment allez-vous ?

Pour animateur : **2bis/ Comment avez-vous découvert la TCI ?**

2/ Qu'est-ce qui vous a amené vers ce groupe ?

- Qui vous a parlé de ce groupe pour la première fois ?

3/ Comment avez-vous vécu votre première participation dans ce groupe de parole ?

- Comment vous-êtes-vous senti ?

4/ Racontez-moi votre dernière participation au groupe ?

- Quels ressentis ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontré ?
- Qu'avez-vous pensé des sujets abordés ?

5/ Qu'est-ce que ce groupe vous a apporté ?

6/ Est ce que vous comptez y retourner ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ?

7/ Est ce qu'il y a des choses que vous aimeriez voir changer ?

- Est-ce qu'il y a des choses difficiles à aborder devant le groupe ?
- Des sujets ?
- De l'animation
- Horaires, fréquences ?

8/ Qu'est-ce que ça vous fait de croiser les personnes du groupe dans un autre contexte ?

- Un médecin/ un-e participant·e en entretien ?

9/ Est ce que vous souhaitez ajouter quelque chose ?

- Points faibles, points forts de ce groupe ?
- Retour de participant·e·s ?

(Les questions en gras sont les questions principales et les questions qui suivent sont les questions de relance)

Annexe C : Grille d'analyse pour les observations participantes

- Les participant·e·s
- Atmosphère (Lieu, ambiance, schéma de la position des participant·e·s dans l'espace)
- Structure:
 - Introduction
 - Mise en lien
 - Déroulement
 - Clôture
- Quels sujets proposés ? Quelle situation est choisie et traité ?
- Langage
 - Compréhension
 - Le langage non verbal
- Expression d'émotions
- L'attention au groupe (présence d'échange en off, la répartition des prises de parole, présence de silence)
- Investissement et posture en fonction du sujet abordé
- La posture de l'animateur·ice
- Les temps informels
 - pré groupe
 - post groupe
- Mon ressenti avant et après le groupe

Annexe D : Grille d'échantillonnage

Pour tou·te·s

- Genre
- Tranche d'âge
 - 18-25 ans
 - 25-35 ans
 - 35-45 ans
 - 45-55 ans
 - 55-65 ans
 - 65- 75 ans
 - > 75 ans

- Statut dans l'emploi : catégorie socio professionnelle
 - Agriculteurs exploitants
 - Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
 - Cadre et profession intellectuelles supérieur
 - Professions intermédiaires
 - Employés
 - Ouvriers
 - Retraités
 - Autre personnes sans activité professionnelle

Participant·e·s

- Nombre de participation à des groupes de paroles
- Niveau de français :
 - La langue maternelle est le français : oui ou non ?

Animateur·rice·s

- Formation en TCI :
- Formation en éducation populaire :
- Formation en psychologie :
- Ancienneté dans la dynamique de groupe :

Annexe E : Tableau de présentation des groupes

Groupes	Groupe A	Groupe B	Groupe C	Groupe D
Lieu	Centre de soins	Maison des Habitant·e·s	Centre de santé	Association
Date de création	2017	2010	2019	1997
Fréquence	Hebdomadaire	Mensuel	Mensuel	Hébdomadaire
Horaire	Après-midi	Soirée	Soirée	Midi
Nombre de participant·e·s en moyenne	8 - 10	10 - 12	7 - 10	5 - 10
Animateur·rice·s	Trois bénévoles (médecins, retraité·e·s)	Six bénévoles	Quatre salarié·e·s (psychiatre, médecin, travailleur·euse social·e)	Cinq bénévoles (psychiatre, ostéopathe)
Public	Personne sans droit	Habitant·e·s du Quartier	Quartier populaire	Personne en situation d'exclusion sociale
Respect des règles TCI	Oui	Oui	Non	Oui
Utilisation de médiations artistiques et corporelles	Corps/chant	Corps/chant	Travail de relaxation	Corps/chant/proverbe
Temps informel pré-groupe	Accueil (thé, café)	Accueil (thé, café)	Absent	Repas partagé
Temps informel post- groupe	Goûter et débrief entre animateur·rice·s	Débrief entre animateur·rice·s	Débrief entre professionnel·le·s	Débrief entre animateur·rice·s
Outils de communication	SMS	Mailing-list	Réseaux sociaux	

Annexe F : La thérapie communautaire intégrative (TCI)

« *Quand la bouche se tait, les organes parlent, quand la bouche parle les organes se taisent* » comme le dit le Pr A. Barreto (27).

1) Historique de la TCI

La thérapie communautaire intégrative est un acte thérapeutique de groupe né à la fin des années quatre-vingt (1987) au sein de la favela Pirambu de Fortaleza au Brésil (27).

L'exode rural massif des régions arides du nord-est du Brésil touchées par une grande sécheresse (1979-1983) a eu pour conséquence une augmentation de la population de cette favéla. Cette population migrante a dû survivre dans des conditions de vie très précaires dans ces favelas (27).

A.Barreto, médecin psychiatre, recevait certain·e·s migrant·e·s, issu·e·s de ces favelas, souffrant de troubles psychiatriques pour des consultations individuelles en lien avec la faculté de médecine de l'université Fédérale du Ceara (51). Il y avait des demandes croissantes et il remarquait des similitudes dans leurs souffrances avec les « immenses problèmes de santé mentale induits par le déracinement, la misère et l'exclusion » (27).

Après avoir rencontré des habitant·e·s dans la favela et avec son expérience, A.Barreto proposa de mettre en place un espace d'écoute et de partage dans la communauté. Il créa les bases de la TCI.

La naissance d'un projet plus large de santé mentale communautaire appelé « projet de Quatro Varas » s'est rapidement construit en réponse aux besoins exprimés lors des séances de TCI. Un espace de parole hebdomadaire est proposé en parallèle à d'autres activités comme le jardin de plantes médicinales, des massages par des thérapeutes populaires, de l'art-thérapie, du théâtre, du yoga et une petite école (30). Le projet évolue avec une implication des usager·ère·s, les besoins et la créativité de chacun·e·s. La TCI devient l'identité « scientifique » du projet, des étudiants en médecine, infirmerie, psychologie viennent régulièrement assister à ces espaces de parole et la méthode se diffuse (30).

Au Brésil, la TCI a montré des bénéfices en termes de réduction du recours à des services spécialisés et d'influence sur les déterminants de santé. « Une étude de 2004 réalisée dans 12 états du Brésil montrait que 88,5% des personnes qui participaient à des rondes de TCI ne nécessitaient pas d'être orientées vers des services sociaux ou médicaux à l'issue des « rondes » » (26). Ce modèle d'intervention psychosociale a été adopté comme politique prioritaire pour les soins primaires en santé mentale au Brésil depuis juin 2010 (26). Au Brésil, plus de 30 500 personnes sont formées à l'animation de TCI avec plus de 40 centres de formation en 2017 selon l'association de TCI Brésilienne (52).

La TCI se développe en France et particulièrement à Grenoble dans les années 1995 avec la création par C.Fénéon de l'association « les amis de quatre varas ». A Grenoble, les premiers groupes de TCI se font en 1997 avec JP. Boyer et C. Fénéon. Un module de formation à l'animation se crée en 2003 avec chaque année 30 personnes formées à Grenoble. En parallèle, la TCI apparaît en France dans les régions PACA et Nord Est. N. Hugon utilise cette méthode de groupe de TCI à la clinique Saint Barnabé depuis 2008 dans un programme de traitement de l'alcoolisme et des addictions associées (53). L'association Européenne de TCI (RETCI) voit le jour en novembre 2019 regroupant des membres de différents pays

(France, Suisse, Italie, Allemagne et Portugal), tous signataires d'une charte éthique du réseau. Un comité éthique s'est également constitué (54, 55).

2) Qu'est-ce que la Thérapie Communautaire Intégrative ?

« La TCI est un espace communautaire de promotion de la santé et de la résilience des individus, des familles et des groupes. C'est un dispositif d'intervention psychosociale qui s'adresse à la souffrance et non à la pathologie » (55).

Thérapie : mot d'origine grecque « *thermos* » qui signifie « prendre soin chaleureusement de ». Le thérapeute prend soin des autres d'une manière chaleureuse.

Communautaire : Qui réunit des personnes ayant quelque chose en commun comme leurs souffrances, la recherche de solutions et la volonté de résoudre leurs difficultés.

Intégrative : intégrer les savoirs venus de divers contextes socioculturels, intégrer pour les potentialiser et servir à construire des solutions aux problèmes.

La méthode de TCI s'est fondée sur cinq grands axes théoriques : la pensée systémique, la théorie de la communication, l'anthropologie culturelle, la pédagogie de Paulo Freire et la résilience (26).

Les valeurs de la TCI sont l'humilité permettant de voir l'autre comme une ressource, la bienveillance, l'accueil, acceptation de l'imprévu, l'horizontalité, la simplicité (de langage et de posture), la valorisation des ressentis et des émotions, l'intégration, l'audace, générer le doute dans les certitudes et l'humour avec amour et respect (55).

Les principales caractéristiques des groupes de parole basés sur la méthode TCI sont : (26,27)

- **Une participation libre et gratuite pour tou·te·s.**
- **L'horizontalité** : « *Tout le monde est coresponsable dans la recherche de solutions et dans la résolution des défis du quotidien* ». L'animateur·rice ne vient pas en tant que thérapeute et expert·e mais comme facilitateur·rice de l'expression de tou·te·s.
- **Partager les ressources nées de l'expérience de vie des participant·e·s à partir d'une « situation-problème » choisie par le groupe.** « Chacun·e devient thérapeute de lui-même, à partir de l'écoute des histoires de vie qui y sont relatées » (51).
- **Favoriser la rencontre et la formation de réseaux solidaires** : par un accueil dans un espace chaleureux et une mise en lien des participant·e·s pouvant créer un réseau de soutien.
- **Faire appel à tous les modes d'expression culturels** : parole, chant, poésie, proverbes.
- **Un cadre et des règles à tenir pendant la séance** : les règles sont présentées en début de séance pour une parole libre avec une écoute bienveillante. Une co-animation de la séance.
- **Favoriser la résilience** : par l'accent mis sur la valorisation des compétences et l'estime de soi.

La TCI est un **acte thérapeutique de groupe** pouvant se réaliser quel que soit le nombre de participant·e·s et leur niveau socioéconomique (27).

Elle **prend en compte la culture** de chacun·e·s, qui est, comme le dit A.Barreto, « une toile d'araignée invisible qui intègre et uni les individus ».

La TCI est une **thérapie de prévention** quand elle permet à la personne « exclue ou marginale d'affronter la réalité qui la menace, qui la met à distance de sa culture et détruit son identité. Ancrée dans sa culture et insérée dans sa communauté, cette personne devient consciente de ses droits et devoirs individuels et collectifs, ce qui lui permet une existence citoyenne, digne et riche » (26).

La TCI est par exemple un outil dans la gestion du stress. En favorisant l'établissement d'un réseau de soutien social et en développant des relations où l'acceptation, la reconnaissance de l'autre et de sa valeur sont primordiales (52).

C'est une méthode simple d'utilisation. Une formation est nécessaire pour devenir facilitateur·rice de groupe, aucune formation universitaire antérieure n'est requise.

3) Le déroulement d'une ronde de TCI (groupe de parole) (53, 28)

Le groupe est animé par un « animateur·rice » et un « co-animateur·rice ». Ce dernier anime les phases d'accueil et de clôture et soutient l'animateur·rice pendant la séance notamment pour que les règles soient bien respectées.

- **L'Accueil (10 minutes) :**

- Souhaiter la bienvenue et présenter la TCI

L'accueil se fait dans un lieu chaleureux avec convivialité. Des chaises sont disposées en rond avec une petite table où y sont installés boissons et collations. La bienvenue est souhaitée à tou·te·s participant·e·s.

La·le co-animateur·rice explique ce qu'est une « ronde de parole TCI » : « *Nous sommes là pour partager nos expériences de vie, nos soucis et aussi nos solutions* ».

- Présentation des règles

- Les règles de base de la séance sont énoncées et expliquées avec la participation des participant·e·s :

- Chacun parle de son expérience et seulement de son expérience vécue
- Parler à la première personne du singulier, en « JE » ;
- Faire silence quand quelqu'un s'exprime ;
- Pas de conseils à donner, on parle de sa propre expérience ;
- Pas de jugement ni d'interprétation ;
- Respect de l'autre ;
- Pas de grands discours ;
- Utilisation de tous les moyens d'expression culturels : chant, proverbes... ;
- On ne parle pas des grands secrets mais des soucis du quotidien.

- Parler des « bonnes nouvelles », des succès, des dates significatives

Avant de parler de ce qui fait souffrir, un temps de partage de choses agréables est proposé aux participant·e·s. Parler ou entendre parler d'une expérience positive peut réveiller des émotions agréables.

- Dynamique d'accueil

Mise à l'aise et mise en lien les participant·e·s, par des exercices de médiation. Ce sont des exercices proposés à tou·te·s les participant·e·s du groupe, utilisant souvent le corps, chacun·e est libre de participer ou non.

- **Énoncé de la situation problème (15 minutes) :**

L'animateur·rice rappelle que le but est de « mettre des mots sur des maux » dans un cadre sécurisé. Les participant·e·s sont alors invités à dire leur prénom et leur « situation-problème » avec l'émotion qui s'y attache.

L'animateur·rice va énoncer toutes les propositions et demander aux participant·e·s qui le souhaitent d'exprimer en quoi telle ou telle souffrance les a touchés.

Puis il y a un vote, pour choisir la « situation-problème » à développer. Chaque personne ayant apporté une « situation problème » est remerciée et celle-ci pourra être proposée à la prochaine séance ou elle pourra en parler à la fin de la ronde avec les animateur·rice·s si elle souhaite être orientée.

- **Contextualisation (15 minutes) :**

La personne dont la situation a été retenue peut en dire un peu plus si elle le souhaite.

Puis, il est possible pour les participant·e·s de poser des questions afin d'éclairer le contexte, les tentatives de solutions, le vécu émotionnel etc... L'animateur·rice prend en note des mots clés pour reformuler la situation. La personne concernée garde la liberté de répondre ou non.

- **Problématisation et partage (45 minutes) :**

L'animateur·rice invite la personne dont la situation a été retenue à se mettre en retrait. Et il·elle fait appel au partage d'expériences « Qui de vous a déjà vécu une chose semblable, d'une manière ou d'une autre, et qu'avez-vous fait pour vous en sortir ou pour vivre avec ? Et peut-être ce que cela vous a apporté ou appris ou révélé de vous. ».

Les solutions généralement évoquées appellent aux facteurs personnels de résilience, au soutien social et familial, aux ressources culturelles, et au recours à des professionnel·le·s. La variété des propositions peut être grande, on ne recherche pas de consensus, l'éventail des possibles reste ouvert et appelle à la réflexion. Le rôle de l'animateur·rice est important pour veiller aux règles et à la fluidité de la parole.

- **Conclusion et rituel de clôture (10 minutes) :**

Le co-animateur·rice invite les participant·e·s à exprimer ce qu'ils retiennent de la séance, ce qui les a touchés et fait avancer. Un rituel de clôture peut ensuite être proposé pour ceux·celles qui le veulent : se tenir par les épaules ou par la main en cercle et faire circuler l'énergie de la « ronde ».

- **L'appréciation :**

Un temps de discussion, débriefing sur le vécu de la « ronde », sur ce qui s'y est passé et sur ce qui pourrait être amélioré.

4) Devenir Animateur·rice/ facilitateur·rice

« Pour être reconnu et agréé comme Animateur en Thérapie Communautaire Intégrative, il n'est pas nécessaire d'être un professionnel de la relation d'aide, mais il est indispensable d'être engagé dans un projet social, d'avoir une éthique correspondant aux valeurs de l'association, d'avoir une pratique régulière de la TCI et d'avoir suivi le cursus de formation tel qu'il est défini dans la charte éthique du réseau. Il faut être membre d'une des associations adhérentes au réseau européen (RETCI-Comité d'Ethique), qui sont habilitées à garantir la qualité d'animateur » (28).

Des formations sont proposées par le RETCI (réseau européenne de thérapie communautaire intégrative) pour devenir animateur·rice. La formation de phase « socle » permettant d'animer un groupe de parole dure quatre journées incluant de la théorie et de la pratique. Elle est suivie d'une formation continue par le RETCI avec des temps de « supervision » pour les animateur·rice·s et les formateur·rice·s. qui sont des temps de retour sur l'animation et le vécu des groupes.

Bibliographie

51. Fénéon C. Un peu d'histoire, discours prononcé pour les journées d'ouverture AETCI à Echirrolles [En ligne]. 2013. Disponible sur : <file:///C:/Users/User/Zotero/storage/V2GHGFKD/un-peu-dhistoire-christiane-feneon.html>
52. HOME . Abratecom..[En ligne] Disponible sur : <https://abratecom.org.br/>
53. Hugon N. La thérapie communautaire : une technique d'animation des groupes favorisant l'implication des patients addictifs dans le processus de changement [En ligne]. Dans : Framadrive. Marseille, France ; 2010. p.8. Disponible sur : <https://framadrive.org/s/1Be1CNSdODLyOYn>
54. Réseau européen de Thérapie communautaire intégrative. RETCI [En ligne]. [Cité 28 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.aetci-a4v.eu/>
55. RETCI. Charte fédération TCI [En ligne]. Framadrive. Disponible sur : <https://framadrive.org/s/z8i83EzrkTyyT75>