

**Zeitschrift:** Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes Economiques et Sociales  
**Band:** 69 (2011)  
**Heft:** 3: Les fonctions du tiers dans la relation économique  
  
**Artikel:** Les gestionnaires de cas : une nouvelle figure de tiers...  
**Autor:** Bloch, Marie-Aline / Henaut, Léonie / Gand, Sébastien  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-283633>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 06.10.2024

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# LES GESTIONNAIRES DE CAS: UNE NOUVELLE FIGURE DE TIERS...<sup>1</sup>

MARIE-ALINE BLOCH

*Ecole des hautes études en santé publique, Rennes  
Centre de gestion scientifique, Mines-ParisTech, Paris  
marie-aline.bloch@ehesp.fr*

LÉONIE HENAUT, SÉBASTIEN GAND ET JEAN-CLAUDE SARDAS

*Centre de gestion scientifique, Mines-ParisTech, Paris  
jean-claude.sardas@ensmp.fr*

> En France, les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent faire appel à de nombreux services des secteurs sanitaire, médical et social, constituant ce que l'on appelle couramment le système de santé. Cependant, de l'avis des usagers comme des professionnels, ce système devient de moins en moins lisible. Un déficit de coordination des services s'observe en particulier lorsqu'il s'agit de mettre en place des aides pour les personnes âgées se trouvant dans une situation complexe au regard de leur isolement, de leurs besoins multiples et évolutifs ou encore du grand nombre d'intervenants à mobiliser. Pour assurer l'accompagnement de ce petit nombre de personnes, le recours à de nouveaux professionnels, appelés gestionnaires de cas, commence à se développer en France, notamment dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Alzheimer. Une étude approfondie de l'activité de trois gestionnaires de cas permet de mettre en évidence, à titre exploratoire, les conditions organisationnelles de son implantation au niveau d'un territoire.

Mots-clés: Case manager, gestionnaire de cas, coordination des protocoles de soins, qualité des soins.

## INTRODUCTION

Alors que le nombre de personnes âgées en besoin d'aide à l'autonomie ne cesse d'augmenter, un des enjeux majeurs des systèmes de santé est de garantir la continuité et la cohérence des soins, des services et des accompagnements apportés à ces personnes (Nolte et Mac Kee, 2008)<sup>2</sup>. En effet, en France comme dans les autres pays développés, l'augmentation de l'offre s'accompagne souvent d'une fragmentation du système de santé, qui rend plus difficile l'accès aux soins et aux services pour les usagers, ou occasionne des ruptures dans le parcours de santé, par exemple lorsqu'il s'agit d'organiser un retour à domicile après une hospitalisation. Cette fragmentation peut aussi donner lieu à des redondances coûteuses dans la prise

---

<sup>1</sup> ... pour la coordination des parcours des personnes en perte d'autonomie

<sup>2</sup> Dans cet article, le terme système de santé est entendu au sens large, comme toutes les structures et services publics, privés ou associatifs des secteurs sanitaire, médical et social auxquels peuvent faire appel les personnes en perte d'autonomie.

en charge aussi bien qu'à des manques. Il n'est pas rare que l'évaluation des besoins d'une personne soit conduite à la fois par son médecin traitant, l'assistante sociale du service municipal, sa collègue du service départemental chargé de l'attribution des aides financières, ou encore l'infirmière du service médico-social intervenant au domicile. A l'inverse, une personne peut ne pas trouver d'interlocuteur parce qu'elle ne sait pas à qui s'adresser, ou que les différents professionnels auxquels elle s'adresse considèrent que le traitement de sa situation ne relève pas de leur juridiction. Si le développement du système de santé est souhaitable puisqu'il permet aux bénéficiaires de recevoir des services plus nombreux et plus spécialisés, il doit en outre s'accompagner de la mise en place d'instances de régulation et de médiation, permettant non seulement aux bénéficiaires d'accéder plus vite aux services appropriés mais aussi aux différents professionnels d'intervenir de façon coordonnée.

L'amélioration de la qualité des prises en charge et la lutte contre le cloisonnement entre les hôpitaux et la médecine de ville, ou entre les services sanitaires et sociaux, sont au cœur des politiques publiques conduites en France depuis plusieurs décennies en faveur des personnes en perte d'autonomie (Frossard, 2002; Guisset et Puijalon, 2002; Jaeger, 2010). Plusieurs dispositifs dédiés à la coordination des services et des professionnels intervenant auprès des personnes âgées ont ainsi été expérimentés et parfois pérennisés (Bloch et al., 2011). En particulier, on assiste à la création des Réseaux de santé, des Coordinations gérontologiques et des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) au début des années 2000. Leurs missions, taille et fonctionnement varient selon les territoires. Mais il est possible de dire que ce sont des structures qui jouent le rôle de tiers, au sens où elles facilitent, en premier lieu, la médiation entre les personnes et le système de santé, par l'information individualisée et l'orientation vers des services d'aide à domicile, des services sociaux, des médecins, des maisons de retraite, des services d'hospitalisation à domicile ou encore des associations d'usagers. En outre, elles tentent, avec plus ou moins de réussite, de favoriser la coordination de toutes ces organisations, à l'échelle d'un ou de plusieurs territoires, grâce à l'organisation de réunions régulières et au partage d'informations.

Depuis quelques années, pour offrir un accompagnement plus poussé aux personnes âgées se trouvant dans des situations considérées comme particulièrement complexes, une nouvelle figure de tiers a été mise en place dans certains réseaux de santé et, plus récemment, dans les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)<sup>3</sup>, en la personne du «gestionnaire de cas». Cette dénomination, qui fait directement écho au terme anglais *case manager*, est souvent considérée comme non satisfaisante et certains lui préfèrent celle de «coordonnateur de parcours de soins» ou de «coordonnateur de santé». Mais on pourrait également les appeler des coachs ou des agents de personnes en situation de handicap. Alors que de tels professionnels existent depuis longtemps dans les pays anglo-saxons, ils commencent à peine à apparaître en France. Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Alzheimer, les pouvoirs publics en font pourtant leur éloge et annoncent déjà leur déploiement. Or, leur introduction sur un territoire ne va pas de soi, et peut être à l'origine de tensions avec les professionnels en place. Nombreux sont ceux qui, comme

<sup>3</sup> Conçues en s'inspirant du modèle de gestion de cas québécois PRISMA (Hébert et al., 2003), les MAIA sont des dispositifs expérimentaux créés dans le cadre du Plan national Alzheimer 2008-2012. Elles comportent un pilote chargé de recenser les différentes organisations sanitaires et médico-sociales d'un territoire et d'en favoriser la coordination, et des gestionnaires de cas assurant la coordination des soins et services pour une trentaine de personnes. Nous y revenons dans la suite du texte.

d'ailleurs certains spécialistes du domaine, se demandent si les gestionnaires de cas et les MAIA ne constituent pas en définitive une strate supplémentaire du « mille-feuille » qu'est devenu le système de santé français. Plus généralement, la question est de savoir à quelles conditions l'introduction d'un tiers gérant de façon très personnalisée et intensive la relation de quelques individus à une organisation peut non seulement être bénéfique aux individus, mais aussi apporter une réponse profonde et durable aux difficultés de l'organisation, en l'occurrence ici le système de santé.

Fondé sur une étude de cas portant sur la prise en charge des personnes âgées à Marseille<sup>4</sup>, cet article propose d'étudier cette nouvelle figure de tiers et d'interroger sa pertinence, de manière exploratoire. Notre objectif n'est pas de décrire de façon approfondie l'activité des gestionnaires de cas<sup>5</sup>, ni de dire s'ils exercent ou non un nouveau métier, ce qui semble encore prématuré et nécessiterait une enquête plus approfondie, mais de comprendre quel peut être leur rôle par rapport aux autres professionnels intervenant auprès des personnes dont ils s'occupent, comment ils peuvent le jouer et avec quels effets. Après avoir donné quelques éléments de définition de la gestion de cas, nous mettrons en évidence les conditions organisationnelles de leur implantation sur un territoire.

## 1. LA GESTION DE CAS:

### UN ACCOMPAGNEMENT INTENSIF POUR LES CAS COMPLEXES

Expérimentée à partir du début des années 1980 dans les pays anglo-saxons, la gestion de cas (*case management*) peut être définie comme une stratégie de coordination des soins et des services qui a la particularité d'être centrée sur la personne qui fait appel à ces services et non sur les organisations qui les délivrent. Aux Etats-Unis, la Commission présidentielle sur la santé mentale réunie en 1981 conclut ainsi: « *Strategies focused solely on organisations are not enough. A human link is required. A case manager can provide this link and assist in assuring continuity of care and a coordinated program of services.* » (cité dans Miller, 1983). Si plusieurs modèles théoriques organisationnels voient le jour, tous ont le même but: faciliter et optimiser les interactions entre les prestataires de services des champs sanitaire, médico-social et social (Huxley, 1993). Les fonctions assignées aux gestionnaires de cas sont également similaires: le repérage (*screening*), l'évaluation des besoins (*assessment*), l'élaboration d'un plan de soin (*care planning*), l'intervention directe ou indirecte, le suivi ou veille (*monitoring*), et la réévaluation de la situation (Challis, 2010). Un tel processus permet une grande réactivité et une grande flexibilité des réponses apportées aux personnes, ce qui semble particulièrement adapté aux patients âgés atteints de troubles physiques et cognitifs, comme les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, car leurs besoins sont multiples et

<sup>4</sup> Cet article s'appuie sur les résultats d'une étude réalisée par le Centre de gestion scientifique de Mines-ParisTech pour la Fondation Paul Bénétois sur les enjeux organisationnels et les dynamiques professionnelles de la coordination dans le champ sanitaire et médico-social (Bloch et al. 2011). Après avoir effectué une revue de la littérature internationale sur la gestion de cas, nous avons conduit une enquête en septembre 2010 sur le territoire des 4<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> arrondissements de Marseille, retenu pour participer à la première vague de l'expérimentation MAIA. Nous avons choisi ce territoire parce qu'il était connu pour son dynamisme et ses performances en matière de coordination, et aussi parce qu'il était bien doté en termes de services. Des observations de réunions de coordination ont été conduites et treize entretiens semi-directifs réalisés: avec les trois gestionnaires de cas et la pilote de la MAIA, et avec l'ensemble des professionnels des structures avec lesquels ils travaillent régulièrement (CLIC, Réseau, hôpital, centre de consultation spécialisé dans les troubles de la mémoire, services sociaux municipaux et départementaux, maison de retraite, accueil de jour, service de soins infirmiers à domicile).

<sup>5</sup> Peu de travaux ont été consacrés au travail des gestionnaires de cas en France. Voir Hughes, 2010.

évolutifs et qu'ils sont soumis à un fort risque d'institutionnalisation.

Par rapport aux professionnels réalisant déjà de la coordination dans les services sociaux ou les hôpitaux, le gestionnaire de cas est conçu comme un «méta-coordonateur» (Hébert et al., 2003): il doit pouvoir intervenir auprès de tous les professionnels impliqués dans la prise en charge de la personne, qu'ils exercent dans des structures sanitaires, médicales ou sociales, ou qu'ils soient membres de sa famille. Conçus conformément à ce modèle, les gestionnaires de cas mis en place en France à partir de 2009 dans le cadre du Plan Alzheimer sont définis comme des «chefs d'orchestre de la prise en charge» (Rocher et Lavallart, 2009). Ils doivent évaluer les besoins et accompagner les personnes dont la situation est particulièrement «complexe» au regard de leur isolement ou d'une situation familiale conflictuelle, d'une évolution soudaine de leurs besoins, ou encore du grand nombre d'intervenants à mobiliser. Cependant, notre étude de terrain révèle que leur rôle et leur champ d'intervention ne peuvent être définis *a priori*. L'arrivée des trois gestionnaires de cas<sup>6</sup> dans les 4<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> arrondissements de Marseille suscite deux types de problèmes: en premier lieu, avec les professionnels considérant qu'ils assurent déjà la coordination des parcours de santé des personnes du territoire – les travailleurs sociaux du CLIC, du service social municipal et de l'équipe départementale chargées d'attribuer l'Allocation personnalisée pour l'autonomie aux personnes âgées (équipe APA du Conseil général), mais aussi les responsables des services d'aide ou de soins infirmiers à domicile. En second lieu, le gestionnaire de cas doit négocier sa place au sein du réseau d'intervenants professionnels et familiaux déjà impliqués dans la prise en charge des différentes personnes à accompagner, chacun considérant qu'il comprend mieux la situation que les autres et *a fortiori* qu'un nouveau venu. Dans les deux cas, nous allons voir que l'implantation effective des gestionnaires de cas repose sur la construction de collectifs de travail à plusieurs niveaux.

## 2. A L'ÉCHELLE DU TERRITOIRE: LA CONSTRUCTION D'UN COLLECTIF POUR ORIENTER LES PERSONNES VERS LE «BON» TIERS

Les entretiens conduits à Marseille révèlent que le soupçon de concurrence à l'égard des gestionnaires de cas a rapidement laissé place à une collaboration bénéfique pour les usagers, grâce à un travail d'ajustement mutuel des différentes structures de coordination désormais présentes sur le territoire. Les attributions officielles des structures apportent certes une première délimitation des champs d'intervention – le médecin et l'infirmière coordinatrice du réseau de santé n'interviennent que pour les personnes de plus de 75 ans, et les assistantes sociales de l'équipe APA pour celles dont le plan d'aide est financé par l'APA. Mais au-delà, il a fallu définir des règles d'orientation des personnes en fonction des «problématiques majeures» traitées par les différents services, ce que le pilote de la MAIA, qui est aussi médecin coordinateur du réseau de santé, a favorisé à travers des réunions. Le CLIC traite ainsi les demandes d'information en aides humaines et, ou aides techniques, et suit les situations correspondant à des projets d'institutionnalisation, de perte d'autonomie, et de besoin de

<sup>6</sup> Nous ne pouvons présenter ici en détail leurs parcours antérieurs. A Marseille, deux des gestionnaires de cas étaient infirmières et la troisième psychologue de formation. Comme les autres gestionnaires de cas rattachés à des MAIA, elles ont suivi la première formation française de gestionnaires de cas dispensée à l'université Paris 5. Elles ont néanmoins souligné l'importance de l'apprentissage sur le tas auprès de collègues plus expérimentées, et du travail collectif réalisé quotidiennement entre elles et avec la pilote autour des situations à gérer.

soutien familial. Le service municipal s'occupe des personnes ayant des difficultés d'accès aux droits, des problèmes de logement, des difficultés financières, des problèmes de gestion courante, ou pour lesquelles il a reçu un signalement de maltraitance. Le réseau de santé s'occupe des personnes qui ont des problèmes médicaux ou psycho-comportementaux à évaluer, et pour lesquels il peut y avoir besoin d'un avis sur un maintien à domicile. Les gestionnaires de cas, enfin, se voient proposer par les professionnels de ces différentes structures les situations dites «complexes».

Dans les faits, ce sont les situations que les autres services ne sont pas ou plus en mesure de gérer.

*«On est limité en tant qu'APA: on peut favoriser le maintien à domicile, mais quand ça se complique et bien... on est très limité, il faut faire appel aux partenaires. [...] Depuis la mise en place de la MAIA et des gestionnaires de cas, c'est du pain béni! C'est quelque chose qui nous soulage énormément!»* (Assistante sociale de l'équipe APA)

Les assistantes sociales du CLIC, du service municipal et de l'équipe APA ont en effet à traiter entre 300 et 500 cas par an, ce qui exclu tout suivi intensif. Et quand ce dernier s'opère faute de mieux, c'est dans l'urgence et au détriment des autres personnes du territoire. Dans des situations où la personne âgée cumule pathologie chronique, problème cognitif et difficultés à assurer les gestes de la vie quotidienne, les gestionnaires de cas sont donc bienvenus. Ce fut le cas, par exemple, d'un couple dans lequel les deux conjoints sont atteints de la maladie d'Alzheimer, le frère de la dame souhaitant qu'elle entre en institution et dénonçant son beau-frère comme maltraitant, les époux souhaitant rester chez eux mais ayant de nombreuses difficultés malgré la présence quotidienne de plusieurs intervenants, la dame n'ayant aucun revenu propre car son mari bénéficie d'une mesure de protection juridique.

L'assistante sociale du service APA se félicite d'avoir proposé cette situation en gestion de cas: *«On en serait au placement aujourd'hui parce qu'on n'aurait pas pu durer, c'était ingérable. [...] Grâce aux gestionnaires de cas, au bout d'un an on en est toujours au maintien à domicile, même si c'est difficile.»*

Ainsi, les situations de perte d'autonomie observées sur un territoire donné peuvent être situées dans un espace à deux dimensions, représenté dans la figure 1, selon leur degré de complexité (axe vertical) et la nature de leur problème dominant (axe horizontal)<sup>7</sup>. Dans cet espace, il est possible de positionner les différentes structures de coordination susceptibles d'être impliquées dans le traitement de ces situations, selon leur domaine d'intervention privilégié et le type de traitement apporté (traitement de masse vs. sur-mesure)<sup>8</sup>. Une telle

<sup>7</sup> Pour ne pas surcharger la représentation, certains acteurs n'apparaissent pas ici, comme les équipes mobiles gériatriques, les associations d'usagers, les mandataires judiciaires chargés de la protection juridique des personnes majeures, les Centres médico-psychologiques ou encore les médecins spécialistes qui peuvent aussi être amenés à faire de la coordination. Signification des sigles: EHPAD pour Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, « équipe APA » pour l'équipe du Conseil général (département français) attribuant la prestation Allocation personnalisée d'autonomie, SSIAD pour Service de soins infirmiers à domicile, CM pour la « consultation mémoire » spécialisée dans le diagnostic des maladies d'Alzheimer et apparentées.

<sup>8</sup> En gris clair apparaissent les structures et acteurs qui sont amenés à faire de la coordination sans que cela soit leur mission première (prestation).

représentation est propre à chaque territoire et peut servir d'outils aux professionnels qui cherchent à mieux cerner les contours de leurs interventions respectives. Elle fait apparaître les chevauchements et les manques dans la prise en charge, notamment pour les situations orphelines désormais couvertes par le gestionnaire de cas dans le cas étudié.

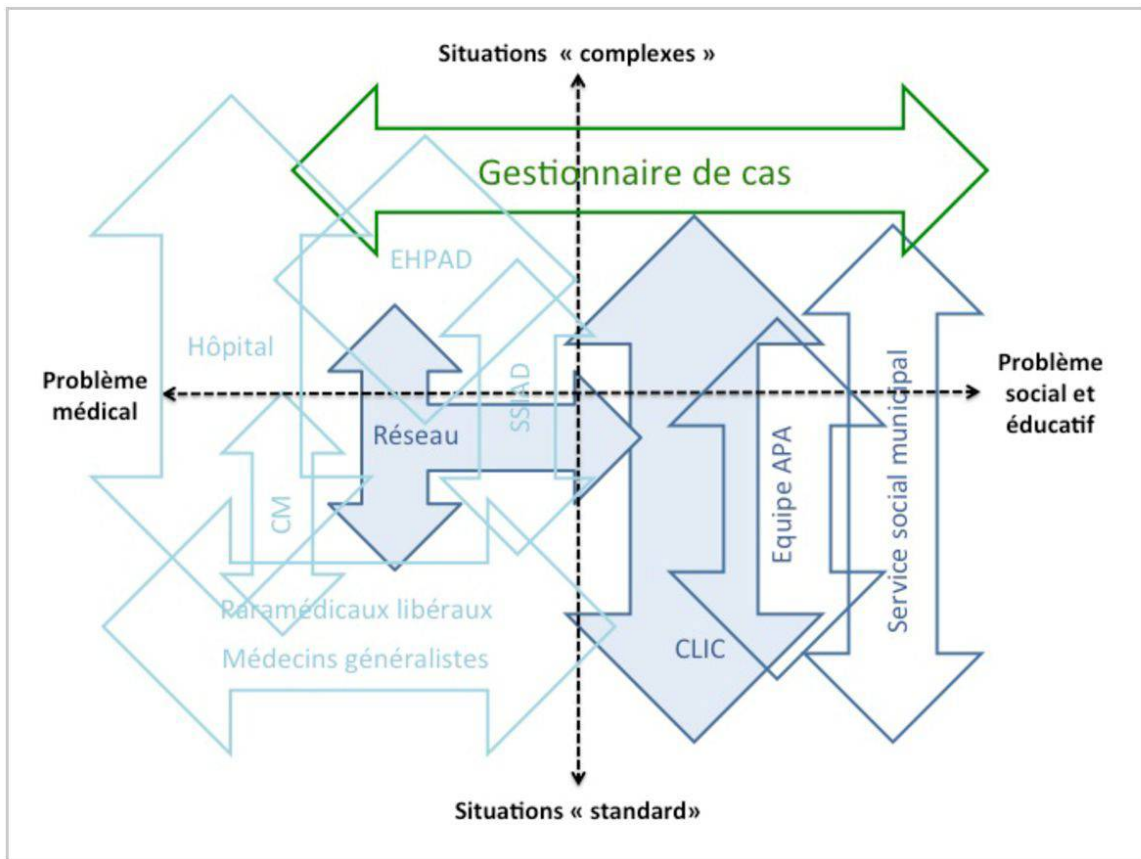


Figure 1. Les principales structures de coordination impliquées dans la prise en charge des personnes âgées

Les personnes en perte d'autonomie, comme les prestataires qui interviennent auprès d'elles, sont susceptibles de s'adresser à n'importe quelle structure du système de santé. S'il est souhaitable qu'elles sachent qui est à même de répondre à leur demande, cela n'est pas toujours possible et ne doit pas nécessairement leur incomber, surtout lorsqu'elles sont particulièrement vulnérables. Leur orientation vers le « bon » tiers suppose au contraire que tous les acteurs du territoire se connaissent et connaissent les contours de l'intervention de chacun. Dans les 4<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> arrondissement de Marseille, ce travail collectif dit d'intégration a été entamé il y a dix ans déjà par le CLIC, avec des campagnes de communication auprès des médecins généralistes, des réunions mensuelles et des échanges informels très fréquents avec les travailleurs sociaux, ce qui a énormément facilité le travail de la pilote de la MAIA. L'arrivée des gestionnaires de cas a non seulement soulagé les autres structures mais aussi contribué à renforcer la dynamique d'organisation territoriale existante.

### 3. DE LA MISE EN PLACE DE LA GESTION DE CAS AU RÉGIME DE ROUTINE: LA CONSTRUCTION D'UN COLLECTIF RÉACTIF POUR CHAQUE SITUATION

L'implantation des gestionnaires de cas sur un territoire suppose également l'élaboration d'un collectif pour assurer la gestion des situations complexes. Quand on demande aux gestionnaires de cas (GC) en quoi consiste leur travail, elles ne savent pas par où commencer. Il faudrait analyser en détail les fiches de suivi dans lesquelles sont notés tous les actes de travail réalisés – les appels téléphoniques, les déplacements, les réunions, les actions diverses – pour avoir une idée précise de l'ampleur et de la variété de cette activité. Une telle analyse montrerait sans doute également que le nombre d'actes de travail effectués pour une même situation varie dans le temps. Il y a toujours, en effet, une période intensive de «mise en place de la gestion de cas», puis une période de routine pendant laquelle la situation est relativement «stabilisée». Des épisodes aigus peuvent ensuite bouleverser cette routine, par exemple avec une hospitalisation, un déménagement ou le décès de l'aidant.

*«Il y a des périodes de forte activité sur certaines situations. [...] Suivant les situations ça peut être une semaine où on est complètement sur une situation, et puis d'autres plus stables, où on va appeler tous les quinze jours. Et y a la moitié des situations où toutes les semaines j'y vais au moins une fois.» (GC1)*

D'après les récits de pratique que nous avons recueillis, la phase intensive de mise en place absorbe toute l'énergie du gestionnaire de cas chargé de la situation, voire celle des autres membres de l'équipe. Cette phase peut durer d'une semaine à plusieurs mois selon la complexité de la situation, c'est-à-dire le nombre d'intervenants, la posture de la personne – est-elle demandeuse ou en refus d'aide – et des aidants familiaux. Une fois la personne signalée et acceptée en gestion de cas, le gestionnaire rencontre la personne<sup>9</sup>, contacte les différents intervenants pour comprendre le point de vue de chacun et les difficultés de la situation, avant même parfois la visite à domicile chez la personne.

*«Plus y a d'intervenants et plus c'est compliqué... Mais c'est fondamental, et c'est pour ça qu'une nouvelle prise en charge c'est long... On parle toujours de recueil des données, moi je parle de reconstitution d'un puzzle, parce que c'est des pièces! Vous allez avoir l'infirmière qui vous dit ça, le kiné qui vous dit ça, la nièce qui vous dit ça, la sœur, l'enfant... et petit à petit c'est la reconstitution d'un puzzle...» (GC2)*

L'évaluation multidimensionnelle, réalisée avec l'outil *Resident Assessment Instrument* (RAI) dans le cas de la MAIA de Marseille, vient ensuite apporter les données nécessaires à l'élaboration du plan d'aide. La gestionnaire de cas est souvent accompagnée de l'assistante sociale du CLIC ou de l'APA qui connaît déjà la personne et suit le dossier.

Reprenons l'exemple du couple dans lequel les deux conjoints sont atteints de la maladie d'Alzheimer. Ils semblaient ne pas vouloir s'alimenter et le monsieur était agressif avec l'au-

<sup>9</sup> Comme cet article porte principalement sur les conditions organisationnelles de l'implantation des gestionnaires de cas, nous n'analysons pas ici en détail la relation qu'elles établissent avec les personnes accompagnées. Leur posture est pourtant spécifique, proche de celle du porte-parole (advocacy). Pour une première approche, voir Tahan, 2005; Bloch et al., 2011.



xiliaire de vie. Ils bénéficiaient pourtant d'un service de portage des repas et de nombreuses heures de présence humaine. La gestionnaire de cas qui a réalisé l'évaluation a pu alors s'apercevoir qu'ils n'étaient plus capables de réchauffer leur repas. Elle a aussi observé que si quelqu'un était au domicile au moment des repas pour leur montrer comment faire, ils pourraient le faire.

*«L'auxiliaire de vie n'était pas flexible au niveau des horaires. Elle venait le matin, elle ne pouvait venir que de 8h à 11h, et elle ne pouvait les faire manger le repas de midi qu'à 10h. [...] Notre cheval de bataille ça été ça: il faut venir pendant les repas, le midi et le soir. Faut pas seulement leur apporter à manger ou leur faire à manger, car les personnes ne peuvent pas faire réchauffer ou se servir.*

– Et là vous avez eu des contacts avec l'association?

– *Oui, ça été un vrai travail avec l'association, en plus elle n'était pas responsable puisque l'auxiliaire de vie était mandataire. Mais ça été aussi un accord parce que je crois aussi que la dame auxiliaire de vie n'en pouvait plus, elle se sentait dépassée.»* (GC1)

La résolution du problème s'est faite collectivement. Au sein du réseau et de la MAIA, d'abord, les gestionnaires de cas et la pilote ont beaucoup échangé – c'est le sens de l'expression «notre cheval de bataille». Au moment de la mise en place de la gestion de cas pour cette situation, le travail de la gestionnaire a été de comprendre les attentes du couple, d'informer et de négocier le changement de personnel avec l'association d'aide à domicile, mais aussi de convaincre les frères et sœurs de la dame qui demandaient le placement, de l'intérêt d'un maintien au domicile. Aujourd'hui, la gestionnaire de cas considère que la situation est «stabilisée mais néanmoins critique». Cela signifie que même si elle s'attend à tout moment à ce qu'on l'appelle pour intervenir, elle sait aussi que tout est en place pour qu'une solution adéquate soit proposée. Une garde de nuit a ainsi été organisée rapidement pour monsieur quand madame a été hospitalisée après une chute.

Les gestionnaires de cas, comme tous les travailleurs sociaux que nous avons rencontrés, ont des partenaires privilégiés vers lesquels elles orientent, à leur demande, les usagers et leurs familles. Mais elles ont la particularité d'élaborer, pour chaque situation traitée, un collectif d'acteurs professionnels et familiaux capables de signaler les problèmes et éventuellement d'intervenir. C'est au moment où ce collectif est suffisamment robuste que la gestion de cas entre dans sa phase de routine. Une fois le collectif constitué, en effet, le gestionnaire de cas peut être moins présent sur le terrain puisqu'il est suffisamment légitime pour l'activer et le guider. Loin d'être accordée *a priori*, la légitimité du gestionnaire de cas se construit progressivement, à mesure que le nombre de problèmes résolus par lui augmente et qu'il «fait ses preuves» aux yeux des différents intervenants et de la famille. Ce faisant, en plus de soulager les professionnels, les gestionnaires de cas favorisent les échanges d'informations et le souci de coordination entre eux, ce qui peut contribuer à améliorer leurs pratiques en situation ordinaire.

## CONCLUSION

L'introduction de gestionnaires de cas sur un territoire devrait donc être bénéfique à plusieurs égards: pour les personnes qui reçoivent un traitement sur-mesure, et pour les pro-

professionnels qui se voient soulagés du suivi des personnes en situations complexes. On peut également penser que l'implantation de ce nouveau tiers peut avoir un impact plus large sur le système de santé, puisqu'elle encourage les professionnels en place à mieux définir leur terrain d'intervention et éventuellement améliorer leurs pratiques d'intervention. Néanmoins, ces observations ont pour limite la spécificité du territoire étudié, particulièrement bien doté en services et caractérisé par une dynamique de coordination amorcée de longue date. Le travail collectif, dont on a montré l'importance pour assurer l'orientation des personnes comme leur accompagnement, ne peut se construire dans des territoires marqués par une pénurie de services, ou par une défaillance des services sociaux et des structures dédiées à la coordination, ce qui est fréquent en raison du renouvellement incessant des équipes ou du manque d'effectifs. Pour que les gestionnaires de cas puissent assumer leur rôle, une stabilité des professionnels sur le territoire considéré semble indispensable.

#### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AUSTIN C., «Case management in long-term care: options and opportunities», *Health and Social Work*, vol. 8, n° 1, 1983, p. 16-30.
- BLOCH M.-A., HENAUT L., GAND S., SARDAS J.-C., *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*, rapport réalisé par le Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech pour la Fondation Paul Bannetot, 2011. Disponible ici: [http://www.fondationdelavenir.org/portail/wp-content/uploads/etude\\_coordination\\_cgs\\_fpb\\_fev2011\\_.pdf](http://www.fondationdelavenir.org/portail/wp-content/uploads/etude_coordination_cgs_fpb_fev2011_.pdf)
- CHALLIS D., «Case Management: Aspects of Organizational and Economic Context», in Fondation Plan Alzheimer, 8-9 March 2010 *Case Management Workshop Booklet*, 2010, p. 13-26.
- FROSSARD M., «Coordination, intégration, réseaux de services: enjeux pour la gestion des politiques publiques en direction des personnes âgées», *Gérontologie et société*, n°100, 2002, p. 34-48
- GUISSET M.-J. et PUJALON B., «La coordination, une longue histoire mouvementée», dans VEYSSET-PUJALON B. (dir.), «Réseaux et coordination», *Gérontologie et société*, n°100, 2002, p. 13-23.
- HÉBERT R., DURAND P., DUBUC N., et TOURIGNY A., «PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada», *International Journal of Integrated Care*, vol. 3, n° 18, 2003.
- HUGUES L., *Le gestionnaire de cas. Une fonction innovante pour l'accompagnement de la personne âgée vivant à son domicile*, Mémoire de Master II EFIS, Université Paris Ouest, 2010.
- HUXLEY P., «Case Management and Care Management in Community Care», *British Journal of social Work*, vol. 23, n° 4, 1993, p. 365-381.
- JAEGER M., «L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs», *Vie Sociale*, n°1, 2010, p. 15-23.
- MILLER G., «Case management: the essential service», in SANBORN C. (dir.), *Case Management in Mental Health Services*, Haworth Press, New York, 1983.
- NOLTE E. et MAC KEE M., *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, 2008.
- ROCHER P. et LAVALLART B., «Le Plan Alzheimer 2008-2012», *Gérontologie et société*, n° 128-129, 2009, p. 13-31.
- TAHAN H., «Essentials of advocacy in case management», *Lippincott's Case Management*, vol. 10, n° 3, 2005, p. 136-145.

