

Le Groupe de Parole comme Outil en Médiation en Santé

« Travailler cette « écoute radicale » nous serait bénéfique à toutes et tous, comme l'une des manières de faire de nos vies intimes des espaces plus égalitaires et doux. Pour se donner les moyens d'inventer une autre organisation sociale. « Écouter est politique », dit d'ailleurs Carol Gilligan, soulevant que l'écoute est une résistance en soi [...] ».¹

Diplôme Universitaire Médiation en Santé

2026

Mémoire rédigé par Manon MODESTE

1 Alice Raybaud, *Nos Puissantes Amitiés*, Éditions La Découverte, 2024, p.219

Sommaire

Remerciements.....	1
Introduction.....	1
1 Contextualisation.....	4
2 Quelques définitions.....	5
2.1 Psychotraumatisme et thérapies comportementales.....	5
2.2 Psychiatrie et santé mentale.....	6
3 Différents types de groupes de parole.....	9
3.1 Entre personnes concernées ou « groupes d'entraide ».....	9
3.1.1 Groupe de parole pour Aidants de personnes alcoolodépendantes.....	10
3.1.2 Les Narcotiques Anonymes.....	11
3.1.3 Groupe de parole pour des personnes victimes de violences sexuelles.....	14
3.2 Animés par des professionnels ou « groupes de soutien ».....	15
3.2.1 Patient expert et coordinateur d'Atelier d'Éducation Thérapeutique.....	17
3.2.2 Groupes de parole facilités par une psychothérapeute.....	18
3.2.3 Groupes de parole autour des violences sexistes et sexuelles chez les jeunes.....	21
4 Le lien avec la médiation en santé.....	23
5 Le Café de la Santé de la Maison de Santé Pyrénées-Belleville.....	26
Conclusion.....	29
Bibliographie.....	32

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accordé de leur temps et leur confiance lors des entretiens pour les témoignages. Je remercie également la maison de santé qui m'a accueillie lors de mon stage et ont accepté de répondre à mes questions. Enfin, merci à M. pour son témoignage et les relectures.

Introduction

L'être humain ne se développe pas seul. Diverses recherches ont démontré qu'une identité se construit avec nos cercles proches étant enfants, puis plus éloignés une fois adultes. Or, la présence du groupe social en lui-même ne suffit pas. En effet, il s'agit de partage et d'interactions : « La communication permet aux personnes d'établir entre eux des liens psychologiques et sociaux, elle relève d'un processus continu de construction des relations sociales. Communiquer, c'est échanger du sens, du lien. »² Dans leur ouvrage, André Guittet et Gilles Amado nous parlent des différents processus de communication et de son importance au sein des groupes. Ils développent les impacts positifs et négatifs sur les personnes, en fonction du type d'échanges. Ainsi, si la parole est aussi importante pour organiser une société et qu'elle peut avoir des effets néfastes sur les personnes qui en manquent, il peut être nécessaire de la réintroduire dans le soin.

Les groupes de paroles revêtent différentes formes. En premier lieu, on pense souvent aux AA (Alcooliques Anonymes), aux groupes de soutien pour les personnes victimes de violences, ou des groupes animés en hôpital psychiatrique par des médecins. Or, le groupe de parole est multiple. Tout d'abord, il est difficile de dire quand, comment et où ils ont été créés. En effet, en passant par les « réunions tupperwares », aux réunions syndicales, aux associations de santé communautaire, mais aussi des soulèvements politiques majeurs depuis des siècles, ces espaces sont créés par des personnes qui se rencontrent, échangent et débattent de leurs vécus. Ces rencontres sont souvent motivées par un sentiment de solitude ou d'épuisement, un besoin de commun et de communauté, de soutien. Elles permettent de sortir de son isolement, en rencontrant des histoires similaires,

2 Gilles Amado et André Guittet, « Dynamique des communications dans les groupes », *Collection U*, 2012, Armand Colin, pp.5-10

mais aussi de pouvoir se montrer solidaire et soutenant, avoir un rôle moteur pour l'autre, et enfin, dans certains cas, elles permettent de pouvoir trouver un mouvement et une envie d'agir pour soi et/ou pour les autres. Dans un entretien donné au journal L'Humanité, Nathalie Zajde³, ethnopsychiatre et maîtresse de conférence à l'Université Paris VIII, nous dit que, contrairement à ce que l'on pense, dans les groupes de parole qu'elle a créé pour les enfants de deuxième et troisième génération de survivants de la Shoah, la parole a toujours existé, mais qu'elle se limitait aux cercles proches. Par cet exemple, on peut affirmer que ces modes de communication de groupe, de partages de vécus, ont toujours été, mais ont seulement pris différentes formes en fonction des situations.

Selon Joseph Rouzel⁴, ancien éducateur spécialisé et psychanalyste « Un groupe de parole peut se définir comme une pratique de groupe, à visée thérapeutique ou pas, qui réunit plusieurs personnes, patients d'un hôpital, salariés d'un établissement, malades alcooliques ou usagers de drogues, parents, enseignants, jeunes... autour d'un thème ou bien d'un mode de libre expression associative. »

La loi Kouchner du 4 mars 2002⁵ est née des suites des mouvements menés par les associations de patients, « dans le contexte de la pandémie du VIH-sida »⁶. Elle promeut l'amélioration des droits des patients, et ainsi une meilleure connaissance et appropriation de leurs parcours de soins. Elle amène les professionnels de santé à mieux communiquer sur leurs pratiques envers les personnes concernées et retire un peu de la 'hiérarchisation de la blouse blanche'. Cette loi marque un tournant, puisqu'elle met en avant le travail primordial mené par les associations de patients depuis plusieurs années. Ces associations ont initié, de par leurs engagements militants, la professionnalisation des travailleurs pairs et médiateurs en santé pair. Dans ces lieux de lutte, les groupes de parole existent également. Le partage de vécus entre pairs permet de pallier aux manquements dans les institutions.

Si je parle ici des associations de patients et des travailleurs et travailleuses pairs, c'est parce qu'il me semble important de remettre dans un contexte militant et historique

3 Camille Bauer, « La parole existait mais était limitée au cercle intime, familial », in *L'Humanité*, lundi 27 janvier 2025, p. 15

4 Joseph Rouzel, « Ce que parler veut dire. L'animation de groupes de parole », *Ces groupes qui aident, VST - Vie sociale et traitements*, 2018/4 N° 140, érès

5 LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), www.legifrance.gouv.fr

6 Hélène Cardin, « La loi du 4 mars 2002 dite "loi Kouchner" », in *Un ministre, une loi, Les Tribunes de la santé*, 2014/1 n° 42, Presses de Sciences Po, pp. 27 à 33

du métier de médiateur en santé en devenir. Les outils que nous utilisons en tant que professionnels, en tout cas les plus adaptés, viennent en réalité des personnes concernées en premier, qui ont réfléchi et mis un peu un certain nombre d'actions de soin. Ces mouvements se sont également épanouis par le groupe. Ainsi, le groupe de parole facilité par un médiateur en santé est en partie une inspiration des groupes de pairs.

En partant de ces postulats et définitions, je vais tenter de démontrer que le groupe de parole, en tant qu'outil de médiation en santé, a toute sa place dans le processus d'accompagnement vers le soin pour les personnes rencontrées.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « Le médiateur en santé crée du lien et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Il est compétent et formé à la fonction de repérage, d'information, d'orientation, et d'accompagnement temporaire. Il a une connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteurs et des publics. »⁷ Dès lors que le médiateur ou la médiatrice en santé oriente correctement les personnes qu'il ou elle accompagne en fonction de ses demandes et de ses besoins, sa mission pourrait s'arrêter là. Or, j'avance ici comme hypothèse que le rôle du ou de la médiateur.trice peut s'avérer plus complexe une fois sur le terrain. Déjà, en fonction du lieu d'exercice, les professionnel.les peuvent rencontrer les personnes de façon variable. Dans un centre de santé, par exemple, il pourrait être adapté de créer ce type d'espaces lors de temps collectifs, afin de permettre aux patient.e.s de partager leurs parcours.

J'ai décidé de travailler ce mémoire comme un 'entonnoir', en passant par un travail de recherche de concepts généraux, tels que le psychotraumatisme et la santé mentale, en explicitant les courants qui me semblent importants pour parler de ces sujets. Je développe ensuite les différents groupes de parole existants, facilités par les personnes concernées, puis par des professionnels, afin de faire le lien avec la médiation en santé. J'ai recueilli quelques témoignages de personnes qui ont participé à des groupes, soit en tant que personnes concernées, soit en tant que professionnel.les. Il me semblait primordial que pour un travail autour du développement des compétences des personnes, je questionne directement celles qui ont vécu ces expériences. Enfin, grâce à mon lieu de

7 « La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins », Référentiel de Compétences, formation et bonnes pratiques, HAS

stage, je donne un exemple précis de groupe, sous une forme différente, organisé par la Maison de Santé Pyrénées-Belleville, avant de conclure sur les avantages et les limites de ces groupes.

1 Contextualisation

Avant de me lancer dans le vif du sujet, il me semblait opportun d'expliquer les raisons de mes recherches.

Durant mon parcours étudiant et professionnel, j'ai toujours porté un intérêt particulier à la santé mentale, la psychiatrie et au psychotraumatisme. J'ai découvert la psychothérapie institutionnelle, comme alternative à la psychiatrie « classique », dans le traitement et l'accompagnement des personnes dites en souffrance psychique. J'ai également porté attention aux psychothérapies comportementales dans le traitement du psychotraumatisme. Ces différents courants se démarquent de par leurs propositions d'appropriation des troubles et des difficultés rencontrées par les personnes concernées elles-mêmes. Chacun à leur manière, ils apportent un changement majeur dans la prise en considération des personnes accompagnées. Dans cette continuité, les groupes de parole sont des outils d'expression majeurs pour les personnes concerné.e.s afin de discuter de ce qui les traverse.

Quand la psychiatrie et les troubles psychiques concernent seulement une partie de la population⁸, la santé mentale, elle, concerne tout et tout le monde. Elle se trouve dans tous les aspects de nos vies. D'ailleurs, l'OMS décrit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁹. En conséquence, en psychiatrie comme ailleurs, il m'apparaît évident que la santé mentale doit faire partie intégrante de la réflexion autour du rétablissement des personnes dans le soin. J'ai choisi ici de développer les bienfaits d'un travail en groupe de parole non thérapeutique, où le médiateur en santé aurait toute sa place en tant qu'« animateur-facilitant ».

8 Santé Mentale et Psychiatrie, Synthèse du bilan de la feuille de route Etat d'avancement au 1er mai 2025, Ministère chargé de la santé et de l'accès aux soins « La maladie mentale et les troubles psychiques touchent près de 13 millions de Français (données OMS) dont 3 millions vivent avec un trouble psychiatrique persistant (données SpF) pouvant s'accompagner d'un handicap psychique. » p.4

9 Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948

2 Quelques définitions

2.1 Psychotraumatisme et thérapies comportementales

Le psychotraumatisme peut se définir de cette manière : « [...] l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques pouvant se développer chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique. Ces troubles peuvent s'installer durant des mois, des années voire toute une vie en l'absence de prise en charge »¹⁰. Il peut être de type I ou « simple » ou alors de type II, appelé aussi « complexe ». C'est-à-dire que dans le premier cas, la personne est confrontée au traumatisme une seule fois (par exemple, un cambriolage). Dans le deuxième cas, la personne est confrontée au traumatisme de façon répétée, sur du moyen à long terme (par exemple, dans certaines situations de violences intrafamiliales). Il est important de noter que le type de traumatisme (I ou II) ne donne pas d'indications sur la gravité des conséquences dans les vies des personnes. On peut retrouver un certain nombre de symptômes similaires dans les deux cas : troubles du sommeil, de l'humeur, états de dissociation, troubles de la mémoire, états d'anxiété... Par contre, le diagnostic peut donner une idée de la façon dont ces troubles associés peuvent être traités.

Il existe plusieurs psychothérapies comportementales individuelles dans le traitement de ces troubles, inspirées des neurosciences :

- EMDR ou Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires, est une technique qui se base sur l'alternance des mouvements oculaires ou des stimulations bilatérales auditives ou tactiles. Le nombre de séances est organisé en fonction des besoins du patient. Cette technique suit un protocole bien particulier, où le patient explique sa ou ses problématiques, puis à l'aide de divers outils, le thérapeute met en place les exercices d'EMDR.

- ICV ou Intégration du Cycle de la Vie, quant à elle, passe par une liste de souvenirs créée avec le patient. A partir du souvenir traumatique, seront listés un certain nombre d'autres souvenirs, agréables ou neutres, pour chaque année, jusqu'à aujourd'hui. La répétition par le thérapeute de cette liste de souvenirs, permet au patient de comprendre que le souvenir traumatique est derrière lui.

10 Joséphine Vuillard, « Le psycho-trauma : effets, risques et enjeux », in *Mémoires* 2018/2 n°73, pp 5 à 7

Ces thérapies ne sont qu'une partie de ce qui existe, mais ce sont de bons exemples pour commencer à appréhender le courant cognitivo-comportemental et neuropsychologique.

Elles se basent sur le fait que les traumatismes vécus sont inscrits et visibles dans le cerveau¹¹. Cela empêche les personnes traumatisées de fonctionner 'normalement', et bloque leur développement car elles restent coincées en état d'alerte, qui empêche l'intégration de nouvelles expériences, positives ou négatives. Ces thérapies permettraient aux patient.e.s de comprendre que le danger est passé et qu'ils et elles peuvent se sentir désormais en sécurité. D'ailleurs, les symptômes du Stress Post-Traumatique s'apparentent souvent à des symptômes d'autres troubles psychiatriques, dans certains cas notamment de troubles de l'humeur importants, qui amènent des états dépressifs, de violence ou d'euphorie intenses, les erreurs de diagnostic sont très courants. De plus, les possibilités de prise en charge sont assez difficiles. Même dans les situations les plus poussées, les institutions classiques qui ne sont pas suffisamment outillées, peuvent être assez démunies et refuser les personnes. Sinon, elles sont orientées vers des centres payants ou avec une liste d'attente d'un voir deux ans.

2.2 Psychiatrie et santé mentale

La psychiatrie est la médecine qui traite les troubles de santé psychique, souvent par des traitements médicamenteux, parfois par des séjours en hôpital ou en clinique. Elle est spécialisée dans le diagnostic et le traitement, mais elle omet souvent la prise en charge globale de la vie des personnes. Dans les métiers du médico-social, nous avons déjà souvent entendu dire de la part des personnes que nous accompagnons que les psychiatres n'avaient pas le temps, ne parlaient pas beaucoup avec les patient.e.s...¹² Bien sûr, ce sont des médecins, et les médecins sont formés à traiter un problème en trouvant une solution. Seulement, comme on le sait aujourd'hui, les troubles (qu'ils soient d'ailleurs psychiques ou somatiques) sont accompagnés de difficultés diverses dans le quotidien. Tous et toutes n'ont pas les moyens de payer un.e psychothérapeute ou ne se sentent pas prêt.e.s pour engager le travail que demande la thérapie. Paradoxalement, à moins de rencontrer un.e psychiatre sensible à tout ce qui entoure le trouble des personnes, la santé mentale est un

11 Bessel Van Del Kolk, *Le corps n'oublie rien, Le cerveau, l'esprit, le corps, dans la guérison du traumatisme*, éditions Albin Michel Pocket, 2024, Paris

12 Il existe également bien des témoignages à ce sujet, je peux notamment conseiller le podcast « Malheur niveau 2 », Profils, récits uniques, ARTE Radio Podcasts

des angles morts de la psychiatrie classique (tout en prenant en compte les difficultés que rencontre la psychiatrie aujourd'hui, en raison des coupes budgétaires et du manque de moyens de manière générale). Il existe cependant des courants qui tentent d'aller à l'encontre de cette dynamique, tels que la psychothérapie institutionnelle, que je développerai dans un prochain paragraphe.

La santé mentale, quant à elle, englobe un bien plus large spectre que la maladie. Elle est même aujourd'hui du domaine de la santé publique, c'est-à-dire qu'elle est censée traverser les réflexions dans tous les aspects politiques. La « bonne » santé mentale implique une forme de fluidité au niveau environnemental (l'habitation, les liens avec les personnes qui nous entourent, le travail, la santé physique, le confort économique...).

L'UNAFAM (Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques) nous rappelle que le rétablissement en santé mentale est né de mouvements d'usagers dans les pays anglo-saxons dans les années 1970. Ils le décrivent non comme une « guérison », mais comme un accompagnement dans la durée, qui amène les personnes touchées par la maladie vers un mode de vie qui leur convient et leur permet de reprendre le contrôle sur leur quotidien¹³. Cela englobe donc un entourage social, un modèle économique et une qualité de vie satisfaisantes. Ce qui vaut ici pour les personnes en situation de handicap psychique, est pour autant valable pour tout le monde. L'un ne va pas sans l'autre : la population de manière générale a besoin d'un mode de vie qualitatif pour fonctionner correctement et trouver les ressources nécessaires en cas de besoin. Des personnes qui vivent un événement difficile plus courant (comme un deuil, la perte d'un emploi...) aura aussi besoin de se tourner vers des choses rassurantes pour ne pas sombrer.

Dans l'idée d'un soin psychique avec et grâce au groupe, la psychothérapie institutionnelle l'a bien compris. L'organisation au sein des cliniques de La Borde ou de La Chesnaie est en fonctionnement unitaire entre les soignant.e.s et les soigné.e.s, dans tous les aspects du quotidien : cela passe donc par des tâches ménagères, pratiques et matérielles, aux activités occupationnelles, qui peuvent être gérées aussi bien par des soignés que des soignants. Chacun y trouve sa place, son espace et son utilité. D'autres formes de « clubs » se sont ainsi créées dans les villes, tels que les Groupes d'Entraide Mutuelle (ou GEM), qui sont organisés dans le même état d'esprit. Souvent y sont salariés

13 <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/vers-le-retablissement>

deux animateurs, mais la gestion du quotidien, des activités, du lieu, sont gérés par tous et toutes, les dits “Gemeurs” et “Gemeuses”.

Les groupes de santé communautaires sont également des mouvements politiques importants dans la prise en compte de la santé mentale par le groupe. Dans son article sur le sujet, Sandrine Motamed nous rappelle que l’OMS définit la santé communautaire comme « une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d’une importance capitale pour l’amélioration de la santé des populations »¹⁴. Ce mouvement part de l’idée que les personnes concernées sont les plus à même de comprendre leurs propres problématiques quotidiennes et doivent être consultées par les instances gouvernementales afin d’en être les acteurs principaux dans les réflexions et les prises de décisions les concernant. Ces groupes sont à l’origine d’un certain nombre de lois, telle que la loi Kouchner du 4 mars 2002, régissant aujourd’hui la santé de manière générale.

J’ai décidé de prendre en exemple l’expérience de ces courants, car ils représentent, selon moi, une preuve de l’importance du groupe et de l’échange dans la vie des personnes. La création de groupes est aussi politique, car cela permet une visibilité et une voix commune, allant au-delà des organisations en interne. Ils mettent sur le devant de la scène des problématiques qui concernent plus de populations qu’on ne le pense. Ils permettent également de se faire connaître à des personnes plus isolées et donc de s’investir d’une manière ou d’une autre si ils et elles le souhaitent et de sortir de cet isolement, qui, comme développé plus en amont, participe à une « mauvaise » santé. La médiation en santé comme vecteur de « pouvoir d’agir » des personnes accompagnées peut s’en inspirer.

3 Différents types de groupes de parole

Dans l’introduction, j’évoque le fait qu’un groupe de parole, comme espace d’échanges, peut se présenter de plein de façons différentes. Selon les pays où l’on se trouve, les époques, les conditions de vie dans lesquelles nous sommes, il existe bien des situations où plusieurs individus partagent des expériences. Pour le contexte plus précis du

¹⁴ Sandrine Motamed, « Qu’est-ce que la santé communautaire ? Un exemple d’une approche participative et multisectorielle dans une commune du Canton de Genève, en Suisse » in, *Les conseils locaux de santé mentale, L’information psychiatrique*, 2015/7 Volume 91, JLE Éditions, , pp. 563 à 567

médico-social qui nous intéresse ici, il semble donc important de définir ce que sont les groupes de parole : « Qu'ils soient dirigés par les professionnels ou par les usagers, les groupes de parole ont pour objectif d'offrir un espace d'écoute et d'échanges à des individus partageant une condition similaire (Scelles, Bouteyre, Dayan, & Picon, 2006). »¹⁵. Il est soulevé ici la question de la personne qui dirige le groupe. Dans cette partie, je vais tenter de développer la question du rôle du facilitateur ou animateur de groupe en présentant les groupes entre pairs puis les groupes facilités par des professionnels. Cela nous permettra de faire le lien avec le rôle du médiateur en santé dans l'animation d'un groupe de parole et de son utilité dans le rétablissement en santé mentale, dans l'accompagnement global des personnes. J'avais aussi à cœur de donner la parole à des personnes qui sont actrices de ces groupes, en tant que participant.e.s pairs et comme facilitateurs. Dans la suite de cette partie, je vais ainsi tenter de décrire au plus juste certaines des expériences que l'on m'a confiées.

3.1 Entre personnes concernées ou « groupes d'entraide »

Les groupes « d'entraide » ou groupes de pairs « [...] font référence au soutien apporté par et pour les individus partageant une condition commune (Daniels et al., 2010). »¹⁶. Comme évoqué plus en amont, ils ont souvent été créés lorsque les personnes concernées ne trouvaient pas les ressources adaptées à leurs besoins dans les propositions politiques. Elles se regroupent entre elles pour offrir un soutien, une écoute, des conseils et parfois un accompagnement dans le quotidien. Il en existe de toutes sortes et pour tous les publics.

Les associations d'usagers ont fait naître par exemple les Groupes D'entraide Mutuelle ou GEM, qui promeuvent l'autonomisation des personnes en situation de handicap psychique ou cognitifs et où « la maladie ou le handicap psychique est le prétexte de la rencontre et de l'action, pas le diagnostic. »¹⁷. Elles ont également permis la création de services professionnels en Réduction des Risques ou RdR, qui accompagnent des

15 Charlier, É. (2018). « Groupes de parole non thérapeutiques pour proches : expériences vécues des acteurs. Approches inductives », 5(2), 11–40. <https://doi.org/10.7202/1054333ar>

16 *Ibid.*

17 Patrick Alary, « Perspectives démocratiques en santé mentale de la rhétorique à la pratique : le patient, usager ou partenaire ? », in *Démocratie sanitaire : la participation des usagers, Pratiques en santé mentale*, 2016/2 62e année, Champ social, pp. 5-14

personnes consommatrices de différentes substances dans l'amélioration de leurs conditions de vie, en prenant en compte les difficultés liées aux addictions. Ces mouvements mettent en priorité les besoins des personnes : « Elles témoignent de l'émergence d'une défiance à l'égard de la médecine et des institutions soignantes avec une volonté de transparence concernant sa propre santé. Est introduite dans le Code civil l'obligation de recueillir le consentement de la personne préalablement à toute intervention thérapeutique. »¹⁸

On peut donner divers exemples, tels que le mouvement des Entendeurs de Voix, qui organise des groupes entre personnes qui font l'expérience de voix et d'autres perceptions, afin qu'ils et elles puissent échanger autour de leurs ressentis. Le but de ces groupes n'est pas d'être orienté vers des médecins, ni d'aller vers le soin, simplement de comprendre ses propres mécanismes et d'aider les autres à en faire de même. Il existe aussi l'association En Parler, dont les groupes sont proposés et organisés par des personnes ayant été victimes de violences sexuelles et qui sont venu.e.s en tant que participant.e.s dans un premier temps. Enfin, les plus connus Alcooliques Anonymes (AA), proposant un programme bien spécifique de parrainage entre pairs, avec un réseau conséquent et des réunions quotidiennes.

3.1.1 Groupe de parole pour Aidants de personnes alcoolodépendantes

A. a aujourd'hui la trentaine. Il y a quelques années, elle était amie avec une personne alcoolodépendante. Se sentant dépassée par la situation, elle avait cherché des informations sur les Alcooliques Anonymes, où son amie se rendait, mais sans le lui dire. Elle est tombée sur un groupe de parole proposé par les AA pour les aidants.

Dans une salle près de la Gare du Nord, elle a rencontré d'autres personnes qui venaient pour la même raison. Les facilitateurs bénévoles étaient également aidant.es de personnes alcoolodépendantes. A. m'explique que l'ouverture de la salle et son installation se faisait à tour de rôles chez les bénévoles. A l'arrivée dans la salle, tout le monde installe les chaises. Les facilitateurs rappellent la charte des AA et ses douze étapes. Ils rappellent le cadre, dont une règle interpelle beaucoup A. à ce moment là : ne pas rebondir sur les témoignages

¹⁸ *Ibid.*

des autres personnes. Chacun parle à son tour, sans intervenir dans le récit de l'autre. Il n'y a cependant pas d'obligation de parler.

Aller à ces groupes, même peu de temps, l'a aidée à se décentrer, à dédramatiser la situation, grâce à la comparaison avec les autres personnes du groupe. Avec un travail personnel thérapeutique en plus, cela l'a aidée à prendre de la distance face à la situation de son amie, qu'elle prenait personnellement auparavant. Elle explique s'y être sentie comprise, moins seule et cela lui a permis d'avoir des conseils dans le quotidien. Elle souligne l'importance de la pause et des temps informels au début et à la fin, où les participant.es ont la possibilité d'échanger entre eux. Le cadre très strict durant le temps des témoignages l'a un peu frustrée à l'époque, même si aujourd'hui elle peut en comprendre l'intérêt, pour ne pas perturber les récits des un.es et des autres.

3.1.2 Les Narcotiques Anonymes

J. a commencé à se rendre aux Narcotiques Anonymes (NA) il y a environ un an. Il était déjà suivi dans un centre de jour spécialisé en addictologie depuis plus d'une année également. Il y a rencontré une personne qui était déjà aux NA et l'a encouragé à s'y rendre.

Cela n'a pas été facile au départ. Lorsqu'il a entendu le mot « Dieu » lors de sa première séance, il est parti tout de suite. La personne rencontrée au centre de jour lui a proposé de l'accompagner une seconde fois, ce qu'il a accepté. Il a compris que la mention de « Dieu » aux NA n'était pas au sens religieux entendu, mais une valeur en laquelle on croit, qui peut être la famille, l'amitié, la nature... Comme aux AA, l'arrivée est marquée par la présence de gâteaux, du café, des prospectus sur différents sujets, tels que les éditions NA, des renseignements sur les addictions, le sentiment d'isolement, etc. En début de séance, les douze principes sont rappelés, la charte, ainsi que les règles de fonctionnement. Comme aux AA, il n'est pas possible de rebondir sur le témoignage d'une autre personne, chacun parle à son tour. En fonction du nombre de personnes présentes, un temps de parole est donné en amont, sachant que la séance dure entre une heure et une heure et demie. Il n'y a pas de pauses, mais il est possible de sortir lorsqu'on le souhaite.

J. considère que cet endroit est fait pour mettre des mots sur ce que l'on ressent, ses émotions, ce qui nous arrive, faire le point « *ce qu'une personne dépendante ne fait pas*

normalement, qui se gère avec la conso. »¹⁹ C'est un endroit où on ne se sent pas jugé et organisé pour se sentir accueilli, dans un cadre où on se sent en sécurité. Il donne l'exemple d'une séance récente, où une personne est arrivée sous effets. Elle n'était pas encore beaucoup venue. Plusieurs personnes étaient mal à l'aise, mais elle a tout de même été accueillie et prise en charge. Un participant en particulier était très en colère, mais le reste du groupe a pris le relais et cela a pu être discuté durant les échanges par la suite. Il nomme plusieurs fois un « *respect* » très présent, malgré la situation. Il était cependant surpris de l'étonnement et du malaise de plusieurs des personnes présentes, car il s'attendait à ce que cela arrive plus souvent. Il analyse ce malaise par la croyance très prégnante que les personnes ont en ce groupe, comme si parfois ils et elles oublient d'où ils et elles partaient. J. a le sentiment de ne pas avoir le même profil que les autres, dans le sens où il a encore des difficultés à adhérer aux principes des NA, pour plusieurs raisons : lorsqu'il a commencé à venir aux séances, il n'avait déjà plus consommé depuis un an. Il dit avoir rencontré des personnes qui avaient « *vraiment touché le fond* » en ayant perdu travail, famille ou encore amis et qui ont parfois eu des problèmes avec la justice. Il a la sensation que ce sont ces personnes qui accrochent le plus avec le groupe, car ils y trouvent un réel groupe d'identification qui les accueillent sans jugement. Il pense aussi qu'il n'a peut-être pas très bien choisi son parrain, qui ne déroge à aucune règle des NA et s'adapte difficilement à la réalité de J. Pour son parrain, il est impossible de « rechuter », car une rechute implique la mort. Cependant, il est possible de changer de parrain ou marraine, ou même de contacter d'autres personnes quand il en ressent le besoin.

En comparant les NA et le centre de jour où il se rendait auparavant, il met en avant le fait qu'au centre de jour, ce qui peut-être plus facilitant durant les groupes de parole, c'est que le groupe se connaît très bien. Ils se côtoient tous les jours ou presque, une routine et une proximité existent. Les prises de parole ne sont pas aussi cadrées avec les professionnels, les échanges sont possibles, même s'il y a la règle de ne pas se couper la parole. Il admet qu'une partie de lui a encore envie de consommer, ce qui l'empêche d'intégrer réellement le programme des NA. En effet, la première étape étant d'admettre son impuissance face à la consommation, il ressent des difficultés à intégrer vraiment le groupe. Il continue de se rendre aux réunions parce qu'il a le sentiment qu'il faut le faire, mais il peut ressentir par moment un certain malaise de ne pas avoir commencé les étapes. Il n'a plus beaucoup

19 Toutes les phrases en italiques sont des citations directes des témoignages

partagé depuis le dernier Nouvel An où il a de nouveau consommé, mais le fait d'entendre des récits qui rappellent sa propre histoire peut soulager. Comme A., il parle également d'un soulagement en entendant des témoignages « *pires* » que les siens. Il entend également que le côté spirituel peut éloigner un certain nombre de personnes.

Cependant, malgré son expérience mitigée, il admet que les NA peuvent être une seconde chance dans la vie. Il explique que la possibilité de rencontrer toutes sortes de personnes, comme dans la vie, à qui il est possible de demander de l'aide, pour tous types de situations. Il est possible d'appeler certaines personnes référentes à n'importe quelle heure, des affinités fortes se créent, car il est possible de rencontrer des personnes aux vécus très similaires. Les NA organisent des soirées pour se retrouver dans un contexte de fête sans consommations, il est possible de « *prendre du service* » et de participer à toutes sortes d'installations et organisations, ce qui donne un rôle et redynamise l'estime d'elles mêmes des personnes. Le fait de partager à un public et à soi n'est pas évident, c'est « *un outil de guedin* » qui encourage à parler de ce que l'on souhaite : comment on se sent ce jour, raconter sa journée, parler de leurs comportements (par exemple, manger un pot de Nutella entier), de leur maladie²⁰. Il y a forcément des choses que les thérapeutes ne vont pas comprendre. Selon J., la combinaison des deux dispositifs est l'idéal.

A la fin de l'entretien, J. partage tout de même un rôle joué par les classes sociales dans la possibilité ou non de participer régulièrement à ces groupes. Il faut savoir parler la langue, être à l'aise en public, reconnaître des pairs. Alors que la consommation touche toutes les classes sociales, ces espaces sont difficilement accessibles à un certain nombre de personnes.

20 Les NA disent « *la dépendance est la maladie de l'oubli* ».

3.1.3 Groupe de parole pour des personnes victimes de violences sexuelles

M. a commencé à se rendre à des groupes de paroles pour personnes victimes de violences sexuelles il y a environ deux ans. Elle était en thérapie depuis presque dix ans, avec différents praticiens, et elle commençait à ressentir de besoin d'une prise en charge collective, de faire partie d'un « *tout* », de se sentir rassurée de ne pas être seule, mais aussi pour pouvoir être présente pour d'autres. Elle décrit la relation avec un thérapeute comme individuelle et asymétrique et elle sentait que la fin de sa thérapie arrivait.

Dès les premières séances, elle se sentait moins en décalage que dans le rapport thérapeutique : en face d'un psychothérapeute, on est en attente de son regard, de son analyse, alors que dans le groupe, chacun.e se retrouve dans une place de « sachant ».

Comme dans les témoignages précédents, en début de séance, les règles de fonctionnement sont rappelées. On ne peut pas dire « il faut » ou « tu dois » afin d'éviter toute forme d'injonction. Il est en revanche possible de rebondir sur les témoignages des autres, les échanges sont même encouragés, tant qu'on ne compare pas et qu'on ne coupe pas la parole. Chacun.e est libre de s'exprimer ou non. Cela dure deux heures, avec une pause au milieu. Évidemment, ici aussi, si l'on ne se sent pas bien, il est possible de sortir de la salle en milieu de séance.

M. décrit une vraie réappropriation de soi, de son histoire au sein du groupe, en faisant partie de ce tout. Cela participe à une intensité vécue par la force du groupe, ressenti qu'elle décrit comme similaire à ce qu'elle peut vivre lors de “manifestations”.

Avec le temps, M. pensait avoir « *fait le tour* » lors de la dernière séance à laquelle elle a participé et elle y allait plutôt en tant que soutien. Malgré tout, elle explique s'être fait surprendre par certains témoignages et continue de ressentir des prises de conscience au travers des mots de ses pairs, en « *effet miroir* ». Elle trouve au sein de ces groupes les mêmes effets bénéfiques qu'une thérapie, en tout cas à l'heure actuelle. Elle parle de ce même sentiment que décrit dans les deux autres témoignages, de soulagement en y allant. Elle nomme tout de même que le groupe est venu à un moment où elle se sentait prête à parler de ses « *traumas* », en dehors du rapport individuel de la thérapie. Elle considère que l'on sous-estime bien trop la capacité du groupe, à force de médicaliser les prises en

charge. Elle nomme notamment l'importance de l'histoire de la justice restaurative²¹, qui a été créée à la base par des femmes noires, qui avaient besoin de se retrouver entre elles pour parler de leurs agresseurs, en dehors du prisme racial qui peut être soulevé par les personnes blanches²².

Les limites des groupes de paroles soulevées par M. seraient d'abord dans la situation de certaines personnes qui auraient des besoins spécifiques en parallèle : pour les personnes très dépressives, en situation d'addiction, qui se mettent en danger... Elle explique : « *en groupe, on donne beaucoup de soi et on repart seul.e le soir chez soi* ». Dans les règles il est d'ailleurs explicité de faire attention à l'intensité du partage donné, qui ne pourra pas être pris en charge par la suite et faire également attention à ce que cela ne soit pas trop « *déclencheur* » pour les autres participant.e.s. Parfois, la parole ne suffit pas. Elle ne déplore pas cependant cela au détriment des groupes de parole bénévoles, mais plutôt au manque de moyens alloués pour réellement accompagner les personnes en détresse. Les groupes bénévoles ne sont tout simplement pas toujours suffisamment armés pour pallier aux dysfonctionnements sociétaux et gouvernementaux. Comme J., elle mentionne le fait que les groupes de ce type restent institutionnalisés d'une certaine façon et peu mixtes socialement parlant, car « *il faut pouvoir se le permettre* ». Ces groupes sont adaptés dès lors que nous ne sommes pas, en parallèle, en proie à d'autres trop grandes difficultés. Elle considère ces groupes comme trop peu valorisés et mis en avant, mais cela reste un « *pansement sur une plaie béante* ».

3.2 Animés par des professionnels ou « groupes de soutien »

Nous avons constaté que les groupes de paroles entre pairs étaient des réponses à des manquements politiques dans un premier temps et sont devenus des références dans le milieu de la santé en général. Les groupes organisés par des professionnels s'inspirent de ces mouvements, alliant leurs savoirs théoriques à l'expérientiel. Dans son étude que nous avons souvent citée, Charlier définit les groupes de soutien comme « [...] une forme d'organisation des services des domaines de la santé, de la santé mentale ou du social. [...] »

21 « Pratique complémentaire au traitement pénal de l'infraction, la justice restaurative consiste à faire dialoguer victimes et auteurs d'infractions (qu'il s'agisse des parties concernées par la même affaire ou non). Les mesures prises, selon des modalités diverses, visent toutes à rétablir le lien social et à prévenir au mieux la récidive. », www.justice.gouv.fr

22 Podcast « Nous faire justice », Les Couilles sur la Table, Victoire Tuaillon

Ainsi, ils se caractérisent, d'une part, par leur gestion professionnelle, mettant l'accent sur les savoirs professionnels, et d'autre part, par la présence de principes propres au soutien par les pairs, comme le partage d'expériences, le soutien social et émotionnel des pairs, l'accès à des modèles de rôles, la visée participative, la valorisation des savoirs expérientiels et la critique du système traditionnel. »²³

La plus value de la présence de professionnels au sein de ces instances serait donc complémentaires aux groupes de pairs. Ils n'ont aucunement vocation à remplacer ou faire mieux, mais seulement à proposer un espace où les personnes concernées peuvent venir chercher et questionner d'autres choses. Pour autant, les mécanismes d'entraide entre pairs sont toujours au cœur du projet. Le professionnel comme facilitateur a principalement pour rôle de faire circuler la parole, en apportant, lorsque nécessaire, un savoir théorique et avec une distance travaillée, de par son statut. Cela peut lui permettre, selon les structures d'accueil, de venir travailler certaines problématiques individuelles dans un second temps, en prolongation des groupes.

Il existe divers exemples de groupes : en psychiatrie aussi, dans des centres pénitenciers, pour des personnes victimes ou auteurs d'inceste et de violences sexuelles... Sans se substituer à un suivi thérapeutique individuel, le groupe permet, de par son cadre rassurant et sécurisant, une libération de la parole. Ils peuvent avoir, par contre, plus facilement vocation à amener vers le soin, ce qui n'est pas forcément le cas des groupes entre pairs.

L'exemple des détenus ou auteurs d'agressions sexuelles et viols peut être une porte d'entrée intéressante pour démontrer l'intérêt des professionnels dans ce type d'instance : « Au regard de notre expérience, le groupe facilite le processus associatif et le fait de s'appuyer sur le récit d'un autre, alter ego, permet aux éléments du vécu propre des participants d'accéder à la conscience, et de prendre suffisamment d'importance pour pouvoir être dits. »²⁴ On parle d'un processus qui accompagne une sortie de déni en utilisant ce procédé, tout en étant soutenu par les pairs et les professionnels, afin d'éviter un effondrement psychique au moment de la prise de conscience de ses actions. En cas de

23 Charlier, É. (2018). « Groupes de parole non thérapeutiques pour proches : expériences vécues des acteurs. Approches inductives », 5(2), 11–40. <https://doi.org/10.7202/1054333ar>

24 Marie Réveillaud, Christine Godet, Barbara Smaniotto et Fabrice Guyod, « Libération provisoire de la parole en prison. L'expérience d'un groupe de parole thérapeutique pour les auteurs d'agressions sexuelles », in *Le thérapeute confronté à de nouvelles structures familiales, Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2013/1 n° 60, érès, pp.153-170

complications pour certain.e.s participant.e.s, la présence de professionnel.les peut être importante pour une prise en charge ou une orientation plus directe.

3.2.1 Patient expert et coordinateur d'Atelier d'Éducation Thérapeutique

T. a travaillé pendant plusieurs années en addictologie et en santé communautaire au sein d'un centre d'hébergement à Bordeaux, puis dans un CAARUD²⁵ parisien. Il a croisé sa pratique professionnelle avec son engagement associatif en tant que patient expert, touché par une maladie chronique, dans des programmes d'éducation thérapeutique (ETP). Il a donc tenté de mobiliser des outils d'ETP en Réduction des Risques, qui pouvaient parfois prendre forme de groupes de parole autour des consommations, notamment d'alcool.

Aujourd'hui, T. est responsable de la prévention et de la promotion d'éducation en santé au sein d'une grande association. Il coordonne des programmes d'éducatifs thérapeutiques au sein de différentes structures tels que des centres d'hébergement, des accueils de jours et Espaces Solidarité d'Insertion, etc. Il accompagne les professionnels dans le déploiement de ces actions, qui s'apparentent à de la médiation en santé. En parallèle, il fait partie d'un programme de recherches de Médecine Narrative. Il s'agit d'une approche qui remet le récit du patient au centre des soins, dans une recherche de collaboration entre le.a soignant.e et le.a soigné.e²⁶. Au sein de son laboratoire de recherches, il se pose la question de savoir si un dispositif d'atelier de pratique de médecine narrative peut favoriser la réduction des injustices en santé, en renforçant la littératie en santé des personnes. Il expérimente des ateliers de médecine narrative entre des professionnel.les et différents publics de plusieurs dispositifs, afin de savoir s'ils peuvent améliorer la circulation de la parole, améliorer la compréhension et l'écoute de la part des médecins. Par extension, il travaille également à la prévention des *burn out* et cherche à renforcer l'accompagnement des mises en récit des personnes et vers une meilleure compréhension des stratégies de survie en auto-gestion de la santé, par la réappropriation de leurs corps et de leurs parcours.

25 Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues

26 Silvia Rossi, « Médecine narrative », *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique*, 2019, pp.236-238

Ces ETP sont proposés à des personnes bénéficiaires de l'ALD²⁷, souffrant de maladies spécifiques. Dans son suivi de santé, un travailleur social, médecin, ou autre professionnel du médico-social, va proposer au patient de participer à un atelier dans le cadre de son parcours de soins. Ces ateliers peuvent être proposés de façon individuelle ou non. Cela permet aux patients d'acquérir plus de connaissances sur leur maladie, leurs symptômes, les soins, etc. Cela nécessite un bilan de programme éducatif de trois mois minimum. Ces ateliers sont construits conjointement avec les équipes et les patients. Les professionnels n'ont pas le rôle de « sachant ». La mise en récit des patient.es est favorisée et a pour objectif l'émergence des savoirs expérientiels et des stratégies mises en place dans le quotidien.

Lors des séances, on cherche à recueillir les ressentis des patients avant et après chaque atelier, à l'aide d'outils d'éducation thérapeutique. Les interactions entre les patient.es sont recherchées. Les équipes observent chez beaucoup de patients plutôt mutiques au départ, se découvrir et se permettre de prendre plus leur place en fin de séances. Ils observent également une sortie de stigmatisation pour certain.es. Lorsque cela est nécessaire, il est possible de faire appel à des interprètes, afin d'inclure le plus de personnes possibles. Cela crée un lien important avec les équipes, car elles vont se rendre compte que le collectif permet d'émettre des problématiques qu'elles n'auront pas vues lors d'accompagnements individuels. De plus, ils seront mieux repérés par les patient.es.

Pour T., il y a un réel enjeu de « *déprofessionnalisation des professionnels* » et ainsi mettre les pratiques de santé de côté, en s'appuyant sur les pratiques de médecine narrative.

3.2.2 Groupes de parole facilités par une psychothérapeute

Pour ce témoignage, Mme Z. a accepté de répondre à mes questions par écrit. Ainsi, j'ai décidé de présenter son témoignage tel quel.

Est ce que vous pouvez me dire comment vous en êtes arrivée, dans votre parcours professionnel, à faciliter des groupes de parole ?

²⁷ Droit à la Sécurité sociale : Affection Longue Durée, pour des personnes atteintes de maladies nécessitant un traitement prolongé.

J'ai toujours exercé avec ma casquette de psychologue et psychologue en formation; auprès de publics variés (enfants, enfants dans un cadre scolaire, adolescents, personnes souffrant d'addictions et personnes victimes de violences) avec des cadres différents (groupe ouvert/fermé, durée limitée/illimitée, groupe directif/non directif, avec et sans médiations) principalement en institution et en libéral, en co-animation (avec des enseignants, des infirmières, des psychologues) ou seule.

J'ai eu la chance dans ma formation de psychologue de passer une année à Montréal en M2 durant laquelle j'ai co-animé des groupes à destination d'enfants dont les parents vivaient des séparations conflictuelles. Dans le même temps, je co-animais des ateliers de sensibilisation avec ces parents qui vivaient des séparations conflictuelles quant à l'impact de la situation familiale sur leur.s enfant.s. J'ai également en France lors d'un stage de M1 en pédopsychiatrie observé des groupes à médiations thérapeutiques (théâtre auprès d'adolescents souffrant de TCA). L'approche thérapeutique avec le groupe faisait donc partie de mon 'adn' professionnelle.

Comment se déroule une séance type ?

Une séance type : introduction /tour de table durant laquelle les participants sont invités à s'exprimer sur leur température 'interne' et le choix d'une thématique qu'ils souhaitent aborder ; temps d'élaboration avec l'ensemble du groupe durant lequel je suis à une place de facilitatrice qui recadre et distribue la parole parfois apporte des éléments de psychoéducation et un temps de clôture pour synthétiser et préparer la fin de cette rencontre.

Quelle place trouvez-vous, en tant que professionnelle, dans ces groupes ? Est-ce descendant, où les participant.e.s vous posent des questions, ou est ce que la parole circule entre eux/elles ? Utilisez-vous des outils pour ces groupes ?

Ma place en tant que psychologue animatrice de groupe de parole est avant tout de structurer et cadrer le déroulement de la séance. Il s'agit d'accompagner et de guider l'élaboration du groupe en étant attentive à la place de chaque membre.

Je n'ai pas d'outils à proprement parler mais je travaille souvent avec des médiations (photo-langage, parole, exercices dirigés comme de la relaxation, un outil de régulation émotionnelle, des supports plus adaptés pour les enfants...).

Je n'ai pas suivi de formation particulière, j'ai beaucoup lu sur les dynamiques de groupe et j'ai pu observer différents groupes thérapeutiques et j'ai eu à en penser et en animer dès ma première expérience professionnelle.

Constatez-vous des changements chez les participant.e.s entre leurs débuts et les fins de séances ? Ou sur du plus long terme pour ceux/celles qui viennent régulièrement ? Organisez-vous des groupes avec une durée ou est-ce ouvert de façon inconditionnelle ?

Les changements chez les participants dépendent du cadre proposé, de leur évolution personnelle et de la place qu'ils trouvent dans le groupe. Ce qui est certain c'est que vivre l'expérience du groupe est transformateur pour les personnes. Un des effets thérapeutiques les plus notables est le sentiment de partager un vécu similaire, de sortir de l'isolement et d'être compris.e. Un autre des effets thérapeutiques est la rencontre avec l'altérité qu'elle soit soutenance et/ou confrontante, c'est-à-dire un.e autre qui n'est pas soignant.e et qui va venir soutenir et/ou questionner et/ou confronter la personne sur ce qu'elle évoque. La parole d'un pair peut avoir bien plus de portée que la parole d'un.e soignant.e. Un autre effet thérapeutique est de trouver sa place dans le groupe 'une place adaptée' (pour des personnes avec des problématiques de liens cette expérience 'adaptée' peut être tout à fait thérapeutique).

Les cadres sont variables. Mon expérience me laisse à penser qu'ils peuvent tous être intéressants à condition qu'ils soient pensés en fonction du public et des objectifs.

Quels avantages et limites constatez-vous ?

Les limites du groupe consistent principalement en la mise au travail personnelle et intime qui ne peut parfois pas advenir dans un groupe ou qu'en partie (parce que la personne n'est pas prête à partager, parce qu'elle 'se cache' dans le groupe, parce qu'elle a besoin d'un cadre plus sécurisant...). Ce sont également des dispositifs qui ne sont pas adaptés à certains types de publics : tout ce qui peut empêcher le jeu d'identification, créer du décalage, empêcher de s'inscrire dans un groupe ou de venir l'attaquer (traits de personnalité pervers, antisociaux...).

3.2.3 Groupes de parole autour des violences sexistes et sexuelles chez les jeunes

V. travaille en tant que chargée de production pour une compagnie de théâtre féministe. Cette troupe joue plusieurs spectacles, dont un qu'elles appellent « théâtre d'intervention », qui a vocation à aller dans les lieux où sont les publics ciblés. Dans ce contexte, elles vont jouer une de leurs pièces dans les collèges et les lycées, afin de sensibiliser les élèves aux violences sexistes et sexuelles. Leur spectacle est écrit à partir de témoignages d'élèves de troisième et quatrième. Il dure 45 minutes et est joué par deux comédien.nes. Cette pièce n'a pas de sens seule, n'étant qu'un prétexte pour engager la discussion : elle est suivie d'un groupe de parole d'une heure. C'est un outil de médiation culturelle à la frontière de plusieurs sujets. Plusieurs membres de la compagnie se sont formés à l'éducation affective et sexuelle et ont formé leurs collègues. Pour celles et ceux qui n'ont pas suivi la formation, avant d'animer les groupes, il y a une période d'échanges et d'observation.

Juste après le spectacle, il y a tout d'abord un échange en classe entière de 10 à 15 minutes. Cela a pour objectif de discuter tous ensemble de la dernière scène, qui parle de consentement. Dans un second temps, les filles et les garçons sont séparés en groupes non mixtes. Il est précisé que les personnes non binaires ou fluides peuvent aller dans le groupe qui leur convient et duquel ils et elles se sentent le plus proche. Cela a pour objectif de laisser plus libre cours à la parole pour les jeunes genrées filles et pour faire passer des messages aux jeunes genrés garçons. Il arrive que des jeunes tentent de s'immiscer dans l'autre groupe, mais les membres de la compagnie restent vigilantes à cela.

V. a plutôt animé des groupes avec les jeunes genrées filles. La plus grosse problématique rencontrée est de ne pas réussir à créer de liens entre elles et avec les professionnel.les. Les tables sont retirées et les chaises placées en cercles. Le groupe débute avec un rappel de quelques règles de respect et de communication, avant que les professionnel.les se présentent une nouvelle fois. Cela leur permet de signifier aux jeunes qu'ils et elles ne se reverront pas et que les témoignages resteront confidentiels, sauf en cas de danger pour l'un.e d'entre elles.eux. En fonction des prises de parole, les animateur.ices proposent de revenir sur quelques scènes de la pièce. Il est également proposé d'écrire sur

un papier des questions anonymes, pour animer le groupe. Parfois, même cet outil reste compliqué, les jeunes n'osent pas écrire quoique ce soit. Le problème n'étant pas pour la compagnie de combler le vide, mais de faire participer les jeunes. Les participations sont très aléatoires, en fonction des dynamiques de groupes et des établissements. Étant donné qu'il y a une obligation à ce qu'un adulte de l'établissement scolaire soit présent, la compagnie demande à ce que cela soit l'infirmière ou l'assistante sociale lorsqu'il y en a une. Sinon, un professeur de SVT (Sciences et Vie de la Terre) ou un adulte formé à ces questions. Il leur est arrivé de se retrouver avec un professeur un peu trop curieux de la vie des élèves...

V. mentionne une séance dans un collège de Bretagne, où il s'est passé quelque chose de suite dans les échanges. Elle analyse cette dynamique de par les relations entre les jeunes filles qui s'entendaient particulièrement bien et ne se jugeaient pas, ce qui est rarement le cas. Le groupe a pu aller très loin dans la réflexion et les échanges, autour de la sororité, notamment. La force du groupe a même permis une des jeunes à raconter les violences qu'elle pouvait vivre chez elle. V. raconte cet instant comme suspendu, où toutes les autres jeunes ont arrêté de parler, l'ont écoutée attentivement, et se rapprochaient physiquement les unes des autres. A la fin de la séance, le groupe semblait encore plus soudé qu'au départ. Mais la plupart du temps, V. trouve qu'il faut beaucoup plus de temps. En repartant, les professionnel.les ont la sensation de laisser quelque chose « en chantier ». Lorsqu'elles recueillent des témoignages très difficiles et de mise en danger, les membres du collectif font remonter à la direction, mais ils ne savent que rarement si leurs ateliers ont eu un réel impact. Lorsqu'ils retournent dans certains collèges cependant, les professeurs leurs font des retours extrêmement positifs et remontent les impacts que cela a eu sur les jeunes.

En tant que professionnelle du milieu culturel, V. se sent plutôt comme une accompagnante des professionnels de l'éducation qu'elle rencontre, comme une mise en lien, grâce à un constat extérieur. Le fait que la pièce soit présentée sous une forme humoristique, tout en parlant de sujets sérieux, permet de faire passer des messages. De plus, la compagnie aborde ce sujet sous un autre prisme que celui des maladies et de la prévention, et mais vraiment comme un sujet de vie, tout en prenant en compte les difficultés que peuvent soulever ces sujets. Les membres du collectif ont à cœur d'impulser quelque chose de plus « doux » que les personnels de l'éducation et du médico-social, qui

ont un regard plus aguerré sur les réelles problématiques rencontrées, mais peuvent aussi biaiser les échanges.

En prenant ces expériences diverses comme base de recherche, je vais tenter d'expliquer en quoi, selon moi, un.e médiateur.ice en santé a toute sa place en tant qu'animateur.ice de groupes de parole.

4 Le lien avec la médiation en santé

Dans le milieu de la santé, on parle des Inégalités Sociales de Santé ou ISS, définies comme « des différences importantes et systématiques dans l'état de santé observées entre des groupes sociaux. [...] Elles sont socialement construites et peuvent se manifester selon des caractéristiques (sexe et orientation sexuelle...) ou un gradient social (écarts de revenus, niveau d'éducation, profession...). »²⁸ Plusieurs acteur.ices du médico-social travaillent à la réduction de ces inégalités et la médiation en santé est présentée comme un des outils de cette lutte. A mon sens, les groupes de parole, tels qu'ils sont décrits par les personnes interrogées, ont plusieurs versants. Les groupes permettent de redonner la parole aux personnes concernées, de s'entraider, et même parfois de s'organiser. Mais il est également mentionné les difficultés rencontrées par les manques de moyens et par l'outil de la parole unique comme frein à certaines personnes qui multiplient les problématiques. Ces deux points doivent donc être pris en considération dans la mise en place de groupes.

Je pense que l'on peut aussi lier la question des groupes de parole avec la démocratie en santé, centrale dans le rôle d'un.e médiateur.trice. Cette dernière part du principe qu'il est nécessaire de faire appel à tous.les les acteur.ices du système de santé, dans le but d'améliorer la représentation des usagers et usagères, et ainsi améliorer leur prise en soin. Cette réflexion part des luttes des associations de personnes malades, qui ont fait naître la loi Kouchner de 2002. En conséquence, si l'on pense que la parole des concerné.es doit être écoutée et utilisée dans les décisions publiques ; si l'on pense que qu'elles sont tout à fait en capacité d'être motrices dans leurs parcours de soins, la

28 Les Enjeux de la Santé, www.santepubliquefrance.fr

proposition de groupes de parole entre tout à fait dans nos missions en tant que futur.e.s médiateurs.trices en santé.

On peut définir la médiation en santé comme un processus d'accompagnement individuel ou collectif qui crée une interface entre les personnes et le système de santé, afin de réduire les inégalités sociales de santé. Le médiateur oriente sans jugement, développe la littératie en santé et favorise l'autonomie des personnes dans leur parcours de soins à travers une démarche telle que « l'aller vers » et le « faire avec ». Fondée sur une posture éthique – empathie, décentrement, consentement et adaptabilité – elle vise l'empouvoirement durable des individus et la promotion de la santé. C'est ainsi que notre promotion 2026 du D.U. Médiation en Santé a décidé de déterminer les missions du médiateur en santé. Il me semble que l'outil du groupe de parole a toute sa place dans ce métier, tant dans l'accompagnement collectif (qui se nourrit de l'accompagnement individuel, et inversement), que dans la favorisation de l'autonomie que nous mettons en avant.

Dans la littérature et la recherche, le groupe démontre une force d'accompagnement vers l'autonomie et le bien être. Par exemple, dans leur étude sur ce qu'ils nomment le « soutien social », Caron et Guay avancent « cinq fonctions essentielles qui découlent de ces relations afin d'assurer l'équilibre : le soutien émotionnel, l'intégration sociale, l'occasion de se sentir utile et nécessaire, la confirmation de sa valeur et l'acquisition d'aide concrète et matérielle. »²⁹ Ils démontrent que le soutien social diminue le stress, agit positivement sur le psychisme et au niveau physiologique, permettant aux personnes de prévenir les situations angoissantes en se sentant moins dépassées car moins seules. Ils avancent également que le niveau socio-économique joue un rôle conséquent dans le sentiment de solitude. En effet, les personnes ayant de plus faibles revenus sont plus touchées par les événements dits « stressants » et font ainsi plus souvent appel aux centres de soins et de santé physique et mentale. Si on ne prend pas en considération l'isolement qu'amène un faible niveau socio-économique, nous oublions une partie intégrante de la santé. Ils rejoignent finalement la définition que l'OMS fait de la santé, que nous avons cité plus haut. Lorsque l'on a de plus faibles revenus, il nous est plus difficile de se rendre disponible et nous sommes souvent entourés de personnes ayant le

29 Caron, J. & Guay, S. (2005). « Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. » *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15–41.
<https://doi.org/10.7202/012137ar>

même niveau de vie que nous. Il y a donc des chances pour que notre entourage rencontre le même type de problématiques, qui les rendent également moins disponibles. Si notre entourage ne peut se montrer soutenant, il est certainement du devoir du personnel soignant de trouver une façon de pallier cela. L'étude nous démontre également que le soutien social a un rôle de prévention, sous bien des aspects.

C'est également ce qu'avance l'association communautaire *Together*, basée en Angleterre. Dans son rapport³⁰, le groupe de santé communautaire qui accompagne des personnes en détresse psychique abonde en ce sens. Ils listent tous les bénéfices qu'apportent le groupe de soutien, et notamment son rôle de prévention. Ils remarquent qu'en se sentant entourés, compris et trouvant un rôle de soutien en tant que pairs, les personnes concernées passent moins de temps à l'hôpital, ont moins besoin d'avoir recours aux différents centres de santé et subissent moins de séjours en prison. Cela impacte ainsi l'économie même, puisque la bonne santé coûte moins cher à un pays.

J'ai bien conscience ici qu'il a beaucoup été mentionné de groupes de parole entre pairs, et il est plus courant que, lorsqu'il est animé par un.e professionnel.le, on y rencontre un.e psychologue. Cependant, et comme le démontrent certains témoignages cités plus haut, il est possible de parler de groupes de parole non thérapeutiques, où le médiateur en santé aurait toute sa place. Dans son étude³¹, Charlier évoque ces groupes où les personnes accueillies ne relèvent pas forcément d'une problématique de santé mentale, mais qui seraient concernés par ce qu'elle appelle des « événements de vie ayant un impact personnel, familial et/ou social. ». Elle a, en effet, centré ses recherches sur les aidants proches en Belgique francophone et les difficultés qu'ils et elles peuvent rencontrer dans leurs quotidiens et influent sur leur bien être à eux, mais aussi sur les personnes aidées et leurs entourages. On touche encore ici à la question de l'environnement des personnes, comme un des éléments centraux au bien être et à la santé. En effet, si l'on ne prend pas en considération les difficultés que peuvent rencontrer les familles et/ou ami.e.s, comment peut-on affirmer que l'on prend soin des personnes ? Tout comme il faut un village pour élever un enfant, il est nécessaire de prendre en considération le bien être psychique des personnes touchées directement par les problématiques de santé mentale et leurs cercles

30 Elina Stamou, Thurstine Basset, Alison Faulkner, and Julie Repper, « Lived experience leading the way, Peer support in mental health », London, together-uk.org, 30 sept 2010

31 Charlier, É. (2018). « Groupes de parole non thérapeutiques pour proches : expériences vécues des acteurs. Approches inductives », 5(2), 11–40. <https://doi.org/10.7202/1054333ar>

proches, afin qu'ils et elles puissent se comprendre, s'entraider, trouver la force nécessaire dans le soutien apporté par les groupes extérieurs.

Quant à Carl R. Rogers, psychologue décrit comme « humaniste » et s'étant particulièrement intéressé à la question de la médiation, parle dans un de ses livres de « groupes de rencontre »³². Il développe cet outil dans des entreprises notamment, où différentes équipes viennent partager leurs vécus, dans un cadre et à visée professionnelle. Ils pourraient s'apparenter à des groupes de travail, sauf qu'ici, Carl R. Rogers laisse la place à l'expérience personnelle, afin de créer un lien entre les participant.e.s. Ces séances sont organisées de façon régulière, avec un début et une fin de travail. Il l'explique par le fait qu'« il a été solidement démontré que l'expérience de groupe intensif a des effets thérapeutiques »³³. Il confirme l'idée qu'en dehors d'une psychothérapie, le groupe en lui-même peut faire office d'aide thérapeutique. Il y développe un certain nombre de techniques et d'exercices, qui permettent d'accompagner les groupes, en fonction des situations. Il constate et décrit les mêmes mécanismes que nous avons observé dans les groupes de pairs tels qu'une amélioration de l'estime de soi, prises de conscience personnelles...

Ces différents exemples et recherches nous montrent que le groupe est une ressource importante dans l'accompagnement des personnes. Il est en capacité de se nourrir lui-même et chacun.e peut y trouver un rôle, une place, ce qui manque souvent dans la vie quotidienne, et notamment lorsque l'on rencontre des difficultés sociales, économiques et médicales.

Afin d'illustrer mon propos théorique, j'ai trouvé pertinent de recueillir les témoignages de deux personnes travaillant à la Maison de Santé Pyrénées-Belleville, où j'ai effectué mon stage de deux semaines, dans le cadre de la formation. Au sein de ce centre, différents ateliers sont organisés, dont le « Café de la Santé », une fois par mois.

5 Le Café de la Santé de la Maison de Santé

La Maison de Santé où j'ai effectué mon stage est un centre de santé médico-social, situé dans un quartier considéré en grande précarité, dans Paris intramuros. Il est tenu par des infirmier.es et des médecins généralistes en libéral. La MS fait partie de

32 Carl R Rogers, *Les groupes de rencontres, Animation et conduite de groupes*, éditions Dunod, 1996, Paris

33 *Ibid.* p.119

l'expérimentation SECPa (Structures d'exercice coordonné participatives)³⁴, ce qui leur a permis d'embaucher des médiateurs en santé en 2023. Aujourd'hui, la MS compte sept médecins généralistes, quatre infirmier.es, deux coordinateur.ices et agentes d'accueil, quatre médiateur.ices, une assistante sociale à distance et une psychologue. Ce budget leur a permis d'élargir leurs actions au sein du quartier, au plus près des réalités des habitant.es.

Il leur permet également de proposer un certain nombre d'activités collectives : Activité Physique Adaptée, le Groupe Marche, de la danse, Ateliers Bébés Enrhumés, des permanences d'accueil inconditionnelle et d'ouvertures de droits. Il est également proposé un atelier « Café de la Santé » une fois par mois. Ce temps est proposé dans la salle d'attente de la MS, de 14h à 15h, au moment où des personnes viennent pour s'inscrire sur les créneaux « urgence » de l'après midi. L., médiatrice en santé, me raconte le café du mois dernier. Il était sur le thème de la Santé Mentale, en lien avec le mois de la Santé Mentale. Pour l'occasion, se sont une médecin généraliste du centre et la psychologue qui animent l'atelier. L. était surprise, car malgré le sujet qui peut être sensible, beaucoup de personnes sont venues spécifiquement pour ça. D'autres personnes présentes à l'accueil, venues seulement pour prendre leur rendez-vous médical, se mêlent à la discussion. Les animatrices ont prévu des supports papiers, avec des jeux d'idées reçues sur la santé mentale. Assez vite, les échanges se font et le support est mis de côté. Une personne a particulièrement pris la parole, mais en fin de séance, d'autres ont participé aux échanges. Ils et elles ont surtout parlé de la fatigue, du manque de sommeil et pu poser des questions aux professionnelles. L. trouve cet atelier un peu hybride, entre un groupe de parole et un atelier d'informations, qui a tout son intérêt pour les personnes. Pour certain.es, c'est un rendez-vous identifié, qui permet d'accrocher d'autres patient.e.s qui n'étaient pas venu.e.s pour ça à la base. Les médiateur.ices pourraient avoir toute leur place lors d'un atelier sur les ouvertures de droits, mais également pour pouvoir se faire connaître et identifier certain.es patient.es.

M., agent d'accueil et coordinatrice du Pôle Santé de la MS, participe à ces ateliers depuis le début. Elle précise qu'au sein du groupe des participant.es sont également présent.es des membres du CCU (Conseil Consultatif des Usagers)³⁵. Elle m'explique qu'il

34 Dispositif qui permet de payer les professionnel.les de santé au temps et non à l'acte et ainsi d'organiser le système de santé de la structure autour d'un travail conjoint réellement médico-social, au plus près des réalités des personnes.

35 Conseil d'usagers qui se regroupent une fois par trimestre avec la coordinatrice et le responsable de la MS. Ils y discutent des problématiques spécifiques que peuvent rencontrer les patient.es. Ce conseil

est réfléchi au sein de l'équipe à trouver le moyen d'attirer un peu plus de jeunes. En effet, les horaires étant en milieu de journée, que cela soit les membres du CCU ou lors de l'atelier, se sont souvent des personnes âgées qui sont présentes, ce qui peut manquer de disparités. Aussi, les échanges se font souvent entre les patient.es et les professionnel.les, plus qu'entre les patient.es eux mêmes. Lors des premiers Cafés de Santé, les échanges étaient complexes, tout était à inventer. Les professionnel.les ont donc pris le parti de lancer les thématiques et d'apporter des supports pour accompagner la parole et les questionnements. Comme dans l'exemple du mois dernier sur la santé mentale, cela peut comprendre des jeux sur papier. Il existe aussi un site avec des Quizz, autour de différents sujets tels que l'alimentation, l'alcool, etc. Malgré les difficultés qui peuvent être soulignées, M. remarque, chez les personnes qui viennent depuis longtemps, des changements positifs. Elle pense notamment à une femme qui était très discrète au départ et peu en lien avec les autres. Aujourd'hui, elle participe à bien d'autres ateliers proposés par la MS, tels que les repas partagés et se trouve bien plus dans l'échange. Elle fait aussi le lien avec son suivi médical au sein de la Maison de santé. En effet, on peut imaginer qu'une adhésion aux soins, ainsi qu'une proposition d'ateliers qui lui permettront de sortir de son isolement, amènent des liens de confiance importants et permettent un certain épanouissement.

M. souligne la création de liens avec les usager.es lors de ces temps d'échanges, la possibilité d'interpeller des personnes qui ne connaissent pas ce que propose la MS, autres que des soins et ainsi ont la possibilité d'ouvrir une porte de socialisation au sein de leur quartier. La configuration du lieu est cependant exiguë, ce qui peut être peu pratique. Cependant, le fait que cela reste à l'accueil et à ces horaires est stratégiquement important.

Conclusion

Durant mes recherches, plusieurs avantages et limites me sont apparus. Tout d'abord, les groupes de parole sont plus accessibles financièrement pour des personnes en situation de précarité. Bien que cela ne remplace pas un suivi individuel, il peut être un support important lorsque ce n'est pas la seule alternative. Ayant évoqué le fait que la

travaille également avec la rue « Prescrire », financée uniquement par des abonnements. Y sont publiées des « Fiches Patients » qui sont relus par les membres du CCU avant publication. La MS est abonnée à cette revue.

situation financière des personnes était un frein à la santé, il est important de le mentionner ici. La rencontre avec des pairs aux vécus similaires permet un effet miroir et donne une place, un rôle, au sein d'un collectif. Dans son rapport de 2010, l'association communautaire *Together*, mentionnée plus haut, nous liste les intérêts observés au sein de ses groupes, tels que : une identité commune, une amélioration de la confiance en soi, le développement et le partage de compétences, l'amélioration de la santé mentale et du bien-être, accompagné d'une diminution de l'utilisation de services de santé mentale, le sentiment que le soutien entre pairs diminue la stigmatisation et la discrimination, et enfin, pour certain.e.s participant.e.s, le bénéfice ressenti d'aider les autres³⁶. Afin de soutenir ces observations, Carl Rogers, toujours dans son même ouvrage *Les groupes de rencontres, Animation et conduite de groupes*, mentionne le fait que lorsque lui même se retrouve en difficulté avec une personne au sein du groupe, il a appris à s'appuyer sur ses membres, qui seraient moins prompts à mettre des étiquettes sur des troubles ou des comportements qu'il pourrait juger de psychotique, de par son statut de psychologue³⁷. Il dit même que les membres du groupe « sont aussi thérapeutiques, sinon plus, que moi-même. [...] Aussi, lorsqu'un membre a un comportement nettement pathologique, je me fie plus à la sagesse du groupe qu'à la mienne et je suis souvent très étonné de la capacité thérapeutique des membres du groupe. »³⁸. Ce point de vue rejoint le témoignage de T, qui parle d'une volonté de « *déprofessionnalisation des professionnels* » dans ses recherches et ses projets d'Ateliers d'Éducation Thérapeutique et de médecine narrative. Il avance le fait que les patient.es ont des expertises de par leurs expériences de vie et que les professionnel.les devraient être dans une démarche de dynamisation de ces savoirs, afin de démedicaliser les accompagnements.

Les limites que l'on peut trouver aux groupes de parole seraient en effet dans certaines situations où les personnes décompenseraient, par exemple, et auraient besoin d'un sas de décompression individuel, dans son intérêt mais aussi celui du groupe. Aussi, toujours dans son même ouvrage, Carl Rogers indique que les efforts fournis lors des groupes peuvent disparaître lorsque les personnes reprennent le cours de leur vie. Cela vaut pour les groupes tels qu'il les organise, qui ont un début et une fin. Or, il est possible

36 Elina Stamou, Thurstine Basset, Alison Faulkner, and Julie Repper, « Lived experience leading the way, Peer support in mental health », London, together-uk.org, 30 sept 2010, pp. 13-14

37 Carl R Rogers, *Les groupes de rencontres, Animation et conduite de groupes*, éditions Dunod, 1996, Paris, p. 58

38 *Ibid.*

de les penser d'une autre façon. Tout dépend de l'objectif de ces groupes. L'auteur nous dit aussi que certain.e.s ont pu avoir un sentiment fort d'abandon après le groupe³⁹. Il est donc à noter que si les professionnel.les mettent en place des groupes de parole et qu'il est construit sur une durée définie, il est primordial de penser à la finalité de celui-ci. On retrouve ce point de vue dans le témoignage de M, qui participe à des groupes de parole pour les personnes victimes de violences sexuelles. Elle déplore le fait qu'il n'y ait pas assez de moyens alloués aux associations pour pouvoir réellement prendre en considération des difficultés réelles de chacun.e, car le groupe ne suffit pas. V, chargée de production pour la troupe de théâtre féministe, fait le même constat et a le sentiment que souvent, leurs interventions, si elles ne sont pas suivies par les équipes pédagogiques, ne suffisent pas en soit. Dans l'idéal, M. et J. nous disent qu'il faudrait pouvoir bénéficier d'instances individuelles et collectives en parallèle, lorsque cela est possible. Le frein financier étant réel, il devrait être du rôle des institutions de pouvoir proposer ces différents espaces. A la Maison de Santé par exemple, les professionnel.les de santé sont payés au temps passé avec les patient.es et non à l'acte. Cette possibilité donnée par le dispositif SECPa rend les accompagnements plus complets et les professionnel.les plus disponibles et à l'écoute. La disponibilité qu'ils et elles ont durant les entretiens individuels, mais également lors des temps collectifs, englobe les suivis de façon plus juste pour les personnes accueillies. Ces allers-retours entre l'individuel et le collectif permettent également d'observer les besoins des personnes, qui ne sont pas toutes en capacité de participer à des activités de groupes. T. admet que le format des groupes d'éducation thérapeutique n'est pas adapté à tous.tes : il faut pouvoir être en apte à être dans une démarche de soins. Les troubles cognitifs ou certaines pathologies psychiatriques peuvent aussi être une limite, si le groupe n'est pas pensé pour accueillir tout le monde. Pour le moment, le dispositif qu'il coordonne est pensé pour une prise en charge plutôt somatique et ils ne savent pas encore bien accompagner le rétablissement en santé mentale, ce qui est une des prochaines étapes.

Avec ce mémoire, je voulais mettre en avant un aspect particulier au travers des groupes de paroles, à savoir que ce sont avant tout des espaces de lutte et de réflexion collectives, créés par des personnes concernées par différentes problématiques et ont fait bouger les lignes. Il me semble primordial, en tant que professionnel.les du médico-social,

39 *Ibid.* p.37-38

de pouvoir s'inspirer de ces expériences pour imaginer des espaces de parole au travers d'outils et laisser la place aux personnes qui n'en trouvent pas. Miranda Fricker, philosophe féministe anglaise, parle d'injustice herméneutique pour des personnes appartenant à « un groupe social qui ne contribue que très peu à la création de concepts et de significations sociales partagés (en relation avec un ou plusieurs domaines de l'expérience sociale), et quand cette sous-contribution n'est pas le fruit d'un choix, mais le résultat d'opérations de pouvoir. [...] Il s'agit d'un cas d'injustice herméneutique dans la mesure où le fait que je ne sois pas comprise dans l'espace social n'est pas un accident, ni un choix de ma part, mais plutôt le résultat d'un risque injustement élevé d'intelligibilité auquel je suis exposée, car je suis en situation de marginalisation herméneutique. »⁴⁰ On peut ici faire le lien avec les Inégalités Sociales de Santé, qui ne sont évidemment pas choisies mais subies, en raison d'un pouvoir exercé sur un certain nombre de personnes. Les espaces de groupes de parole, où l'on redonne le pouvoir aux personnes concernées, si ces espaces sont pensés pour accueillir une accumulation de problématiques que peuvent rencontrer certain.es, peuvent alors être des endroits de soins centraux.

40 Miranda Fricker, « Vers la justice épistémique », *Revue Quart Monde* 2023/1 n°265, pp.4-8

Bibliographie

Gilles Amado et André Guittet, *Dynamique des communications dans les groupe*, Collection U, Armand Colin, 2012, 208 p.

Camille Bauer, « La parole existait mais était limitée au cercle intime, familial », in *L'Humanité*, lundi 27 janvier 2025, p. 15.

Joseph Rouzel, « Ces groupes qui aident », in *VST - Vie sociale et traitements*, 2018/4, N° 140, érés, pp. 39-47.

Hélène Cardin, « La loi du 4 mars 2002 dite “loi Kouchner” », in *Un ministre, une loi, Les Tribunes de la santé*, 2014/1, n° 42, Presses de Sciences Po, pp. 27-33.

Joséphine Vuillard, « Le psycho-trauma : effets, risques et enjeux », in *Mémoires*, 2018/2 n°73, pp. 5-7.

Bessel Van Del Kolk, *Le corps n'oublie rien, Le cerveau, l'esprit, le corps, dans la guérison du traumatisme*, Éditions Albin Michel Pocket, 2024, Paris, 592p.

Sandrine Motamed, « Qu'est-ce que la santé communautaire ? Un exemple d'une approche participative et multisectorielle dans une commune du Canton de Genève, en Suisse » in *Les conseils locaux de santé mentale, L'information psychiatrique*, 2015/7 Volume 91, JLE Éditions, pp. 563-567.

Charlier, É. (2018). Groupes de parole non thérapeutiques pour proches : expériences vécues des acteurs. *Approches inductives*, 5(2), 11–40. <https://doi.org/10.7202/1054333ar>

Patrick Alary, « Perspectives démocratiques en santé mentale de la rhétorique à la pratique : le patient, usager ou partenaire ? », in *Démocratie sanitaire : la participation des usagers, Pratiques en santé mentale*, 2016/2 62e année, Champ social, pp. 5-14.

Marie Réveillaud, Christine Godet, Barbara Smaniotto et Fabrice Guyod, « Libération provisoire de la parole en prison. L'expérience d'un groupe de parole thérapeutique pour les auteurs d'agressions sexuelles », in *Le thérapeute confronté à de nouvelles structures familiales, Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2013/1 n° 60, éros, pp. 153-170.

Caron, J. & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15–41.
<https://doi.org/10.7202/012137ar>

Elina Stamou, Thurstine Basset, Alison Faulkner, and Julie Repper, « Lived experience leading the way, Peer support in mental health », London, www.together-uk.org, 30 sept 2010

Les groupes de rencontres, Animation et conduite de groupes, Carl R Rogers, éditions Dunod, 1996, Paris, 204 p.

Silvia Rossi, « Médecine narrative », in *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique*, 2019, pp. 236-238

Miranda Fricker, « Vers la justice épistémique », in *Revue Quart Monde*, 2023/1 n°265, pp.4 -8

Nos Puissantes Amitiés, Alice Raybaud, éditions La Découverte, 2024, Paris, 330 p.

Autres références

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), www.legifrance.gouv.fr

La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, Référentiel de Compétences, Formation et Bonnes Pratiques, HAS

Santé Mentale et Psychiatrie, Synthèse du bilan de la feuille de route, État d'avancement au 1er mai 2025, Ministère chargé de la santé et de l'accès aux soins

Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948

Podcast : « Malheur niveau 2 », Profils, récits uniques, ARTE Radio Podcasts

Site de l'UNAFAM : <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/vers-le-retablissement>

Podcast : « Nous faire justice », Les Couilles sur la Table, Binge Audio, Victoire Tuaillon

Héloïse Weisz, « Médecine narrative : quand l'art s'invite à l'hôpital pour aider les soignants à mieux écouter les patients », Radio France, publié le mercredi 26 mars 2025

Laure Pitti et Akim Oualhaci, « Une Micropolitique de la Santé, La Maison de santé pluriprofessionnelle Pyrénées-Belleville dans l'expérimentation des Structures d'exercice coordonné participatives (SECPa). *Étude d'appui à l'auto-évaluation de la structure dans le cadre de cette expérimentation* », centres d'études IRIS et ISI, décembre 2025