Le case management

Une approche intersectorielle a la croisée des savoirs et des pratiques

Corinne ROUGERIE

maître de conférences, Université de Tours, membre de l'EA7505-EES (Éducation Éthique et Santé) et chercheure associée à EMA (Ecole, Mutations, Apprentissages) Cergy Paris université.

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.9803

Résumé : En France, la fonction de Case management (Cm) peut être considérée comme une pratique d'accompagnement émergente (Jorro, 2014) visant la guidance du parcours des personnes dites en situation complexe. Elle repose sur une logique de dispositif et un cadre conceptuel mosaïque. Sa mise en application en contexte professionnel varié situe la. Le case manager à l'interface de nombreux secteurs d'activités (psychiatrie, médecine, travail social, assurance…) et de nombreux experts. Cette fonction réactive les enjeux de l'intersectorialité (Carvalho Romagnoli, 2019) en obligeant les cultures professionnelles diversement concernées à dialoguer ensemble et avec la personne dite vulnérable. Son développement récent sur le territoire français (Gozlan,2021) agit sur la manière d'intervenir avec et entre les personnes. L'accompagnement y est pensé comme une pratique de co-construction visant la circulation et l'égalité des savoirs. Nous illustrerons nos propos à partir d'une étude exploratoire réalisée dans une structure en santé mentale désireuse de développer des fonctions d'accompagnement au plus près des réalités des personnes. Entre nécessité de décloisonnement des pratiques et coopération intersectorielle déclarée, l'accompagnement des parcours dit complexes des personnes vulnérables ravive les enjeux du travailler-ensemble.

Mots-clés : Case management, savoirs situés, implication, intersectorialité

Abstract: In France, case management (CM) can be seen as an emerging support practice (Jorro, 2014) aimed at guiding people in complex situations. It is based on a system logic and a mosaic conceptual framework. Its application in a variety of professional contexts places the. The case manager is at the interface of numerous sectors of activity (psychiatry, medicine, social work, insurance, etc.) and numerous experts. This function reactivates the challenges of intersectoriality (Carvalho Romagnoli, 2019) by forcing the various professional cultures involved to dialogue together and with the so-called vulnerable person. Its recent development in France (Gozlan, 2021) is having an impact on the way we work with and between people. Support is seen as a practice of co-construction aimed at the circulation and equality of knowledge. We will illustrate our points using an exploratory study carried out in a mental health structure that wanted to develop support functions as close as possible to people's realities. Between the need to decompartmentalise practices and the declared need for cross-sectoral cooperation, providing support for the so-called complex pathways of vulnerable people raises the issue of working together.

Keywords: Case management, situated knowledge, involvement, intersectoriality

1 Introduction

Ces dernières années, la fonction de *Case management* (*Cm*) se développe en France de manière disparate. Elle s'inscrit dans le cadre de politiques publiques orientées vers une gestion rationnelle et standardisée, influençant l'organisation humaine, matérielle et financière de l'accompagnement. Elle risque de réduire cet accompagnement à une approche taylorienne, où l'art d'accompagner perdrait de sa dimension personnalisée et réflexive. Dans cet article, la fonction de *Cm* est appréhendée comme une pratique intersectorielle visant à éclairer les enjeux liés aux rapports aux savoirs. L'intersectorialité incite à examiner et vise à comprendre des situations complexes et multidéterminées par des facteurs institutionnels affectant l'accompagnement (Carvalho Romagnoli, 2019). Elle s'inscrit dans un contexte politique français marqué par des difficultés à dépasser les logiques de cloisonnement (Ségur de la santé, 2020)[1]. Dans les secteurs de la santé, du social, du médico-social, le *Cm* réactive les enjeux liés à la transversalité des savoirs entre les différents acteurs impliqués.

En France, l'arrivée du ou de la gestionnaire de cas *(case manager)* suscite des interrogations quant à la façon dont ce spécialiste pourra s'insérer dans le domaine des professions de la relation. Comment concilier, d'une part, les connaissances variées échangées par divers professionnels, tout en tenant compte, d'autre part, de la diversité des parcours de vie des personnes vulnérables ? Comment la voix et le savoir expérientiel des personnes accompagnées peuvent-ils être reconnus et valorisés ? Comment faciliter l'échange des connaissances entre professionnels à partir de l'expertise des personnes aidées ?

Nous allons utiliser une étude exploratoire pour illustrer notre approche. Elle vise à interroger les dynamiques de coélaboration des savoirs engagées dans les pratiques professionnelles. Dans ce cadre, un établissement public de santé mentale (EPSM) a sollicité un partenariat avec l'université afin de nourrir une réflexion croisée sur les pratiques du *Cm* et sur les apports théoriques susceptibles d'en éclairer les enjeux. Des membres de l'équipe professionnelle ont contribué à la relecture de cet article.

En quoi cette fonction peut-elle représenter une manière spécifique de « faire avec », en créant des espaces de dialogue et la coélaboration et visibilité des savoirs, notamment dans le champ de la santé mentale ?

2 Le *Case management* : entre pratique intersectorielle et professionnalité émergente

2.1 Émergence de la fonction en France

Le *Cm* est considéré, généralement, comme relevant du champ du travail social par son inspiration nord-américaine (*case-work*), son appropriation et sa diffusion dans le champ de la santé (Gobet, 2012, Jaeger, 2000). Il apparaît en France au début des années 1980. Son apparition est associée au champ de la santé mentale en réponse notamment aux problématiques des institutions décrites comme asilaires (Bonsack, Conus, 2017).

[1] https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_mission_notat_-_segur_de_la_sante.pdf

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

Cet ancrage lui confère une connotation particulière à l'interface du sanitaire et du social. Il suggère un tiraillement historique et structurel entre le soin et le travail social (Jaeger, 2000). On l'identifie plus particulièrement en gérontologie avec le développement du plan Alzheimer et la création des premiers postes de gestionnaires de cas dans le dispositif spécifique MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer) rebaptisé aujourd'hui « Méthode d'Action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie ». Il est rarement identifié en termes de *Case management.* Sa traduction littérale française « gestionnaire de cas », assez normative, justifierait le recensement d'autres appellations faisant référence à cette fonction : coordonnateur ou gestionnaire de parcours, référent de santé ou référent unique, facilitateur, etc. Cette diversité de qualification professionnelle participe d'une difficile stabilisation et identification du *Cm.* Il est encouragé et considéré comme une « pratique avancée » dans les secteurs médicaux et sociaux, parmi de nouveaux métiers énoncés. Un rapport d'État, préconise que : « […] chaque "profession" devrait pouvoir s'ouvrir à des qualifications complémentaires venant, au fil de la carrière, s'ajouter au diplôme d'État et conférant au professionnel une ou plusieurs "pratiques avancées" de la profession en question […]. Ces "pratiques avancées" pourraient ainsi correspondre aux fameux "nouveaux métiers", tels que ceux de "référent de parcours" ou "coordonnateur de parcours" […], par exemple, comme une "pratique avancée" d'assistant de service social […] d'éducateur spécialisé » (Rapport Piveteau, 2022, p. 35). Mais une juxtaposition des métiers tend à entraver l'intégration intersectorielle.

Le *Cm* est associé le plus souvent à des modalités opératoires, sous forme de dispositif p .ex., les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC). La notion de dispositif s'entend comme un ensemble hétérogène d'éléments (discours, institutions, lois, normes, pratiques sociales, etc.) qui se structurent autour d'une problématique spécifique à un moment donné. À ce titre, il est compris comme un espace formatif et organisé pour répondre à une urgence, un agencement stratégique visant à répondre à une situation ou à un enjeu particulier (Foucault, 2001). En *Cm,* il cible l'intervention auprès des personnes dites en grande vulnérabilité. Il émerge progressivement dans de nouveaux secteurs, comme le domaine assuranciel[2] L'invariant repose sur la volonté de coordination partenariale d'un parcours de la personne, évalué ou compris comme complexe. La complexité semble associée « […] à des formes hétérogènes de changement qui se produisent à différents niveaux de l'existence (p. ex., physique, biologique, psychologique, sociale, etc.) Parce que ces changements sont reliés et enchevêtrés, ils révèlent une complexité particulièrement difficile à saisir et analyser. » (Alhadeff-Jones, 2018, p. 588). C'est moins la complexité du système organisationnel sur lequel il s'agit d'agir que sur la situation personnelle et individuelle de la personne rendue vulnérable par le cumul de facteurs invalidant sa possibilité d'agir sur sa vie.

Par ailleurs, le *Cm* en tant que fonction nouvelle participerait à répondre à une difficulté d'accompagner dans la durée. La « contrainte temporelle » tient une place majeure dans son émergence. Cette dernière induit l'importance de la temporalité nécessaire à prendre en compte face à des situations dont l'accompagnement et l'évolution ne peuvent se réaliser ou se restreindre à un temps limité (Alhadeff-Jones, 2017). Là, où la personne est considérée au cœur du dispositif en référence à la loi 2002.2 rénovant

[2]https://www.kareo-horizon.com/.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

l'action sociale, la focale de l'accompagnement est donnée au parcours. Elle porte sur la recherche d'un processus de stabilisation à opérer avec la personne au rythme imposé par une vulnérabilité dite situationnelle. Cette perspective amène à reconsidérer les temporalités souvent imposées par nos environnements de vie (Boutinet, 2004) où le rythme des individus et le rythme des institutions sont rarement alignés.

Ainsi, un parcours reconnu « complexe » combine différentes prestations, différentes modalités de coopération, à la marge de services publics saturés par la demande. Il s'inscrit dans une visée pragmatique et d'ajustement de moyens (Desjeux, 2018). Additionnant une coordination de soins (divers) à une intégration de services (multiples), le résultat repose sur une approche dite « intégrée », à partir notamment d'outils auto-évaluatifs, imposant une restitution institutionnelle régulière (Couturier, 2018). L'individu est alors soumis à « […] une dépendance à ce qu'il va ou non rencontrer sur sa route et à la société qui va l'accueillir, ce qui pourra soit diminuer ou accroître sa vulnérabilité. Cette dépendance dépasse ainsi le niveau de la relation, mais se base sur une configuration sociale préalablement établie » (Saint-Pierre, Gauthier, Paulet, 2023, p. 5). Si la fonction de *Cm* repose sur la prise en compte d'une nouvelle temporalité, elle repose aussi sur une commande d'État (IGAS, 2025)[3] encouragée par des financements, p. ex. l'Agence Régionale de Santé. En ce sens, elle s'inscrirait dans une pratique intersectorielle imposée, à la croisée des multiples domaines à mobiliser. Ce point met en évidence une double exigence. D'une part, le *Cm* vise la mise en cohérence de façon durable de toutes les composantes du système d'intervention du parcours. D'autre part, il veille à la réduction de la complexité systémique pour mieux prendre en compte la complexité clinique. Cette dernière impose un travail de coélaboration interprofessionnelle, en considérant l'usager comme un partenaire, à part entière.

2.2 Premiers effets sur l'implication professionnelle des acteurs

La posture d'accompagnement est associée classiquement à un rapport au savoir dominant, agissant en fonction des positionnements sociaux, encouragés et reconnus par les institutions (Bourdieu, 1978). L'implication professionnelle en socio-clinique institutionnelle , nous amène à considérer que : « Si le métier est abordé comme institution, chaque professionnel évolue dans un mouvement transformatif où rien ne meurt et rien n'apparaît ex nihilo, mais où tout s'inscrit dans une historicité avec ses ruptures et ses continuités, au-delà du professionnel lui-même […] [les professionnels] » contribuent progressivement à faire des liens plus explicites avec le milieu du travail, tout en évitant de limiter la seule lecture à l'activité ou la situation de travail. » (Coste, Rougerie, 2024). Ainsi, le *Cm* s'inscrirait dans une histoire globale d'évolution de la fonction d'accompagnement et d'une mutation du travail social et des soins, à la croisée des champs disciplinaires et dans la manière dont les différents acteurs s'en emparent.

Plus les situations sont complexes, plus l'enjeu du travailler ensemble est activé. Ainsi « la collaboration interprofessionnelle n'est pas une option, mais une nécessité en

[3] https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/2025-02/Rapport\%20Igas\%20-\%20La\%20gouvernance\%20de\%20la\%20politique\%20d\%E2\%80\%99emploi\%20des\%20personnes\%20en\%20situation\%20de\%20handicap\%20\%28mis\%20\%C3\%A0\%20jour\%20le\%2028-02-2025\%29_1.pdf,

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

termes d'enjeu afin d'augmenter la qualité des soins en favorisant l'utilisation appropriée des ressources, notamment humaines. Entrer dans une démarche de collaboration interprofessionnelle implique pour les groupes professionnels en jeu de connaître les champs d'activités, rôles, compétences, spécificités et responsabilités de chacun. » (Bourdin et Ardouin, 2023, p. 138). Les professionnels de la santé et de l'action sociale sont concernés par cette injonction à collaborer et se coordonner avec les différents acteurs concernés, au même titre qu'avec la personne. Mais le débat récurrent sur les enjeux de l'interprofessionnalité illustre -t-il une impossible rencontre intersectorielle ? Des obstacles généralisables aux métiers du prendre soin sont largement démontrés : « […] barrières des cultures professionnelles […], manque de volonté, manque de (re) connaissance des champs de compétences mutuels, manque d'outils pratiques à sa mise en œuvre » (Ibid.p. 154). Plus les professions sont historiquement ancrées, hiérarchisées par les diplômes, plus la dispute des monopoles d'intervention semble active.

Repenser les relations entre secteurs d'activités et services implique de questionner la chaîne de traitement des possibles, tout en valorisant les niveaux de qualification et les expériences de chacun. Endosser une fonction en *CM* nécessite de redéfinir sa pratique et ses relations avec les acteurs concernés. Le *case manager* deviendrait alors une sorte de « généraliste » de la situation, un « non-expert » au service des experts, amenant une reconfiguration de son identité professionnelle. Comme l'exprime Jorro (2014, p. 241), cette fonction peut être perçue comme une « construction renouvelée d'un soi professionnel » pour des acteurs dotés d'une expérience préalable.

Cependant, cette évolution soulève des questions : les professionnels concernés adoptent-ils véritablement une nouvelle identité ou restent-ils attachés à leur métier d'origine (infirmier, éducateur spécialisé, juriste, etc.) ? Cette expertise initiale s'intègre-t-elle dans la nouvelle fonction ou s'en détache-t-elle, comme le suggèrent certains intitulés contemporains, tels qu'« infirmier case-manager » ? Ces fonctions émergentes redéfinissent les contenus des savoirs mobilisés, tout en restant influencées par les orientations des politiques publiques qui les prescrivent et en organisent les contours.

3 Entre complexité des situations et articulations de savoirs et savoir-faire complexes

3.1 Le cadre théorique du *Case management*

Depuis le début des années 2000, la variété des définitions apportées au *Cm* pour le circonscrire théoriquement s'accorderait sur la notion d'approche globale et intégrée empruntée à la santé mentale « […] le processus par lequel on obtient, coordonne et assure l'utilisation, par les usagers souffrant d'incapacités psychiatriques, des soins et des services qui les aideront à satisfaire, d'une façon à la fois efficace et efficiente, leurs besoins multiples et complexes » (Petitqueux-Glaser, C., Acef, S., Mottaghi, M, 2010, p. 112). Cette perspective est en lien direct avec les enjeux de coordination systémique relevé précédemment. Cette source citée répertorie cinq modalités d'intervention différentes. Le *Cm* est dit : de courtage, clinique, de réadaptation, fondé sur le concept des forces personnelles, le suivi intensif en équipe (*Assertive Community Treatment*) et le suivi intensif individuel *(Act individuel*).

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

Décrit comme un cadre initialement vertueux (Gozlan, 2007), le *Cm* est qualifié plus précisément par : « […] sa capacité à permettre une meilleure coordination des soins et des services […] une réponse multidimensionnelle, synchronisée et personnalisée, adaptée aux besoins des patients dans leurs milieux professionnels » (Gozlan, 2021, p. 53). Cette définition repose le principe de transversalité des champs, dans une perspective médico-sociale. Une autre définition australienne propose de distinguer de manière distincte ou corollaire les dimensions de coordination partenariale clinique ou thérapeutique de l'accompagnement (EPPIC, 2018), en fonction des contextes d'application. Ces deux modalités mises en avant peuvent ne pas s'opposer, voire s'inclure, au risque d'une juxtaposition.

Le modèle reposant sur la coordination partenariale suppose une « dimension représentative », autrement dit de manière imagée, sa capacité à organiser son « voyage », comme une agence qualifiée. Dans cette optique, il s'agit d'organiser un parcours à partir de différents services et prestations afin de faire en sorte d'accéder à…, de faciliter ou bien encore d'être le représentant de… (une manière de porter la parole de celui qui n'est pas ou plus écouté. En ce sens, on peut l'associer à une manière de lutter contre ce qui est théorisé et nommé comme injustice testimoniale par Fricker, en reconsidérant la réception de la parole de la personne, en lui portant crédit au-delà d'un déni lié à son origine. Mais jusqu'où dépasser ce « préjugé identitaire négatif » présupposé de l'injustice épistémique ? (Fricker, 2007)

La « relation thérapeutique de collaboration » considère la personne concernée comme active. Elle prend forme dans les moments de crise dite « aigue » traversée par le sujet et repose sur un engagement fort du professionnel dit *case-manager*. Cette approche a le mérite de déterminer deux axes d'intervention généraux et précise les différents modes de *Cm* identifiés, soit clinique, soit thérapeutique, soit les deux à la fois. Or, le thérapeutique est souvent perçu comme relevant du médical et non du social ou de l'éducatif. Le *Cm* participe des débats ouverts sur le décloisonnement des pratiques depuis un certain nombre d'années (Jaeger, 2000) alors qu'il est enclin à faciliter l'intersectorialité.

Ces approches définitionnelles du *Cm* reposent essentiellement sur des modalités opératoires et se déploient différemment en fonction des organisations structurelles et politiques d'un pays à l'autre, d'un territoire à l'autre, d'une organisation à l'autre. Elles s'attachent à définir une opérationnalité de l'acte, à travers des process quantifiables (grille d'évaluation). Le *Cm* emprunte largement ses outils opératoires à l'action sociale (méthodologie de projet et d'accompagnement), voire de Nouvelle Gestion Publique (Couturier, Gagnon, Belzile, 2013). Le cadre conceptuel apparaît non stabilisé et en référence majoritairement aux problématiques de santé mentale, voire de sciences nouvelles en France, comme les sciences infirmières. C'est par exemple la référence au concept d'advocacy (Debout, 2012) ou au concept de réhabilitation. Ce cadre interroge aussi une conception aujourd'hui élargie de la santé publique et une approche plus transversale des savoirs. La manière de percevoir la santé mentale dont la fonction de *Cm* émerge participe d'une manière d'envisager d'autres formes d'accompagnement avec les personnes, cumulant de multiples difficultés, qui, dans

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

certains cas, obligent à penser une manière d'agir « avec » différente et des moyens d'intervention appuyés et dédiés à la personne.

3.2 Modalités opératoires biomédicales

Les productions scientifiques relèvent pour beaucoup du champ de l'expertise médicale en psychiatrie (Gozlan, 2021 ; Rainteau, 2022) et donc d'un savoir qualifié de dominant. Un modèle fréquemment cité dans l'état de la littérature effectué est celui du Biopsychosocial (BPS) proposé par Libman Engel (Siksou, 2008). Il associe historiquement une lecture permanente des dimensions biologique, psychologique et sociale et une approche causale intégrant la complexité sans hiérarchisation de perspectives. Ce modèle induit une prise en compte en réseau nécessaire à la résolution de la situation de la personne. D'où la notion de cas impliquant « la prise en considération des synergies » nécessaires à mobiliser face à des besoins complexes (Couturier, Belzile, 2013, 98). Le modèle helvétique repose par exemple sur un modèle dialectique associant les notions de programme, modèle et process -méthode de suivi- (Gobet, 2012).

Le programme est défini par sa dimension socio politique, à destination d'un public spécifique (de la structuration de la situation au développement de la capacité d'agir par la consolidation de plans d'action). À une problématique spécifique, un programme spécifique est associé. Le modèle est construit à partir d'une architecture spécifique (dispositif concret de mise en œuvre). Il requiert deux principes immuables à savoir un suivi personnalisé et un référent unique dont la spécificité réside dans son « indifférence » professionnelle. Cette approche complétée à la marge par des approches en psychologie, comme la méthode Agile (Nanty, Gobet et Bailly 2021), associe la dynamique de projet à celle de l'accompagnement et se situe dans une logique dite « effectuale ». Elle repose sur des étapes clés définies selon un rituel précis : accueil, analyse, planification, mise en œuvre, évaluation et sortie. La démarche s'appuie non pas sur les manques, mais sur les ressources sur lesquelles peut s'appuyer la personne concernée, à partir de la lecture de sa situation problème. Si le monopole des connaissances scientifiques médicales persiste dans le déroulé des dispositifs et des contenus socles du *Cm*, il interroge la pertinence des savoirs à mobiliser avec les personnes usagères.

3.3 Problématique

La fonction de *Cm*, telle qu'analysée dans cet état de l'art, révèle une articulation complexe entre savoirs théoriques, pratiques et contextuels, marquée par l'héritage d'un modèle médical. Cette perspective met en question les postures d'accompagnement et la manière dont le concept même d'accompagnement est partagé, réapproprié ou redéfini pour créer des alliances entre professionnels et avec les personnes dites concernées et leur famille, allant au-delà du cadre strictement thérapeutique ou clinique.

Le concept de *case management* reste encore à préciser, il s'inscrit dans un champ conceptuel mouvant et pluriel, à l'image de celui de l'accompagnement, qui demeurerait central pour repenser les relations d'intervention (Paul, 2020). Les enjeux liés à l'évaluation des situations complexes, à la coordination partenariale (Couturier, 2016)

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

ou encore aux démarches de rétablissement en psychiatrie (Kœnig et Gilliot, 2017) invitent à une révision des savoirs professionnels dans une dynamique intersectorielle et collective.

Ainsi, le travail du *case manager* prend tout son sens lorsqu'il permet de connecter divers secteurs et acteurs aux profils variés, tels que les médecins, les familles, les avocats ou encore les organismes de logement social etc. En facilitant la communication entre les connaissances universitaires, professionnelles et empiriques, il participe activement à l'élaboration de savoirs contextualisés. Ces derniers sont construits grâce à une combinaison unique d'expériences personnelles et d'interventions spécialisées, offrant un éclairage précieux pour appréhender et aborder les situations complexes de précarité (Ravon, 2017).

Plutôt qu'un changement de paradigme radical, le *Cm* conduit à revisiter les modalités intersectorielles du travail en interrogeant les frontières institutionnelles, les articulations entre registres de savoirs (médicaux, sociaux, expérientiels) ainsi que les rapports de pouvoir qui existent dans les pratiques d'accompagnement. Cette fonction s'appuie sur des dispositifs programmatiques, tels que le décret 2017-1200 du 27 juillet 2017[4] relatif au projet territorial de santé mentale, qui promeut la coordination entre secteurs sanitaire, social et médico-social. Cependant, des dispositifs soulèvent la question des risques d'instrumentalisation des vulnérabilités dans un système marqué par des logiques gestionnaires.

Dès lors, le *Cm* pourrait-il être envisagé comme un catalyseur de justice épistémique, capable de rééquilibrer les rapports entre savoirs institutionnels, professionnels et savoirs d'expérience, et de renforcer les dynamiques intersectorielles au cœur des métiers de la relation ?

4 Exemple d'une recherche exploratoire en santé mentale

4.1 Présentation du service d'un Établissement Public de Santé Mentale (EPSM)

Mobilisée par la problématique du *Cm* en formation, j'ai débuté en 2023 un travail exploratoire auprès de services différents afin de comprendre les enjeux institutionnels de cette fonction, pour les métiers dits de la relation. Soit, je sollicite le service que je repère dans le cadre de direction de mémoire d'étudiants que j'accompagne dans le cadre de ma fonction d'enseignement ; soit je suis sollicitée pour une commande d'expertise ou de recherche. Ce service se situe dans cette seconde perspective. Le service sur lequel s'appuient mes propos est une structure en santé mentale dans le nord-ouest de la France. Il est intégré à un EPSM, divisé en pôles d'activités. Créé en 2018 sur volonté de la direction générale, il est chargé de mettre en place de projets non sectorisés. Sa mission de soins en réhabilitation psychosociale est basée sur le principe du rétablissement[5] intégrant un fil rouge basé l'altérité et la diversité pour transformer les pratiques de soins, et coconstruire un projet social militant visant à soutenir la dignité de chacun (Kœnig et Picolet, 2017). Toute personne ayant des soins

[4] https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035315389

[5] Le rétablissement est attendu au sein de l'équipe en référence aux travaux de Eugène Minkowski (1885-1972), spécialiste en psychopathologie français, notamment dans le cadre de la schizophrénie. Il utilise le concept de l'élan vital en s'inspirant des travaux du philosophe Bergson.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

psychiatriques ou des demandes sur le département concerné peut spontanément solliciter la structure. La particularité du service est d'être en quelque sorte une antenne délocalisée de l'établissement public de santé, un service satellite, au bord du service public.

La fonction de *Cm* émerge progressivement dans la structure, selon les dires des professionnels, portés par la curiosité et l'appétence de ses membres. Le cadre de santé et le médecin psychiatre tiennent des propos communs. Cette pratique se développe à partir des enjeux d'accompagnement des suivis individuels des personnes : "dont on ne savait pas trop ce que c'était" ; "des lectures sur les soins de réhabilitation psychosociale" ; "des participations à des congrès… qui font émerger le terme de *Cm"* qui semblent répondre à leurs demandes. Une salariée précise que, dans le service l'accompagnement des projets de vie des usager.ères, les professionnel · elles sont souvent confronté · es à la limite de cloisonnement inter structures. Cette fonction fait écho aux enjeux de réhabilitation sociale du service qui — selon la référence employée et référencée par le service — "[…] vise à favoriser pour l'usager un accompagnement progressif vers le rétablissement dans son milieu de vie ordinaire, en collaboration avec ses proches et son entourage immédiat" (Glaser, Canceil et Gozlan, 2016, p. 542).

Le service propose un accompagnement individualisé ou collectif en fonction des demandes exprimées par la personne. Cette dernière peut se rendre spontanément dans la structure ou sur orientation. À la lecture de plaquette de présentation du service, la volonté d'humaniser la relation est caractérisée par les termes "reprendre espoir", "être plus à l'aise avec les autres", "partager avec des personnes qui ont vécu la même chose"… ces mots sont mêlés à ceux plus institutionnels, voire jargonneux, d'"actions de sensibilisation et de déstigmatisation", de "promotion du rétablissement dans les pratiques". Ils illustrent une diversification de l'offre allant jusqu'à énoncer "la participation à des protocoles de recherche et création d'outils de réhabilitation". À la fois dispositif de veille et d'accompagnement, ce type de service ambitionne une promotion des savoirs. Ils expérimentent actuellement à titre d'exemple une expérimentation de bibliothèque vivante[6] avec un centre de formation en travail social.

4.2 Demande d'intervention et méthodologie de recherche

La demande initiale porte sur une formation en entretien motivationnel et sur l'accompagnement de l'équipe interprofessionnelle pour mieux comprendre et développer la fonction de case manager. À l'origine de cette initiative, un salarié a identifié l'université comme ressource potentielle après avoir suivi une formation en case management. La phase exploratoire, non financée, représente un temps essentiel de coélaboration de la commande. Ce processus nous paraît fondamental pour une démarche de coconstruction collective, inscrite dans une perspective de recherche collaborative. Impliquer les acteurs de terrain en tant que cochercheurs non universitaires, à différentes étapes de la recherche, transforme les relations traditionnelles entre les partenaires. Cela enrichit à la fois les démarches de recherche et les demandes de formation (Guay et Godrie, 2020).

[6] https://centre-ressource-rehabilitation.org/-bibliotheques-vivantes Principe : par la rencontre et l'échange d'individu à individu, permettre à une personne du grand public de découvrir l'histoire et le quotidien d'une personne appartenant à un groupe confronté à des préjugés et stéréotypes.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

L'approche adoptée repose sur une hybridation méthodologique qui facilite l'expression des acteurs au sein de divers espaces collaboratifs. Ce processus d'hybridation (Lyet, 2014) favorise les échanges entre une pluralité d'acteurs, tout en évitant la simple juxtaposition des missions ou des visions de l'action en contexte. Cette dynamique permet d'articuler les perspectives, en valorisant la diversité des compétences et des savoirs mobilisés.

Sur un temps court (un jour et demi), le chercheur s'immerge avec l'équipe et partage un peu de leur quotidien. Cette manière de procéder facilite la rencontre avec les professionnels, sur le lieu de travail. L'équipe est pluriprofessionnelle : travailleurs sociaux, cadres de santé, ergothérapeute, infirmiers, psychiatres, psychologues, médiateurs de santé pairs et secrétaire médical se côtoient. Une phase de restitution des données a eu lieu. 7 entretiens semi-directifs à visée exploratoire ont été menés. Ils ont concerné les salariés disponibles sur site : le responsable de service, cinq personnels de santé (médecin psychiatre, un interne en psychiatrie, un infirmier, un ergothérapeute), un assistant de service social et un psychologue. L'entretien collectif, composé des personnes ayant participé à l'entretien, est complémenté de 4 autres salariés (deux médiateurs santé pairs, un secrétaire et un second infirmier) non présents au moment des phases d'entretiens.

La trame des entretiens individuels a été appliquée de manière uniforme, dans une perspective compréhensive sur la manière dont les professionnels vivent et perçoivent la fonction de *Cm* dans leur quotidien. La dimension narrative proposée vise l'ouverture de l'expression dans une visée réflexive et de libre expression. Elle était structurée autour de questions, comme suit :

- Pourriez-vous me raconter votre parcours professionnel ?
- Comment le réseau partenarial et plus globalement l'environnement sur le territoire participent-ils au fonctionnement du service ?
- Pourriez-vous me présenter une situation qui illustre le *Cm* ?
- Quelle définition donneriez-vous du *Cm* ?

Dans le cadre de l'entretien collectif, deux questions différentes ont été posées :

- Comment le *Cm* participe -t-il à modifier les pratiques d'accompagnement ?
- Comment avez-vous découvert le *Cm* ?

Les professionnels sont rencontrés dans un bureau ou en salle de réunion en fonction de la vie du service. Les personnes s'activent, se rencontrent, y compris les usagers accueillis. Ces espaces expriment une manière d'habiter la fonction au quotidien, sans lisibilité extérieure pour le chercheur qui s'immerge. En analogie aux travaux de de Certeau sur la ville, l'activité du service se déploie sur un micro territoire comparable à un quartier (le service), d'une ville (territoire lié au découpage sanitaire de l'établissement public) : "c'est" en bas » au contraire (down), à partir des seuils où cesse la visibilité, que vivent les pratiquants ordinaires […] » (de Certeau, 1990, p. 141). Par exemple, le cadre de santé, le chef de service et l'interne partagent le même bureau sans distinction de place. Ils qualifient conjointement le service de « chefferie », qu'ils

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

définissent dans leur manière d'être « autour d'un chef », dans une perspective que l'on peut interpréter de quasi clanique. Porte ouverte, bureau associé en face à face, le service semble animé d'une « douce » effervescence, sans heurt et avec passion. La chefferie s'organise comme « un bord qui se découpe sur le visible » (de Certeau, *ibid.*, p. 142) au regard d'un service organisé librement dans l'espace. Si la chefferie renvoie à la notion de territoire sur lequel s'exerce l'autorité d'un chef traditionnel au sens proposé par le site du cnrtl[7] sa mise en œuvre n'a rien de conventionnel, dans l'observation du quotidien de l'activité.

L'analyse des données est effectuée de manière collective, grâce à un atelier de restitution qui s'est tenu environ six mois après la période d'immersion. Lors d'une journée dédiée, des éléments clés identifiés sont présentés pour entrer en discussion. Cette démarche favorise l'émergence de sens commun et la confrontation des points de vue. Ce dispositif permet non seulement de valider, d'infirmer et d'enrichir l'interprétation des données, mais aussi de construire conjointement des connaissances situées, qui intègrent les perspectives de l'ensemble des acteurs impliqués.

5 Services intégrés et savoirs situés : vers plus de justice épistémique

5.1 Circulation des savoirs : une hybridation territoriale

Cette fonction émergente véhicule un certain sens du métier et interroge en miroir la formation initiale des salariés. Le *Cm* les amènerait à se considérer professionnellement, autre.

La mise en analyse des pratiques de *Cm* montre des enjeux institutionnels à l'œuvre. À ce titre, en considérant l'analyse des implications professionnelles comme un élément de lecture du processus institutionnel de cette fonction d'accompagnement, la socio-clinique institutionnelle nous rappelle comment les sujets contribuent à produire du sens, notamment quand ils ne sont plus considérés comme conformes au cadre imposé (Monceau, 2012). Les pratiques en *Cm* peuvent se comprendre à partir de leur inscription dans la genèse sociale de l'accompagnement en santé comme en travail social.

La dimension de communauté de pratique est l'un des premiers éléments qui ressort de cette exploration de terrain. Cette « chefferie » semble reposer « sur un esprit coopératif (ce qui n'exclut pas le dissensus et la reconnaissance d'une pluralité de perspectives) et lient ensemble des personnes qui partagent des visées et des préoccupations communes » (Guay, Godrie, 2020, p. 31). Cet esprit communautaire se retrouve dans l'observation de la quotidienneté, dans la façon de vivre la relation à l'autre. De la manière d'accueillir à sa matérialité regroupant une grande partie des professionnels énoncés dans un même espace, aux bureaux de la direction partagée par plusieurs cadres, la fluidité des espaces s'apparente à un fourmillement. Nous avons par exemple partagé le repas de midi, dans la salle commune, autour d'une table ovale, chacun amenant son repas (chercheur, y compris). Des photos de temps extra-professionnels sont affichées sur les murs, des recettes culinaires sont partagées. Les sphères professionnelles et familiales s'entremêlent. Elles amènent du sensible, une

[7] https://www.cnrtl.fr/definition/chefferie,

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

part de récit de vie partagée et socialisée au profit d'un collectif de travail qui fait corps.

Dans la salle de réunion, une affichette sur « les jeudis du savoir » est scotchée au tableau blanc invitant à une rencontre réflexive et formative mensuelle. On relève une dimension de tiers espace scientifique à travers l'engagement militant des échanges : « *on va s'envoyer des articles par mail, tiens regarde ça* » ; « *on va aller lire l'article de nos collègues [en référence à la newsletter élaborée dans le service, soit 4 à 5 numéros par an], ça a l'air de rien, mais c'est cultiver un savoir partagé en fait* ». Certains qualifient leur rencontre avec la fonction de « *plongée* » dans la recherche de nouvelles connaissances. On relève des formations en système, en entretiens motivationnels, en Éducation thérapeutique… telle une pratique autogérée, les acteurs prennent part à un processus coconstruit, une approche coorganisée qui les rend producteurs de savoirs (partage de contenus de formation), auteurs ensemble, à partir de savoirs partagés (articles rédigés dans la *news letter*). Le rapport au savoir semble partagé et partageable, par l'enrichissement permis par leurs apports et interprétations croisées.

5.2 Décloisonnement des services : intersectorialité et identité professionnelle dérangées

La sectorisation et son cloisonnement dénoncé par les professionnels amènent parfois une réorganisation des services spontanée. Le service de cet EPSM en est une illustration. Loubat mentionne ce mouvement organisationnel, en précisant qu'il génère « un dépassement » et la création de nouvelles formes de services plus satellitaires (Loubat, 2022). En ce sens, ce type de service permet un art de faire, une pratique « de l'autrement », qui passe par une valorisation des savoirs acquis par l'expérience et une prise de conscience d'autres possibles professionnels. Un travailleur social explique :

> « on en revient un petit peu aux fondamentaux, ce à quoi on a été formé et ce qui nous a aussi été demandé de faire dans les services. On a quand même une formation très large, très riche et euh de nombreux de travailleurs sociaux se retrouvent en service ou "couic", je dis pas que les missions sont réduites, mais en fait l'accompagnement aux droits oui. On nous demande de moins prendre en compte la demande globale de la personne ça n'a pas été mon cas, j'ai plutôt été toujours libre de… tout ça, mais quand j'entends les collègues de l'hôpital, de l'intra qui parlent de l'accompagnement là… Elles peuvent pas faire ça, elles peuvent pas faire ça, pas faire ça là. Et là du coup la posture de case manager nous demande de revoir justement, de reprendre la posture de l'accompagnement de la personne dans sa globalité. »

Toutefois, elle ajoute *« Mais c'est pas facile de voir la frontière entre les deux, les limites, les correspondances, on les voit bien, les différences c'est plus difficile, il y a un truc que je n'arrive pas encore à formuler, à voir… »*. D'une activité empêchée dans certains services à la crainte de quitter un métier que l'on sait faire et que l'on aime faire, le *Cm* requestionne les logiques de métier et ce que veut dire accompagner, voire travailler ensemble, dans les institutions. On peut y voir une fonction in disciplinaire.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

Si les médecins ont tendance à penser que les infirmiers « *touchent à tout* », la fonction de *Cm* interroge leurs savoirs spécifiques, voire les amènent ailleurs : « *Pourquoi est-ce que tel ou tel corps professionnel est case manager ? Pourquoi est-ce qu'on choisit un ergo thérapeute ou un autre ? …* » Ce point de vue n'est en lui-même pas nouveau. Depuis le début des années 1990, certains auteurs perçoivent le développement de la fonction comme annonciateur d'une scission entre les corporatismes (Zarifian, 1993 ; Clery- Melin, Kovess, V et Pascal, J-c, 2003). Mais la tentation du piège du corporatisme n'est jamais loin, au risque d'une légitimité revendiquée à partir d'une doxa professionnelle établie (Gélinas, 1998).

Les expériences recueillies, 25 ans plus tard, font toujours écho à des pratiques vécues comme dispersées au risque d'une disparition ou d'une mission initiale devenue incertaine. Un professionnel de santé, infirmier, exprime ses craintes : « *les premières peurs, c'est où là ! mais en fait, ça va m'amener dans des projets, dans de gros projets, dans de l'accompagnement long* » « *et, pour le coup, je ne vais peut-être pas savoir répondre à tous ses besoins, je n'ai pas toutes les connaissances et au niveau de ma responsabilité, ça va être quoi ?* ». Une professionnelle en travail social explique : *« il y a quand même des endroits où on ne va pas trop […] je suis pas sûre que les as passent trois entretiens sur un objectif à finaliser […] nos outils en tant qu'as [assistante sociale] ne sont pas vraiment formalisés* ». Elle cite les entretiens motivationnels, l'intervention en réseau, mais précise que ce ne sont « *pas des choses très formalisées* ». Le *Cm* semble associé à des pratiques instituées, un déjà là, une évidence. La visibilité parfois incertaine de ces modalités de travail ensemble amenuise parfois les effets positifs sur la professionnalité des agents les mettant en œuvre, comme : la lisibilité d'un développement du pouvoir d'agir des personnes concernées pré existant ou des dispositifs créatifs et agiles pas toujours connus ou reconnus sur le territoire. Ces postures professionnelles relevées requestionnent aussi le rapport entretenu au métier d'origine, au regard des autres corps de métiers, voire à la légitimité du *Cm* : *« qu'est-ce qu'on fait nous que les autres ne savent pas faire* ».

Ce mouvement de sectorisation/désectorisation crée de l'instituant au sens de la socioclinique institutionnelle par des tensions, des particularités révélées par l'analyse des implications professionnelles des salariés. En considérant que « la professionnalisation est une institutionnalisation d'un processus professionnel engagé, il s'agit de la travailler comme un processus contenant à la fois le dépérissement du métier […] et la production positive d'une profession nouvelle […]. » (Monceau, 2009, p. 144-145). La manière dont les professionnels rencontrés vivent leur métier et la mise en place de la fonction de *Cm* créent des interférences interprofessionnelles. Toutefois, si l'on considère que « l'appartenance à une organisation clairement définie devient plus floue, incertaine et crée des pertes d'identité, l'appartenance à une communauté professionnelle et l'émergence d'une identité professionnelle personnelle gagnent en importance. Il s'agit ici moins des contenus, des méthodes, des compétences associées à une connaissance du terrain que de la manière dont les professionnels parviennent à générer de nouvelles réponses aux questions par rapport auxquelles les prescriptions en vigueur n'offrent pas les réponses satisfaisantes » (Gather Thurler et Progin, 2022, p. 126). C'est ce que semble révéler ce service en requestionnant le principe d'intersectorialité. Il concerne les : « actions entreprises par d'autres secteurs que ce-

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

lui de la santé, en collaboration ou pas avec le secteur de la santé, qui visent des résultats de santé ou d'équité en santé ou ciblent des déterminants de la santé ou de l'équité en santé ».[8] Les rapports affectifs et idéologiques des implications professionnelles entretenus par les salariés et mis en analyse collectivement lors de l'entretien collectif l'illustrent. Ils sont vécus de manière différente en fonction des métiers. Les travailleurs sociaux ont tendance parfois à minimiser la fonction : « *rien de nouveau sous le soleil* », comme le souligne l'un d'entre eux. Les professionnels de la santé sont plus expressifs. « *moi psychiatre case manager est ce que c'est ça changerait quelque chose si c'était une collègue neuropsy […] voire même est-ce qu'elle l'assurerait mieux que moi… ou moins bien que moi parce que justement je suis psychiatre* » ; « notre *formation doit impacter ce qu'y met dans le Cm* ». Ainsi, la demande de formation initiale sur des savoirs d'experts dévoile d'autres demandes de recherche, y compris celle d'être reconnue dans cet espace invisibilisé du quotidien.

5.3 Repenser le savoir de la place des personnes : un mythe ?

L'articulation entre les savoirs des profanes et les savoirs des spécialistes posent la question des disciplines et plus globalement du rapport au savoir entretenu par l'ensemble des acteurs concernés. Ces différents éléments conditionnent la recherche de productions de savoirs considérés comme situés. Cette auteure nous rappelle la difficile prise en compte de l'expérience des dominés et fait un lien avec les injustices testimoniales précitées. Penser les savoirs situés questionne leur nature à l'œuvre et leur circulation en fonction des territoires d'apprentissage « si tout savoir est situé, alors il n'y a plus une seule source de savoir universelle, mais une multitude de pôles et de personnes produisant du savoir, et il faut comprendre comment ces savoirs peuvent circuler, être traduits, être compris, et comment on peut échanger, discuter, s'écouter et se comprendre. » (Harraway, 2007)

La pratique d'accompagnement dit global prenant appui sur les ressources de la personne, est inscrite depuis le début des années soixante dans les référentiels de certains diplômes d'État en travail social. Elle encourage la prise en charge globale de la personne, le développement d'accompagnement par projet individuel ou collectif. Elle est aussi développée dans la méthodologie de projet et dans le secteur de la santé autour des pratiques du care (Gaudry-Muller, 2015). Le rapport Schwartz en est une illustration en préconisant l'approche globale et la proximité institutionnelle avec le public (Schwartz, 1981). Ce rapport privilégiait déjà l'adoption d'une pédagogie appropriée reposant sur la pratique quotidienne du jeune, et ses savoir-faire. Si la méthodologie en *Cm* emprunte un vocabulaire professionnel existant à la croisée de l'action sociale et de la santé, elle doit veiller à ne pas générer une superposition de missions intersectorielles au risque d'un déni de pratiques d'accompagnement existantes. Ainsi, la présence de pair aidants ou de personnes usagères peut garantir un équilibre, par une relecture du rapport au savoir utilisé. Loin de devoir s'opposer aux savoirs disciplinaires et généralistes existants, la dimension de l'expérience renvoie à l'importance de

[8] Action intersectorielle : le soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé. Stratégie ministérielle pour améliorer la santé de la population du Québec. Jobin Lyne, Simard Julie, Pigeon Marjolaine. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017, 40 p. En ligne : http://publications.msss.gouv.qc.ca /msss/fichiers/2017/17-216-01W.pdf

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

pouvoir se situer sur ces lieux producteurs de savoir. Toutefois, elle oblige chacun à apprendre à composer ensemble et de sa place.

Au cœur des savoirs dits situés, les personnes en situation d'aide, sont en mesure d'élaborer de nouvelles connaissances à partir de leur propre intervention et du retour réflexif sur leur vécu. Il questionne la manière dont chacun d'entre nous est accompagné dans ce regard réflexif à construire e à partager. Il ne va pas de soi. Il s'avère que les pairs aidants sont absents lors des entretiens individuels s'agit-il d'un acte manqué de la recherche ? Toutefois, ils prennent une part active aux échanges dans les espaces collectifs (groupe de parole et restitution). L'un d'entre eux explique comment le paradigme de rétablissement est central, comme souligné précédemment. Il l'exprime en reprenant la métaphore du chemin et insiste sur l'importance de la coconstruction dans l'accompagnement au regard de sa nouvelle identité professionnelle. Il illustre d'une certaine manière en quoi certains savoirs sont pertinents pour les patients. Il rappelle en permanence la place des usagers et de la manière de prendre en compte leurs savoirs, dont l'une des difficultés à surmonter est d'accepter l'autre comme un égal. Ce sentiment est partagé lors de la restitution collective et témoigne de ce que certains professionnels nomment « *une bulle* » dans laquelle, ils sont protégés de l'extérieur au même titre que les usagers, mais pour des raisons différentes de positionnement. L'image de la *« bulle »* employée n'est probablement pas neutre. Apprendre à prendre soin de l'expérience des personnes accompagnées passe aussi par une reconquête de sa propre expérience professionnelle au sein d'un milieu institutionnel instable.

6 Conclusion

Les auteurs consultés comme les professionnels rencontrés s'accordent sur la place des usagers et de leurs familles, les premiers producteurs de santé (Couturier, Bonon et Bazile, 2016). L'importance d'une théorisation de la pratique, qu'ils auto-alimentent de leur aller-retour en formation, est un des mécanismes à accompagner. À partir de leurs interventions, ils sont amenés à développer de nouvelles manières de penser leur accompagnement et deviennent de nouveaux producteurs de connaissances. Paradoxalement les tensions institutionnelles ressenties en intra amènent ce type d'équipe à vivre une expérience similaire aux usagers de leur service, une situation instable et fragile, une vulnérabilité institutionnelle. Ainsi, la recherche exploratoire engagée n'a à ce jour pu aboutir faute de moyens et de reconnaissance institutionnelle. Il semblerait que ces acteurs partagent le fait de ne pas être reconnu en raison d'un stéréotype négatif qui les attache tout en étant par du même groupe social d'appartenance, que l'on nomme « injustice structurelle » (Garrau, 2022). Cette définition d'injustice testimoniale ou d'injustice de témoignage nous semble corrélée à celle révélée par la fonction de *Cm*. Chacun de sa place, les acteurs en présence semblent perçus comme hors norme, voire déconnectés du système, et donnent l'impression, voire ont l'impression que leur rôle est remis en question, ce qui peut générer une certaine suspicion à différents niveaux de l'institution. En ce sens, la prise en compte de la vulnérabilité par les uns rencontre la vulnérabilité quotidienne des personnes concernées.

La fonction de *Cm* dévoile, voire réactive, sans grande nouveauté la nécessité de coélaboration pour une meilleure visibilité des savoirs. Le climat instauré et la confiance

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

ressentie au sein d'une équipe confirment l'importance du moteur de créativité pour une légitimation des savoirs à partager. Le dépassement de la contrainte temporelle en est l'un des moteurs (les jeudis du savoir, le temps donné à la phase exploratoire de la recherche, etc.).

L'existence de ce type d'espaces, créatifs et porteurs d'ajustement millimétré d'un travail de la relation, semble pourvoyeur d'une pratique, que les professionnels qualifient eux-mêmes « *de luxe* ». Au plus près des situations dites de grande vulnérabilité, le *Cm* peut être considéré comme un artisanat de conjugaison des savoirs. Ce processus en cours participerait alors d'une reconfiguration des métiers. Il serait permis et facilité par la place des personnes dites exclues, le savoir reconnu des minorités concernées. Si la recherche de justice épistémique contribue à construire une force créative, si elle reste souvent dépendante de politiques institutionnelles, les acteurs en présence montrent aussi d'autres constructions possibles sous réserve de volonté de persévérance et de confiance en l'autre. Si ces pratiques sont traversées par des tensions en fonction des territoires, elles participent à faire reconnaître l'importance du métissage des savoirs à l'œuvre, pour sortir d'une standardisation des parcours et des services.

Bibliographie :

Alhadeff-Jones, M. (2018). « Concevoir la complexité temporelle en éducation dans une perspective critique », *Schweizerische Zeitschrift für Bilddungswissenschaften, 40* (3), 587–601.

Alhadeff-Jones, M. (2017). *Time and rhythms of emancipatory education : Rethinking the temporal complexity of self and society.* London, UK : Routledge.

Bonsack, C., Conus.P. (2017). Le case management clinique en santé mentale. *Santé Mentale,* (216), 24-31.

Bourdin, J., Ardouin, T. (2024). « L'impossible interculturalité professionnelle : Les défis des infirmières obstétricales et des obstétriciens au Brésil à travers l'exemple de la ville de Belo Horizonte dans l'État du Minas Gerais ». *Journal of international Mobility.* 11(1), 133-160.

Boutinet, J. (2004). Que savons-nous sur cet adulte qui part en formation ? *Savoirs, 4*(1), 9–49.

Bourdieu P. (1978), Classement, déclassement, reclassement. *Actes de la recherche en sciences sociales, 24*(1), 2–22.

Carvalho Romagnoli, R. 2019. L'accompagnement des accompagnateurs du vieillissement dans le programme brésilien Maior Cuidado au Brésil : Les défis de l'interdisciplinarité et de l'intersectorialité. Dans E. Pesce et P. Breton (Eds.), *Accompagnement collectif et agir coopératif : Éducation, formation, intervention* (p. 221–232). Téraèdre.

Clery-Merlin.P., Kovess.V et Pascal. J-C. (2023). *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale* (p. 16–17). Rapport remis au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

Coste, R., Rougerie, C. (2024). Implication professionnelle. Dans C. de Saint Martin (dir.), *Lexique de socio-clinique institutionnelle.* https://lexiquesci.hypotheses.org/766

Couturier, Y., Gagnon, D et Belzile, L. (2013). La nouvelle gestion publique en santé et services sociaux et l'émergence de la gestion de cas. *Éducation et sociétés*, 32, 109-122. https://doi.org/10.3917/es.032.0109

Couturier, Y (2018) Intégrer les services pour soutenir une intervention globale. Dans N. Guirimand et A. Leplège (Eds.). *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social. Décloisonner et coordonner les parcours de vie et de soin* (p. 78-87). Champs social.

Couturier, Y., Belzile, L. (2016). *L'intervention de coordination : Dans les métiers du prendre soin.* Champ social. https://doi.org/10.3917/chaso.belzi.2016.01

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

Debout, C. (2012). Advocacy (nursing advocacy) Dans M. Formarier et L. Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières* (2ème éd., p. 53 -56). Association de Recherche en Soins infirmiers. https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0053.

de Certau, M. (1990). *L'invention du quotidien.1.* Arts de faire. Folio essais.

Desjeux, C. (2018). Expérimentation de dispositifs de réponses « intégré » pour les personnes en situation de handicap. Dans N.Guirimand, P. Mazereau P et Leplège A (sous la dir.). *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social.* Décloisonner et coordonner les parcours de vie et de soin (p. 230-241). Champs social.

EPPIC. (2018). *Le case management dans la psychose débutante : Un manuel* (texte original traduit en français : Conus.P, Maire. A et Polari, A.) https://institutpsychatrie.org

Fablet, D. (2004). Pour d'autres modalités de collaboration entre chercheurs et professionnels de l'intervention socio-éducative : les apports d'approches socio cliniques. *Recherches en Éducation*, consulté le 10 mars 2025. http://rechercheseducations.revues.org/345

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir.* Gallimard.

Foucault, M. (2001). *« Le jeu de Michel Foucault. »* Entretien avec Michel Foucault conduit par D. Defert et F. Ewald. Dans *Dits et écrits II (1976-1988)* (p. 299-329). Gallimard.

Fricker M. (2007). *Epistemic injustice : Power and the Ethics of Knowing.* Oxford University Press.

Gather Thurler, M. et Progin, L. (2022). Culture professionnelle, culture organisationnelle. Dans A. Jorro (Ed.), *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation.* (2e éd., p. 125 -128). De Boeck Supérieur. https://doi.org/10.3917/dbu.jorro.2022.01.0125.

Gaudry-Muller, A. (2015). Le care dans les soins et dans la pratique d'apprentissage infirmier informel. *Recherche en soins infirmiers, 122*(3), 44–51. https://doi.org/10.3917/rsi.122.0044

Garrau, M. (2022). Reconnaître nos responsabilités en matière de lutte contre les injustices structurelles sur le problème épistémique de la responsabilité. *Raisons politiques, 87*(3), 101–120 https://doi.org/10.3917/rai.087.0101.

Gélinas, D. (1998). Dossier : Le suivi communautaire. *Santé mentale au Québec, 23*(2), 7–46

Glaser, C. ; Canceil, O et Gozlan, G. (2016). Case management en psychiatrie : vers des pratiques professionnelles intégrées. *L'information psychiatrique. 92(7), 539–545,* consulté le 20 juillet 2024. https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1519

Gobet, P., Galster, D., Repetti, M., Scherer, F. et Constantin, E. (2012/2016). *Le Case management en contexte. Bases conceptuelles et applications d'un dispositif de prise en charge intégratif.* Editions EESP.

Gozlan, G. (2021). Bases conceptuelles et caractéristiques du Case management. Dans : *Case management* en psychiatrie. 51-60. Elsevier Masson.

Gozlan, G. (2007). Améliorer la coordination dans le champ sanitaire et médico-social pour limiter le risque de handicap psychique : Étude du cas Prépsy, *188*, 76-79.

Guay, E., Godrie, B. (2020). Démocratiser l'éthique de la recherche participative : production de connaissances, transformation sociale et communautés de pratique. *Sociologies, La recherche en actes.* https://doi.org/10.4000/sociologies.15441

Hassenteufel, P. (2021). L'impossible intersectorialité en santé : Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 39, 107-112. https://doi.org/10.1684/sss.2021.0207

Harraway, D. (2007). *Manifeste cyborg et autres essais. Sciences-fictions, féminismes.* Exils éditions.

Jaeger, M. (2000). *L'articulation du sanitaire et du social. Travail social et psychiatrie.* Dunod

Kœnig, M., Picolet, É. (2017). Le concept de rétablissement en psychiatrie : modes d'appropriation et points de vigilance éthiques. *Perspectives Psy*, 56, 229-234. https://doi.org/10.1051/ppsy/201756229

Loubat, J. (2022). Coordination et Case management : une fonction d'avenir. Dans *Coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale* (3e éd., p. 49 -83). Dunod. https://stm.cairn.info/coordonner-parcours-et-plans-personnalises-en-action-sociale-et-medico-sociale--9782100838837-page-49?lang=fr

Lyet, P. (2014). Penser les hybridations du travail social. Dans G.Ferreol, G., B., Laffort et A. Pagès (Eds). *L'intervention sociale, nouveaux métiers, nouvelles compétences.* Éditions/Proximité.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

Monceau, G. (2009). *Socio-clinique institutionnelle et éducation. Parcours, théorisations et méthodologie.* Note de synthèse en vue de l'habilitation à diriger des recherches en sciences de l'éducation. Université Paris 8. https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-03140718/document

Monceau. G. (Dir.). (2012). *L'analyse institutionnelle des pratiques. Une socio-clinique des tourments institutionnels au Brésil et en France.* L'Harmattan.

Nanty, I, Gobet, P et Bailly, N. La méthode agile, une nouvelle méthode pour promouvoir l'accompagnement inclusif. Dans *Psychologie du Travail et des Organisations, 27*(1), 43–52

Paul, M. (2020). *La démarche d'accompagnement Repères méthodologiques et ressources théoriques.* (2e éd.). De Boeck Supérieur. https://doi.org/10.3917/dbu.paul.2020.01.

Piveteau, D. (15 février 2022). *Experts, acteurs, ensemble… Pour une société qui change.* Rapport d'État. https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2022/02/experts_acteurs_ensemble_rapport_final_modif.pdf

Ravon, B. (2017). Autonomie, standardisation ou partage des savoirs ? Problèmes, enjeux et configurations. Dans Molina, Y., Monceau, G.(Eds). *Les formations du secteur social aujourd'hui. Transformations et diversifications* (p. 65-73). Presses de l'Ehesp.

Rainteau, N. (2022). *Soyez réhab : Guide pratique de réhabilitation psychosociale.* Elsevier Masson.

Saint-Pierre, J., Gauthier, A. et Pollet, R. (2023). *L'usage du concept de vulnérabilité en santé publique. Outil d'aide à la réflexion éthique.* Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3310-outil-reflexion-ethique-usage-concept-vulnerabilite_vf.pdf

Schwartz, B. (1981). *L'insertion sociale et professionnelle des jeunes.* Rapport au Premier ministre. La documentation française. https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/174000666.pdf

Siksou, M. (2008). Georges Libman Engel (1913–1999) : Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. *Le Journal des psychologues, 260*(7), 52–55.

Zarifian, E. (1993). Demain, de nouveaux praticiens du médico-social ? *Lien social 238*, 8–9.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243