

Article

« Les compétences procédurales requises à la coordination dédiée »

Yves Couturier, Dominique Gagnon et Louise Belzile

Phronesis, vol. 1, n° 2, 2012, p. 15-23.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/1009057ar>

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : erudit@umontreal.ca

Les compétences procédurales requises à la coordination dédiée

Yves Couturier, Dominique Gagnon et Louise Belzile

Centre de recherche sur le vieillissement
Université de Sherbrooke
3001, 12^e Avenue Nord, Sherbrooke (Québec) J1H 5N4
Yves.Couturier@USherbrooke.ca
Dominique.Gagnon@USherbrooke.ca
Louise.Belzile@Usherbrooke.ca

Mots-clés : compétence, coordination, métiers de service

Résumé. Le présent article réfléchit aux compétences requises dans les métiers de services aux personnes dédiés à coordonner les services dans les situations cliniques complexes en raison de leur multidimensionnalité et leur chronicité. Toute activité humaine exige, pour sa bonne exécution, la coordination des interdépendances entre les acteurs concernés. La coordination des interdépendances se réalise en mode ordinaire, dans les activités de tous les jours, mais aussi en mode dédié, c'est-à-dire à travers une pratique qui a pour mandat principal de les gérer de manière consciente, volontaire et imputable pour les situations d'intervention dont la complexité est grande. Ce passage de la forme ordinaire à la forme dédiée de coordination engage une transformation des compétences et des savoirs professionnels mobilisés dans le geste professionnel. En outre des compétences et des savoirs relatifs à la maîtrise des objets cliniques disciplinaires, le gestionnaire de cas, soit la figure professionnelle qui incarne le mieux cette modalité de coordination, doit mobiliser des compétences et des savoirs procéduraux (évaluation, planification, communication, négociation, activation de réseaux, etc.) requis à la maîtrise des interfaces entre systèmes techniques et acteurs professionnels et organisationnels, en posant l'interdépendance des actants comme objet premier de son action professionnelle. Pour cela, il doit effectuer cette dernière dans une temporalité conjuguant le temps du projet organisationnel au temps clinique..

Title: Procedural skills required to dedicated coordination

Keywords: competence, coordination, service jobs

Abstract. This article reflects on the skills required in trades services to people dedicated to coordinate services in complex clinical situations because of their multidimensionality and chronicity. All human activity requires for its proper effectuation, the coordination of interdependencies between actors. Coordination of interdependencies is done in ordinary mode, in everyday activities, but also in dedicated mode, that is to say, through a practice that has a primary mandate to manage them in a conscious, voluntary and accountable for intervention situations whose complexity is high. This passage from the ordinary form in the form of dedicated coordination undertakes a transformation of skills and professional knowledge mobilized in the professional gesture. Further skills and knowledge relating to the disciplinary control of clinical objects, the case manager or professional figure who best embodies this form of coordination, should mobilize expertise and procedural knowledge (assessment, planning, communication, negotiation, activation networks, etc..) required to control the interfaces between technical systems and professional and organizational actors, posing as the interdependence of actants primary purpose in work. For this he must do it in a time of temporality combining organizational project in clinical time.

Introduction

De la coordination ordinaire à la coordination dédiée

Toute pratique sociale exige de ses actants une activité incessante et continue de coordination (Boltanski & Thévenot, 1991). Dans le cas des pratiques professionnelles dans les métiers de service, cette coordination monte d'un cran en termes d'intensité et de systématisation puisqu'il importe, pour l'efficacité professionnelle et organisationnelle, de mieux gérer les interdépendances entre actants (Charles, 1996). La coordination se présente comme « the act of managing interdependencies between activities » (Malone & Crowston 1991, p. 12). Cette action sur les interdépendances peut se réaliser en mode ordinaire (par ajustement mutuel) ou en mode dédié, c'est-à-dire à travers une pratique qui a pour mandat principal de les gérer de manière consciente et volontaire.

Ainsi, malgré le caractère quotidien des activités de coordination, les nouveaux modèles conceptuels de la qualité des services (Kröger et al., 2007) en appellent au développement de dispositifs sociotechniques créant les conditions d'une systématisation accrue des pratiques ordinaires de coordination. Ces dispositifs sont à la fois techniques (systèmes d'information, outils standardisés d'évaluation des besoins et de planification des services, etc.) et humains, incarnés de façon archétypique par la figure professionnelle du gestionnaire de cas, dont la fonction première est la coordination systématique et longitudinale des services pour des clientèles présentant des problèmes complexes, ce que nous nommons la coordination dédiée.

Ce passage de la forme ordinaire à la forme dédiée de coordination engage une transformation des compétences et des savoirs professionnels mobilisés dans le geste professionnel. Outre les compétences et les savoirs relatifs à la maîtrise des objets cliniques disciplinaires, le gestionnaire de cas doit mobiliser les compétences et les savoirs procéduraux (évaluation, planification, communication, négociation, activation de réseaux, etc.) requis à la maîtrise des interfaces entre systèmes techniques et acteurs professionnels et organisationnels, en posant l'interdépendance des actants comme objet premier de son action professionnelle. Pour cela, il doit effectuer cette dernière dans une temporalité conjuguant le temps du projet organisationnel au temps clinique. Pour cela, il doit mettre à distance son action clinique disciplinaire au profit de la centration de son activité sur des dimensions procédurales, comme évaluer ou planifier les services requis.

1. Gestion de cas et fonction de coordination

La gestion de cas forme une figure professionnelle ayant pour première fonction de coordonner de façon systématique et proactive les services requis pour des personnes dont la situation de santé ou sociale est d'une telle complexité que les stratégies ordinaires de coordination sont insuffisantes. Sur le plan clinique, la complexité, par exemple pour une personne âgée en perte d'autonomie, se caractérise par la multidimensionnalité et la chronicité de ses problèmes biopsychosociaux, pour lesquels la seule action disciplinaire est insuffisante.

La coordination dédiée, alors requise en ces situations complexes, s'effectue de façon systématique, et ce, peu importe la nature ou la localisation des services requis à la réponse aux besoins identifiés. Une telle coordination importe d'autant plus pour l'efficacité des services que la complexité de la réponse aux besoins cliniques complexes et chroniques provoque dans nombre de cas un éclatement de la réponse sociale à ces besoins. Il pourra s'agir de ressources privées, dont la première est le plus souvent le proche aidant, publiques, associatives, etc., ressources ayant chacune son propre système normatif pour définir l'intervention possible.

La gestion de cas connaît depuis une décennie, au Québec et en France, et depuis 20 ans dans les pays anglophones et scandinaves, un retour en force à la faveur de la mise en œuvre d'importantes réformes de l'organisation des services, réformes réalisées le plus souvent sous l'impulsion des principes managériaux de la nouvelle gestion publique (NGP) liant les principes d'efficacité technique, de rigueur scientifique et de centration sur les besoins des usagers (Giauque, 2004). Sur le plan opérationnel, ces réformes visent une meilleure intégration des services, soit la mise en cohérence des divers

plans fonctionnels de leur organisation (Kodner, 2006). Ce principe constitue l'un des paramètres structuraux des plus récents modèles conceptuels de la qualité des services (Organisation mondiale de la santé, 2002; Centers for Disease Control, 2003; European Commission, 1999; etc., recensés par Kröger et al., 2007). Ces modèles affirment que la qualité des services n'est pas que le produit d'un acte professionnel isolé, mais bien l'effet organisationnel observable de l'intégration, repérable concrètement par la continuité interprofessionnelle et intersectorielle des services (Reid et al., 2002). Sous diverses déclinaisons, la gestion de cas forme le dispositif professionnel de coordination le plus en usage dans les pays de l'OCDE (Hofmarcher et al., 2007). Les multiples formes de gestion de cas partagent un noyau central de tâches, en l'occurrence, évaluer les besoins de personnes présentant des problèmes complexes, planifier les interventions qui en découlent et les coordonner sur une longue durée (Mullahy, 1995).

Tirant ses origines du travail social américain (Rose & Moore, 1995), la gestion de cas connut différents retours en vogue, dont un important au cours des années 1950 en réponse aux besoins des vétérans de la Deuxième Guerre mondiale qui souffraient de problèmes biopsychosociaux multidimensionnels et souvent chroniques (Tahan, 1998). Pendant les années 1970, aux États-Unis, à l'occasion d'un important mouvement de désinstitutionnalisation des clientèles résidant en « asile », la gestion de cas connut une autre vague de développement (Kersbergen, 1996), mouvement qui toucha le Québec quelques années plus tard (virage communautaire en santé mentale, Fleury, 2002, et domiciliaire pour les personnes âgées en perte d'autonomie, Hébert et al., 2008). Le renouveau récent de la gestion de cas au Québec, comme en France, fut donc moins le fait du travail social que de disciplines du domaine de la santé en quête de façons de faire mieux adaptées à la complexité des besoins auxquels elles devaient répondre.

Il existe de nombreux écrits scientifiques sur la tâche des gestionnaires de cas (ex. : Challis, 1992), sur leurs rôles pour une clientèle spécifique (ex. : Phillips & Waterson, 2002), sur les compétences attendues pour leur pleine efficacité (ex. : Meeks, 2001) et sur leur formation (ex. : Manthorpe et al., 2008). Mais la plupart de ces écrits sont plutôt normatifs (ex. : NASW, 1992), centrés sur les modèles conceptuels (ex. : Hugman, 1994), sur les bonnes pratiques attendues (ex. : Morrow-Howell, 1992) ou sur leurs effets (ex. : Palomino, 1994). Ce foisonnement normatif a produit un grand nombre de modèles conceptuels de la gestion de cas (Kodner, 2008). Nous pouvons schématiquement les classer sur un continuum qui va du rôle de courtier de services, s'afférant surtout à la coordination et à la planification des services en ne prodiguant que peu ou pas de gestes cliniques disciplinaires, à un rôle de clinicien référant axé avant tout sur la relation thérapeutique, prolongé de façon plus ou moins importante du côté de la tâche de coordination. Le premier pôle est plus présent dans les systèmes assurantiels comme aux États-Unis, alors que le second l'est davantage du côté des modèles béveridgiens comme au Québec et en Scandinavie. Un second continuum, dit *case* ou *disease management*, distingue la gestion de cas selon qu'elle concerne un segment de la population présentant des problèmes complexes (ex. : les personnes âgées) ou une problématique spécialisée (ex. : trouble envahissant du développement). L'action du gestionnaire de cas doit donc composer avec une fonction clinique disciplinaire naturellement tournée vers la relation professionnel-usager (Fraser et al., 2010) et une fonction institutionnelle davantage centrée sur le service et ses règles de délivrance (Carrier et al., 2005). Cette intention de coordination multidimensionnelle favorise la création d'une interface entre le système-usager et le système-services (Bertsche & Horejsi, 1980), médiée institutionnellement et professionnellement par le gestionnaire de cas.

La réponse classique, d'inspiration tayloriste, aux besoins cliniques complexes consiste, de manière pluridisciplinaire (logique additive) à rédiger des protocoles d'intervention prescrivant les séquences d'actions à faire pour y répondre, le plus souvent à partir d'une évaluation standardisée des besoins, comme point de départ d'une séquence logique et prévue d'interventions. Ces protocoles sont dits *service-driven*, c'est-à-dire produits avant tout à partir des possibilités organisationnelles. Ici, les compétences requises concernent la maîtrise des règles procédurales de distribution et d'accès aux ressources. Les nouveaux modèles conceptuels de la qualité, d'inspiration plus compréhensive, proposent plutôt une approche interdisciplinaire (logique transformatrice) qui s'appuie sur un renversement conceptuel. L'organisation des services est alors dite *client-oriented*, c'est-à-dire que l'utilisateur y est considéré comme le principal responsable de la définition de ses besoins et de l'orientation de l'intervention qui en découle (Koren, 2010). Le gestionnaire de cas est alors désigné pour porter le point de vue de l'utilisateur dans le système de soins, en s'appuyant sur une évaluation à la fois standardisée et compréhensive de l'ensemble de ses besoins biopsychosociaux. Cette évaluation s'effectue à partir d'un outil multidimensionnel standardisé (biopsychosocial et environnemental) crédible à la fois sur le plan clinique et métrique. Le produit de cette évaluation est partageable tant sur le plan interprofessionnel qu'interorganisationnel. Les caractères multidimensionnels et compréhensifs de l'évaluation¹ permettent à la fois d'être plus efficace (ex. : mise en cohérence des diverses actions professionnelles) et plus sensé cliniquement (ex. : prise en compte du style de vie de la personne).

Le gestionnaire de cas forme donc l'incarnation humaine du dispositif d'intégration des services, visage signifiant pour l'utilisateur, qui veille à ce qu'il reçoive le bon service, au bon moment, au bon endroit, sans doublages contre-productifs. La fonction de gestion de cas n'est donc pas orientée seulement vers l'utilisateur, en faisant en sorte qu'il soit observant des demandes de l'offre de services; elle consiste aussi à la transformer, dans

¹ En arrière-plan de l'évaluation, de tels outils constituent de véritables dispositifs d'agrégation de données permettant de surveiller, sur le plan épidémiologique et administratif, le rapport entre besoins populationnels et prestation réelle des services.

une certaine mesure, au regard des particularités de l'utilisateur. Hébert affirme que les gestionnaires de cas sont des professionnels « casques bleus de l'intervention » (2004 : 16) devant pacifier les rapports entre professionnels et entre institutions, de façon à défendre les intérêts des usagers malgré les inerties institutionnelles. Cette fonction mobilise une compétence dite d'*advocacy* (McCollom, 2004), de défense des droits de l'utilisateur. Cette compétence d'*advocacy* s'articule en gestion de cas avec une mission d'assurance de l'efficacité organisationnelle des services par le contrôle de l'accès aux ressources (*gatekeeping*). Les experts considèrent en général que ces deux fonctions sont compatibles puisqu'il s'agit dans tous les cas d'œuvrer au nom de deux formes de bien commun, celui de l'utilisateur et celui de l'efficacité des services publics comme déterminant du bien-être populationnel (Corvol, 2010). Cependant, cela produit chez les gestionnaires de cas de nombreux points de tensions, dilemmes axiologiques ou éthiques (Kane et al., 1994) qui, selon nous, se reflètent dans l'arrangement de compétences requises à la mise en œuvre efficace de la fonction.

Bien qu'inscrite dans une réforme du système socio-sanitaire *a priori* d'inspiration épidémiologique, la gestion de cas est donc conçue explicitement à la fois pour humaniser les services et les protocolariser, ce qui exige, bien entendu, une articulation complexe de compétences suivant une forme qui ne peut se réduire aux canevas classiques, ceux du métier, de la profession, de la tâche ou de l'organisation.

2 « Nous ne gérons pas des cas »

Tous les professionnels interviewés², et ce, de façon assez similaire en France et au Québec, se disent peu à l'aise avec l'appellation gestion de cas, jugée trop administrative, voire déshumanisante. Cette étiquette traduit, de leur point de vue, un virage épidémiologique dans la façon de concevoir l'organisation des services, et donc de leur intervention (Somme, Couturier et al., 2008). Outre l'impression de changement paradigmatique que produit la désignation de cette fonction, nos répondants expriment tout aussi unanimement³ une résistance au déploiement de la gestion de cas découlant d'une perception de confusion entre les formes préexistantes ou ordinaires de coordination et ce que propose la gestion de cas en termes de coordination dédiée (Gagnon & Couturier, 2007). Les répondants avaient tendance à ne pas percevoir la différence entre leurs tâches passées et celles de gestion de cas, même si des études ergonomiques atténuent ce jugement (Challis, 1992). Par exemple, le redoublement apparent de ces deux formes de coordination est source d'une frustration qui découle d'un sentiment de non-reconnaissance des pratiques des travailleurs sociaux qui n'ont pas mission de gestion de cas (Gagnon & Couturier, 2007). Paradoxalement, même si tous les intervenants se disent coordonnateurs *de facto*, voire souvent premiers coordonnateurs, tous reconnaissent qu'existent d'importants bris de continuité en raison précisément du caractère non systématique de la coordination des services. Ce paradoxe révèle une tension conceptuelle entre les pratiques ordinaires de coordination et la visée de systématisation des pratiques de coordination dédiée portées par la gestion de cas (Couturier et al., 2011).

3. La gestion de cas, un analyseur de l'aggiornamento des systèmes de santé et de services sociaux

Dès 1988, au Québec, le gouvernement du Québec propulsait dans le discours public les concepts d'efficacité et d'efficacité (Bonneville, 2003). Les réorganisations, petites et grandes, qui s'ensuivirent ont produit une lente, mais fondamentale évolution de l'organisation des services, qui passa d'une logique d'administration publique des services à une logique managériale inspirée de la NGP. Cet important courant en gestion publique est un mouvement de pensée managériale d'inspiration libérale (Merrien, 1999), mais aussi scientifique, qui vise à contrôler la performance des services publics, notamment en utilisant mieux les ressources. Les principes qui nous semblent les plus structurants de la NGP sont :

- La rationalisation des structures organisationnelles;
- L'introduction de relations contractuelles;
- La plus grande imputabilité des administrations locales;
- Le contrôle des coûts et de la gestion par résultats;
- Le renforcement de l'efficacité grâce à l'établissement de dispositifs d'identification des meilleures façons de faire et de l'évaluation des résultats;
- L'amélioration de la qualité;
- La centration sur la satisfaction de l'utilisateur, considéré comme un client;
- La réduction de la participation citoyenne;

² Ce texte découle d'une relecture transversale de données qui ont été collectées pour étudier l'implantation de la gestion de cas au Québec et en France. Des entretiens, des entrevues fermées, des observations de pratiques professionnelles et des analyses documentaires ont été effectués.

³ Cette impression forte et unanime s'estompe chez les gestionnaires de cas avec le temps, mais beaucoup moins chez leurs collègues qui sont demeurés dans une fonction disciplinaire.

- L'utilisation accrue des technologies de l'information et monitoring des besoins et des effets⁴.

La NGP produit donc un discours sur la performance qui propose notamment un élargissement des notions d'imputabilité et de reddition de compte qui portent autant sur la satisfaction de la clientèle que sur la nature, la qualité, le coût ou la quantité de services offerts (Dubois & Denis, 2001). La mesure des résultats devient alors centrale à toute décision, nouant ainsi la gestion à une bonne information des besoins cliniques et à un monitoring serré des pratiques professionnelles. Pour ce faire, il importe de développer des indicateurs de gestion clinico-administrative observables dans une activité professionnelle (Sicotte, 2007) qui sera guidée vers des modalités d'intervention reconnues efficaces, dites *Evidence based practices* (Couturier et al., 2009). Pour Amadio (2009), la managérialisation du travail social, par exemple, induit une transformation du rapport à la compétence, qui devient davantage experte et mesurable hors de la relation clinique :

Le discours sur l'évaluation effective du travail social entre en contradiction avec la production des travailleurs sociaux et oppose le temps de performativité qui prenait le temps de travailler avec l'incertain, le fragile, le singulier, à un temps compulsif de l'accumulation et de la quantité. (2009, p. 6)

Pour Demailly (1998), les « rationalisations » qui accompagnent le développement de la managérialisation des conduites professionnelles qui s'opère dans l'ensemble du champ des métiers de services publics produisent des professionnalités managériales caractérisées par leur inscription dans des projets publics ou institutionnels participant d'une logique de réseau. Ils sont également caractérisés par une relation de service individualisée, par l'évaluation permanente des résultats, par la flexibilité des conditions de travail et par la transparence des pratiques, notamment en termes de résultats (Demailly, 1998). Les innovations découlant de la volonté d'induire de l'efficacité dans les services publics sont simultanément porteuses de logiques de déprofessionnalisation et de professionnalisation. Pour la première logique, cela découle d'une volonté gestionnaire de contrôle de la performance professionnelle par la standardisation des pratiques. La seconde est associée à une décentralisation d'autres pouvoirs, ayant pour effet de faire appel à la responsabilité et à l'initiative personnelle, voire subjective, appel prenant la forme de principes éthiques ou l'instauration de pratiques interdisciplinaires, par exemple⁵.

La gestion de cas, par la nature de ses fonctions, est donc au cœur de la mise en œuvre clinique de la NGP. Elle participe d'un mouvement de rationalisation de l'organisation des services en favorisant l'intersectorialité et l'arrimage des lieux institués de soins (ex. : hôpital) aux lieux non institués (le domicile). Pour ce faire, elle accorde une grande importance aux résultats, documentés par des outils cliniques standardisés permettant le monitoring de la performance individuelle et organisationnelle. Cela peut se résumer par le pragmatisme pressé des tenants de la NGP, qu'a exprimé simplement mais très clairement Tony Blair par cette phrase-programme politique : *What's counts, what's works*.

Le renforcement de la logique d'efficacité et du principe de centration sur la satisfaction de l'utilisateur-client induit une logique marchande, mais partiellement. En effet, la gestion de cas permet d'arrimer des services publics et des services privés (marchands et non marchands) qui peuvent se transiger à la suite d'une allocation directe aux usagers, ou alors par la fiscalisation de certaines prestations. Mais ce travail demeure clairement dans l'ordre de la production d'un service public, dans ce cas-ci plus libéral, mais néanmoins le fait de l'État dans sa mise en forme.

Au seul regard de la place de l'utilisateur dans les modèles conceptuels issus de la NGP, se dévoilent donc des paradoxes. Souvent (et à raison) estimée objectivante par sa quête de performance, la NGP met de l'avant un dispositif comme la gestion de cas dont l'une des fonctions est l'advocacy, actée le plus souvent par des travailleurs sociaux, pourtant peu performants à l'objectivation; il aurait été pourtant simple de mobiliser pour cette fonction des infirmières, sociologiquement plus obéissantes, ce qui ne fut pas le cas, et ce, partout au monde.

Les gestionnaires de cas produisent donc une certaine subjectivation des évaluations qui est recherchée par les concepteurs mêmes des modèles intégrateurs. Pour la même raison, il est difficile de déterminer sans nuances si le dispositif est centré sur le système ou sur l'utilisateur. En fait, ils cherchent à articuler ces deux logiques d'action puisque, *de facto*, elles sont liées dans l'acte d'intervenir (Couturier, 2006). Une performance organisationnelle qui ne tient pas compte de l'utilisateur est connue comme inefficace, tout comme une intervention qui ne sait prendre en considération le bien commun institué dans le système d'intervention⁶. La même réflexion vaut quant à la polarité *Evidence-based driven* et *practice driven*, principes de conception de l'organisation des services qui se nouent de manière complexe pour les clientèles visées par la gestion de cas.

4 Tirés de Larivière, 2007 ; Giauque, 2004 ; Merrien, 1999 ; Pollit, 1993; Harris & Unwin, 2009)

5 Cela produit une forme d'institutionnalisation de l'agapè au cœur des ethos professionnels dans ces métiers relationnels.

6 Le bain supplémentaire donné à quelqu'un sera ipso facto enlevé à quelqu'un d'autre, surtout en contexte de rareté de ressources. Et, bien entendu, la solution ne peut pas être de l'ordre d'une dépense infinie, à l'image des besoins. Il faut pragmatiquement trouver des compromis raisonnables entre divers besoins.

4. Exigences paradoxales à l'égard des compétences

La fonction professionnelle de gestion de cas incarne donc de façon typique la forme préconisée de professionnalité valorisée en contexte de NGP. Le caractère dédié et systématique de la coordination qui s'y effectue, en appui sur une mission d'advocacy permettant de réaliser la philosophie libérale de la NGP fondée sur une reconnaissance du sujet de droit, produit néanmoins un effet paradoxal dans le rapport de ces professionnels à la disciplinarité. La gestion de cas apparaît comme une figure professionnelle en pleine reconnaissance malgré qu'elle soit peu soutenue en termes de formation professionnelle adéquate et qu'elle ne fasse l'objet d'aucune institutionnalisation dans les systèmes professionnels. Elle est le plus souvent attribuée à des professionnels expérimentés ayant déjà une formation professionnelle disciplinaire reconnue, le plus souvent en travail social, mais aussi en sciences infirmières, en ergothérapie, etc., Le professionnel désigné gestionnaire de cas mobilise pour effectuer un faire efficace en situation un système de compétences procédurales permettant la maîtrise des règles de système (ex. : accès aux ressources), mais aussi métaprocédures (ex. : avoir la compétence à adapter l'offre de services aux besoins particuliers de l'utilisateur). Ces compétences s'ancrent aussi du côté de la clinique, notamment lors du moment fort que constitue l'évaluation des besoins. La présence de ces divers registres de compétences appelle un nécessaire ajustement de la distance de la compétence disciplinaire et de la compétence fonctionnelle (procédurale ou métaprocédurale). La commande, paradoxale, est donc de prendre appui sur la compétence professionnelle disciplinaire, par exemple en travail social, pour bien réaliser le travail de gestion de cas (évaluer, planifier et coordonner), tout en gardant le disciplinaire à distance, de sorte qu'il n'entrave pas le caractère dédié de la coordination. Clinicien réputé compétent dans son champ disciplinaire, la fonction du gestionnaire de cas lui demande de mettre à distance son action professionnelle disciplinaire, en coordonnant des acteurs professionnels disciplinaires qui, eux, réaliseront l'intervention clinique. La compétence clinique du gestionnaire de cas fait donc l'objet d'un usage distal. De plus, la compétence à ajuster la distance entre compétences disciplinaires et cliniques et compétences fonctionnelles provoque une importante charge cognitive (quand le gestionnaire de cas doit-il cesser l'intervention disciplinaire?) et est au cœur d'un débat entre disciplinaires et gestionnaires de cas, autour d'une épreuve de justification clinique dont le principe de grandeur, pour reprendre les catégories conventionnalistes, est le plus souvent dans l'espace clinique, voire dans le colloque singulier thérapeutique. Selon nos observations, la grandeur du métier se trouve dans l'espace clinique, la gestion de cas apparaissant sous ce rapport comme déqualifiante, même si chacun reconnaît en principe l'importance de sa valeur organisationnelle.

Le champ sémantique structural de la compétence de gestionnaire de cas

Le champ sémantique structural de ce métier est donc distribué sur l'axe clinique et proximal/organisationnel et distal. Outre cette mise à distance latérale de la compétence disciplinaire, il est demandé au gestionnaire de cas de verticaliser son action en quittant l'espace clinique pour un espace supraclinique, celui du système de soins, mais en appui sur sa capacité à déployer une action bivalente dans l'ensemble de la structure sémantique que nous venons de montrer.

Pour notre propos, nous concevons deux structures sémantiques de la compétence (figure 1), ici au sens de Trépos (1992), soit comme construction sociale d'un métier. La première présente l'axe des sources. Cet axe horizontal met en tension deux sources explicites et attendues de compétences, l'une est disciplinaire et engage des savoirs et des coups de mains propres à une discipline. L'autre est procédurale et renvoie à des compétences liées aux façons de faire dans un contexte organisationnel donné. Toutes ces compétences sont tendues vers l'efficacité de l'acte professionnel, conçu de façon disciplinaire et organisationnelle.

La seconde structure sémantique renvoie sur le plan (clinique ou organisationnel) où se réalise l'action professionnelle. Au premier de ceux-ci niveaux, l'ensemble des métiers relationnels, coactifs dans un système d'intervention donné, partage de façon transdisciplinaire un corpus de «coups de main», c'est-à-dire des invariants praxéologiques, (Soulet, 1997; Couturier, 2006); pensons par exemple aux gestes professionnels relatifs à l'accueil de l'utilisateur. Sur le plan organisationnel, l'intervention compétente saura prendre en considération un ensemble de déterminants structurels (accès aux ressources, séquences et protocoles des actions, etc.) et un certain nombre de principes d'actions établis par l'État (managérialisation de l'action, *evidence based practice*, etc.).

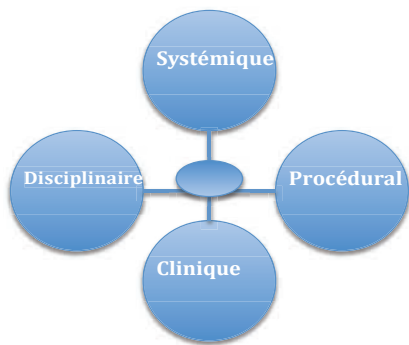


Figure 1: Espace structural de la compétence

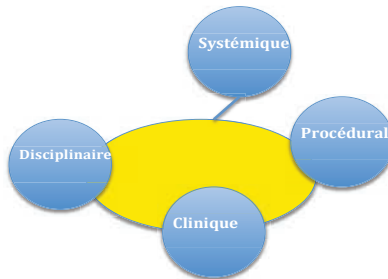


Figure 2 :Dispersion structurale de la compétence pré-gestion de cas

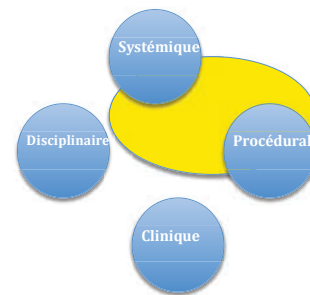


Figure 3 :Dispersion structurale de la compétence en gestion de cas

De façon générale, les intervenants ancrent leur action dans le bas du schéma, en se distribuant sur l'axe horizontal suivant les exigences de la tâche et le caractère plus ou moins discipliné du groupe professionnel auquel ils appartiennent. Par exemple, le travail social est beaucoup moins codifié que la médecine.

En principe, l'autonomie professionnelle se construit dans un projet clinique qui tend à mettre à distance les conditions organisationnelles de l'action (Champy, 2010), toujours espérée libre de toute contingence (Couturier & Legault, 2002). Elle cherche à occuper le bas du schéma (figure 2).

La gestion de cas, sous l'impulsion des principes complexes de la NGP, cherche à faire remonter vers le haut du schéma le travail professionnel, au bénéfice, de son point de vue, d'une mise en cohérence de l'action publique, dans ce qu'elle a de plus concret, c'est-à-dire l'action professionnelle (figure 3).

Conclusion

Étudier la gestion de cas pour mieux comprendre une forme émergente de transformation de la professionnalité dans le contexte des services publics permet de problématiser la tension existante dans le champ des professions entre les forces disciplinaires et celles transdisciplinaires. La gestion de cas conscrit ici la disciplinarité au profit d'un projet d'intensification de la coordination, dans sa dimension procédurale, et donc en partie transversale à la distribution disciplinaire des compétences. Cela ne révèle pas, au moins dans sa version simpliste, une pure force de standardisation, plus ou moins orwellienne, toujours avilissante. Il s'agit certes de protocolariser davantage l'action professionnelle, mais sur le seul plan de la gestion plus systématique des interdépendances. En ce sens, la gestion de cas demeure un métier clinique, mais peut-être d'une forme moins idéalisée autour de la figure du professionnel maître de ses gestes et de ses domaines d'application.

L'émergence de la prescription de la compétence procédurale comme constituante de l'organisation des services est au cœur, selon nous, des transformations en cours de la manière dont se conçoit l'action publique, où le plan logique de la clinique se distingue davantage de celui de l'organisation des services. Cela montre à première vue la force tayloriste à l'œuvre, par l'actualisation du découplage de la conception et de l'effectuation du travail. Mais nous soumettons à la réflexion que ce découplage a, dans ce cas-ci, au moins du point de vue de ses promoteurs, une vertu clinique, celle de penser la qualité des services comme un produit dépassant la seule mobilisation des acteurs professionnels, pris isolément. La compétence procédurale se présente ainsi comme une condition d'effectivité de l'intelligence collective au travail, en autant qu'elle ne se réduise pas à la seule force de standardisation de pratiques.

Références bibliographiques

- Amadio, N. (2009). *Le travail social de secteur à l'épreuve des logiques managériales*. Téléaccessible à l'adresse: http://gree.univ-nancy2.fr/digitalAssets/51713_JIST2009AmadioTexteCommunication.pdf
- Bertshe, A. V., & Horejsi, C. R. (1980). *Coordination of client services*. *Social Work*, 25, 94-98.
- Boltanski, L. & L. Thévenot (1991). *De la justification : les économies de la grandeur*. Paris, Gallimard.
- Bonneville, L. (2003). *La mise en place du virage ambulatoire informatisé comme solution à la crise de productivité du système socio-sanitaire*

- au Québec, (Thèse de doctorat) : Université du Québec à Montréal.
- Carrier, S., Couturier, Y., Gagnon, D., Chouinard, I. (2005). L'expérience des gestionnaires de cas est-elle concluante? Élucider une pratique émergente pour en comprendre les conditions de succès. Dans Allard, J., Arcand, M. : *Enjeux et controverses dans les soins aux personnes âgées en grande perte d'autonomie*. Saint-Hyacinthe, Edisem: 295-302.
- Centers for Disease Control and Prevention (2003). *Chronic Disease Prevention : Promising Practices: Opportunities for Prevention*. Atlanta.
- Challis, D. (1992). Case Management In social work practice, *British Journal of Social Work*, 22(5), 596-597.
- Charles, J. (1996). *The coordination process of nursing case management*. Virginia Commonwealth University.
- Corvol, A. (2010). *Gestion de cas en gérontologie : Étude de la cohérence entre valeurs professionnelles et pratiques*. (Mémoire), Université Paris Descartes.
- Couturier, Y. (2006). *La collaboration entre travailleuses sociales et infirmières. Éléments d'une théorie de l'intervention interdisciplinaire*. Paris, L'Harmattan.
- Couturier, Y., & Legault, B. (2002). Du doute identitaire à la complexité de la tâche. Réflexion pour repenser la question de l'estime de soi professionnelle des travailleurs sociaux et travailleuses sociales. *Intervention*, 115, 57-63.
- Couturier, Y., Trouvé, H., Gagnon, D., Etheridge, F., Carrier, S., & Somme, D. (2010) Réceptivité d'un modèle québécois d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie en France. *Lien social et Politiques*, 62, 163-174.
- Couturier, Y., de Stampa, M., & Somme, D. (2011). Intégration et gestion de cas pour les clientèles présentant des besoins complexes. Dans Meyer, A. (dir.). *Maladie d'Alzheimer : évolution des dispositifs, évolutions des métiers. Quelles politiques publiques?* Éditions de l'Atelier. Ivry-sur-Seine, France, 12-23.
- Demailly, L. (1998). Les métiers relationnels de service public approche gestionnaire, approche politique, *Lien social et politiques*, (40), 17-24.
- Dubois, C-A., & Denis, J-L. (2001). *De la commission Castonguay-Nepveu à la commission Clair : Le façonnement socio-historique de l'impu-tabilité*. [En ligne] Consulté le 22 octobre 2012. www.medsp.umontreal.ca/getos
- European commission (1999). Provens strategies to improve older people's health, Brussels.
- Fleury, M. (2002). Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire. *Santé mentale au Québec*, 17 (02), 7-15.
- Fraser, K., Estabrooks, C., Allen M, Strang, V. (2010). The Relational Nature of Case Manager Resource Allocation Decision Making: An Illustrated Case. *Care Management Journals*, 11(3), 151-156.
- Gagnon D. & Couturier Y. (2007). La continuité des services comme produit du rapport entre gestionnaires de cas et usagers. *Revue canadienne de service social*, 24 (2), 155-166.
- Giauque, D. (2004) Gestion des ressources humaines et modernisation des administrations publiques. *Les politiques sociales*. 1 et 2, 47-62.
- Harris, J. & Unwin, P. (2009). Performance management in modernised social work. Dans Harris, J. & White, V., *Modernised social work Critical considerations*. Bristol : The policy press.
- Hébert, R., Durand, P., Dubuc, N., & Tourigny, A. (2003). PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care*, 3:e08.
- Hébert, R. (2004). Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. Dans Hébert, R., Tourigny A. et Gagnon, M. (dir.) *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, Québec, EDISEM, 57-78.
- Hébert, R., Veil, A., Raïche, M., Dubois, M., Dubuc, N., Tousignant, M. & le groupe PRISMA-Estrie (2008). Implementation of PRISMA, a Coordination-Type Integrated Service Delivery System for Frail Older People in Québec. *Journal of Integrated Care*, 16 (6), 4-14.
- Hofmarcher, M., Oxley, H., & Rusticelli, E. (2007). Improved Health System Performance Through Better Care Coordination (working paper n. 30), Paris: OEDC.
- Hugman, R. (1994). Social Work and case management in the UK, *Ageing & Society*, 14(2), 237-240
- Kane R., Penrod J. & Kiunick H. (1994). Case managers discuss ethics. Dilemmas of an emerging occupation in long-term care in the united states. *J Case Manag.* ;3(1):3-12.
- Kersbergen, A. L. (1996). Case management : a rich history of coordinating care to control costs. *Nursing Outlook*, 44 (4), 169-172.
- Kodner, D. (2006). Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American-models and lessons, *Health and Social Care in the Community*, 14(5), 384-390.
- Kodner, D. (2008). Managed care networks for the vulnerable elderly. *North American Prototypes, Performance and Lessons*, Goteborg, 6 juin, <http://www.integratedcarenetwork.org/Sweden2008/slides/01-02-kodner.ppt>

- Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: the culture-change movement. *Health Affairs*, 29(2), 312-317.
- Kröger, E., Tourigny, A., Morin, D., Côté, L., Kergoat, M., Lebel, P., ... Benounissa, Z. (2007). Selecting process quality indicators for the integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia, *BMC Health Services Research*, (7), 195.
- Larivière, C. (2007). La transformation des structures par la nouvelle gestion publique. Évolution obligée des CLSC et opportunité d'innovation. Baillergeau, E., & Bellot, C. *Les transformations de l'intervention sociale* (pp.53-68). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Malone, T.W. & Crowston, K.G. (1991). Toward an interdisciplinary theory of coordination. (technical report 120). Cambridge, M.I.T. Center for coordination Science.
- Manthorpe, J., Jacobs, S. R., Rapaport, J., Challis, D. J., Netten, A., Glendinning, C. ... Harris, J. (2008). Training for change: early days of individual budgets and the implications for social work and care management practice: A qualitative study of the views of trainers. *British Journal of Social Work*, eScholarID:1d17309 | DOI:10.1093/bjsw/bcn017
- McCullom, P. (2004). Advocate versus abdicate. *Case Manager*, 15(1), 43-45.
- Meeks, J.B. (2001). A social work case management experience in a managed Care setting : the need for effective Communication. *Home Health Care Management & Practice*, 13, 444-451.
- Merrien, F. (1999). La nouvelle gestion publique : Un concept mythique, Lien social et politiques. *RIAC*, 41, 95-103.
- Morrow-Howell, Nancy (1992). Clinical Case Management : The Hallmark of Gerontological Social Work. *Journal of Gerontological Social Work* 18(3/4), 119-131.
- Mullahy, C. (1995). *The case manager's handbook*. Gaithersburg : Aspen Publications.
- National Association of Social Workers (1992). *NASW standards for Social Work Case Management*. Washington : NASW Press.
- Organisation mondiale de la santé (2002). *Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation*, Madrid, Organisation mondiale de la santé, 60 p.
- Palomino, J.D. (1994). *Case management for effective social work practice*, California State University, Long Beach.
- Phillips, J. & Waterson, J. (2002). *Care management and social work : a case study of the role of social work in hospital*. *European Journal of Social*, 2002, 171-186.
- Pollitt, C. (1993). *Managerialism in the public services*. Oxford : Blackwell.
- Reid, R., Haggerty, J. & Mckendry, R. (2002). *Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare*. Ottawa, Canada: Canadian health Services Foundation.
- Rose, S.M. & Moore, V.L. (1995). *Case Management. Encyclopedia of Social Work*. Washington : National Association of Social Workers.
- Sicotte, C. (2007). Comment donner du sens à un système de santé complexe ? Reddition des comptes et Systèmes d'information (p. 301-316). *Dans Fleury, M.-J., Tremblay, M., Nguyen, H. & Bordeleau, L., (dir.). Le système sociosanitaire au Québec: gouvernance, régulation et participation*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Somme, D, Saint-Jean, O., Couturier, Y., Trouvé, H., Gagnon D., Etheridge, F... Leneveut, L. (2008). *Le rapport PRISMA France. L'intégration des services aux personnes âgées : la recherche au service de l'action*. Paris. Téléaccessible à <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000078/index.shtml?xtor=EPR-526>
- Soulet, M.-H. (1997). *Petit précis de grammaire indigène du travail social. Règles, principes et paradoxes de l'intervention sociale au quotidien*. Fribourg : Éditions Universitaires Fribourg.
- Tahan, H. A. (1998). *Case management: a heritage more than a century old*. *Nursing Case Management*, 3(2), 55-62.
- Trépos, J.-Y. (1992). *Sociologie de la compétence professionnelle*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy.

