



L'innovation vectrice de changement de paradigme... ?

Sous la direction de Mme PAIRAULT-DELAS

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du
Master 1 « Economie Sociale et Solidaire parcours Santé, Protection et
Economie Sociales »

Elodie PAUTRET

2021 - 2022 Promotion UDERZO



L'innovation vectrice de changement de paradigme... ?

Sous la direction de Mme PAIRAULT-DELAS

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du
Master 1 « Economie Sociale et Solidaire parcours Santé, Protection et
Economie Sociales »

Elodie PAUTRET

2021 - 2022 Promotion UDERZO

“Tout est changement, non pour ne plus être mais pour devenir ce qui n'est pas encore.”

Epictète

Remerciements

Je tenais à remercier Carine Pairault-Delas, ma directrice de mémoire pour son soutien, son accompagnement, et sa bienveillance tout au long de l'élaboration de ce travail de recherche.

Je tenais aussi à remercier l'équipe pédagogique de l'institut de formation des cadres de santé (IFCS).

Je remercie bien entendu les professionnels qui ont accepté de participer à ce travail de recherche.

Merci également à mes camarades de table et à ceux avec qui j'ai partagé mes trajets quotidiens dans les rires et la bonne humeur.

Bien entendu je remercie ma famille, mes parents, mon frère et mes neveux pour leur soutien et leurs encouragements.

Et enfin merci à Aurélien, mon conjoint pour son soutien sans faille, sa patience tout au long de cette année

Liste des abréviations utilisées

ARS : agence régionale de la santé

CCOMS : centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé

CDP : cadre de pôle

CMP : centre médico psychologique

CNRL : centre national de ressources textuelles et lexicales

CSAPA : centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

GHT : groupement hospitalier territorial

HDJ : hôpital de jour

IDE : infirmier diplômé d'état

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

ISP : infirmier de secteur psychiatrique

MSP : médiateur de santé pair

RPS : réhabilitation psychosociale

Table des matières

INTRODUCTION	5
1. DE LA SITUATION DE DÉPART À LA QUESTION DE DÉPART	7
1.1. Choix du thème	7
1.2. La situation d'appel	8
1.3. Question de départ	12
1.4. Les prénotions	13
2. DU CADRE CONTEXTUEL À LA PROBLÉMATIQUE	15
2.1. Le cadre contextuel.....	15
2.1.1. Médiateur de santé pair	15
2.1.1.1. <i>Définition</i>	15
2.1.1.2. <i>Origine de la pair-aidance</i>	16
2.1.1.3. <i>Rôle du Médiateur de santé pair</i>	16
2.1.2. Savoirs expérientiels	18
2.1.3. Cadre règlementaire de la psychiatrie.....	19
2.2. Cadre conceptuel.....	20
2.2.1. Innovation	20
2.2.2. Conduite de changement.....	22
2.2.2.1. <i>Dynamique d'équipe</i>	22
2.2.2.2. <i>Paradigme et changement de paradigme</i>	24
2.2.2.3. <i>Résistance au changement</i>	26
2.2.3. Conduite de projet.....	27
2.2.3.1. <i>Définition</i>	27
2.3. Les entretiens exploratoires	28
2.3.1. Choix de l'outil exploratoire.....	28

2.3.2.	Les entretiens exploratoires réalisés.....	29
2.3.3.	Analyse des entretiens.....	30
3.	DE LA QUESTION DE RECHERCHES AUX HYPOTHÈSES.....	31
3.1.	Question de recherche.....	31
3.2.	Les hypothèses de travail.....	31
4.	METHODOLOGIE ET REALISATION DE L'ENQUETE DE TERRAIN.....	32
4.1.	Aspect méthodologiques généraux.....	32
4.1.1.	Le choix de l'outil.....	32
4.1.2.	Le terrain de l'enquête.....	33
4.1.3.	Le choix de la population.....	33
4.1.4.	Prise de contact.....	33
4.1.5.	Les aspects éthiques.....	34
4.1.6.	Le talon sociologique.....	35
4.3.	Le déroulement de l'enquête.....	36
4.3.1.	Le guide d'entretien.....	36
4.3.2.	Les entretiens semi directifs effectués.....	36
4.3.3.	La retranscription des entretiens.....	36
4.4.	Les limites de l'enquête.....	37
5.	ANALYSE DES RESULTATS.....	38
5.1.	Présentation globale des résultats.....	38
5.1.1.	Analyse de la population.....	38
5.2.	L'aspect innovant de l'intégration d'un MSP au sein d'une équipe, vous avez dit innovant... ?.....	38
5.2.1.	Paradigme... mais de quel paradigme parle-t-on ?.....	39
5.2.2.	Changement de paradigme... pas si changeant... comment le voient les professionnels ?.....	40

5.2.3.	Déstigmatisation	41
5.2.3.1.	<i>Mais qu'en est-il de la stigmatisation des MSP au sein des équipes ?</i>	43
5.3.	Le changement.....	45
5.3.1.	Histoire d'intégration.....	45
5.3.2.	Dynamique d'équipe.....	46
5.3.3.	Résistance aux changements.....	47
5.3.3.1.	<i>La distance</i>	49
5.3.3.2.	<i>Mais qu'est-ce que ça change en termes d'identité professionnelle pour les soignants ?</i>	50
5.3.3.3.	<i>La reconnaissance des savoirs</i>	51
5.4.	Conduite de projet	53
5.4.1.	Quelle préparation en amont du projet	54
5.4.1.1.	<i>Comment est arrivé le projet ?</i>	54
5.4.1.2.	<i>Comment a été préparé la mise en place du projet ?</i>	55
5.4.1.3.	<i>Les effets de la non-préparation</i>	56
5.4.1.4.	<i>Conduite de projet et les cadres de santé dans tout ça</i>	57
6.	DISCUSSION	60
	CONCLUSION	62
	Bibliographie	64
	ANNEXE I : Grille d'entretien.....	
	ANNEXE II : Retranscription de l'entretien de Sylvie ISP2	

INTRODUCTION

Ce travail de recherche a été mené en continuité durant l'année de formation à l'institut de formation des cadres de santé, en vue de l'obtention du Master 1 « Economie Sociale et Solidaire parcours Santé, Protection et Economie Sociales » de l'université Gustave Eiffel.

Ce travail constitue une initiation à la recherche et respecte la méthodologie de recherche en sciences sociales.

Dès notre entrée en formation à l'IFCS, nous avons mené une réflexion autour d'un sujet professionnel révélant un phénomène social que nous souhaitons approfondir par une démarche de recherche. Ici, il s'inscrit dans le domaine managérial. Dans ce travail, nous évoquerons plus particulièrement l'intégration des médiateurs de santé pairs et des savoirs expérientiels aux équipes de soins.

La psychiatrie est une discipline en perpétuelle évolution. Ces dernières années elle devient une priorité gouvernementale, notamment en ce qui concerne la place de l'utilisateur dans les soins. Des métiers innovants intègrent depuis peu les équipes paramédicales, cela fait partie intégrante de la stratégie gouvernementale. La feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie, publiée le 28 juin 2018, mise à jour le 21 janvier 2022, a pour but d'accompagner l'évolution du système de santé dans le champ de la santé mentale. La fiche 34 bis vise à « favoriser l'émergence d'intervenants-pairs professionnels » (Bilan de la feuille de route au 21 janvier 2022).

Lors de mon expérience comme faisant fonction de cadre de santé, j'ai eu l'opportunité dans le cadre d'un appel à projet, de participer à l'intégration d'un médiateur de santé pair au sein d'une équipe paramédicale. Cette expérience, bien que riche, a bousculé mes valeurs personnelles et professionnelles au cours des étapes qui ont permis d'aboutir le projet.

Ce travail présente mon cheminement dans la démarche de recherche. Au cours de mes premières recherches et de mes lectures, j'ai pu mettre en lumière les effets de l'intégration d'un métier émergent dans une équipe paramédicale, les effets de l'innovation, et la conduite de projet et de changement. Cette première étape m'a permis d'élaborer ma question de départ : En quoi la méthode projet conduit à valoriser l'innovation et à favoriser la conduite du changement ?

Par la suite j'ai approfondi mes recherches sur les thèmes de l'innovation, du paradigme, du changement, et de la conduite de projet. L'exploration du cadre conceptuel m'a permis de déterminer ma question de recherche : En quoi le changement de paradigme en lien avec l'intégration des métiers innovants, tels que les médiateurs de santé pairs, doit être accompagné dans la conduite de projet ? Deux hypothèses ont été émises en réponse à cette question et ont été étudiées : l'innovation amène à un changement de paradigme ce qui bouscule les organisations et peut amener à une résistance au changement, la façon de conduire le projet favorise le changement de paradigme.

Ce travail est découpé en six parties, la première abordera le choix du thème, la situation d'appel, et la question de départ, une seconde concernera le cadre contextuel et conceptuel, une troisième présente la question de recherche et les hypothèses, la quatrième abordera la méthodologie de l'enquête, puis l'analyse de cette enquête et enfin la confrontation aux hypothèses en vue de les infirmer ou de les confirmer.

1. DE LA SITUATION DE DÉPART À LA QUESTION DE DÉPART

1.1. Choix du thème

Le thème de départ de ce travail de recherche est l'accompagnement du cadre de santé dans l'intégration d'un médiateur de santé pair (MSP) au sein d'une équipe de soignants en psychiatrie.

Infirmière depuis 2008, j'ai toujours travaillé dans le domaine de la psychiatrie. Cette discipline, je l'ai découverte au cours de mes études, je n'avais jamais envisagé d'y travailler un jour mais cela s'est imposé à moi, c'était une évidence. Les valeurs soignantes que j'y ai rencontrées ont fait écho à mes valeurs personnelles, prendre soin de tous peu importe la pathologie, remettre en question sa pratique au quotidien, et depuis quelques années la possibilité de s'ouvrir sur l'extérieur et de moderniser nos pratiques. En 2018, j'ai pris un poste de faisant fonction de cadre de santé au sein de trois services ambulatoires de psychiatrie. Ce sont des équipes que je connais particulièrement bien, elles sont en place depuis de nombreuses années. Il y a très peu de turnover, et ce malgré l'augmentation des files actives et le manque d'effectifs soignants, qui a pour conséquence d'augmenter les délais de prise en charge en ambulatoire. Le pôle de psychiatrie, auquel j'appartiens, est très réactif en termes de réponses aux appels à projet de l'agence régionale de santé (ARS) et travaille en étroite collaboration avec les différents établissements qui composent notre groupement hospitalier de territoire (GHT). Ces dernières années, j'ai pu participer à l'élaboration de ces projets et nous avons pu bénéficier de crédits ayant permis de renforcer les effectifs soignants et de développer l'offre de soin du territoire.

Le choix de cette situation s'est finalement imposé à moi. En effet, cette situation a bousculé mes valeurs personnelles et professionnelles tels que la bienveillance, accepter les différences, la tolérance. Ma conception du prendre soin est en lien avec ses valeurs très fortes. Je pense qu'en tant que soignante, il est nécessaire de remettre en question nos pratiques professionnelles mais aussi nos savoirs. De mon point de vue et de mon expérience infirmière, le refus de se remettre en question présente un risque, celui de se reposer sur des pratiques qui, avec le temps, deviennent obsolètes, voire délétères et ne bénéficient plus aux patients.

1.2. La situation d'appel

La psychiatrie est une discipline en mouvance perpétuelle, plus particulièrement ces dernières années où elle devient une priorité gouvernementale notamment dans le développement et le renforcement de l'offre de soins en ambulatoire. C'est un des axes du plan « ma santé 2022 ». Dans ce cadre, les ARS ont ouvert de nombreux appels à projets auxquels mon établissement a souhaité répondre en collaboration avec les établissements qui composent notre GHT. Dans un premier temps, nous avons répondu à un appel à projet visant à développer une offre de réhabilitation psychosociale (RPS) sur le territoire, en particulier au sein de notre Hôpital de jour (HDJ). L'équipe de l'HDJ est composée de différents corps de métiers : IDE, psychologues, neuropsychologues et ergothérapeutes. La majeure partie sont en poste depuis plus de 15 ans, dont une est infirmière de secteur psychiatrique (ISP), à quelques mois de la retraite. Elle a une place importante dans l'équipe par la qualité de son savoir qu'elle partage volontiers, elle a aussi une grande force de persuasion au sein de l'équipe qui lui accorde une grande confiance.

La mise en place de ce projet n'a vu le jour qu'à la fin de la première vague de la crise sanitaire lorsque les activités de l'HDJ ont pu reprendre en présentiel. Cette modification d'organisation a bousculé les pratiques professionnelles de l'équipe, cela a nécessité de la réassurance quant à leurs pratiques quotidiennes. La temporalité a joué un rôle important dans la réussite du projet. Le délai accordé par la crise sanitaire et la reprise de l'activité ont été finalement une opportunité qui, à mon sens, a eu un effet bénéfique dans l'aboutissement.

Rapidement l'ARS nous sollicite pour développer un projet de mise en place d'un médiateur de santé pair (MSP) au sein de l'HDJ. Mon chef de pôle y répond et sollicite l'encadrement et le médecin responsable du service dans la relecture de ce dernier, quelques heures avant l'envoi. Ce projet apparaît comme une offre complémentaire à la RPS et pourrait être un atout majeur dans nos prises en charge. Une candidature est en attente en Eure et Loir depuis maintenant un an. J'ai entendu parler de ce métier émergent, je n'ai pas encore suffisamment de connaissances à ce sujet. A ce moment, je suis consciente du bénéfice dans les soins pour nos patients, mais aussi pour les professionnels. J'ai tout de même quelques craintes quant à l'adhésion de l'équipe à ce projet. Cette inquiétude est fondée sur le fait que ce projet n'est pas une demande qui émane de l'équipe, ni des patients, mais aussi sur la dimension innovante des

métiers émergents ces dernières années, qui ont pour effet de modifier les organisations, voire les pratiques professionnelles à nouveau.

Je rencontre alors la chargée de mission du programme médiateur de santé pair du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) afin de comprendre les missions d'un MSP, le parcours et la formation. Cela me permet de m'affranchir de mes prénotions quant à la professionnalisation de patients experts. Elle propose de venir à notre rencontre pour accompagner l'équipe à la découverte du métier de MSP et à son intégration dans le service.

J'évoque le projet à l'équipe quelques jours après avoir été informée de la démarche de réponse de mon chef de pôle lors d'une réunion de fonctionnement. Les réactions sont assez partagées, l'infirmière la plus ancienne dans la profession exprime un refus catégorique en lien avec des expériences passées, d'autres se questionnent sur la légitimité, les risques, le bien-fondé sans exprimer pour autant un refus catégorique, il me semble que les professionnels les plus jeunes dans le domaine soit les moins réfractaires. J'ai conscience alors qu'il faudra du temps pour travailler ce projet, pour que l'équipe accepte de collaborer, c'est ce que j'ai perçu de l'expérience passée (lors de la mise en place de la RPS). Quelques semaines plus tard, nous recevons un avis favorable de l'ARS. La MSP devra prendre son poste dans les 15 jours qui suivent afin d'assurer sa rentrée universitaire quelques semaines plus tard. Nous rencontrons la candidate, elle est alors présentée à l'équipe. Le délai accordé me semble très restreint, les divergences d'opinions sont, il me semble, un frein quant à l'intégration d'un MSP en formation. La méconnaissance de ce métier émergent, du cursus de formation et du type d'appui que peut apporter un MSP à l'équipe et aux patients peut aussi mettre en péril son intégration. L'équipe verbalise des craintes quant à leur identité professionnelle, la plus ancienne professionnelle fait le lien avec l'intégration des aides-soignants et des ergothérapeutes dans les équipes de psychiatrie dès la fin des années 1970 et le sentiment de dépossession d'une part de leur activité. Il me semble aussi que la stigmatisation des patients en psychiatrie peut avoir une incidence dans le processus d'intégration d'un patient expert dans sa pathologie et dans son parcours de soins. Il m'apparaît après les nombreux échanges avec les professionnels qu'ils n'identifient pas cette personne comme une professionnelle, mais plutôt comme une patiente en cours de rétablissement et surtout avec un risque majeur de décompensation lors de son intégration.

J'ai conscience des difficultés qui nous attendent dans l'aboutissement de ce projet, il me faut alors mener une réflexion quant à la manière de faire adhérer l'équipe à un projet dont elle n'est ni à l'origine de la demande, ni convaincue par le bien-fondé de la présence de ce type de professionnel auprès de nos patients. Lors des dernières réunions de fonctionnement du service, nous avons pu évoquer l'intégration de la MSP. J'y ai convié une ergothérapeute du pôle déjà sensibilisée à la pair-aidance, elle a d'ailleurs construit son mémoire de fin d'étude autour de ce thème, elle peut être une ressource dans ce projet.

Le jour de l'arrivée de la MSP dans le service, l'accueil est froid, je compte beaucoup sur la bienveillance de l'équipe et sur leur professionnalisme. A cet instant, j'imagine qu'il faudra du temps pour qu'ils puissent faire connaissance, se faire confiance mutuellement et envisager leur collaboration. Les débuts dans le service sont laborieux, la force de persuasion d'un membre de l'équipe qui semble avoir emprise sur l'équipe impacte fortement la poursuite de la collaboration. Il n'y a que peu d'échanges avec les professionnels, ils fuient son contact, ne l'intègrent pas dans les activités thérapeutiques en qualité d'observatrice, utilisant le prétexte de la crise sanitaire et privilégiant la place des étudiants infirmiers et ergothérapeutes. L'équipe vit difficilement cette arrivée, je tente de mettre en avant son savoir expérientiel de parcours patient profitable à nos patients, les clivages se sont installés, je tente alors de désamorcer les conflits sous-jacents, en vain.

Je convie alors la chargée de mission du programme médiateur de santé pair du CCOMS afin que nous puissions échanger en équipe, apporter des informations et des connaissances autour de la profession de MSP. Ce qui aurait dû être fait en amont si nous avions disposé d'un temps de préparation adapté. L'équipe est au complet, les échanges sont tendus. Les professionnels verbalisent : la question de la légitimité, le savoir expérientiel ne semble pas être suffisant selon eux pour intégrer une équipe et collaborer aux prises en soins, pour légitimer sa présence. Il est vrai qu'il n'existe pas de référentiel de la profession, la question du « dossier médical comme CV » est posée par les infirmiers, la dénomination de MSP sans diplôme obtenu car en cours de formation, ce qui traduit le manque de légitimité aux yeux de l'équipe. Le bilan de cette rencontre est peu concluant, la responsable du CCOMS est inquiète quant à la viabilité du projet dans ces conditions. Nous convenons de refaire un point régulier sur l'évolution de la situation.

Ces questionnements peuvent être en lien avec la légitimité tout d'abord du savoir expérientiel, du diplôme, du statut du MSP qui ne sont pas encore définis par les textes. Mais aussi en lien avec le contexte social actuel : les salaires des soignants n'ont pas été revalorisés depuis de nombreuses années. De plus sur un plan historique cela peut faire écho à l'intégration des aides-soignants et ergothérapeutes au sein des services de psychiatrie, les professionnels peuvent se sentir dépossédés de certaines de leurs missions qu'ils apprécient particulièrement. Le mode de collaboration entre les professionnels déjà présents dans le service et la MSP n'est pas vraiment clair.

Malgré les tentatives pour remettre l'intérêt du patient au centre de nos préoccupations et vantant la MSP comme une plus-value dans les prises en charge, l'ambiance continue de se dégrader et les tentatives de « sabotage » sont de plus en plus nombreuses. L'équipe refuse de l'intégrer aux activités thérapeutiques, mais aussi aux activités qui rythment la vie du service et ce malgré les recadrages quant à son appartenance. Elle est vécue comme un intrus dans l'équipe ce qui rend la collaboration difficile voire impossible. La MSP verbalise des difficultés relationnelles, ce qui l'affecte au quotidien, elle ne peut plus envisager de s'épanouir professionnellement et l'équipe ne lui en donne pas l'occasion. Il est alors de mon rôle en tant que manager de réorganiser la suite de la collaboration dans des conditions permettant de faire bénéficier de cette plus-value aux patients ainsi qu'aux équipes du pôle. En concertation avec l'équipe d'encadrement, ma hiérarchie et mon chef de pôle nous envisageons de modifier l'affectation de la MSP. L'ergothérapeute d'intra, sensibilisée à la pair-aidance, s'est rapprochée de la MSP dès son arrivée dans le pôle. Avec l'accord de ma CDP et de mon chef de pôle, elle sera affectée à 50% en intra hospitalier et 50% extrahospitalier sur des activités transversales.

1.3. Question de départ

Cette situation m'amène à me poser différentes questions tout d'abord en termes de méthode de conduite de projet : Avoir le regard du vécu, le savoir expérientiel au profit de la qualité de nos prises en soins, mais comment accompagner le projet en collaboration avec l'équipe ? En quoi l'accompagnement au changement est-il un gage de réussite dans un projet ?

En matière d'innovation : l'innovation n'est pas significative directement de changement mais plutôt de progrès, il n'empêche que le progrès bouscule une organisation qui se veut sécurisée. Chacun va devoir trouver ou retrouver une place, imaginer un mode de coopération au quotidien par le partage des expériences. Quels sont les effets de l'intégration d'une profession innovante dans une équipe paramédicale ? Quelles sont les répercussions de l'innovation dans les pratiques professionnelles et organisationnelles ?

Conduite de changement : Quels sont les effets des individus dans la dynamique de groupe dans un contexte de changement ? Quels effets génèrent le changement au sein d'une équipe pluriprofessionnelle ? La préparation et l'implication de l'équipe en amont du projet peuvent-elles favoriser l'aboutissement d'un projet ?

A la suite de cette situation nous pouvons émettre la question suivante :

En quoi la méthode projet conduit à valoriser l'innovation et à favoriser la conduite du changement ?

1.4. Les prénotions

L'innovation est vectrice de changements, parfois même de changement de paradigme. Ces bouleversements profonds, ont un impact qu'ils soient positifs ou négatifs dans les pratiques professionnelles mais aussi dans les modes de prise en soins des patients. L'accompagnement des équipes demande du temps au manager. Ce dernier doit tenter de fédérer l'équipe autour de l'intérêt du projet, et remettre le patient au cœur, et comme acteur du but commun, il est nécessaire d'apporter des savoirs, de l'information, de donner du sens. Il est important aussi d'ouvrir la parole dans le groupe et permettre à chacun de verbaliser ses craintes, ses aprioris, ses questionnements. La mobilisation de l'intelligence collective est alors essentielle. Elle se fait par le cadre de santé qui amène à définir l'objectif, utiliser les savoirs expérimentiels du MSP au profit de la prise en soins des patients. L'arrivée dans une équipe d'un nouveau membre peut perturber la dynamique, il peut s'agir de vivre cette intégration comme une intrusion. S'ajoute à cela le fait qu'il s'agit d'un métier innovant, il n'y a pas encore de référentiel clair, les missions de ces professionnels dépendent de l'orientation thérapeutique du service. Ceci a pour effet de perturber l'organisation du service qui se veut, par son ancrage, rassurante pour les professionnels.

La lutte contre la stigmatisation, en développant la psychiatrie « hors des murs », est un axe de travail quotidien des équipes de psychiatrie. Néanmoins dans la situation d'intégration d'un patient expert dans une équipe il me semble que les soignants, eux-mêmes, peuvent stigmatiser les patients atteints de pathologies psychiatriques. Les professionnels peuvent aussi craindre d'être stigmatisés par les MSP par le jugement de la qualité, la pertinence, et la remise en question de leurs pratiques professionnelles quotidiennes. Le métier de MSP met en avant pour les patients, la perspective d'une possibilité de rétablissement, d'insertion sociale et professionnelle, c'est un message d'espoir. Il permet aussi d'aborder le partage de savoir avec les équipes, cela remet en question le pouvoir et le savoir sacré du soignant, mais pas uniquement, les pratiques quotidiennes sont elles aussi remises en question. Le patient peut, grâce à ce métier innovant, retrouver le pouvoir de maîtriser son avenir face à la maladie et envisager de devenir un partenaire dans les soins, il gagne de ce fait la possibilité de faire valoir son pouvoir décisionnel dans sa prise en soin.

Dans ce changement fondamental de la place du patient dans les soins, le CDS joue un rôle majeur auprès des équipes dans son accompagnement, dans la reconnaissance de leur identité professionnelle, dans le jugement de beauté et d'utilité de leur travail.

2. DU CADRE CONTEXTUEL À LA PROBLÉMATIQUE

2.1. Le cadre contextuel

Afin d'améliorer la compréhension de notre cheminement, il nous apparaît important de définir la notion de pair aidance, de psychiatrie et santé mentale, de savoirs expérientiels, ainsi que le cadre règlementaire.

2.1.1. Médiateur de santé pair

Il existe différentes manières de nommer les médiateurs de santé pair, on parle de pairs-aidants, mais aussi de patients experts, travailleurs pairs, patients partenaires, patients formateurs ou encore patients ressources. Dans ce travail, je ferai le choix de les nommer médiateurs de santé pairs.

2.1.1.1. *Définition*

Selon le centre national de ressources textuelles et lexicales, « pair » signifie « personne de même situation sociale, de même titre, de même fonction qu'une autre personne » et « aider » : « Prêter son concours à quelqu'un pour lui faciliter l'accomplissement d'un acte, la réalisation de quelque chose ; secourir une personne dans le besoin ». Nathalie Lagueux, Travailleuse sociale et conférencière, Coordinatrice du Programme québécois Pairs Aidants Réseau, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) définit le pair :

« Comme un membre du personnel divulguant qu'il vit ou qu'il a vécu un trouble mental. Le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information auprès de personnes qui vivent des situations similaires à celles qu'il a vécues » (Lagueux, 2014, p. 1).

Dans leur article « Naissance de la pair-aidance en France : les médiateurs de santé pair, Luigi Flora, chercheur en sciences humaines, et Philippe Brun, médiateur de santé pair définissent la pair-aidance comme :

« L'entraide entre personnes qui vivent avec une même maladie, somatique ou psychique. Elle peut ainsi se manifester au travers de dynamique de groupe, tel les groupes d'entraide dont elle est issue, ou encore comme cela se développe de plus en plus actuellement, dans un cadre professionnalisé pour accompagner leurs pairs mais également les professionnels de santé et du travail social dont l'action est dédiée à celle de ses pairs ». (Flora, Brun, 2020, p. 15)

2.1.1.2. *Origine de la pair-aidance*

A l'origine on parle d'entraide formelle. Elle s'est développée à la fin des années 1930, initialement dans le domaine des addictions, et plus particulièrement avec l'apparition des Alcooliques Anonymes par l'accompagnement par des pairs d'usagers en recherche d'abstinence. A la fin des années 1950, cette pratique s'est développée aux personnes atteintes de troubles psychiatriques au sein d'une structure appelée « Fountain House » construit sur le principe de communauté de personnes atteintes de troubles psychiatriques actives dans leur propre parcours de rétablissement par le biais de l'entraide et de la reconnaissance. L'équivalent est développé en France par la création des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) par la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». C'est en 2010, en France, que les premières expériences de médiateurs de santé pair salariés ont lieu. En 2011, le CCOMS développe un premier programme de formation et renouvelle l'expérience en 2017 avec la mise en place du programme de formation actuel en partenariat avec l'université Paris 13 puis Paris 8 dans le cadre d'une licence en Sciences Sanitaires et Sociales parcours Médiateur de Santé Pair.

2.1.1.3. *Rôle du Médiateur de santé pair*

Par son expérience, le MSP a acquis des savoirs en termes de parcours de rétablissement. Le rôle du MSP est de transmettre ces savoirs expérientiels à ses pairs par le récit de son parcours de rétablissement, c'est un message d'espoir essentiel dans la prise en charge des patients, mais aussi pour les professionnels. Dans son article Nathalie Lagueux met en avant que :

« Les pairs aidants sont définis comme des acteurs de changement à l'intérieur du système. Ceci peut sembler un peu lourd à porter sur leurs épaules, mais pensons simplement à tout l'effet que leur présence peut apporter à l'encontre des préjugés à l'égard du potentiel de rétablissement des personnes utilisatrices. Les pairs aidants n'ont pas l'intention, ni la prétention de remplacer les services offerts. Ils offrent plutôt l'occasion d'enrichir le milieu à partir de leurs expériences ». (Lagueux, 2014, p. 2)

Dans cet article Nathalie Lagueux met en avant le pouvoir du parcours de rétablissement du MSP, non seulement dans son rapport avec les usagers et mais aussi en tant que porteur d'espoir qu'il partage. Le MSP est un acteur indispensable dans le cadre de la déstigmatisation, tout d'abord auprès des patients eux-mêmes mais aussi auprès des équipes qui dans la nature de leurs échanges internes et dans leur mode de communication auprès des patients, qui dans certaines circonstances peut stigmatiser les patients d'autant plus. L'intégration des MSP ne

s'arrête pas au contact direct de la population atteinte de trouble psychiatriques chroniques, sa voix est essentielle dans les différentes instances qui compose la vie institutionnelle (CDU, comité éthique...) et citoyenne (CLSM, SISM, COPIL). Là encore il se fait porte-parole des citoyens atteints de troubles psychiatriques ou psychiques chroniques et permet de déstigmatiser de manière plus large et de faire part des difficultés rencontrée « hors les murs » en vue de les réduire. Les MSP sont, dans ce contexte, une des voix des équipes de soins dans l'amélioration de l'accompagnement des usagers dans la cité.

2.1.2. Savoirs expérientiels

Dans son article « Qu'apportent les savoirs expérientiels à la recherche en sciences humaines et sociales ? » extrait de la revue *Vie sociale*, Eve Gardien maître de conférences en sociologie reprend la définition de Thomasina Borkman dans un article de 1976 : « Une vérité apprise par l'expérience personnelle d'un phénomène plutôt qu'une vérité acquise par raisonnement discursif, observation ou réflexions sur des informations fournies par d'autres » (Borkman, 1976, p. 445). Le MSP par son expérience de la maladie, par son parcours de soins, a acquis une expérience, des savoirs, des compétences bien différentes de celles acquises par les professionnels, c'est ce qui en fait une richesse. Le sociologue Yves Lochard dans *La Revue de l'Ires* « La validation des acquis de l'expérience entre dans les mœurs » évoque les différentes façons dont les savoirs expérientiels sont nommés : « certains préféreront parler de savoirs implicites ou informels, d'autres distingueront le travail réel et le travail prescrit, d'autres encore mettront l'accent sur le pluriel dans les compétences » (Lochard, 2007, p. 4). Une des difficultés que peut rencontrer le MSP lors de son intégration dans un service de soins est le manque de reconnaissance de la valeur de son savoir expérientiel par les professionnels de santé. Cependant ils sont essentiels dans le cadre d'un parcours de rétablissement. Eve Gardien dans la conclusion de son article dit :

« Les sciences humaines et sociales ont intérêt à prendre en compte les savoirs expérientiels pour de nombreuses raisons : un enrichissement des savoirs existants, une meilleure compréhension des expériences vécues, la possibilité de construire de nouvelles perspectives théoriques, de bâtir d'autres objets scientifiques, le soutien d'innovations sociales utiles à la société ou à certains publics par des apports et compléments scientifiques, le renouvellement de la réflexion éthique, le questionnement des épistémologies à l'œuvre, la fiabilisation du matériau recueilli ou encore l'amélioration des procédures de vérification de la validité des résultats ». (Gardien, 2017, p.47)

Cela met en évidence l'intérêt de la complémentarité des savoirs scientifiques et expérientiels.

2.1.3. Cadre règlementaire de la psychiatrie

La psychiatrie est une discipline en mouvance perpétuelle, plus particulièrement ces dernières années où elle devient une priorité gouvernementale.

Le plan « Ma santé 2022 » (Dossier de presse, 2018), entré en vigueur depuis 2019, accompagne les établissements de santé et les professionnels libéraux à travailler de manière coordonnée pour répondre à deux objectifs :

- La prise en charge de proximité
- L'accès aux soins spécifiques en toute sécurité

Cela demande aux professionnels et aux établissements de santé de se coordonner pour que les patients aient tous accès aux soins les plus adaptés.

La psychiatrie et la santé mentale ne font pas exception en ce qui concerne l'uniformisation de l'offre de soins sur le territoire. Il apparaît nécessaire de renforcer l'accessibilité, la diversification des accompagnements, de s'inscrire dans une dynamique territoriale, afin d'agir pour la qualité des soins.

Une feuille de route spécifique à la santé mentale et à la psychiatrie a alors été élaborée en juin 2018 (Dossier de presse, 2018) par le comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie. Des objectifs ont été définis, ainsi que des actions en lien avec ces derniers. Certaines actions spécifiques ont pour vocation de développer les prises en charge ambulatoires en psychiatrie, de les moderniser, et de faire évoluer la place du patient dans les soins au regard de pratiques ayant montré leur efficacité à l'étranger.

Il est important de définir la santé mentale et la psychiatrie afin d'en apprécier la subtilité. Selon l'OMS, la santé mentale est définie comme : « état de bien être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » (OMS).

La psychiatrie, elle, se définit comme : « une discipline médicale qui prend en charge les affections psychiatriques caractérisées et les aspects pathologiques de la souffrance psychique ».

Ceci est accompagné par de nombreux appels à projets soutenus par les ARS, permettant de répondre à ces actions.

2.2. Cadre conceptuel

J'ai choisi d'aborder différents concepts au regard de ma situation d'appel, dans un premier temps nous aborderons l'innovation, puis la conduite de changement et pour terminer la conduite de projet.

2.2.1. Innovation

L'innovation est différente de l'invention. Elle est définie dans le *Dictionnaire de français Larousse* comme « l'introduction de quelque chose de nouveau pour remplacer quelque chose d'ancien dans un domaine quelconque » (Dictionnaire de français Larousse) et selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) « l'innovation désigne l'introduction sur le marché d'un produit ou d'un procédé nouveau ou significativement amélioré par rapport à ceux précédemment élaborés par l'unité légale » (INSEE).

Dans son article « L'innovation en question » paru dans *Education permanente N°134*, Norbert Alter et Michel Crozier, sociologues, s'appuient sur la théorie de Schumpeter (1912) selon laquelle l'innovation est un processus de « destruction créatrice ». En ce sens où l'innovation bouscule les règles et permet de faire émerger de nouveaux acteurs au sein de l'organisation (Alter, Creuzier, 1998).

Dans son ouvrage *L'innovation ordinaire* Norbert Alter décrit l'innovation comme un processus qui permet « de transformer une découverte, qu'elle concerne une technique, un produit ou une conception des rapports sociaux, en de nouvelles pratiques ». (Alter, 2010, p. 5). Il met en évidence l'ambiguïté de l'innovation en transgressant les règles ordinaires par des pratiques innovantes, c'est une prise de risque, c'est un apprentissage collectif dans une totale incertitude quant au résultat. L'innovation est souvent vécue positivement. Elle a pour effet de modifier les organisations.

L'innovation est une forme de remise en question, dans le cadre de notre situation, l'intégration de la MSP remet en question la place du patient dans les soins, mais aussi la place du soignant. Nous apprenons de leur maladie à leur contact, ils ont ce que nous n'avons pas : le savoir expérientiel de leur maladie, de leur parcours d'autant plus en psychiatrie ou l'expression de la pathologie est propre à l'individu. Certes la clinique de manière globale reste la même, c'est ce qui permet au corps médical d'apporter un diagnostic et au corps paramédical de l'étayer. Qui

mieux qu'eux connaît leur maladie ? Qui mieux que celui qui a vécu une expérience similaire peut en parler ? L'émergence et l'utilité du médiateur de santé pair prend alors sens lorsque les soignants acceptent de remettre en question leur pratiques, lorsqu'ils acceptent de partager leurs savoirs et de les combiner à celui du MSP. Car le seul but commun est la prise en soins des patients et leur parcours vers le rétablissement.

Ce processus, ce changement de paradigme n'est pas sans conséquences sur les équipes, sur les organisations et donne matière à la réflexion en ce qui concerne la manière dont le projet d'intégration d'un MSP doit être mené. C'est en ce sens que le manager détient une place essentielle. Dans l'ouvrage *Conduite du changement : concepts clé : 50 ans de pratiques issues des travaux de 25 grands auteurs*, les auteurs citent Argiris et Nonaka qui mettent en avant « le changement fait partie intégrante de la vie de l'organisation et s'assimile à un processus continu d'apprentissage favorisant l'innovation » (Autissier, Vandangeon, Vas, 2010, p. 9). Les changements sont ce qui permet de faire évoluer une organisation. C'est une évolution permanente des pratiques et de la modernisation de ces dernières.

2.2.2. Conduite de changement

Selon le *Dictionnaire de français Larousse* le changement est « le passage d'un état à un autre, modification profonde, rupture de rythme ; tout ce qui rompt avec les habitudes, bouleverse l'ordre établi » (*Dictionnaire de français Larousse*). Bernoux dans son ouvrage « *Sociologie du changement : dans les entreprises et les organisations* » tente de « comprendre en quoi le changement naît de la rencontre de contraintes, d'institutions et d'acteurs » (Bernoux, 2004, p. 17).

Dans l'ouvrage *Conduite du changement : concepts clés : 50 ans de pratiques issues des travaux de 25 grands auteurs*, les auteurs mettent en avant que :

« Le changement c'est perdre un existant connu pour un avenir justifié par un progrès. Ainsi le changement est une formidable opportunité d'amélioration, c'est aussi une exigence d'apprentissage pour les individus et l'organisation, dont le coût et les risques peuvent s'avérer contre productifs » (Autissier, Vandangeon, Vas, 2010, p. 1 et 2).

La conduite du changement a pour objectif de développer des stratégies visant à faire adhérer les équipes. Cependant les changements attendus et les objectifs sont-ils les mêmes en fonction du rôle que l'on a au sein de l'équipe, manager ou acteurs ? Le changement a un impact non seulement sur l'individu mais aussi sur le groupe auquel il appartient.

2.2.2.1. Dynamique d'équipe

Tout d'abord, il semble opportun de définir la notion de groupe et d'équipe afin d'en percevoir la différence. Le groupe se définit selon le *Dictionnaire de français Larousse* comme un « ensemble de choses, d'animaux ou de personnes, formant un tout et défini par une caractéristique commune » (*Dictionnaire de français Larousse*). L'équipe quant à elle, se définit plutôt comme : « ensemble de personnes travaillant à une même tâche » (*Dictionnaire de français Larousse*). Dans leur ouvrage *La dynamique des groupes restreints*, Didier Anzieu, professeur de psychologie, et Jacques-Yves Martin, neuropsychiatre et psycho-sociologue, définissent le groupe comme :

« Le groupe commence avec la présence d'un tiers dans une paire et avec les phénomènes consécutifs de coalition, de rejet, de majorité, de minorité. Les phénomènes de groupes ne se manifestent pleinement qu'à partir de quatre membres, chiffre à partir duquel le nombre de relations possibles deux à deux

dépasse le nombre de membres (entre trois personnes A, B, C, il y a trois relations possibles : AB, AC, BC ; entre quatre personnes il y a six relations possibles : AB, AC, AD, BC, BD, CD) ». (Anzieu, Martin, 2007, p. 28-29)

Dans leur ouvrage *Faire équipe*, Fustier psychologue, et Amado professionnel en psychosociologie, définissent l'équipe comme un « groupement de sujet que réunit un « projet » commun lié à l'exécution de la tâche primaire dévolue à l'institution (soigner, produire des objets symboliques ou réels, gagner des matchs...) » (Amado, Fustier, 2019, p. 9). Le psychologue, Kurt Lewin est pionnier en ce qui concerne l'étude de la dynamique des groupes, dans un article de 1940, il définit le groupe comme :

« Différent de la somme de ses membres. Il a sa propre structure, et des relations propres avec d'autres groupes. L'essence du groupe n'est pas la similarité ni la dissimilarité de ses membres, mais leur interdépendance. Chaque groupe peut être caractérisé comme une totalité dynamique ; ceci signifie qu'un changement dans l'état d'une de ses sous-parties change l'état de n'importe quelle autre sous-partie. Le degré d'interdépendance des sous-parties de l'ensemble des membres du groupe varie le long d'un axe allant d'un amas flou jusqu'à une unicité compacte. Ceci dépend, parmi d'autres facteurs, de la dimension, de l'organisation et de l'intimité du groupe ». (Lewin, s. d.)

Anzieu et Martin évoquent 5 types de groupes : la foule, la bande, le groupement, le groupe primaire et enfin le groupe secondaire. Il semble que les équipes soient composées de différents groupes en fonction de différents facteurs tels que : le corps de métier, les valeurs, mais aussi les affinités en fonction des liens interpersonnels que peuvent créer les individus.

Dans l'ouvrage *Conduite du changement : concepts clé : 50 ans de pratiques issues des travaux de 25 grands auteurs*, les auteurs relatent l'idée que Lewin décrit le groupe comme « un système en état quasi stationnaire, cet état stable en apparence, ne serait en fait qu'un état maintenu en équilibre dans un champ dynamique de forces opposées, les unes favorables aux changements et les autres favorables à la stabilité ». (Autissier, Vandangeon, Vas, 2010, p. 113)

En ce qui concerne la dynamique des groupes, Pierre De Visscher, docteur en sciences politiques et sociales, dans son article « Dynamique des groupes : connexions ou divergences ? Avatars historiques et défrichements taxinomiques », issu de la revue *Connexions*, il reprend la notion de dynamique de groupe abordée pour la première fois par Lewin lorsqu'il tente de « donner un aperçu de la dynamique des groupes » (Lewin, 1944). Il reprend aussi Kauffman (1963) dans la conclusion de son étude sur les travaux de Kurt Lewin « Nous ne pouvons isoler une période consacrée à la psychologie individuelle d'une autre période qui le serait à la

psychologie des groupes... ». La notion de psychologie dans la dynamique de groupe selon Lewin ne peut s'appréhender que comme un tout, une globalité. On ne peut dissocier la psychologie individuelle de la psychologie de groupe, puisqu'elle tient de facteurs multiples tels que les facteurs sociaux et l'idéologie. De Visscher dit « Lewin développait l'idée d'un champ psychosocial dont tous les éléments sont interdépendants de sorte qu'en agissant sur un élément quelconque, on modifie la structure d'ensemble » (De Visscher, 2012, p.114). Dans les interactions et dans la dynamique d'équipe tout est lié, si un élément change c'est tout le système qui change. Ceci s'appuie sur le postulat de Lewin selon lequel un groupe est un tout.

« En conviant les membres d'un groupe restreint à une élucidation collective de ce qui se passe en son sein, on s'attache à ce que chacun y soit écouté, entendu, reconnu, avec pour objectifs que la reconnaissance et l'écoute de l'autre s'intériorisent et se transfèrent dans la vie quotidienne, conduisant chacun à des valeurs et des pratiques de démocratie et de solidarité ». (De Visscher, 2012, p.114)

Selon De Visscher, « la pédagogie léwinienne » a pour intention de mener un groupe à réfléchir de manière collective à leur dynamique en tenant compte de l'individu lui-même et de l'autre, tout en favorisant l'écoute, la reconnaissance et faisant en sorte que ces pratiques deviennent quotidiennes menant finalement à la construction de valeurs de groupe et d'une forme de solidarité. Ceci peut être levier dans la conduite de projet et dans l'accompagnement au changement en le rendant plus sécurisant pour le groupe car cela peut diminuer la notion d'inconnu en lien avec une pratique innovante.

2.2.2.2. Paradigme et changement de paradigme

Le paradigme

Selon le *Dictionnaire Le Robert* le paradigme se définit sur le plan didactique comme « un modèle de pensée » (Dictionnaire Le Robert). Le *Centre national de recherches textuelles et lexicales* lui définit le paradigme comme : « une conception théorique dominante ayant cours à une certaine époque dans une communauté scientifique donnée, qui fonde les types d'explications envisageables, et les types de faits à découvrir dans une science donnée » (CNRTL). Dans son ouvrage *Pour une éducation au développement durable : Changer de paradigme comme on change de lunettes*, Francine Pellaud, docteur en sciences de l'éducation, pour définir le paradigme, s'appuie sur la définition d'André GIORDAN : « les paradigmes sont les fondements sociaux de la pensée qui caractérisent un groupe humain » (Pellaud, 2011,

p. 27). Dans son article « Paradigme, théorie, modèle, schéma : qu'est-ce donc ? », Gilles Willett, professeur au département d'information et de communication de l'université de Laval, Québec, reprend la définition des paradigmes sur un aspect scientifique de Thomas Samuel Khun :

« Le terme paradigme est utilisé dans deux sens différents. D'une part, il représente tout l'ensemble de croyances, de valeurs reconnues et de techniques qui sont communes aux membres d'un groupe donné. D'autre part, il dénote un élément isolé de cet ensemble : les solutions d'énigmes concrètes qui, employées comme modèles ou exemples, peuvent remplacer les règles explicites en tant que bases de solutions pour les énigmes qui subsistent dans la science normale ». (Kuhn, 1972, p. 207)

Ces définitions permettent de mettre en avant le changement de paradigmes soignant dans l'intégration de professionnels dont les compétences sont axées sur le savoir expérimentiel. Le MSP lorsqu'il intègre une unité de soins, il intègre aussi une équipe, un groupe de professionnels dont les valeurs, les croyances, et donc la reconnaissance est propre au corps de métier. La façon dont ces changements de paradigmes sont accompagnés a-t-il un impact sur le résultat ?

Changement de paradigme

Dans son essai *Thomas S. KUHN : La structure des révolutions scientifiques*, Jean Pierre Luminet, astrophysicien, conférencier et écrivain reprend les écrits de T. Kuhn et propose une définition du paradigme dans sa post face : « un paradigme est ce que les membres d'une communauté scientifique possèdent en commun, et, réciproquement, une communauté scientifique se compose d'hommes qui se réfèrent au même paradigme » (Luminet, 2018, p.286). Cette définition nous permet de faire le lien entre le groupe et les paradigmes. Toujours dans le même ouvrage, au chapitre IV : « priorité des paradigmes », Luminet, met en avant au sujet des paradigmes que : « c'est en étudiant et en les mettant en pratique que les membres du groupe apprennent leur spécialité » (Luminet, 2018, p.85). Ceci est transposable aux membres d'une équipe soignante pluriprofessionnelle. La formation, qu'elle soit médicale ou paramédicale, par l'acquisition d'un socle commun dans le cadre de la spécialité que nous avons choisi dans ce travail, la psychiatrie, inclut peu le savoir expérimentiel dans la prise en soin des usagers. Cependant la science évolue et le paradigme du soin en psychiatrie aussi, en intégrant le savoir expérimentiel mais aussi en faisant évoluer la place du patient dans les soins, non plus comme simple bénéficiaire ou élément central, mais comme acteur de ses soins. La place rendue aux patients pour les différentes prises de décisions dans son parcours de soins fait évoluer les

paradigmes, la recherche et l'intégration de métier innovants tels que les MSP aussi. Ce sont ces évolutions qui amènent le paradigme à changer. Bien que MSP et professionnels de santé œuvrent dans un but commun, améliorer la prise en soins des patients, il n'en est pas moins que le changement de paradigme puisse amener une forme de résistance auprès des professionnels. Dans l'ouvrage cité précédemment, Luminet dit :

« Au cours du développement de toutes sciences, le premier paradigme admis donne généralement l'impression de rendre compte avec succès de la plupart des observations et expériences facilement accessibles aux spécialistes de cette science [...]. Cette professionnalisation conduit d'une part à une restriction énorme du champ de vision de l'homme de science et à une résistance considérable aux changements de paradigmes ». (Luminet, 2018, p. 118)

Nous pouvons donc imaginer que le paradigme soignant est admis par les professionnels de santé au cours de leurs études. Il semble que l'évolution de ce dernier puisse remettre en question certains fondement qui le compose, et puisse avoir pour effet de générer une forme de résistance aux changements de la part des professionnels.

2.2.2.3. Résistance au changement

La résistance au changement n'est pas qu'un aspect négatif dans le changement de paradigme. C'est ce que dit Luminet dans son essai, *Thomas S. KUHN : La structure des révolutions scientifiques* « En empêchant que le paradigme soit trop facilement renversé, la résistance garantit que les scientifiques ne seront pas dérangés sans raison et que les anomalies qui aboutissent au changement de paradigmes pénétreront intégralement les connaissances existantes » (Luminet, 2018, p. 119). L'intérêt de cette résistance aux changements, permet de vérifier l'utilité de ce changement de paradigme. Ces changements auront pour conséquences la remise en question voire la suppression de certaines croyances pour que l'évolution soit aboutie et permette de construire de nouveaux outils, ou d'améliorer les outils existants nécessaires au paradigme. Dans le même ouvrage, Luminet dit : « Les changements dans lesquels ces découvertes étaient impliquées furent tous destructifs autant que constructifs » (Luminet, 2018, p.120). Lorsque les paradigmes sont remis en question, la phase de déconstruction est un passage obligatoire pour les faire évoluer. « La crise signifie qu'on se trouve devant l'obligation de renouveler les outils » (Luminet, 2018, p. 136).

2.2.3. Conduite de projet

2.2.3.1. Définition

Le projet est défini par le *Centre national de ressources textuelles et lexicales* : « Ce que l'on a l'intention de faire et estimation des moyens nécessaires à la réalisation » (CNRTL). Sur le plan étymologique, projet représente « l'idée de jeter en avant » (CNRTL).

Dans son ouvrage *Anthropologie du projet*, Jean Pierre BOUTINET (2012) met en avant la présence de plus en plus prégnante de la « culture du projet », « très souvent le projet a une connotation positive : il apparaît comme naturellement bon, d'où cette valorisation systématique. Le projet fait partie de cette catégorie de concepts, tel celui d'identité » (Boutinet, 2012, p. 4). Il parle de la vision anthropologique du projet dans le temps et de leurs effets sur les individus. Le projet est significatif de changement, Boutinet dit « le projet nous apparaît comme figure renvoyant à un paradigme symbolisant une réalité qui semble préexister et nous échapper : celle d'une capacité à créer, d'un changement à opérer » (Boutinet, 2012, p. 7), « Le management de projet est une pratique ancienne mais une discipline récente qui s'est développée considérablement dans les formations et dans la recherche » (Garel, 2011, p. 3).

Le sociologue en économie Thomas Riverdy (2021), dit que :

« La temporalité du projet offre un espace de jeu aux acteurs, promoteurs, commanditaires, chefs de projet, responsables des différentes sous-parties du projet. La capacité d'anticipation est toujours limitée, les apprentissages réalisés au fur et à mesure révèlent les écarts entre ce qui avait été imaginé et ce qui peut être réalisé, la pertinence des objectifs et leur faisabilité peuvent être remises en question. Ainsi, la conduite d'un projet conjugue anticipation et apprentissage, prescription et adaptation, avec des décalages plus importants que ceux que l'on rencontre dans les activités de production ou de service qui sont répétitives ». (Riverdy, 2021, p.263)

Cela fait écho à ma situation et met en avant l'importance de la temporalité dans la conduite de projet. La temporalité est-elle un élément essentiel dans la conduite de projet ?

2.3. Les entretiens exploratoires

Mon questionnement initial s'est enrichi tout au long de cette année de formation par les apports reçus lors des cours, mais aussi par les différents stages que j'ai pu réaliser, par les lectures et plus particulièrement par l'opportunité que j'ai eu de m'inscrire dans la construction d'un projet grandeur nature (PGN) proposé par l'IFCS. Ce PGN sur le « partenariat en santé », m'a permis d'étayer mon questionnement par des échanges informels auprès de mes collègues de promotions mais aussi auprès des différents professionnels de santé du GHU. La majorité de mes camarades n'avaient aucune connaissance quant à la professionnalisation d'anciens usagers ou patients en vue de leur intégration au sein des équipes paramédicales. C'est en ce sens qu'a été construit ce PGN, qui a pour vocation de promouvoir le partenariat en santé et de développer la collaboration entre les MSP et les professionnels de santé afin de combiner le savoir scientifique et le savoir expérientiel.

2.3.1. Choix de l'outil exploratoire

Afin de conforter ma question de départ, j'ai réalisé en décembre 2021 deux entretiens exploratoires, semi-directifs, auprès de deux professionnels ayant une expérience d'intégration d'un MSP dans une équipe. Ces entretiens ont été réalisés auprès d'un MSP et d'un CDS. La première personne que j'ai choisie d'interroger est un homme, patient expert, il est aujourd'hui coordinateur de pédagogie et de recherche de la promotion de MSP, à l'université Paris XIII Licence Sciences Sanitaires et Sociales Parcours Médiateurs de Santé Pair. La prise de contact s'est faite lors d'un cours sur les médiateurs de santé-pair dispensé dans le cadre de l'IFCS. La seconde personne est actuellement cadre de santé en psychiatrie, elle a l'expérience de l'intégration d'un MSP alors qu'elle exerçait en qualité d'IDE, elle parle de la place d'une IDE et d'une CDS. Le contact a été établi grâce à ma directrice de mémoire. Les deux entretiens se sont déroulés via l'outil TEAM'S®.

2.3.2. Les entretiens exploratoires réalisés

Lors des entretiens, les deux professionnels évoquent le changement de paradigme en lien avec l'intégration des MSP dans les équipes en psychiatrie. Ces intégrations entraînent un changement profond dans les pratiques soignantes mais aussi organisationnelles et génèrent de l'insécurité, pour plusieurs raisons selon eux. L'innovation, l'inconnu, sont générateurs d'insécurité pour les équipes, l'intégration de métiers méconnus par les professionnels, le manque de sens que l'on donne à ce métier. Le manque de reconnaissance de ce métier, l'absence de référentiel, l'absence de statut pourraient être des freins à l'intégration. Tous deux mettent en avant que la préparation de l'intégration en amont avec les équipes permettrait de donner du sens. La CDS évoque le manque de clarté.

La professionnelle revient sur son vécu et évoque un sentiment de dépossession de son savoir, de remise en question de son identité et de ses valeurs professionnelles. Le MSP évoque lui aussi le sentiment de dépossession que cela peut générer dans les équipes et relate son expérience et le discours des professionnels qu'il a rencontré : *« en accueillant un nouveau professionnel, de nouvelles compétences, on risque de perdre plutôt que de gagner quelque chose »*.

Tous deux admettent que l'intégration d'un MSP dans une équipe est aussi propre aux individus, à leurs valeurs personnelles et professionnelles, à leur culture. La confiance est un élément essentiel à la collaboration, elle demande du temps et doit être accordée par l'intégralité de l'équipe. La pathologie psychiatrique pourrait être un frein à la relation de confiance selon le patient expert. La stigmatisation de la pathologie en psychiatrie pourrait être un frein à l'intégration, les équipes rencontrent des difficultés à se détacher de la pathologie, d'autant plus en psychiatrie selon la professionnelle. Cela fait écho avec la valeur du savoir professionnel et du savoir expérientiel, la professionnelle se questionne *« est-ce parce que j'ai vécu une expérience que je deviens experte dans le domaine ? »*.

Cela remet aussi en question l'identité professionnelle de chacun. La préparation et l'adhésion de l'équipe dans la construction d'un tel projet est importante car elle permet de mettre du sens quant à l'évolution des pratiques, mais aussi des connaissances sur ce métier.

Tous deux sont unanimes quant à l'importance de la préparation des équipes et des patients en amont de l'intégration du MSP. Cette anticipation permettrait, selon eux, de mettre du sens sur ce nouveau métier, de définir et de clarifier son rôle au sein du service et de l'institution.

L'innovation est vectrice d'incertitude et donc d'insécurité. Si le projet innovant n'est pas accompagné, il se peut que cela soit un frein à l'aboutissement.

2.3.3. Analyse des entretiens

Le changement de paradigme :

L'intégration d'un MSP fait évoluer l'organisation, cette dernière est centrée sur la personne et moins sur l'organisation et les services mais les pratiques de soins qui tendent vers le rétablissement. Selon le MSP il y a un « changement dans pouvoir d'agir » dans les soins au quotidien pour les professionnels « s'imaginer que l'on sait ce qui est bon pour l'autre ». Les professionnels de santé peuvent vivre cela comme une remise en question de leurs savoirs.

La conduite de projet :

Il est important selon eux que le projet soit préparé en amont, c'est un « gage de réussite ». Cette préparation peut être envisagée de différentes manières. La pédagogie : le passage par la formation des professionnels au métier de MSP permet d'apporter des connaissances sur le métier, la formation mais aussi d'envisager le rôle et la collaboration.

La résistance aux changements :

Cela génère de l'insécurité, la résistance au changement est donc un moyen de défense pour les équipes. Ces résistances au changement peuvent s'expliquer par le manque de sens de ce nouveau métier, et l'intérêt de faire évoluer les pratiques.

Il ressort aussi de ces deux entretiens la notion de reconnaissance et d'identité professionnelle que je ne traiterai pas comme concept en soi mais que j'approfondirai dans les concepts de conduite de projet et de conduite de changement.

Ces deux entretiens nous permettent de conforter l'orientation des différents concepts tels que : l'innovation, la conduite de projet, et la conduite de changement. L'approche conceptuelle nous aura permis d'établir notre question de recherche.

3. DE LA QUESTION DE RECHERCHES AUX HYPOTHÈSES

3.1. Question de recherche

Au fil de ses recherches théoriques, de la mobilisation des différents concepts évoqués, de l'enrichissement de la réflexion grâce aux entretiens exploratoires menés et de la richesse des échanges que nous avons pu avoir avec mes pairs et après validation de la note de recherche, nous pouvons émettre la question suivante :

En quoi le changement de paradigme en lien avec l'intégration des métiers innovants, tels que les médiateurs de santé, pairs doit être accompagnée dans la conduite de projet ?

3.2. Les hypothèses de travail

Afin de répondre à cette question, nous avons émis trois hypothèses auxquels nous tenterons de répondre :

- L'innovation amène à un changement de paradigme ce qui bouscule les organisations et peut amener à une résistance au changement
- La façon de conduire le projet favorise le changement de paradigme

4. METHODOLOGIE ET REALISATION DE L'ENQUETE DE TERRAIN

Afin de répondre à notre question de recherche et aux hypothèses évoquées, il est essentiel d'envisager les différents outils d'enquêtes. Il est important de définir en amont la technique d'enquête la plus pertinente en regard du thème, de la question de recherche et des hypothèses de réponses proposées. Plusieurs techniques d'enquêtes s'offrent à nous dans le cadre de la recherche, elles sont complémentaires. Dans la partie de conceptualisation nous avons eu recours à l'analyse documentaire. Lors de la phase exploratoire, et en vue de l'élaboration de la question de recherche, nous avons eu recours à l'entretien semi directif. L'observation directe n'a pas été une méthode retenue dans le cadre de ce travail de recherche. Le positionnement du chercheur dans la technique d'observation directe peut modifier les comportements des sujets observés par sa simple présence, qu'il soit incognito ou non, que le sujet de l'étude ait été divulgué ou pas. Afin de rendre cette recherche la plus fiable et la plus proche de la réalité de terrain l'outil retenu est l'entretien semi directif.

4.1. Aspect méthodologiques généraux

Dans le cadre de la formation, nous devons réaliser ce travail d'initiation à la recherche, ce qui implique que nous devons adopter une posture de chercheur en sciences sociales afin de comprendre un phénomène observé et de l'analyser.

4.1.1. Le choix de l'outil

L'outil retenu est l'entretien semi-directif, au vu du temps qui nous est imparti dans la réalisation de ce travail il nous est apparu le plus opportun tant dans sa réalisation que dans son analyse. Il permet d'apprécier l'aspect qualitatif, et nous permettra de recueillir de nombreuses données qui apporteront de la matière à notre analyse. L'entretien semi directif est basé sur des outils de communication, il laisse une certaine liberté d'expression à l'interviewé tout en ne perdant pas de vue l'objectif de cet entretien et permet au chercheur d'apprécier le langage non-verbal. En vue de la réalisation de ces entretiens, nous avons élaboré une grille ([Annexe I](#)) qui nous permis de construire le corps de nos entretiens. La première partie contient le talon sociologique, et permet par la suite d'aborder les thèmes de l'innovation, la conduite de changement et la conduite de projet.

4.1.2. Le terrain de l'enquête

Afin de confronter nos hypothèses à la réalité de terrain, nous avons choisi de réaliser ses entretiens semi-directifs auprès de services de psychiatrie ambulatoire travaillant ou ayant travaillé avec des MSP, dans différents établissements de santé. La possibilité d'interroger des professionnels appartenant à différentes institutions nous permettra d'apprécier les différentes dynamiques de conduite et de mise en place de projet et sera un élément de comparaison supplémentaire dans notre analyse. Enfin cela nous aura permis de fournir des éléments concrets sur la conduite de projet, la conduite de changement mais aussi sur les changements de paradigmes qu'implique l'intégration de ce métier innovant.

4.1.3. Le choix de la population

Le choix de ces terrains d'enquête offre l'opportunité d'interviewer quatre corps de métiers différents : IDE, ISP, CDS et MSP. Ce panel de professionnels offre la possibilité d'obtenir et de confronter différents points de vue quant à l'intégration de métiers innovants en milieu hospitalier. La richesse des informations obtenues permettra d'apporter des éléments complémentaires dans analyse. Les quatre catégories professionnelles sont issues d'équipes différentes, sauf dans un cas où ils font partis de la même équipe. La richesse que pourrait apporter le fait d'interroger quatre corps de métier sera de recueillir des informations vues sous des angles différents apportant de la consistance à mon analyse. Cela nous permettra d'enrichir notre recherche grâce à une analyse croisée et de confirmer ou infirmer les hypothèses évoquées.

4.1.4. Prise de contact

Au cours de cette année de formation, nous avons pu réaliser des stages dans différentes structures. Cela nous a permis d'appréhender des fonctionnements institutionnels différents de ceux que nous avons eu l'occasion de rencontrer au cours de notre parcours professionnel. C'est par le biais de l'un de nos terrains de stage que nous avons pu prendre contact avec les trois corps métiers d'une même équipe. L'opportunité de s'inscrire dans le PGN « partenariat en santé » a permis d'ouvrir notre réseau en lien avec les MSP, c'est aussi par ce biais que nous avons pu prendre contact avec certains professionnels interviewés. Notre réseau personnel de professionnels a été lui aussi sollicité. Huit professionnels ont accepté de répondre à notre

interview : 2 MSP, 2 IDE, 2ISP, et 2 CDS ont été interrogés. Les professionnels ont été sollicités soit de manière directe lors d'un échange, soit par téléphone, soit par mail. Certains terrains ont souhaité lire le guide en amont de l'entretien. Deux entretiens ont été réalisés en présentiels, les six autres se sont déroulés en visioconférence dans un souci de distance géographique et de contrainte de temps dans la réalisation de ces rencontres.

4.1.5. Les aspects éthiques

L'aspect éthique est une contrainte qui doit être prise en compte, et ce dès le choix de l'outil d'enquête afin d'obtenir les informations les plus proches de la réalité du terrain. Les professionnels ayant donné leur accord pour ces entretiens ont été informés de leur confidentialité et de notre neutralité au sujet des échanges que nous allions avoir. Ils ont donné leur accord pour que ces entretiens soient enregistrés ce qui nous permettra de faciliter leur retranscription, et de favoriser l'écoute active. Les huit entretiens réalisés seront exploités dans l'analyse de façon anonyme. Les différents interviewés seront identifiés par un prénom fictif suivi de la catégorie professionnelle, de la manière suivante : catégorie professionnelle suivi de chiffre 1 ou 2. Un entretien a été retranscrit dans son intégralité de façon anonyme et placé en annexe ([Annexe II](#)).

4.1.6. Le talon sociologique

Huit professionnels ont été interrogés, issus de quatre catégories professionnelles différentes : 2 MSP, 2 IDE, 2 ISP et 2 CDS. Ils travaillent tous dans le domaine de la psychiatrie, et ont tous vécus l'expérience de l'intégration d'un MSP au sein d'une équipe paramédicale. Cinq femmes et trois hommes ont participé à cette enquête, il ne se semble pas que cela ait une incidence dans la qualité et la teneur des propos recueillis.

	Age	Sexe	Service	Profession	Diplôme (s)	Année d'obtention du diplôme
MSP 1 Olivier	57 ans	M	HDJ	MSP	Licence MSP Paris XIII	Non renseigné
MSP 2 Joël	33 ans	F	CMP- CATTP	MSP	Licence MSP Paris XIII Master ingénieur juriste en environnement	2019 2013
IDE 1 Aline	45 ans	M	Psychiatrie	IDE	DE Infirmier	2003
IDE 2 Julie	36 ans	F	HDJ	IDE	DE Infirmier	2008
ISP 1 Claire	58 ans	F	CMP	ISP	ISP	1989
ISP 2 Sylvie	52 ans	F	Centre de réhabilitation psychosocial	ISP	ISP	1992
CDS 1 Ghislaine	58 ans	F	CMP- CATTP	CDS	Master 1 Science de l'éducation Diplôme de cadre de santé DE Infirmier DEAS	2014 1997 1984
CDS 2 Hélène	59 ans	F	HDJ	CDS	Master 1 non renseigné Diplôme cadre de santé DE Infirmier	2009 Non renseigné

4.3. Le déroulement de l'enquête

4.3.1. Le guide d'entretien

Cette grille d'entretien a été construite avec l'aide de notre directrice de mémoire, mais aussi avec la collaboration de deux de mes pairs bénéficiant de l'accompagnement de la même directrice, lors d'une guidance groupale organisée à notre initiative. Cette configuration nous a permis de nous assurer de la compréhension des questions mais nous aura aussi permis de faire part de nos aprioris quant aux thèmes. La conception du guide d'entretien a été une réelle ressource pour l'analyse. En effet sur les conseils de notre directrice de mémoire, ces grilles ont été construites par thème de manière à recevoir à la fois nos aprioris quant aux thèmes et aux questions, une colonne est réservée aux aposterioris des interrogés auxquels nous n'avons pas pensé. Et enfin cette dernière colonne nous permet de noter les verbatims des professionnels interrogés par thème ce qui facilite l'analyse.

4.3.2. Les entretiens semi directifs effectués

Les entretiens ont débuté à la mi-février 2022 et se sont terminés en avril 2022 pour des raisons de contraintes organisationnelles et d'annulation des rendez-vous au dernier moment. Ils se sont pour la majorité effectués en visioconférence et minoritairement en présentiel.

4.3.3. La retranscription des entretiens

La retranscription des entretiens a été réalisée immédiatement après chaque entretien via l'outil proposé par WORD[®] et une correction soigneuse y a été apportée. Une synthèse a été réalisée et les verbatims retenus ont été extraits pour les intégrer à la grille d'analyse pour chaque entretien. Enfin pour faciliter l'analyse les grilles huit entretiens ont été réunies dans un même tableau.

4.4. Les limites de l'enquête

La première limite que nous avons pu identifier est celle du nombre d'entretiens réalisés. En effet le temps imparti à la réalisation de ce travail de recherche ne nous permet pas de réaliser davantage d'entretien, afin de répondre finement à cette question de recherche. Ce manque de temps s'est aussi fait contraignant dans le cadre d'une recherche de population cible plus précise. L'intérêt aurait été que les interviewés soient tous issus de la même équipe, cependant cela s'est avéré compliqué de réunir les professionnels et de les rendre disponibles sur trois créneaux différents, ce qui ne nous a permis que d'obtenir les propos d'une seule équipe au complet. Le nombre de personnes interrogées ne montre pas une représentativité équitable en termes de catégorie professionnelle. En effet nous noterons que le corps infirmier est représenté en majorité dans cette enquête. Par ailleurs si d'avantage de temps nous avait été impartis, il aurait été intéressant d'interroger d'autre corps de métier qui travaillent au quotidien avec les MSP tels que les ergothérapeutes, les psychologues, les médecins, les aides-soignants, les éducateurs, les IPA...

Nous avons aussi rencontré des difficultés pour interroger les professionnels. Il semble qu'à plusieurs reprises les responsables d'unités se soient montrés réticent à répondre à notre demande, argumentant le manque d'expérience des MSP et le manque de recul quant à leur intégration. Une CDS a refusé que les entretiens soient menés en individuel, et proposera de le réaliser en groupe tout corps de métiers confondus, proposition que nous avons déclinée afin de ne pas recueillir de propos qui auraient pu manquer d'objectivité. Les modalités de réalisation des entretiens en distanciel ont présenté des avantages mais aussi des inconvénients. Au cours d'un entretien en visioconférence nous avons à deux reprises perdu la connexion internet. Cette interruption a été un frein la fluidité de l'échange. Par ailleurs, même si l'outil informatique nous permet de réduire la contrainte géographique dans la réalisation des entretiens, il nous semble que cela ne nous permette pas d'apprécier l'ensemble de la communication non verbale et corporelle des interrogés, ce qui est une source non négligeable dans l'analyse.

Par ailleurs notre position d'apprenti chercheur, nous demande un effort tout particulier dans la mise à distance de notre situation d'appel. Cet affranchissement de nos prénotions est essentiel pour conserver l'objectivité nécessaire à la conduite de nos entretiens et ne pas induire la réflexion des enquêtés.

5. ANALYSE DES RESULTATS

Afin de rendre cette analyse exhaustive, nous avons procédé à un classement des données recueillies par thèmes : l'innovation, le changement et le projet. Ces données seront agrémentées tout au long de la lecture par des liens avec nos concepts.

5.1. Présentation globale des résultats

5.1.1. Analyse de la population

La population interrogée lors de cette enquête se situe dans une tranche d'âge allant de 33 à 59 ans. Les différents professionnels ont tous une longue expérience de la psychiatrie, deux d'entre eux sont issus de la filière infirmière de secteur psychiatrique (référentiel datant d'avant 1992). Tous ont fait le choix de travailler dans cette discipline. Olivier et Joël, tous deux titulaires de la licence de MSP, ont vécu deux intégrations chacun, dans des équipes paramédicales. Les premières intégrations se sont soldées par un échec pour eux deux, selon eux en lien avec un manque de préparation en amont de l'intégration.

Joël (MSP), Ghislaine (CDS), et Sylvie (ISP) sont issus de la même équipe, ils ont accepté de répondre à cette enquête individuellement. Aline (IDE), Julie (IDE), Claire (ISP), Olivier (MSP) et Hélène (CDS) sont eux issus d'établissements différents. Nous pouvons noter qu'ils ont tous les mêmes notions quant aux missions d'un MSP au sein d'une unité. Nous remarquerons au cours des différents entretiens que les ressentis quant au vécu de l'intégration des MSP sont différents en fonction de la catégorie professionnelle.

5.2. L'aspect innovant de l'intégration d'un MSP au sein d'une équipe, vous avez dit innovant... ?

Lors de notre enquête nous avons d'abord cherché à déterminer ce qui peut paraître innovant dans l'intégration d'un médiateur de santé pair. Au cours de nos recherches et en amont de la réalisation de ces enquêtes, nous avons défini l'innovation comme une amélioration de l'existant, non comme une nouveauté. Nous avons alors posé la question aux professionnels. Tous les corps de métiers notent que ce qui est innovant dans le métier de MSP, c'est l'intégration d'un patient professionnalisé à une équipe soignante dont la fonction première est le partage de son savoir expérientiel et qui vient remettre en question les pratiques, la manière

de fonctionner d'une institution, d'une équipe, en vue de les faire évoluer. Hélène (CDS) définit un métier innovant en milieu hospitalier comme une profession qui remet en question les pratiques soignantes et « favorise la réflexion en interrogeant la place de chacun... ainsi que le pour quoi et le pour qui d'une équipe professionnelle déjà en place ». Le métier de MSP est innovant parce qu'il amène un concept nouveau dans les soins, selon Aline IDE « C'est une pratique qui vient compléter l'offre de soin pour le patient mais aussi pour sa famille, ses proches... par l'acquisition de leur savoir expérientiel et la transmission ». Par son intégration, le MSP va amener les professionnels à se questionner sur leurs pratiques quotidiennes, à prendre du recul, et à se remettre en question. Sylvie (ISP) dit que « c'est un métier qui apporte enfin... qui permet de faire ce que j'appellerai... un pas de côté et j'utilise souvent le mot *dépoussiérer* », elle ajoute que ce métier vise à apporter aussi une meilleure qualité des soins. Ce qui est innovant c'est la rencontre entre les savoirs expérientiels et les savoirs théoriques en vue de coconstruire de nouveaux savoirs propices au rétablissement. Le MSP est alors porteur d'un message d'espoir auprès du patient et de ses proches. Il se fait parfois le traducteur dans un parcours de soins complexe. La notion de rétablissement est mise en avant puisque le MSP fait part de son propre parcours de rétablissement, et par sa professionnalisation fait évoluer le concept de rétablissement en s'appuyant non plus sur les compétences professionnelles acquises par l'apport de savoirs scientifiques mais par l'expérience de son parcours de rétablissement.

5.2.1. Paradigme... mais de quel paradigme parle-t-on ?

Les deux MSP évoquent l'intégration de leur métier au sein des équipes soignantes comme une nouvelle approche des patients, des usagers, mais aussi des professionnels. Olivier MSP, évoque même « un nouveau paradigme... car c'est une nouvelle façon de comprendre, de concevoir et de pratiquer des soins ». Il explique que ce métier émergent amène à déformer, à déconstruire, une partie de notre savoir de soignant et la posture qui en découle. Selon lui, ce changement de posture permet d'appréhender le patient, l'usager, comme un individu à part entière avec des désirs et des besoins autres que les soins. Il nous semble important de revenir maintenant sur la construction du paradigme soignant, et plus particulièrement du paradigme en soins infirmiers. Dans son article « Réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline », issu de la revue *Sciences des soins infirmiers*, Christophe DEBOUT, infirmier anesthésiste, cadre de santé, docteur en épistémologie et philosophie des sciences dit que « La production des connaissances en sciences des soins infirmiers est marquée par une quête

constante des critères de scientificité » (Debout, 2008, p 75). En amont de la construction du paradigme de soins infirmiers, il est tout d'abord question de la construction de savoirs scientifiques infirmiers, puis vient le paradigme et enfin l'utilité clinique. Christophe Debout dans le même article reprend les recherches de Suzanne Kerouac, professeure, doyenne de la faculté des sciences infirmières de l'université de Montréal, qui identifie trois paradigmes dans l'évolution de la profession infirmière :

« Cette quête de paradigme amènera Kérouac (1994) à identifier trois paradigmes apparus successivement dans l'évolution de la profession :

- la catégorisation [...]
- l'intégration [...]
- la transformation, influencée par le courant existentialiste, voit en la personne comme un être unique et singulier porteur de ressources et capable de choix qui vont influencer sa trajectoire de vie et de santé. » (Kerouac, 1994)

Cette dernière approche du soin infirmier est finalement assez similaire à celle qu'ont les MSP dans l'accompagnement vers le rétablissement. Ces derniers s'appuient sur les compétences et les ressources des patients afin qu'ils deviennent leur propre outil au quotidien. Les soignants et les MSP travaillent autour du même sujet : le patient ... Mais alors qu'est ce qui change au fond ?

5.2.2. Changement de paradigme... pas si changeant... comment le voient les professionnels ?

L'intégration des médiateurs de santé pairs fait évoluer les paradigmes vers une organisation des soins centrés sur la personne. Selon Ghislaine CDS, « *l'intégration de la pair aide transforme un paradigme soignant* ». Ce qui fait que le paradigme se transforme c'est que les soignants étaient considérés comme les « sachants » et que grâce à l'intégration des MSP vient s'ajouter le savoir expérientiel à la prise en soin du patient. Cela amène de la réflexion sur les pratiques soignantes et permet de se détacher de ce que le soignant pense être bon pour le patient, mais plutôt de s'appuyer sur ses envies et sur ses compétences et de remettre le patient comme acteur principal dans ses soins. Olivier MSP, dit « *C'est réveiller le pouvoir d'agir de l'utilisateur, du patient par la transmission du savoir expérientiel* ». Le MSP fait passer un message d'espoir dans les soins en s'appuyant sur les compétences des patients, des usagers et de leurs proches. Il permet aux professionnels d'adapter leurs soins à l'individu. C'est en ce sens, selon lui, que l'intégration du MSP peut amener une forme de résistance des soignants par le manque d'informations et de formations lors des professionnalisations des soignants, car la construction

de ce paradigme de soin débute dès le statut d'étudiant. La plus-value du MSP dans la transmission du savoir expérientiel c'est son action sur la capacité d'agir du patient et donc qu'il trouve ses propres ressources en matière de rétablissement. Selon Aline IDE « *C'est gagnant gagnant...* », Claire ISP quant à elle remarque que le regard neuf que peut avoir le MSP sensibilise les soignants sur des aspects des prises en charge que l'on ne voit plus et permet de prendre du recul, « *un nouveau regard aussi sur le soin... comment regarder, élargir un peu la notion de soin aussi ... parce que les personnes n'ont pas pour objectif uniquement de prendre des médicaments et cetera...c'est aussi l'objectif c'est là réinsertion dans une vie quelle qu'elle soit de revenir acteurs non seulement de ses soins mais également de de sa vie tout simplement* ». Selon Hélène CDS cela a eu pour effet de mobiliser les références théoriques, de les développer en vue de les améliorer, d'apporter une réflexion sur la relation au patient et de développer une réflexion commune. Quant à Sylvie « *Ça permet aussi de donner un petit côté optimiste aux familles sur le rétablissement de voir que... voilà, il a pu passer par des crises et qu'aujourd'hui il travaille avec nous. C'est enfin... voilà, je pense que tout ça c'est super. Enfin, c'est super enrichissant, ça apporte progression dans tous les sens du terme* », elle met en avant que l'intégration d'un MSP enrichît la notion de rétablissement auprès du public soignant, permet de déstigmatiser la pathologie mentale et de ramener la notion de citoyenneté. La déstigmatisation sera probablement le premier effet qu'aura l'intégration du MSP sur l'équipe.

5.2.3. Déstigmatisation

Au cours de notre enquête, il a, à de nombreuses reprises, été question de stigmatisation de la pathologie mentale. Erwin Gauffman, sociologue, définit la stigmatisation comme « le fait de réduire une personne à un attribut discréditant » (Gauffman, 1963). Les MSP, par leur parcours ont une double vision de cette stigmatisation vis-à-vis de leur statut d'ex-patient, ex-usager. Au cours de leur professionnalisation et plus particulièrement à la suite de leur intégration ils ont pu être témoins de stigmatisation de la part des professionnels. Dans un premier temps, nous nous intéresserons de manière plus générale à la stigmatisation de la pathologie mentale.

Olivier MSP fait remarquer que les lieux de soins sont les premiers stigmatisants par le vocabulaire qu'utilisera le professionnel lorsqu'il parle du patient. Lors de nos recherches, nous nous sommes appuyés sur un article de recherche réalisé par le Professeur Antoinette Prouteau et Kevin-Marc Valery. Cet article, *Stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale et facteurs associés* a été menée en 2020 par le Laboratoire de Psychologie EA 41 39 de

l'Université de Bordeaux. Dans ce document ils reprennent une recherche menée et publiée en 2007 par Beate Schulze, sociologue :

« Les professionnels de santé mentale sont au cœur de cette problématique, notamment parce ce qu'ils sont eux-mêmes une source de stigmatisation : 22% des situations de stigmatisation rapportées par les personnes ayant une schizophrénie et leurs familles sont vécues « lors de contacts avec les professionnels de santé mentale », contre 17% de situations d'interaction avec des inconnus, ou encore 9 % de situation en rapport avec l'emploi ». (Schulze, 2007, p138)

Selon Joël MSP, par l'intégration de patients professionnalisés, ce qui fondamentalement change c'est la question de la santé mentale et de la professionnalisation. Parfois les professionnels de santé peuvent ne pas se sentir concerné par la maladie, la fragilité, or personne n'est à l'abri. Il n'est pas exclu qu'un soignant puisse un jour déclarer une pathologie psychiatrique chronique ou ait pu à une période de sa vie souffrir d'une pathologie psychiatrique. C'est là le discours entre le MSP et les infirmiers qui tente de faire évoluer les échanges au sein de l'équipe en ce qui concerne la considération du patient en tant qu'individu, *« moi je suis encore et toujours choqué par la manière dont on parle des personnes concernées entre professionnels [...] je considère qu'on ne doit pas dire que quelqu'un est schizophrène où bipolaire parce que c'est le réduire à un diagnostic ou une pathologie[...]et pourtant tous les jours dans mon quotidien au sein du CMP j'entends ah monsieur schizophrène un tel... il faut que je te parle il est bipolaire... j'aimerais bien que tu le rencontres... ou en réunion d'équipe c'est un borderline typique... tout ça... ce genre de chose là... »*. Julie IDE, remarque une tendance à la stigmatisation de la pathologie mentale par les soignants. Après quelques mois de collaboration, Claire ISP nous fait part que cette intégration a eu pour effet de faire évoluer le regard soignant, le langage et la perception que l'équipe peut avoir des patients qui parfois peut être stigmatisante. Elle note un changement de comportement dans sa façon de parler des patients, elle est plus vigilante aux mots qu'elle utilise à leur égard, moins stigmatisante : *« je pense qu'avec le temps passé, avec la fatigue...des fois on peut être moins sensible, et faire moins attention... voilà... à ce qu'on dit, et être...Voilà... à faire attention à l'humanisation un peu dans les soins. Après voilà... faire attention à son langage [...]. On peut être entre nous en disant celui-là le schizophrène, voilà le bipolaire d'hier... Non non ! Il est... il souffre d'un trouble bipolaire, ce n'est pas la même chose. [...] En tout cas, moi je fais attention maintenant »*. C'est aussi l'avis de Ghislaine CDS. Joël MSP, à la suite d'échanges avec ses collègues, note une évolution de leur point de vue tant dans l'accompagnement des patients que dans les représentations de la pathologie en santé mentale.

5.2.3.1. *Mais qu'en est-il de la stigmatisation des MSP au sein des équipes ?*

Dans la partie précédente nous avons évoqué la stigmatisation de la pathologie mentale, plus particulièrement des patients, par les professionnels de santé. La stigmatisation au sein des équipes paramédicales ne s'arrête pas au patient dans le milieu des soins. Nos deux MSP ont aussi eu le sentiment d'être eux aussi stigmatisés par les professionnels avec qui ils travaillent. Olivier MSP a parfois eu l'impression qu'il « *bénéficiait d'une attention un peu plus soutenue, parfois même exagérée de la part de l'équipe* ». Le sentiment de manque d'autonomie dans un premier temps était selon lui lié au manque de confiance et aux préjugés que pouvait avoir l'équipe quant à son statut d'ex-usager. Ghislaine CDS lors de son accompagnement dans l'intégration du MSP, s'est montrée plus vigilante quant à son état de santé, plus attentive. En tant que cadre de santé elle porte un regard plus attentif premièrement parce que c'est novateur mais aussi il semble, à demi-mots, qu'il soit difficile de se dégager de l'idée que le MSP soit atteint d'une pathologie chronique « *Bah parce que c'est mon regard aussi, mon ancien regard de...* ». Sylvie ISP, fait part de son ressenti et aussi de celui de l'équipe à laquelle elle appartient « *Le fait que la personne soit aussi un usager et été à un moment donné... même si elle n'est pas actuellement un usager de la psychiatrie peut faire que notre regard de soignants peut dévier... et voilà donc c'est ...c'est... c'est d'intégrer cette personne comme une collègue... un collègue encore une fois et pas comme en tant que usagers de la psychiatrie* ». Au cours de l'expérience de Sylvie, le premier MSP qui avait intégré cette équipe a malheureusement présenté des signes de décompensation de sa pathologie et a donc interrompu son contrat de travail. La seconde intégration a été davantage préparée ce qui semble avoir favorisé la réussite de l'intégration. Les professionnels auraient tendance à voir le MSP de prime abord comme un patient, ce qui rend difficile son intégration car ils se mettraient face à lui en position de soignant plus qu'en position de collègue. Ce qui peut être une difficulté dans le fait que chacun trouve sa place. Cependant tous, après la période d'intégration et si la collaboration s'installe de manière effective, notent que rapidement ce regard parfois stigmatisant disparaît ce qui est encourageant dans le cadre du parcours vers le rétablissement. C'est ce que nous retrouvons dans le rapport du Pr Prouteau et de Valéry :

« Certaines caractéristiques professionnelles, individuelles comme contextuelles, sont associées avec cette stigmatisation : la littérature met en avant le sentiment d'accomplissement professionnel, les pratiques orientées vers le rétablissement et

le contact avec des personnes en cours de rétablissement comme des facteurs associés à moins de stigmatisation ». (Prouteau, A., Valery, K-M., 2020, p. 13)

Nous pouvons donc espérer que les intégrations de MSP au sein des équipes soignantes permettront de diminuer les situations stigmatisantes au sein des équipes de soins et de tendre plus facilement vers le rétablissement.

5.3. Le changement

5.3.1. Histoire d'intégration

L'intégration du métier de MSP au sein des équipes paramédicales en psychiatrie n'est pas la seule émergence de métiers innovants qu'ait connus les professionnels de santé. Tous les professionnels interrogés lors de notre enquête ont évoqué l'intégration des aides-soignants, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, tous ces métiers qui ont intégrés tardivement la discipline de psychiatrie. Ils ont tous fait le lien avec l'intégration des MSP. Sylvie ISP nous dit « *la problématique des nouveaux métiers... parce que pour avoir connu un ergothérapeute qui est arrivé un peu comme ça... brutalement c'était très compliqué... qu'est ce qui... voilà relevait de l'ergothérapeute ?* » Le fait de connaître les missions du MSP en amont de son intégration permet de diminuer le sentiment de crainte et l'impression d'être dépossédé de son travail de soignant. « *Mais on avait eu le cas aussi avec l'ergothérapeute qui nous a expliqué un petit peu sa formation, les missions de son métier etc... et pour qu'on comprenne un peu mieux parce que sinon on a l'impression que ça... ça... mais enfin on est fait de ça aussi hein... de dire bah tiens elle empiète sur mes plates-bandes ! voilà c'est... c'est aussi une réalité hein on est tous fait aussi de de territoires... on est un peu des animaux à la base et de savoir définir où sont nos... nos limites... c'est... c'est important* ». Joël MSP note une certaine méfiance de l'équipe lors de son arrivée. En échangeant autour de ses impressions auprès d'autres corps de métiers qui, historiquement, ont intégré tardivement les services de psychiatrie, ces derniers lui témoignent le même ressenti à leur égard vis-à-vis de l'équipe IDE. « *Pour avoir discuté avec d'autres collègues paramédicaux, des ergothérapeutes, des psychomotriciens qui ont rencontré le même genre de choses dans les équipes dans lesquelles ils sont arrivés... parce que... et je parle de l'équipe infirmière... parce que c'est un métier à part... il y a un peu une forme de concurrence... on sait pas... on sait pas non plus ce qui est travaillé et donc c'est... c'était compliqué à ce propos...* ». Lors de sa seconde intégration c'est à la suite de sa coopération avec les ergothérapeutes qu'il a pu consolider son intégration. Il retrouve dans ce corps de métier un regard « décalé » de celui des IDE.

5.3.2. Dynamique d'équipe

La première intégration des MSP aux équipes paramédicales a été vécue par les professionnels comme un bouleversement dans l'organisation des soins, Aline IDE le qualifie comme « *un grand chamboulement pour les équipes* ». Tous les professionnels avec lesquels nous avons échangé nous ont fait part que cela implique une préparation en amont de toute l'équipe, tout corps de métier confondu. Une des difficultés que peut rencontrer le MSP c'est de trouver sa place au sein de l'équipe, dans les activités quotidiennes. Cette place se fait après une période d'observation. Claire ISP nous dit que comme avec tout collègue de travail, il y a une période d'observation qui permet de se questionner sur l'autre, permet de se connaître et en finalité de se faire confiance mutuellement, il est question de relation de confiance. Olivier MSP nous fait part qu'il lui a fallu faire preuve de patience avant de gagner la confiance de ses collègues et de se voir confier des activités en collaboration avec l'équipe. Dans son article « *Qu'est-ce que la confiance ?* », issu de la revue *Etudes*, Michela Marzano, chercheuse, philosophe dit :

« Sans confiance, on ne pourrait même pas envisager l'avenir et chercher à bâtir un projet qui se développe dans le temps [...] Mais la confiance est aussi dangereuse, car elle implique toujours le risque que le dépositaire de notre confiance ne soit pas à la hauteur de nos attentes ». (Marzano, 2010, p. 54)

Cette période est valable dans toute intégration, peu importe le corps de métier. Il a fallu faire ses preuves, montrer les atouts, la plus-value dans les prises en charge. Cela pourrait être une des explications à la résistance au changement. Les craintes que peuvent générer l'intégration d'un nouvel individu, d'un nouveau métier qui plus est, et dont les missions ne sont pas identifiées demande une période d'adaptation. Joël MSP a dû faire ses preuves pour acquérir la confiance de ses collègues, c'est à ce moment qu'il s'est autorisé à exprimer son ressenti sur la façon de travailler. Il revient sur cette situation qu'il identifie comme un point de rupture avec l'équipe : « *j'ai un souvenir très précis d'une réunion clinique où j'ai une collègue qui s'est moquée d'une pathologie somatique d'un usager, ce qui m'a mis complètement en colère parce que j'ai trouvé ça, au-delà du manque de professionnalisme, j'ai trouvé ça malveillant et du coup je lui ai fait remarquer et à partir de ce moment-là les relations avec l'équipe se sont tendues de leur part et aussi de ma part parce que je sentais bien qu'il y avait un décalage en suite lié à ça* ».

Dans le même article, Michela Marzano dit :

« La confiance est le résultat d'un calcul rationnel qu'on peut faire à partir du moment où l'on arrive à réunir un certain nombre d'informations concernant le dépositaire éventuel de notre confiance, ainsi que les conséquences probables de notre acte de confiance. La confiance s'en trouve ainsi définie comme un certain niveau de probabilité subjective, ce qui devrait permettre à un individu de croire que l'autre accomplira ce qu'il attend de lui. Faire confiance à quelqu'un signifierait dès lors envisager la possibilité d'une coopération ». (Marzano, 2010, p. 56)

Comme dans toute équipe, il se crée des affinités ou non. Julie IDE dit que dans un premier temps on peut parler de méfiance puis avec le temps, cette intégration est réellement individu dépendante. Les deux MSP notent que l'intégration est propre à l'individu, et comme individu ils entendent le professionnel paramédical et le MSP.

5.3.3. Résistance aux changements

Les professionnels ont évoqué la notion de résistance au changement. Ces résistances selon eux ont été liées particulièrement au manque d'information quant à ce nouveau métier mais surtout au manque de préparation en amont de l'arrivée des MSP. Sylvie ISP nous dit : « *C'est vrai que c'est novateur et c'est... c'est formidable hein pour le coup mais... c'est vrai que l'on n'a pas réfléchi à tout ça, on peut... ça se trouver un peu en difficulté en termes de...en termes de place en termes de... Mais qui fait quoi ? voilà...* ». Julie IDE revient sur son ressenti et celui de l'équipe à ce moment, cela été vécu comme une intention de changer fondamentalement les soins et leur pratique paramédicale au quotidien, elle a finalement un vécu assez violent de cette intégration. Elle évoque la crainte d'un clivage entre les soignants et les patients, qu'elle explique par des difficultés à se détacher des antécédents psychiatriques du MSP ce qui entacherait la vision de ce professionnel en tant que collègue. Cette impression est accentuée par la méconnaissance du parcours de formation de ces professionnels. Il semble qu'il soit peu clair que les missions du MSP soient en lien avec le partage de son savoir expérientiel en termes de parcours et de rétablissement plus qu'en terme de clinique en lien avec sa pathologie. La résistance au changement n'est pas en lien selon Olivier MSP à la génération de soignants mais plutôt propre à l'individu. Les changements sont vecteurs de craintes ce qui peut limiter les professionnels dans leur capacité à faire face à l'innovation et à l'évolution. L'information est essentielle et permet de favoriser la capacité d'ouverture et d'innovation des professionnels. Claire ISP nous fait part de son expérience à l'arrivé du MSP. Les professionnels se sont

beaucoup interrogés, probablement parce qu'ils n'avaient que peu de connaissances quant à la formation et les missions. C'est finalement ce qui a pu amener une légère résistance au début. Il se sont questionnés sur les missions, la collaboration, la qualité de leur travail, et surtout sur la crainte d'être dépossédés de leur travail. Se pose aussi la question de la formation « *Oh là là ils vont piquer notre boulot, pourquoi on nous ajoute un médiateur de santé pair ? Qu'est-ce que c'est que ça ?* ». Du fait de son expérience, Olivier MSP, pense que les professionnels peuvent avoir l'impression d'être dépossédés dans leur champ de compétence. Ceci est entretenu par une croyance de la verticalité des savoirs ce qui peut être un frein à l'intégration. Lors de l'intégration du savoir expérientiel la hiérarchisation des savoirs peut être une question soulevée par l'équipe qui peut se sentir dépossédée en accueillant un professionnel avec de nouvelles compétences. Le temps faisant, l'observation, la compréhension du rôle de l'autre permet de gagner en confiance, et en finalité de trouver un terrain de collaboration propice aux prises en soin. Une fois les enjeux et les missions du MSP cernées, Claire dit avoir fait évoluer son opinion, à ce jour elle nous fait part que le MSP ne remplacera jamais un poste infirmier, il est aussi une personne supplémentaire associée à l'effectif et un métier d'avenir.

La totalité des soignants interrogés nous ont fait part de leurs craintes en lien avec la distance entre le MSP et les patients et le risque d'atteinte à l'alliance thérapeutique instaurée entre les professionnels paramédicaux et les patients. Pour Julie IDE il semble que la notion de distance puisse être un élément de résistance au changement. Cela fait émerger la crainte de discréditer la relation soignante.

5.3.3.1. La distance

Comme nous le soulignons précédemment, au cours de notre enquête la notion de distance a été, à de multiples reprises, soulevée tant par les professionnels de santé que par les MSP. Ces deux corps de métiers ont des avis assez divergents. Joël MSP revient sur le vécu de la distance mise par les soignants avec les patients, les usagers, « *j'ai l'impression que la culture psychiatrique traditionnelle cherche plutôt à mettre à distance et à créer une séparation entre ceux qui souffrent de maladies psychiques et ceux qui sont les soignants* », ce qui selon lui peut être un frein au rétablissement. Il met en avant que la notion d'égalité au niveau des échanges avec les patients soit bénéfique et favorise l'alliance thérapeutique. C'est en cela que le MSP amène de l'innovation dans les soins. Sur le plan des équipes, il évoque l'évolution de la notion de proximité avec les soignants « *l'idée c'est de trouver la juste proximité au lieu de chercher la bonne distance et je trouve que ça c'est vraiment crucial en termes d'innovation* ». Les craintes que Ghislaine CDS ait pu entendre de l'équipe vis-à-vis du MPS était en lien avec la distance entre le MSP et les usagers, les patients dans les prises en charge. « *Voilà, c'était ça la crainte le manque de distance [...] Est-ce qu'elle aura un impact sur la relation entre les soignants et les patients ?* ». Claire ISP, elle aussi évoque la notion de distance, en tant que professionnels nous sommes toujours vigilants quant à la distance, le MSP lui semble moins se questionner sur cette notion. Puis avec l'expérience de la collaboration, elle remarque que le lien se crée bien plus facilement avec le patient « *une bonne distance avec le patient aussi parce que je pense que nous, on est toujours dans « attention » au niveau de la distance... et eux ils se posent moins la question et l'accroche du coup... le lien... je pense que c'était plus facile, je ne sais pas...* ». Il s'est avéré être un facilitateur dans l'alliance thérapeutique. La notion de distance est inculquée aux professionnels de santé dès le statut d'étudiant, cela fait partie de valeurs éthiques en lien avec la profession. Florence Osty, sociologue, dans l'ouvrage *Sociologie du monde du travail*, sous la direction de Norbert Alter écrit « Remplissant des fonctions d'intérêt général, comme la santé, la liberté ou la propriété, la profession incarne un idéal de service. [...]. Autrement dit, on exige du professionnel une objectivité qu'il serait bien en peine de déployer s'il était personnellement concerné. » (Osty, 2008, p.64). Cela pourrait être une explication au questionnement des professionnels quant à la notion de distance. Mais existe-t-il une bonne distance ? une juste distance ? Dans son ouvrage *La souffrance des soignants*, Marc Lorient, sociologue, évoque la distance chez les professionnels de santé : « il n'y a pas donc de bonne distance en soi, qui serait valable en tout lieu et en tout temps. Il s'agit

tout d'abord d'une question de normes et d'attentes sociales sur le niveau et la qualité de prise en charge » (Loriol, 2018, p.127). La distance entre soignants et soignées est subjective, elle est propre à l'individu lui-même, mais aussi propre à la situation, au contexte. Selon Joël MSP ce que peut amener le MSP comme changement dans le paradigme soignant c'est d'instaurer une certaine horizontalité dans la relation avec le patient, c'est ce qui change fondamentalement la question de la distance soignante : « *ben... ça amène les professionnels aussi à déconstruire un peu cette question de la distance* ». Cette ré-horizontalisation de la relation pourrait aussi avoir un effet sur la notion de pouvoir dans la relation patient.

5.3.3.2. *Mais qu'est-ce que ça change en termes d'identité professionnelle pour les soignants ?*

Claire ISP soulève la question de l'identité professionnelle lorsque les missions de chacun ne sont pas définies. Les infirmiers en psychiatrie ont rencontré des difficultés pour trouver une place et encore aujourd'hui, ils tiennent à leur travail infirmier alors, quand un métier émergent intègre la discipline il se pose la question de la place dans ses deux dimensions au sens propre et au sens figuré. « *Et puis quand on vient rajouter le Où est ce qu'on doit travailler ou est ce qu'on va s'asseoir ? Et comment on va travailler ensemble et c'est toujours cette...Moi je pense que ça ne peut qu'enrichir le travail mais il y a toujours cette petite question de ouais, de l'identité.* ». Une fois cette barrière passée le travail collaboratif peut débuter et vient enrichir leur quotidien. Sylvie ISP, elle aussi évoque rapidement la notion d'identité professionnelle, la place que peut prendre le MSP dans l'équipe, le fait tout d'abord que ce soit un métier émergent, notant que des difficultés identiques ont été rencontrées lors de l'intégration des ergothérapeutes et des psychomotriciens. Elle évoque alors la crainte de perdre du territoire dans les soins... « *c'est des nouveaux métiers... de pas... en gros marcher sur les plates-bandes de l'autre c'est... voilà... ça peut... c'est l'histoire de... de territoires mais on est fait de ça aussi hein... donc de de trouver sa place... de prendre toute sa place... et de...que...que les soignants y laissent la place...* ».Hélène CDS, lors de l'intégration de la pair aide, une question a émergé au sein de l'équipe « *est ce que cela faisait écho à un changement théorique et des pratiques des autres professions dans le service* ». Cependant, soignants et MSP œuvrent pour le même objectif, accompagner les patients dans un processus de rétablissement. Christophe Debout, sociologue, dit dans son article, *Réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline*, issu de la revue *Sciences des soins infirmiers* : « il semble qu'un certain nombre de

paradoxes soient identifiables entre les attentes formulées par le groupe professionnel infirmier et ses comportements. Ainsi, le processus de construction identitaire peut parfois sembler en décalage avec le projet disciplinaire » (Debout, 2008, p. 80). Ce paradoxe serait en lien avec la problématique de recherche de reconnaissance de la profession et de valorisation, mais aussi par la revendication de son rôle autonome comme auxiliaire médicale bien que les professionnels ne bénéficient pas d'une grande autonomie en termes de prise d'initiative.

5.3.3.3. *La reconnaissance des savoirs*

Nous ne pouvons pas évoquer l'intégration d'un métier émergent et de savoirs expérientiels en lien avec le parcours de rétablissement, sans évoquer la notion de reconnaissance à la fois du métier, mais aussi des savoirs. Lorsque nous évoquons les changements, Claire ISP nous fait part que l'un des aspects innovants dans l'intégration d'un MSP à une équipe paramédicale, c'est le partage du savoir expérientiel en lien avec leur parcours de soins et surtout l'horizontalité que le MSP amène dans la relation au patient. C'est ce que dit Florence Osty, sociologue, dans l'ouvrage *Sociologie du monde du travail* sous la direction de Norbert Alter : « L'intégration professionnelle active les échanges de savoirs plus horizontaux que dans les professions établies » (Osty, 2008, p.78). La professionnelle note que l'évolution quant à ses pratiques professionnelles a été l'ouverture et le changement de regard sur les prises en soins. La relation du pouvoir et du savoir : « *c'est sortir un peu des carcans du ' je sais, toi tu ne sais pas' ... alors que ce n'est pas tout à fait comme ça...* ». Il est question ici de la reconnaissance du savoir expérientiel et de sa valeur vis-à-vis du savoir scientifique dont dispose les professionnels médicaux et paramédicaux. Pour Claire ISP il est question de discuter de la valeur de leurs savoirs et de les combiner avec le savoir expérientiel et de ce fait d'envisager la collaboration. Florence Osty, dit « La coopération entre pairs s'ancre sur le perfectionnement des savoirs mobilisés et leur mutualisation » (Osty, 2008, p.78). Il est question, là, de faire évoluer les savoirs en les combinant. La professionnelle ne remet pas en question la crédibilité de son savoir dans les échanges avec les patients, mais le discours du vécu que peut apporter le MSP permet d'appuyer ses savoirs et de favoriser la création du lien. « *Il me semble que c'est plus facile pour moi d'avoir quelqu'un et d'écouter quelqu'un qui l'a vécu... que de voir un PowerPoint qui va me dire alors... faire comme si...faire comme ça... Ouais, d'accord, enfin bon le partage de l'expérience il n'y a rien de mieux, quoi, d'accord !* ».

Julie IDE évoque la reconnaissance du statut de MSP, leur professionnalisation étant récente il est vrai qui n'existe pas de référentiel métier, sa rémunération n'est pas « encadré » par une grille qui lui est propre. Le MSP en fonction de son établissement ne sera pas embauché selon la même grille salariale, ni le même statut. Mais qu'en est-il de ce statut ? Ce questionnement est partagé par les professionnels de santé. Florence Osty dit « L'accès à un statut professionnel permet de réserver l'exercice du métier aux seuls membres habilités et leurs accorde des attributs distinctifs de reconnaissance sociale » (Osty, 2008, p.61)

La notion de reconnaissance émerge lors de notre échange dans la valeur des savoirs entre les savoirs scientifiques et les savoirs expérientiels. Il se pose alors la question de la légitimité et de l'identité professionnelle. Florence Osty dit de la légitimité du statut professionnel que :

« L'obtention d'un statut professionnel représente l'aboutissement d'une action organisée par des professionnels pour rendre leurs compétences insubstituables dans le service rendu [...]. Une profession se caractérise également par l'existence d'une communauté de valeurs défendant un même idéal de métier. Elle se réifie dans le langage spécifique, une histoire, une même conception du rôle professionnel et disqualifie ceux qui n'y répondent pas ». (Osty, 2008, p. 63-64)

Cela amène à modifier la relation à l'utilisateur qui se voulait plutôt verticale, une relation de pouvoirs, le soignant était jusqu'alors le sachant selon Ghislaine CDS. Le MSP dispose de savoirs communs avec les patients.

5.4. Conduite de projet

Ces changements en lien avec l'intégration des MSP et donc de l'innovation, demandent comme tout projet, d'être préparé en amont afin d'être mené à bien ou tout au moins au mieux.

Tous les professionnels interrogés ont évoqué l'importance de cette préparation, trop souvent absente au vu des résultats de notre enquête. Cette préparation ne tient pas simplement de l'organisation de cette arrivée sur le plan matériel, elle doit être pensée, réfléchie avec les équipes. Cette préparation collective pourrait permettre à chacun d'obtenir les informations essentielles à la compréhension de ce nouveau métier, et surtout de percevoir le sens de la mission confiée au MSP, ce qui pourrait s'avérer être un facteur facilitateur dans l'acceptation de l'inconnu, de l'innovation. Florence Osty, dans l'ouvrage cité précédemment, reprend le postulat d'Anselm Strauss (1992), sociologue américain :

« A. Strauss (1992) montre que les différents segments d'une profession sont amenés à entrer dans un processus d'ajustements dans les rapports quotidiens de travail, définissant un ordre négocié. Dans un hôpital, l'ordre social ne relève pas seulement de règlements et de statuts mais aussi d'arrangements entre professionnels et profanes. Les médecins, les infirmières, mais aussi le personnel administratif, technique, les malades et leurs familles interviennent dans la régulation de l'activité. C'est pourquoi l'auteur substitue à la notion de catégorie professionnelle celle de monde social, qu'il caractérise par une activité commune, sur un site donné, mobilisant des technologies plus ou moins complexes et une organisation ». (Osty, 2008, p.67)

Nous pouvons imaginer que l'implication des équipes, tous corps de métiers confondus, rendrait les professionnels acteurs du projet, et leur permettrait de mieux cerner les enjeux et la plus-value de cette évolution. C'est ce que remarque Joël MSP lorsqu'il évoque « *le pouvoir d'agir, d'investissement, de responsabilisation et de participation des usagers, cependant les professionnels eux sont, sur le plan participatif très marginalisé [...] un management top down et pas assez participatif* ». Pour Claire ISP, il semble que les notions de compréhension et d'accompagnement des professionnels par les CDS soit un levier non négligeable à la réussite de l'intégration. « *Il y a quelque chose qui se passe et ça permet de... d'avoir une autre vision des choses... enfin... moi on ne m'impose jamais un truc sans que je puisse juste comprendre, observer, intégrer les choses. On ne va pas me dire demain tu fais ça... Non ! C'est quoi ton truc ?... Faut m'expliquer... faut que j'arrive à penser... à comprendre le truc. Et si ça ne fait pas d'écho... bah j'y vais pas quoi... C'est comme ça !* ». Pour Sylvie ISP si la préparation avait été faite en amont, la problématique de place aurait peut-être été moindre. Il reste néanmoins la notion d'ex-usager et rapidement, il faut que l'équipe se décale de sa « *tendance* » soignante

pour arriver à une relation de collègue avec le MSP « *A mon sens avoir réfléchi avant et en plus il y a quand même la problématique..., enfin je sais pas c'est une problématique..., mais le fait de que... que...cette personne va être notre collègue et pas un usager voilà... on va dire notre... notre tendance soignante peut comme ça se... se décaler... c'est pour ça que d'avoir réfléchi sur les notions de place à mon avis ça c'est quand même important* ».

5.4.1. Quelle préparation en amont du projet

Nous avons cherché à explorer la façon dont le projet a été préparé en amont de l'intégration, mais aussi les effets qu'aura pu avoir l'impréparation de ce projet sur l'intégration.

5.4.1.1. Comment est arrivé le projet ?

Nous avons posé la question aux professionnels de la manière dont est arrivé le projet dans leurs unités. De manière générale, l'idée d'intégration des MSP aux équipes soignantes émane de la hiérarchie. Pour trois professionnels, la demande émane de la hiérarchie, une demande provient de la faculté Paris XIII dans le cadre d'une candidature spontanée, et deux sont à l'initiative de leurs chefs de service dans le cadre d'appel à projets financés par les ARS en lien avec le plan ma santé 2022 et le volet de professionnalisation de patients experts dans le cadre du rétablissement. Pour Olivier MSP, le projet d'intégration d'un MSP émane bien souvent de la hiérarchie dans le cadre de crédit de financement des ARS, l'idéal serait de préparer ce projet en amont avec l'équipe qui peut être un fort levier dans son aboutissement. Ghislaine CDS quant à elle, le projet a été acté lors de réunion d'encadrement supérieur et en collaboration avec le chef de pôle et l'équipe médicale. Le projet a été initié par leur cheffe de pôle « *C'était un projet à mettre en place et comme notre cheffe de pôle est assez... elle aime bien tout ce qui nous vend et les projets donc elle nous la soumit, nous, on était tout à fait d'accord en tant qu'encadrement* ». Le projet a ensuite été soumis à l'équipe. « *Bah le projet... Il a été acté et donc après l'équipe n'a pas été décisionnaire par rapport au projet, c'est qu'après effectivement qu'on a réfléchi en équipe où on pouvait les réintégrer* ». Bien souvent les projets de cette ampleur sont des projets portés par les chefs de service, ils sont menés en fonction de l'obédience du service mais aussi du chef de service. Mais comment sont-ils préparés en amont avec l'équipe ?

5.4.1.2. Comment a été préparé la mise en place du projet ?

Les professionnels ont été intégrés au projet lors de réunions institutionnelles, pour la majorité, organisées après la validation du projet. Ghislaine CDS nous dit que c'est lors de cette réunion institutionnelle que les missions du MSP ont été présentées. Le MSP était connu de l'équipe avant son arrivée puisqu'il avait auparavant intégré une équipe du pôle. Il a alors intégré l'équipe lors d'activités thérapeutiques. Les échanges se sont poursuivis sur la façon dont ils envisageaient de travailler ensemble et de les intégrer lors des accompagnements individuels, c'est à ce moment que l'équipe débute sa collaboration dans le projet. Pour Claire, ISP l'intégration s'est faite comme avec n'importe quel collègue finalement, certainement parce que cela venait de l'individu lui-même. Pour Sylvie ISP, le projet a été initié à la suite d'une proposition de candidature par le CCOMS. L'équipe était formée à la RPS, ils avaient donc parfaitement connaissance de ce métier émergent. Leur problématique a été le manque de préparation de cette arrivée. L'équipe n'a pas été intégrée à la construction des projets d'intégration. Finalement tout s'est préparé avec le corps médical et l'encadrement. « *Bah la construction du projet elle était avant... après c'était le choix de la personne voilà c'était donc la première enfin la première fois non...ça a été assez abrupte... mais la deuxième fois on avait eu plusieurs réunions avec le CCOMS pour préparer la venue de de cette personne en fait...* ». Ils ont été séduits par l'idée et ne se sont pas posés de question et se sont lancés dans le projet. Le MSP a été rencontré une fois lors d'un entretien avec l'équipe médicale puis il a rencontré l'équipe paramédicale sans aucune projection sur les missions de MSP, sur la plus-value que ce professionnel aurait pu apporter, sur l'objectif de cette démarche. Aline IDE a pu bénéficier, avec ses collègues, de cycles de formation : le premier consiste à expliquer ce qu'est un MSP, les missions. Puis le second cycle de formation avec le futur MSP qui permet d'envisager la collaboration à venir et définir son champ d'action. L'idée d'inclusion du MSP émane du projet d'établissement. Julie IDE nous fait part de son expérience d'intégration d'un MSP, c'est pour elle une « *expérience plutôt négative* » qui s'est soldée par un départ au bout d'un mois. Ce départ serait, selon elle, lié à un manque de coordination et manque de clarté sur les missions du MSP. Un accompagnement proposé aux équipes pourrait être un levier dans la conduite de projets mais aussi dans l'accompagnement au changement et dans l'aboutissement de ce projet. Son vécu de l'intégration d'un MSP a été brutal, son arrivée n'avait pas été préparée « *c'était de la totale improvisation quoi... et forcément, ça n'a pas marché* ». Si l'intégration du MSP est préparée en amont avec l'équipe mais aussi avec le MSP en question

son intégration peut avoir un impact positif. Lorsque cette intégration n'est pas préparée cela va susciter de la méfiance auprès des équipes, de l'incompréhension. Joël MSP remarque que sur le plan managérial les décisions ne sont pas assez souvent discutées en équipe. Il trouve dommageable que dans le cadre de changement ces derniers se fassent de manière directive plus que participative. Dans le cadre de son intégration rien n'a été préparé avec l'équipe en amont, ce qui personnellement l'a mis en difficulté. « *L'équipe n'a pas été préparée à mon arrivée, on n'a pas discuté en amont de l'impact qu'aurait un médiateur santé pair, comment on allait l'accueillir ? qu'est-ce qu'on allait pouvoir lui proposer ? et ça, moi, ça m'a mis en grande difficulté par rapport à ce nouveau métier* »

5.4.1.3. *Les effets de la non-préparation...*

Les deux MSP que nous avons interrogés nous ont fait part de leur expérience de l'intégration et des effets du manque de préparation en amont. Pour Joël MPS, lors de sa première intégration, ils étaient deux MSP, tous deux allaient débiter la formation. Leur intégration n'avait pas été préparée car décidée à la dernière minute en lien avec des budgets débloqués dans l'urgence. Il n'y avait pas de fiche de poste, et ils n'étaient pas attendus dans un service précis, ils ont donc pendant plusieurs mois navigués dans différents services. Au cours de la seconde intégration, son arrivée n'a pas été plus préparée que la première. Il était connu de l'équipe car avait sur son premier poste travaillé sur le même pôle. Idéalement il aurait aimé être présenté à l'équipe en amont de son arrivée, et pouvoir échanger autour de la future collaboration, des attentes des professionnels et de ses attentes à lui en tant que MSP. C'est aussi ce que remarque Sylvie ISP, pour elle, la préparation du projet est importante pour son aboutissement et sa réussite, cela permet de clarifier des missions du MSP avec l'équipe dès son arrivée dans le service. Pour Claire ISP, l'intégration a débuté par un temps d'observation, il y a eu une réunion d'équipe institutionnelle durant laquelle il a été présenté. Elle le connaissait déjà, ils avaient eu l'occasion d'échanger lorsqu'il était sur son premier poste, ce qui lui a facilité l'entrée en contact. Après une période d'observation, elle sait maintenant quand elle peut faire intervenir le MSP dans ses prises en charge. De son expérience, l'expérimentation de la collaboration a été un levier dans l'intégration et surtout l'individu lui-même. Sylvie ISP quant à elle aborde les aspects positifs de l'intégration du MSP tels que l'enrichissement des programmes d'éducation thérapeutique, le regard différent sur les soins et sur les termes utilisés avec les patients, et enfin la richesse du regard croisé sur le soin. C'est aussi l'opinion d'Hélène CDS, qui nous fait part d'une occasion

d'envisager les soins de manière différente et de faire évoluer la place du patient dans sa prise en charge. Joël ISP remarque, avec du recul, que son intégration a eu pour effet de faire évoluer les mentalités soignantes, bien que bienveillantes. Le MSP diffuse la notion de respect du patient au sein de l'équipe.

5.4.1.4. Conduite de projet et les cadres de santé dans tout ça ...

Nous allons maintenant nous intéresser au rôle du cadre de santé dans la mise en place de projet. Grâce à notre enquête nous avons pu recueillir des informations quant à la façon dont le projet a émergé au sein des institutions, la manière dont il a été conduit, nous avons relaté les écueils, mais nos échanges ne se sont pas arrêtés là. A l'issue de notre grille d'entretien, nous avons souhaité aborder la manière dont les professionnels auraient, idéalement, souhaité mener le projet, ou souhaité que le projet soit mené afin de le faire aboutir. De manière unanime les interrogés auraient souhaité que ce projet soit discuté en équipe, préparé en amont de l'arrivée des MSP voire en présence des futurs MSP. Selon Aline IDE, la préparation de l'intégration en amont est essentielle, les équipes doivent être actrices dans ce projet et être en accord avec ce dernier. Une rencontre organisée avec l'équipe en amont de l'arrivée aurait pu amorcer l'intégration. Joël MSP, nous fait part de son expérience, le fait de préparer son arrivée lui aurait permis de se projeter plus facilement dans le service, de déterminer plus facilement ses futures missions et se sentir utile au sein du service et au service des usagers. *« Le fait de remplir un emploi du temps, d'avoir tout de suite et rapidement des choses à faire, que ce soit d'assister à des entretiens en individuel, parce que c'est quand même l'activité principale du CMP, ou participer à des activités du CATTP parce qu'en fait... j'ai passé beaucoup de temps à attendre... j'ai la chance d'être quelqu'un plutôt patient mais...je pense que c'est pas donné à tout le monde et j'ai passé de nombreux jours à ne rien faire et attendre une chose dans la semaine... la seule chose que j'avais prévue »*. Il semble là, que l'implication du cadre de santé sur le plan organisationnel soit importante pour promouvoir la plus-value du MSP. Le MSP peut être aussi un atout sur le plan organisationnel, il se fait le porte-parole des usagers. Parfois ce qui peut paraître plutôt simple pour les soignants, ne l'est pas en soit pour les usagers. C'est, là ce que dit Joël MSP lorsqu'il nous relate son expérience de collaboration avec l'encadrement et les services technique dans l'élaboration d'une signalétique facilitant l'accès au service aux usagers. *« Je trouve que ça a été très intéressant de réfléchir la signalétique pour les*

professionnels... pour les usagers... pour les extérieurs... avec toutes ces casquettes et tous ces points de vue... donc il y a quand même des choses qui sont pas mal là-dessus donc voilà ... ».

Ghislaine CDS nous dit qu'il est important dans la suite de l'intégration et de la mise en place de ce projet de faire des points réguliers avec les équipes, avec le MSP, et aussi de faire un bilan pour faire émerger la plus-value d'un tel projet pour l'établissement en partageant l'expérience de cette intégration. Hélène CDS nous fait part de son expérience au sein de son établissement où des formations sont proposées aux CDS, aux médecins et au personnel paramédical. En amont de l'arrivée du MSP son équipe a bénéficié d'une formation. Le MSP a été accueilli avant son embauche. Il est aujourd'hui force de proposition dans les soins proposés aux patients. L'évolution d'un projet d'intégration d'un MSP est différente d'un service à l'autre. Ce qui aurait pu être une richesse dans la conduite de ce projet, aurait été d'avoir un professionnel travaillant en mission transversale pour coordonner ce projet. Pour la quasi-totalité des professionnels, le manque d'information a été une composante dans la résistance au changement. Il semble important que le CDS soit informé, formé et informe les équipes, lors de projet de cette ampleur. Ces informations permettent de limiter les zones d'incertitudes, et de ce fait de limiter les craintes des professionnels. Selon Julie IDE, il est important de définir le rôle du MSP afin de l'identifier comme complémentaire et non comme substitut de l'activité soignante. Il semble que le manque d'informations quant à la formation du MSP puisse susciter de la méfiance. La préparation du projet en amont par la transmission d'information pourrait permettre de limiter les à priori et les préjugés quant à ce métier innovant. Ghislaine CDS, elle, encourage le partage de leur expérience de MSP pour le promouvoir, et faire émerger la plus-value auprès des équipes. Elle pense que cela peut jouer un rôle facilitateur dans l'intégration. Le rôle de cadre ne s'arrête pas aux portes de son service, son implication dans les instituts de formation des professions paramédicales peut être un levier dans le déploiement de ces métiers émergent. Pour Olivier MSP la promotion du savoir expérientiel sur le plan pédagogique pourrait être un levier de diminution de résistances au changement lors de l'intégration de médiateurs de santé pairs au sein d'une équipe. L'intégration du MSP n'a pas été simple pour les équipes car ils n'avaient pas de notion du métier de MSP, son rôle, ses missions. Puis avec la prise de poste et avec la formation que recevait le MSP cela a permis à chacun de trouver sa place. Les craintes de l'équipe vis-à-vis de l'intégration du MSP étaient surtout en lien avec son état de santé, sa pathologie, sa problématique personnelle, et la crainte d'une nouvelle décompensation. Les craintes de l'équipe ont été entendues en réunions par l'encadrement. Et enfin, pour Claire ISP

il n'y a pas d'idéal en matière de conduite de projet. Si l'équipe ne souhaite pas acquérir de nouvelles connaissances en matière de savoir expérientiel, s'ils ne sont pas réceptifs, alors il semble difficile de faire aboutir le projet. Dans son ouvrage *Sociologie du monde du travail*, Norbert Alter dit « pour prendre pied dans le tissu social d'accueil, et pour être finalement utilisées de manière effective, les réformes doivent faire l'objet d'une appropriation par les utilisateurs, laquelle ne peut aucunement être décrétée » (Alter, 2006, p.268). Pour que le changement soit accueilli positivement, les usagers, les professionnels, doivent y trouver un sens et contribuer au changement en l'adaptant et en développant l'utilisation de la ruse et finalement y trouver une utilité.

6. DISCUSSION

Au regard des éléments de l'analyse des entretiens que nous avons précédemment présenté, nous allons tenter d'apporter des éléments de réponses à notre question de recherche, qui pour rappel est la suivante : **En quoi le changement de paradigme en lien avec l'intégration des métiers innovants, tels que les médiateurs de santé pairs, doit être accompagnée dans la conduite de projet ?**

Deux hypothèses ont été émises en vue d'y répondre :

- La première hypothèse que nous avons proposée est : **l'innovation amène à un changement de paradigme ce qui bouscule les organisations et peut amener à une résistance au changement.**

Nous pouvons affirmer que cette hypothèse est partiellement validée. Au cours de notre recherche nous avons pu mettre en lumière le fait que l'innovation, plus spécifiquement dans l'intégration des savoirs expérientiels à une équipe paramédicale, amène le paradigme soignant à changer. Ce paradigme a été construit principalement au cours des études des professionnels de santé, puis il s'est renforcé grâce à l'expérience professionnelle et à l'acquisition de savoirs. Le MSP, en intégrant le savoir expérientiel, vient ajouter une notion supplémentaire dans les soins, dans les fondations même du paradigme du soin. Une notion, un savoir, qui nécessitent d'être pris en compte au même niveau que le savoir scientifique apporté par le professionnel de santé, puisque le MSP fait valoir son expérience en termes de parcours de rétablissement. La première intégration d'un MSP à une équipe remet en question les pratiques soignantes au quotidien, les soignants peuvent avoir la crainte que leurs pratiques soient jugées de manière négatives par les MSP, voire discréditée. Cela remet aussi en question la valeur du savoir scientifiques vis-à-vis du savoir expérientiel, il est aussi question de l'identité professionnelle, de l'appartenance à un corps de métier mais aussi de la place et du rôle de chacun. L'aspect innovant de la professionnalisation des MSP, a pour effet une méconnaissance de la profession, du parcours de formation et des missions et du rôle du MSP auprès des professionnels et des patients. Cette méconnaissance, l'inconnu, génère bien entendu des craintes, fondées et légitimes, et de ce fait provoque une forme de résistance aux changements. La notion de stigmatisation de la pathologie mentale ne doit pas être négligée pour répondre à cette hypothèse. En effet, il apparait que les professionnels rencontrent des difficultés à se détacher

de la pathologie mentale dont souffre le MSP et aurait tendance dans un premier temps à garder au premier plan le statut d'ex-patient, d'ex-usager.

- La seconde hypothèse est : **la façon de conduire le projet favorise le changement de paradigme.**

Nous pouvons là aussi considérer que cette hypothèse est partiellement confirmée. Au cours de notre enquête, tous les professionnels ont évoqué la préparation du projet en amont de sa mise en place. La grande majorité d'entre eux ont regretté l'absence de préparation en amont. Ils ont été informés très peu de temps avant l'intégration, et ont manqué d'information sur le sens de ce projet, ses atouts, et la plus-value qu'il pouvait apporter. Pour les deux MSP que nous avons interrogés la première intégration s'est soldée par un échec, selon eux en lien avec un manque de préparation en amont. Les professionnels de santé nous ont aussi fait part de cette impréparation et de la méfiance que cela avait pu générer. La méconnaissance du métier, du rôle et des missions des MSP doit être prise en compte. La temporalité est importante, il est nécessaire d'en tenir compte dans l'installation d'une relation de confiance entre les différents professionnels. Cependant, dans les expériences recueillies lors de nos enquêtes, la temporalité en amont de l'intégration semble peu prise en compte, ce qui rend l'intégration rapide voire brutale pour les équipes et pour les MSP. L'accompagnement des équipes et leur implication dans le projet et dans la compréhension de ce dernier pourrait être un levier non négligeable dans sa réussite. Il semble essentiel que le CDS puisse se faire le relais de l'information et aussi le relais de la formation auprès des équipes et surtout dans le cadre de l'apprentissage dans les instituts de formation en soins infirmier pour que le savoir expérientiel fasse partie du paradigme soignant et donc participe à la construction du soin. Le CDS est garant de la qualité des soins mais aussi de la qualité de l'intégration et de la conduite de projet. Cependant comme dans toute intégration, le facteur humain ne peut être écarté, à plusieurs reprises nous avons pu mettre en exergue que l'intégration est aussi en lien avec les individus eux-mêmes.

CONCLUSION

Ce travail de recherche a été réalisé tout au long de cette année de formation à l'IFCS. Cela m'a permis de cheminer dans mon questionnement autour d'un phénomène social rencontré au cours de mon expérience de faisant fonction de cadre de santé.

Afin de mener cette recherche, nous avons dû adopter une posture de chercheur. Il a été nécessaire de prendre du recul quant à notre situation de départ et de nous éloigner de nos prénotions quant au thème. Cette prise de recul a été difficile mais essentielle, elle nous aura permis d'enrichir nos connaissances par les diverses lectures réalisées et d'obtenir une vision plus globale de la situation.

L'innovation est vectrice de changement, voire de changement de paradigme. Lorsque nous évoquons l'intégration de métiers innovants au sein d'équipe paramédicale nous ne pouvons occulter les changements que cela va apporter, tout d'abord dans le paradigme du soin, mais aussi dans les organisations. Les changements sont vecteurs de craintes pour les professionnels par le bouleversement que cela peut apporter dans leurs organisations quotidiennes. La psychiatrie ces dernières années a beaucoup évolué, de nombreux changements ont été apportés dans les soins et dans la place que prend aujourd'hui l'utilisateur de manière plus globale dans ses soins.

L'intégration de nouveaux savoirs en complément de savoirs scientifiques ancrés, amène les professionnels à faire évoluer leurs pratiques, à les remettre en question. Il est aussi question de la place donnée à chaque intervenant auprès du patient, et de leurs rôles. Il est encore question d'identité professionnelle et de sens au travail. Le rôle du CDS est essentiel dans l'accompagnement de l'innovation. Il est un facilitateur dans l'intégration de nouveaux savoirs, dans la conduite et dans l'aboutissement de projet. Il est nécessaire pour aboutir l'intégration de métiers innovants de permettre au CDS d'impliquer les équipes bien en amont des intégrations de MSP, et de faire collaborer équipe et MSP dans leur propre intégration.

Le CDS est garant de la qualité et de la sécurité des soins, il est aussi un des garants de l'intégration des MSP aux équipes, bien qu'il ne soit pas le seul acteur dans la réussite de l'intégration.

Ce travail de recherche a fait évoluer notre regard quant à l'intégration de l'innovation certes essentielle à l'évolution. Cela nous a permis de cerner les effets que ces innovations ont sur les équipes et d'étendre notre vision au-delà de la résistance au changement.

Les résultats de cette recherche ne s'arrêtent pas à l'intégration des MSP au sein des équipes paramédicales, bien que ces métiers tendent à se développer dans un avenir proche, ils nous permettent de nous amener des axes de compréhension lorsque nous proposons une nouveauté dans les organisations des équipes. Cela nous amène à nous poser la question du rôle du CDS dans le changement du paradigme du soin.

Bibliographie

Texte à portée juridique

Article 4. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001871124

Articles

Borkman, T. (1976). « Experiential knowledge : A new concept for the analysis of self-help groups », *Social Service Review*.

Cloutier, G. & Maugiron, P. (2016). La pair-aidance en santé mentale : l'expérience québécoise et française. *L'information psychiatrique*, 92, 755-760.

<https://doi-org.univ-eiffel.idm.oclc.org/10.1684/ipe.2016.1545>

De Visscher, P. (2012). Dynamique des groupes : Connexions ou divergences ? Avatars historiques et défrichements taxinomiques. *Connexions*, 98, 109-134.

<https://doi-org.univ-eiffel.idm.oclc.org/10.3917/cnx.098.0109>

Debout, C. (2008). Sciences des soins infirmiers : réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline. *Recherche en soins infirmiers*, 93, 72-82.

<https://doi-org.univ-eiffel.idm.oclc.org/10.3917/rsi.093.0072>

Flora, L. & Brun, P. (2020). Naissance de la pair-aidance en France : les médiateurs de santé-pair. *Pratiques en santé mentale*, 66, 14-19.

<https://doi-org.univ-eiffel.idm.oclc.org/10.3917/psm.203.0014>

Gardien, È. (2017). Qu'apportent les savoirs expérientiels à la recherche en sciences humaines et sociales ?. *Vie sociale*, 20, 31-44.

<https://doi-org.univ-eiffel.idm.oclc.org/10.3917/vsoc.174.0031>

Kurt, L. (1940). (*s. d.*).

Lagueux, N. (2014). *L'intervention par les pairs, un tandem d'espoir vers le rétablissement*.

<https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/07/pairs-aidants-intervention-par-les-pairs.pdf>
<https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/07/pairs-aidants-intervention-par-les-pairs.pdf>

Lochard, Y. (2007). L'avènement des « savoirs expérientiels ». *La Revue de l'Ires*, 55, 79-95. <https://doi-org.univ-eiffel.idm.oclc.org/10.3917/rqli.055.0079>

Marzano, Michela. « Qu'est-ce que la confiance ? », *Études*, vol. 412, no. 1, 2010, pp. 53-63.

Schulze, B. (2007). *Stigma and mental health professionals : A review of the evidence on an intricate relationship*. International Review of Psychiatry, 19(2), (pp.)137 155.

Willet, G. (1996). Paradigme, théorie, modèle, schéma : qu'est-ce donc ? Communication et organisation 10.

Prouteau, A. et Valery, K-M. (2020). *Stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale et facteurs associés*.

<https://www.firah.org/upload/activites-et-publications/revue-de-litterature/stigma/stigmatisation-chez-les-professionnels-de-la-sante-mentale-et-facteurs-associes.pdf>

Dossier de presse, (2018). *Ma santé 2022 : un engagement collectif*.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef .pdf

Dossier de presse, (2018). *Feuille de route santé mentale et psychiatrie : Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie*.

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628 - dossier de presse - comite strategie sante mentale.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf)

Dictionnaire encyclopédie électronique

Aider (2021). Dans *Centre de Ressources Textuelles et Lexicales*.

<https://www.cnrtl.fr/definition/aider>

Changement (2021). Dans *Dictionnaire de français Larousse*.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612>

Innovation (2021). Dans *Institut national de la statistique et des études économique*.

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1182>

Innovation (2021). Dans *Dictionnaire de français Larousse*.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/innovation/43196>

Pair (2021). Dans *Centre de Ressources Textuelles et Lexicales*.

<https://www.cnrtl.fr/definition/pair>

Paradigme (2021). Dans *Centre de Ressources Textuelles et Lexicales*.

<https://www.cnrtl.fr/definition/paradigme>

Projet (2021). Dans *Centre de Ressources Textuelles et Lexicales*.

<https://www.cnrtl.fr/definition/projet>

Ouvrages

- Alter, N. (2010). *L'innovation ordinaire*. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France.
- Alter, N. (2012). *Sociologie du monde du travail*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- Anzieu, D., Martin, JY. (1968). *La dynamique des groupes restreints*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Amado, G. & Fustier, P. (2019). *Faire équipe*. Toulouse : Érès.
- Autissier, D., Vandangeon, I., Vas, A. (2010). *Conduite du changement : concepts clés. 50 ans de pratiques issues des travaux de 25 grands auteurs*. Paris : Dunod.
- Boutinet, J. (2012). *Anthropologie du projet*. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France.
- Franck, N., Cellard, C., Mariotti, P. (2020). *Pair-aidance en santé mentale : une entraide professionnalisée*. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson.
- Garel, G. (2011). Introduction. Dans : Gilles Garel éd., *Le management de projet* (pp. 3-10). Paris : La Découverte.
- Goffman, E. (1963). *Stigma : Notes on the management of spoiled identity*
- Kerouac S., Pepin J., Ducharme F., Duquette A., Major F. (1994). *La pensée infirmière*. Editions Etudes vivantes.
- Loriol, M. (2018). Chapitre 5. La « bonne distance » soignant/soigné : Une norme individuelle et collective à construire et préserver. Dans : Robert Holcman éd., *La souffrance des soignants : Stress, burn-out, violences... du constat à la prévention* (pp. 117-139). Paris : Dunod.
- Luminet, JP. (2018). *Thomas S. Kuhn : La structure des révolutions scientifiques*. Paris : Flammarion.
- Pellaud, F. (2011). Changer de paradigmes comme on change de lunettes. Dans : F. Pellaud, *Pour une éducation au développement durable* (pp. 27-51). Versailles : Éditions Quæ.
- Reverdy, T. (2021). Vers une conduite de projet résiliente. Dans : T. Reverdy, *Antimanuel de management de projet : Composer avec l'incertitude* (pp. 263-267). Paris : Dunod.

ANNEXE I : Grille d'entretien

Grille d'entretien

Date : .../.../... Heure début : ... h ... Heure de fin : ... h ... Entretien N° ...

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

- Masculin
- Féminin

Catégorie professionnelle :

Diplôme obtenu et date d'obtention :

- Remerciements
- Présentation de l'enquêteur
- Introduction et présentation générale (annonce du fond, durée, forme)
- Ethique / anonymat / confidentialité / enregistrement

Grille d'entretien

Thème N° 1 : INNOVATION

Q 1.1 : Pour vous qu'est-ce qu'un métier innovant en milieu hospitalier ?

Grille d'entretien

Thème N°1 : INNOVATION

Q 1.2 : Votre établissement travaille, ou va travailler des MSP, en quoi ce métier émergent est innovant ? (Pour les patients, pour les institutions, pour les équipes, pour les cadres de santé)

Grille d'entretien

Thème N°1 : INNOVATION

Q 1.3 : Quels sont les effets de l'intégration d'un MSP au sein d'une équipe ?

Grille d'entretien

Thème N°2 : CONDUITE DU CHANGEMENT

Q 2.1:

- Quelle conduite de changement avez-vous opérée ? A été initié ?
- Comment s'est passé l'intégration ?
- Comment envisagez-vous l'intégration ?

Grille d'entretien

Thème N°2 : CONDUITE DU CHANGEMENT

Q 2.2 :

- Quels ont été les effets de l'intégration du MSP sur vos pratiques professionnelles individuelles et d'équipe ?
- Quels ont été les impacts de l'intégration des MSP sur les pratiques professionnelles au sein de votre équipe ?

Grille d'entretien

Thème N°3 : CONDUITE DE PROJET

Q 3.1: Comment l'idée d'inclusion d'un MSP a émergé dans votre établissement ? Dans votre unité ?

Grille d'entretien

Thème N°3 : CONDUITE DE PROJET
Q 3.2 : Comment a été préparé l'arrivée du MSP ?

Grille d'entretien

Thème N°3 : CONDUITE DE PROJET

Q 3.2 : Comment idéalement auriez-vous aimé que le projet soit mené ? Quels écueils imaginez-vous dans la conduite de projet ?

ANNEXE II : Retranscription de l'entretien de Sylvie ISP2

Enquêteur en gras

Enquêté

Selon vous, qu'est-ce qu'un métier innovant en psychiatrie ? Dans le milieu hospitalier ?

Pour moi, un métier innovant, c'est un métier qui apporte un nouveau regard et je pense que c'est un regard qui change un peu des schémas un peu traditionnels. C'est un métier qui apporte enfin, qui permet de faire ce que j'appellerai un pas de côté et j'utilise souvent le mot dépoussiérer aussi. Ça dépoussière un petit peu les choses établies et ça permet d'expérimenter de nouveaux outils de travail et de méthodes de travail. Et je trouve ça intéressant.

D'accord, est ce que vous pourriez identifier des métiers innovants en milieu hospitalier actuellement, des corps de métiers innovants ?

Actuellement. Alors moi je... je suis sur le CMP... donc l'hôpital je l'ai quitté il y a 22 ans...22 ans, que je suis sur le CMP ...on va dire quoi... cette autre perspective innovante que j'ai vécue il n'y a pas longtemps, c'est l'intégration d'un éducateur dans notre équipe. Il y a vraiment plusieurs années et je trouve que ça c'est ça se rejoint dans le sens où ça a permis aussi un nouveau regard et... et que ça apporte, bah ça apporte autre chose aux équipes parce qu'ils n'ont pas la même vision des choses, où ils arrivent parfois avec leur vécu un peu, à la fois neutre et même novice, et ça permet de nous sensibiliser à des choses qu'on voit pas peut être.

Votre établissement donc, travaille avec des médiateurs de santé pairs. Selon vous, en quoi ce métier émergent est innovant pour les patients ?

Ah bah je pense que ce qui est innovant c'est leur, le partage du savoir expérientiel qu'ils ont de leur parcours de soins. Je pense qu'il y a quelque chose autour, d'une certaine, même si on le fait depuis longtemps, mais eux, ils ont peut-être plus facilité à faire quelque chose d'assez horizontale au niveau du lien, il y a un écho sur leur sur leur vécu. Bah voilà, je pense tout ça nous... par rapport à ce qu'eux font, je pense que nous, ça nous permet de changer aussi notre regard, je dirais même notre langage, parce qu'on peut, avec les années parfois, avoir un langage un peu stigmatisant sur des patients et je pense que ça nous permet peut-être de faire un peu attention aussi à ce qu'on dit. Je suis en train de le vivre là depuis quelques temps parce qu'ils nous font des retours et je trouve ça, bah je trouve ça intéressant.

D'accord, selon vous, euh, en quoi c'est innovant pour les équipes ?

C'est ce que j'ai déjà dit, je pense que ça nous permet d'avoir un autre, un autre regard et des échanges, qui sont constructifs et qui nous permettent de revoir aussi notre copie. Parfois mon sur des choses

qu'on... sur entre guillemets, le fameux savoir parce qu'on a été formé à ça, et en fait ils ont un savoir de leur expérience qui est tout aussi... qui compte tout autant et qui permet de de de s'associer à notre vision des choses et de travailler ensemble, c'est ça qui est intéressant.

Quels ont été les effets de l'intégration d'un médiateur de santé pair dans votre équipe ?

Pour moi c'est récent ce travail avec un médiateur de santé pair, puisque l'autre il était... il a d'abord travaillé avec l'hôpital de jour hein... donc sur notre structure, il y a un hôpital de jour et un CMP. C'est sur la même structure. Il a déjà eu cette expérience pendant 2 ans à l'hôpital de jours avant d'intégrer le CMP. Pour moi, je commence..., j'allais dire... c'est récent le travail avec lui. Je pense qu'il y a toujours une période d'observation, tout ça... je le dirais peut-être après mais j'ai eu la chance de partager un atelier CATTP avec lui et je commence à avoir quelques prises en charge en commun avec lui, donc ... je pense que c'est un véritable plus pour les patients le partage de son vécu, les outils qu'il a pu expérimenter dans son parcours de soin et qui peut permettre de réutiliser des méthodes alternatives qu'il a pu essayer, mettre en place pour gérer les crises. Enfin voilà, y a ... Et puis il se passe... bah tout ce qui se passe avec l'usager en face qui...voilà la connexion se fait peut-être des fois plus facilement. Je pense que voilà, c'est enrichissant pour l'équipe, pour le partage qu'on en fait. Après, il y a, il y a. Toutes ces... on parle beaucoup du plan de crise conjoint... tout ça, c'est des choses qui commencent à arriver sur l'établissement et lui, bah c'est quelque chose qui l'a expérimenté donc il nous apporte... voilà son expérience, là ce que ce que ça lui a permis de l'aider dans son parcours de soins et c'est quand même. Plus facile pour moi de d'avoir quelqu'un et d'écouter quelqu'un qui l'a vécu que de voir un PowerPoint qui va me dire alors... faire comme si...faire comme ça... Ouais, d'accord, enfin bon le partage de l'expérience il n'y a rien de mieux, quoi, d'accord ! Je sais qu'il est-il est toujours à l'affût de de nouvelles techniques. Il trouve des petites bandes dessinées pour illustrer ce qu'on peut vivre dans les crises et les utilisent avec les patients. Il a, il a ses propres grilles d'évaluation qu'il partage avec eux. Et voilà, il a il a même commencé récemment à faire un travail auprès des familles parce que lui-même... bah ayant une famille... ayant vécu des choses difficiles... rencontrer une famille. Ben ça. Ça permet aussi de donner un petit côté optimiste aux familles sur le rétablissement de voir que voilà, il a pu passer par des crises et qu'aujourd'hui il travaille avec nous. C'est enfin... voilà, je pense que tout ça c'est super. Enfin, c'est super enrichissant, ça apporte progression dans tous les sens du terme. Enfin bon je moi très contente et comme j'ai dit j'ai toujours une période d'observation. Mais j'ai envie de dire c'est pour tous mes collègues pareils hein... Un nouveau qui arrive... qui c'est celui-là ? Il vient d'où ? qu'est-ce qu'il fait ? Comment il travaille ? Mais très vite. D'abord, il y a la personnalité, hein... Il se présente, il facilite l'échange et très vite... Voilà, il n'y a pas de problème pour l'intégrer enfin. En tout cas à mon niveau, il n'y en a pas eu. Et j'ai eu la chance de partager un atelier thérapeutique avec lui puisqu'il fait, il anime un atelier vidéo donc j'ai participé avec lui à cet atelier donc ça a été une des méthodes aussi qui nous a peut-être rapprochées... Aussi parce qu'écrire un projet, tourner un film, le faire visualiser,

travailler sur ce film pour promouvoir la déstigmatisation. Bah il n'y a pas mieux quoi... donc après, il y a le visionnage après on va le montrer différentes structures il y a des débats et des échanges et voilà, je trouve ça super. À la fois innovant et intéressant comme expérience.

Est-ce ça a eu un impact sur le regard clinique que les que vous pouviez avoir en équipe, l'avant après en fait, avant son intégration après son intégration, est-ce que ce que le regard clinique a changé ?

Alors changer je ne sais pas est-ce qu'il a changé, il apporte un plus et il a toute sa place, quoi de il a tout sa place dans les échanges, je pense que encore une fois... j'ai eu une expérience récente sur un entretien avec un patient où j'ai compris là la démarche du médecin qui l'a un peu titillé, je comprenais pourquoi il le faisait, mais il l'a... Je veux dire que le patient l'a vécu de façon très violente et je pense que le médiateur Santé pair l'a reçu de la même façon, alors que nous, on ne sent pas les mêmes choses quoi, comment dire et ça... Il a pu nous le renvoyer et je pense que c'est super intéressant.

Pour vous, comment s'est passé l'intégration de ce médiateur de santé pair, qu'elle conduite de changement a été initié pour qu'on puisse l'intégrer ?

Le temps d'observation, après, il y a eu une présentation à l'équipe en réunions institutionnelles. Moi je fais partie aussi de l'équipe de de réhabilitation psycho-sociale et il a été intégré dedans pratiquement. En petit groupe voilà, j'avais déjà des échanges avec lui, donc c'est parfois plus simple qu'en grande réunion. Enfin, pour ma part en tout cas, je n'aime pas trop ça. Donc je préfère le lien de proximité. J'ai pu très vite faire un remplacement avec une collègue sur une visite à domicile et très vite on l'a fait ensemble un petit peu dans l'urgence... bah ça a été aussi un moyen de voir un petit peu comment ça se passait et j'ai été convaincue de son approche. Je trouvais qu'il y avait une finesse d'observation. Une bonne distance avec le patient aussi parce que je pense que nous, on est toujours dans « attention » au niveau de la distance... et eux ils sont-ils se posent moins la question et l'accroche du coup... le lien... je pense que c'était plus facile, je ne sais pas... En tout cas, c'est une question.

Quels ont été les effets de l'intégration du médiateur de santé père sur vos pratiques professionnelles individuelles et sur celle de votre équipe ?

Donc, pour moi c'est l'ouverture et le nouveau regard. Comme j'ai déjà dit, c'est sortir un peu des carcans du « je sais, toi tu ne sais pas » ... alors que ce n'est pas tout à fait comme ça. Donc une plus grande sensibilisation. Je pense que peut être je moi je pense être relativement humaine dans ce que je fais et pourtant, je pense qu'avec le temps passé, avec la fatigue, des fois on peut être moins sensible, et faire attention voilà ce qu'on dit, et être... Voilà à faire attention à l'humanisation peu dans les soins. Après voilà faire attention à son langage, c'est vraiment quelque chose... Donc je fais plus attention. On peut être entre nous en disant celui-là le schizophrène, voilà le bipolaire d'hier... Non non ! Il est... il souffre

d'un trouble bipolaire, ce n'est pas la même chose. Ce n'est pas identifier le patient dans une maladie et on est parfois dans des raccourcis ou des échanges. Alors entre guillemets, peut être par l'humour mais je pense qu'au niveau de l'équipe du coup... je pense que l'on fait attention... peut être plus attention maintenant à ce qu'on peut dire, peut-être que ça changé. En tout cas, moi je fais attention maintenant. Puis tout le monde ne travaille pas avec lui, je veux dire, il commence vraiment à faire des prises en charge individuelles avec des patients et en doublon avec des infirmiers. Donc je n'ai pas le recul de mes collègues et tout le monde ne travaille pas non plus avec lui. En tout cas, pour moi, c'est...Ouais, je fais plus attention je pense. Et puis je vais penser maintenant que j'ai vu comment il travaille et comment ça se passe, je pense que je vais penser plus facilement à lui pour faire intervenir dans certaines de mes prises en charge, notamment avec les jeunes, parce qu'il y a quelque chose autour... Moi, je suis en fin de carrière, il y a quelque chose aussi de la proximité générationnelle avec des jeunes qui ont eu un parcours d'entrée dans la maladie, des troubles avec les addictions. Et lui, il est-il est top là-dedans parce qu'il en parle ouvertement et il en parle avec comment il a fait pour s'en sortir et n'y a rien de mieux que ce qu'il véhicule là pour les aider, encore une fois l'expérience est importante quoi... Et puis il y a au niveau du transfert les choses peuvent plus facilement se mettre en place je pense en tout cas... C'est mon avis après. Pour l'instant, ça marche comme ça.

Est-ce que vous savez comment l'idée d'inclure un médiateur de santé père a émergé dans votre établissement et dans votre unité ?

Je ne sais pas trop... Il y a les décideurs et moi là les politiques... Ce n'est pas trop mon truc. Mais je pense qu'il y a un médecin chef qui était quand même un peu sensible à ces nouveautés. Il y a aussi eu dans notre secteur le médecin chef et une psychologue qui était quand même plus autour d'un travail autour des actions transversales dans l'établissement. Donc tout ça, ça a dû émerger à ce moment-là. Et puis je pense qu'on ne peut pas faire sans suivre le mouvement quand même de réhabilitation psychosociale, de l'empowerment. Tout ça, ce sont des thématiques dont on parle quand même depuis plusieurs années donc. Moi, je pense que voilà, on doit suivre aussi pas la mode... je ne peux pas dire ça... mais le courant on va dire et je pense que c'est tout ce mélange-là qui a fait que c'est arrivé dans notre unité. Avec un médecin chef qui cherche quand même toujours on ne peut pas lui enlever ça, qui se démène pour trouver du personnel pour venir travailler qui, qui est à l'affût d'étoffer son équipe et donc je pense que ça a joué aussi.

Comment vous avez connu le métier de médiateur de santé, parce que c'était quelque chose que vous ne connaissiez pas avant son intégration ?

J'en avais un petit peu entendu parler parce que je me documente quand même. Je lis, je lis des revues. Je vais au forum des rencontres de pratiques soignantes, de temps en temps et j'ai déjà rencontré des gens qui se sont présentés et qui ont fait ce récit. Et rencontrer des médiateurs de santé pair qui faisait des

présentations sur leur travail. Donc oui j'en avais déjà entendu parler, mais c'est assez récent on va dire quand même.

Avant de de de rencontrer ce médiateur de santé pair. Est-ce que vous aviez cerné le rôle, la mission et le champ d'action ?

Non Ouh là... Quand ils sont arrivés, c'était plutôt Oh là là ... c'est quoi ça ? Qu'est-ce que c'est ? Que ça, comment on va travailler avec eux, enfin, je veux dire comme on est souvent... Y'a un nouveau qui arrive, voilà... Comment on va faire ? On se débrouillait très bien sans eux... Enfin voilà c'est des histoires... On est toujours en train de se dire, Oh là là ils vont piquer notre boulot, pourquoi on nous ajoute un éducateur ? Qu'est-ce que c'est que ça ? Et puis on peut très bien travailler tous ensemble, hein, c'est qu'un plus. Plus quoi enfin pour moi, hein. Après, il y a toujours cette part d'appréhension peut être. On savait qu'ils avaient une formation, une licence, OK. Il y a des ouais, il y a des interrogations qui sont aussi justifiées, un comment on va faire. Il faut s'adapter à des à des nouvelles choses, mais moi, je pense qu'il y a des choses positives quoi... Faut se laisser prendre par les choses, on peut s'interroger, bien sûr, c'est normal. On peut expérimenter surtout avant de dire, c'est quoi ça ? c'est nul et ça ne sert à rien. En tout cas c'est, c'est ma vision des choses depuis quelques années, hein, ça ne l'a pas toujours été d'ailleurs, je pense qu'il y a eu des années où je dis, mais moi je sais, moi je sais faire mon travail. Et puis vous laissez-moi faire mon travail et puis c'est tout, mais là je n'ai pas... Peut être que c'est aussi un moment, il faut lâcher, les faut, lâcher je ne sais pas, faut lâcher quelque chose de et se dire que et de toute façon, nous on va partir et que et que et que le relais derrière, il va falloir avoir de la cohésion peut être d'équipe et travailler autrement. Parce qu'on manque de plus en plus de soignants, donc vous apprendrez à travailler autrement.

Donc selon vous, ça peut étoffer les équipes ?

Ah bah enfin moi je encore une fois je suis en fin de carrière, je pense un peu épuisée, un petit peu fatigué et je m'interroge quand même sur l'avenir. Ouais, mais sur l'avenir, oui. Mais bon, on sera plus là pour le voir.

Vous disiez tout à l'heure, Oh là là, il va nous piquer notre boulot.

Oui... enfin vous dit ça en référence avec l'arrivée des éducateurs, c'était pareil. Pourquoi ils viennent, qu'est-ce qu'ils vont faire ? On sait très bien faire... mais on a déjà fait ça depuis des années et c'est, c'est le même le même... Ouais, c'est ça le... Euh ils vont faire ça, puis nous, on va faire autre chose enfin... Il y a toujours ce remaniement qui se passe... Qu'est-ce que c'est que ça ? Mais bon, voilà quoi, il faut travailler ensemble, c'est tout.

Est-ce que vous pensez que ça lève un peu le sujet de de de l'identité professionnelle ?

Ouais, mais je pense qu'on est enfin... En plus, j'ai envie de dire à un niveau historique. Je pense qu'ici, on, on est dans une équipe qui tient à son travail et qui tient au travail infirmier et on a passé des années à se battre entre guillemets pour avoir une place. On se bat toujours, même au niveau de l'espace, puisqu'on est toujours en train de se battre avec des bureaux de consultations. Parce que quand au CMP, s'est créée, il s'est créé sans bureau infirmier, c'était quand même les médecins... Et puis vous, vous allez faire les petites visites à domicile là... Mais c'était ça un peu le début hein, donc il a fallu se battre pour ça. Et puis quand on vient rajouter le Où est ce qu'on doit travailler ou est ce qu'on va s'asseoir ? Et comment on va travailler ensemble et c'est toujours cette... Moi je pense que ça ne peut qu'enrichir le travail mais il y a toujours cette petite question de ouais, de l'identité. Et qui fait quoi ? Et nous, on est qui et quelle reconnaissance. On a et cetera et Cetera, On en a pour des années, je pense.

Comment a été préparé l'arrivée du médiateur de santé pair dans votre unité, comment ?

Comment il a été préparé ? Il y a eu des réunions institutionnelles. Et puis après, je pense qu'il y a après chaque personnalité fait avec ce qui ce qu'il est... mais je pense que c'est quelqu'un qui sait se... entre guillemets, se présenter, se vendre, et il a une facilité dans l'échange qui permet cette arrivée et que... Ça se passe bien quoi...

Donc, selon vous, pour l'intégration, la personnalité et là le propre de l'individu a un impact non négligeable ?

Je pense que oui, enfin pas que... bien sûr que l'encadrement est, et doit faire tout ce qui faut pour préparer c'est arrivé mais on en a 2, une autre qui travaille sur l'hôpital de jour. Bon bah on voit bien que ce n'est pas les mêmes personnes mais... elle est beaucoup plus introvertie et je pense que c'est peut-être plus difficile du coup d'aller vers elle... Vous voyez, c'est pas.

Comme ça aurait pu l'être pour une de vos collègues ?

Absolument, ce n'est pas parce que c'est un médiateur de santé pair. Moi, je travaille dans une équipe, on est quand même plusieurs je travaille avec tout le monde... Hein, je n'ai pas de d'a priori, mais forcément qu'il y a des affinités qui vous font travailler plus facilement avec certains que d'autres, où je vois bien que ça y a pas besoin de se parler pour se comprendre et ça, c'est dans toutes les équipes, soit ça, ça existe et ça existera.

Et, selon vous, idéalement, comment on peut accompagner ce projet dans une équipe ?

Je ne sais pas, j'ai répondu je ne sais pas parce que moi il y a pas d'idéal en fait. Je pense que à chacun de s'approprier les infos et déjà, il se sensibiliser à la chose et on ne peut pas forcer les gens. Il y a ceux qui vont suivre, puis ceux qui ne suivront pas. Et moi je dis que rien ne vaut l'expérience de terrain et

c'est qu'il faut l'expérimenter et travailler ensemble et faire des choses ensemble. Et c'est là que le lien se passe et c'est là qu'il se passe des choses quoi..., je ne veux pas le dire autrement, non on peut faire trente six mille réunions de préparation. Si on a quelqu'un qui ne le sent pas et qui ne rentre pas dans le truc... Ce n'est rien, je veux dire... Vous allez vous épuiser.

Est-ce que, selon vous, le partage de l'expérience du partage du savoir expérientiel peut être un levier ?

Certainement. Absolument. Ouais... je pour moi, il faut vivre les choses et l'expérimenter. Et ça fait tout de suite écho. Il y a quelque chose qui se passe et ça permet de d'avoir une autre vision des choses, enfin, moi on ne m'impose jamais un truc sans que je puisse juste comprendre, observer, intégrer les choses. On ne va pas me dire demain tu fais ça... Non c'est quoi ton truc... Faut m'expliquer, faut que j'arrive à penser à comprendre le truc. Et si ça ne fait pas d'écho j'y vais pas quoi... C'est comme ça.

Est-ce qu'il y avait des choses qu'on n'a pas évoqué et que vous auriez souhaité rajouter ?

Non, je dis juste que ce qui est important aussi, c'est le retour que font les usagers qui ont rencontré la personne et ça, c'est une super évaluation, quoi... Enfin voilà, ça se passe bien, ça leur a apporté tellement de choses. Où voilà, c'est voilà... Il n'y a pas... C'est pas qualifié, c'est le, c'est ça qui est important. Je le vois comme ça en une expérience super positive de vie de travailler avec lui, En fin de carrière, je trouve que c'est ça a été une belle rencontre peut être quelque chose. Et je pense que dans une carrière il y a des rencontres qui sont déterminantes ou qui sont riches de vécu, d'expérience. Puis il y en a des moins bonnes, c'est comme ça. C'est bien d'avoir les 2.

PAUTRET	Elodie	Promotion UDERZO
<p>Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du master (1^{ère} année) « Economie Sociale et Solidaire parcours Santé, Protection et Economie Sociales »</p>		
<p>L'INNOVATION VECTRICE DE CHANGEMENT DE PARADIGME ... ?</p> <p>Sous la direction de : Carine PAIRAULT-DELAS</p>		
<p>Institut de formation des cadres de santé Ile de France – GHU Paris Neurosciences Université Gustave Eiffel</p>		
<p>Résumé :</p> <p>La psychiatrie est une discipline en pleine évolution, ces dernières années elle devient une priorité gouvernementale notamment en ce qui concerne la place des usagers dans les soins. Des métiers innovants, tels que les médiateurs de santé pairs, intègrent depuis peu les équipes paramédicales. Toutes ces innovations ont un impact sur les pratiques des professionnels de santé et amène à faire évoluer le paradigme du soin. Ce travail de recherche est issu de mon expérience, il a été agrémenté de mes recherches afin de répondre à la question :</p> <p>En quoi le changement de paradigme en lien avec l'intégration des métiers innovants, tels que les médiateurs de santé pairs, doit être accompagné dans la conduite de projet ?</p> <p>Après un travail d'enquête auprès de professionnels ayant un vécu d'intégration de médiateurs de santé pair, nous avons pu mettre en évidence les effets de cette intégration sur les professionnels et la nécessité de l'accompagnement du projet de sa construction à son aboutissement par le cadre de santé.</p>		
<p>Mots clés (thésaurus BDSF) : innovation, médiateur de santé pair, paradigme, changement de paradigme, résistance au changement, savoirs expérientiels, psychiatrie, conduite de projet.</p>		
<p><i>L'Institut de Formation des Cadres de Santé de Sainte-Anne (Paris) n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		