



**HAL**  
open science

# Dynamiques locales de coordination dans le secteur de la perte d'autonomie : recompositions professionnelles autour de la gestion de cas

Arnaud Campéon, Blanche Le Bihan, Alis Sopadzhiyan

## ► To cite this version:

Arnaud Campéon, Blanche Le Bihan, Alis Sopadzhiyan. Dynamiques locales de coordination dans le secteur de la perte d'autonomie : recompositions professionnelles autour de la gestion de cas. *Sciences Sociales et Santé*, 2021, 39 (4), pp.5-31. 10.1684/sss.2021.0210 . hal-03541407

**HAL Id: hal-03541407**

**<https://ehesp.hal.science/hal-03541407>**

Submitted on 27 Oct 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# **Dynamiques locales de coordination dans le secteur de la perte d'autonomie : recompositions professionnelles autour de la gestion de cas**

Arnaud Campéon<sup>\*</sup>, Blanche Le Bihan<sup>\*\*</sup>, Alis Sopadzhiyan<sup>\*\*\*</sup>

**Résumé.** Mieux coordonner les secteurs social, médico-social et de santé pour éviter les ruptures des accompagnements proposés est une priorité forte des pouvoirs publics depuis les années 2010. Plusieurs dispositifs de coordination ont ainsi été créés avec cet objectif. En investiguant le déploiement local de l'un d'eux, les MAIA, nous étudions la manière dont les nouveaux professionnels qu'il introduit – les gestionnaires de cas – développent leur activité sur des territoires où préexistent d'autres formes de coordinations professionnelles. Basée sur des matériaux qualitatifs, l'analyse des stratégies mises en place par les gestionnaires de cas pour lever les résistances des autres professionnels dévoile les différentes dimensions de la dynamique locale de coordination. Cette dernière se construit dans des espaces d'interactions ordinaires, plus ou moins formels, propices à une socialisation à la coordination pluriprofessionnelle. Les difficultés inhérentes à ce processus renseignent quant à elles sur les enjeux actuels des politiques de coordination.

---

<sup>\*</sup> Sociologue, École des hautes études en santé publique (EHESP), ARENES (UMR CNRS 6051), Rennes, France ;

<sup>\*\*</sup> Politiste, École des hautes études en santé publique (EHESP), ARENES (UMR CNRS 6051), Rennes, France ;

<sup>\*\*\*</sup> Politiste, École des hautes études en santé publique (EHESP), ARENES (UMR CNRS 6051), Rennes, France ; Alis.Sopadzhiyan@ehesp.fr

*Mots clés : politiques de coordination, dispositifs de coordination, territoire, MAIA, gestion de cas, perte d'autonomie.*

## Introduction

En France, la politique en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie ne constitue pas un secteur d'intervention publique homogène (Le Bihan et Martin, 2010). Elle est composée d'une série de dispositifs qui visent le soutien à domicile des personnes âgées ou leur accueil en établissement, et qui recoupent trois secteurs d'intervention publique : le social, le médico-social et la santé. Elle concerne par ailleurs plusieurs échelons territoriaux – national, régional et local – qui interviennent à des titres et degrés divers. Cette complexité sectorielle et institutionnelle favorise le cloisonnement et entraîne un manque de lisibilité de l'offre publique pour les usagers, se traduisant par des redondances des procédures, des délais d'attente pour la mise en place des aides ou encore des ruptures dans les accompagnements proposés. Affiché comme un élément central de la politique à mener dans le domaine du vieillissement dès le rapport Laroque en 1962, l'objectif de coordination renvoie aujourd'hui au diagnostic de la forte fragmentation du système d'aide et de soins.

Le besoin de coordination ne date pourtant pas d'aujourd'hui. Dès les années 1980, des dispositifs de coordination portés par des professionnels dédiés sont créés dans les secteurs sanitaire et médico-social pour faciliter la continuité des soins (Argoud, 2014). Le mouvement se poursuit dans les années 1990 et 2000 avec l'introduction des équipes médico-sociales au sein des conseils généraux (dans le cadre de la procédure d'attribution de la Prestation spécifique dépendance), ou des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), guichets uniques animés par des « coordonnateurs ». Dans le secteur sanitaire, on peut citer les équipes mobiles gériatriques ou les centres de consultations mémoire qui visent à favoriser le travail coordonné entre professionnels de santé (Bloch et Hénaut, 2014 ; Campéon *et al.*, 2012).

À partir des années 2010, une nouvelle génération de dispositifs de coordination émerge avec la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA),

les parcours de santé pour personnes âgées<sup>1</sup>, le programme Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)<sup>2</sup> ou encore les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)<sup>3</sup>. En mobilisant les notions d'intégration ou de parcours de santé, ces nouveaux dispositifs se construisent autour d'une évolution sémantique visant à marquer une rupture avec les tentatives précédentes de coordination, jugées insuffisantes (Somme et de Stampa, 2011). La notion d'intégration, inspirée des travaux sur l'*integrated care*, est en effet introduite en France à l'occasion de l'expérimentation du dispositif MAIA. Celle de parcours de santé structure un autre dispositif expérimental, les PAERPA et renvoie à l'idée de graduation des soins. Enfin, plus récemment encore, l'objectif de la « convergence » de ces dispositifs, puis de leur fusion au sein d'un seul dispositif d'appui à la coordination (DAC), a été formulé par la Loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de juillet 2019, révélant ainsi la nécessité de repenser les solutions de coordination proposées par le législateur<sup>4</sup>.

Comme le montre cette lecture chronologique, l'introduction de différents dispositifs de coordination s'est faite de manière successive, conduisant à la multiplication des formes de coordination et à terme à leur empilement (Amyot, 2006 ; Bloch et Hénaut, 2014 ; Somme et de Stampa, 2011). Portés par des professionnels aux statuts spécifiques, chacun de ces dispositifs présente un mode de fonctionnement et une finalité qui lui est propre. Leur articulation territoriale en est rendue difficile, posant la question de la transversalité des actions menées. Cet empilement, qui peut être institutionnel, organisationnel et/ou financier, se décline aussi à l'échelle des professionnels. En effet, la coordination constitue aujourd'hui un aspect de plus en plus central et plus ou moins imposé (et revendiqué) de l'activité d'un nombre croissant d'acteurs, sans qu'aucun d'entre eux n'en détienne l'exclusivité.

Partant de ces différents constats, le présent article interroge la mise en œuvre des dispositifs de coordination en s'intéressant au déploiement de l'un d'entre eux – les MAIA. Introduit dans le cadre du troisième plan Alzheimer (2008-2012), puis étendu à l'ensemble du secteur de la perte d'autonomie, ce dispositif vise à transformer le système d'aides et de soins *via* la recomposition des logiques d'action des professionnels impliqués dans l'accompagnement des personnes

---

(1) Article 70 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

(2) Article 48 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

(3) Plateformes Territoriales d'Appui. Article 74 de la Loi de modernisation de notre système de santé 2016.

(4) Article 23.

âgées (Somme *et al.*, 2013). Il s'inscrit par là même dans une démarche normative (Bertillot, 2017) portée par l'État, dont la finalité est la « mise en synergie des ressources et acteurs des champs sanitaire, social et médico-social »<sup>5</sup>.

### **Le dispositif MAIA : création et composantes**

Adapté en France à partir du modèle canadien PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie), ce dispositif mobilise sur un territoire donné trois mécanismes interdépendants (Somme *et al.*, 2014) :

- Des réunions régulières de concertation, dénommées table stratégique (réunissant les financeurs et offreurs de soins et services en gérontologie) et table tactique (entre professionnels intervenant dans les parcours de soins), visant à formaliser des espaces d'intégration au niveau local et favoriser l'émergence d'un projet politique et organisationnel commun ;
- Un « *guichet intégré* » afin d'harmoniser les réponses apportées aux besoins d'accompagnement des publics ;
- De nouveaux professionnels dédiés à l'intégration : les pilotes MAIA et les gestionnaires de cas. Les premiers animent sur un territoire défini la démarche d'intégration, les seconds accompagnent les situations individuelles dites complexes et nécessitant l'intervention de professionnels des trois secteurs (sanitaire, social, médico-social).

De nouveaux outils sont également mis à disposition : le formulaire d'analyse multidimensionnelle, le plan de service individualisé et les systèmes d'information partageables, appelant à la co-construction des moyens d'action entre les différents acteurs impliqués. En décembre 2016, on comptait en France 352 dispositifs MAIA permettant un maillage territorial presque complet<sup>6</sup>.

(5) Site de la CNSA, <https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>, dernière consultation le 13/12/2018.

(6) Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), 2017. *Évaluation des dispositifs MAIA et appui à la mise en œuvre des recommandations* [<https://www.cnsa.fr/rapport-devaluation-des-dispositifs-maia>].

### ***Enjeux de coordination et enjeux professionnels – une analyse microsociologique de l'implantation de la gestion de cas***

Loin d'être spécifiques au secteur de la perte d'autonomie, les travaux sur la coordination des services et des soins ont contribué à mettre en avant le rôle joué par les professionnels impliqués dans les dynamiques de fragmentation de l'offre de soins. Prise dans des logiques de différenciation et de spécialisation et de segmentation des tâches, l'action de ces derniers renvoie à une hiérarchisation du travail et à des routines professionnelles allant parfois à l'encontre de l'objectif de coordination. Les effets de concurrence entre professionnels, le défaut de communication ou encore la prégnance des relations interpersonnelles sont alors mis en avant pour en analyser les écueils (Glendinning, 2003 ; de Stampa *et al.*, 2013 ; Robelet *et al.*, 2005).

S'intéresser à l'enjeu de la coordination dans le cadre de cet article consiste à mettre en lumière les dynamiques professionnelles impulsées par le déploiement d'un nouveau dispositif de coordination – le dispositif MAIA – qui introduit de nouveaux professionnels – les pilotes MAIA et les gestionnaires de cas. Pour cela, nous mobilisons la sociologie des groupes professionnels dont l'un des angles privilégiés est l'exploration des « processus d'émergence, de différenciation et d'autonomie d'activités professionnelles, et, plus largement, des mouvements diversifiés, ambigus et contradictoires de transformation des activités professionnelles » (Demazière et Gadea, 2009 : 20). Plus particulièrement, nous nous intéresserons au groupe professionnel des gestionnaires de cas créé dans le cadre du dispositif MAIA, le concept de groupe professionnel désignant « un ensemble de travailleurs exerçant une activité ayant le même nom [...] » (*Ibidem* : 20). La grande majorité des gestionnaires de cas sont des femmes<sup>7</sup> et notre échantillon était constitué exclusivement de femmes, ce qui explique l'usage du féminin dans la suite du texte pour désigner les gestionnaires de cas rencontrées.

L'objet de cet article n'est pas d'analyser les mobilisations nationales de ce nouveau groupe professionnel par la création, par exemple, d'une association nationale<sup>8</sup>. Il consiste plutôt à explorer les

---

(7) 93 % selon l'enquête nationale parue dans La Lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, n°41, 2016.

(8) Créée en 2010, elle a pour objet le développement d'une communauté de pratiques, de réflexions et de promotion du champ professionnel de la gestion de cas en France.

stratégies déployées par ces professionnelles au niveau local pour développer leur activité auprès des autres professionnels<sup>9</sup> qui exerçaient déjà des tâches de coordination avant l'introduction du dispositif MAIA. L'enjeu étant, pour les gestionnaires de cas, d'acquiescer une reconnaissance, c'est-à-dire une visibilité sociale et une place légitime dans la division locale du travail de coordination.

Notre article complète et prolonge les travaux existants sur la mise en œuvre du dispositif MAIA. Tout en contribuant à la réflexion sur les interactions entre les politiques nationales et les dynamiques locales (Le Bihan et Sopadzhian, 2019), il montre ce qui se joue autour de la définition des rôles et de l'accomplissement du travail de coordination pour les nouveaux professionnels de la coordination. La centralité de l'enjeu de positionnement (Bertillot, 2017 ; Corvol et Somme, 2014) ou de socialisation au nouveau dispositif (Corvol *et al.*, 2012 ; Léon *et al.*, 2013), déjà soulignée dans la littérature, est également mise en exergue dans l'analyse des situations ordinaires d'interaction de ces professionnelles avec les autres professionnels de la coordination. Davantage que la formation aux fonctions de gestion de cas (Somme *et al.*, 2015), ces situations apparaissent ici comme un vecteur majeur de socialisation à la démarche portée par le dispositif. De la sorte, nous contribuons à la réflexion sur les recompositions écologiques et professionnelles suscitées par l'action de l'État (Abbott, 2003), et plus précisément à la compréhension de la dynamique des écologies locales de coordination (Schweyer et Vezinat, 2019) qui se structurent autour de jeux de concurrence et d'interdépendances professionnelles. Ces recompositions peuvent s'exercer dans des « espaces » locaux de coordination, plus ou moins formels, où une pluralité de groupes d'acteurs s'exprime, chacun cherchant à promouvoir sa compréhension de l'objectif de coordination et à défendre ses intérêts (Williams et Sullivan, 2009).

Une analyse de la réception locale du dispositif national MAIA par les principaux acteurs institutionnels et les professionnels déjà investis dans des tâches de coordination permettra dans un premier temps d'appréhender les résistances des acteurs locaux à son implantation. Mais c'est en questionnant les attributs professionnels des gestionnaires de cas et en explorant les enjeux des interactions de ces professionnelles avec les autres professionnels de la coordination

---

(9) Nous faisons ici référence aux équipes des CDAS (Centres départementaux d'action sociale), aux assistantes sociales des services hospitaliers ou aux coordinatrices des CLIC et réseaux de santé.

que nous comprendrons les dynamiques locales de coordination à l'œuvre.

### *Méthodologie*

Cet article présente les résultats d'une recherche postdoctorale financée par la Fondation de coopération scientifique et portant sur les dynamiques professionnelles dans le champ de la perte d'autonomie en France. L'analyse s'appuie sur une revue de littérature, une analyse des documents officiels liés au dispositif MAIA et un travail empirique par entretiens semi-directifs menés entre 2014 et 2016. L'enquête porte sur deux MAIA créées en 2012 lors de la phase expérimentale du dispositif à l'initiative d'acteurs historiquement investis dans des projets de coordination et reconnus localement pour leurs actions dans le champ de la perte d'autonomie : plusieurs CLIC sur le territoire A, et des CLIC, des réseaux de santé et des représentants du secteur hospitalier sur le territoire B. Ce sont ces mêmes acteurs qui, constitués en association, sont les porteurs des deux MAIA sur leur territoire d'action respectif. Elles sont implantées dans la même région et dépendent de la même Agence régionale de santé (ARS). L'ARS a joué un rôle dans la définition du périmètre territorial de chacune de ces MAIA, qui sont de taille comparable. La MAIA A couvre une subdivision administrative du département A située au sein d'un territoire de santé plus vaste, tandis que la MAIA B s'étend sur un territoire de santé à cheval sur deux départements (A et B). Enfin, la MAIA A se situe sur un territoire plutôt dynamique et urbain, alors que la MAIA B est implantée en zone semi-rurale et rurale.

C'est en tenant compte de ces caractéristiques à la fois communes et spécifiques que nous avons constitué notre échantillon composé de 42 professionnels, avec 12 acteurs institutionnels (ARS, Conseil Départemental, et la mairie de la ville principale du Terrain A), et 30 responsables de dispositifs et de structures (CDAS, EHPAD, pôle gériatrique) et professionnels de la coordination intervenant dans le secteur de la perte d'autonomie. Ces derniers comprennent à la fois les professionnelles de chacune des MAIA étudiées – la pilote et les trois gestionnaires de cas –, et les professionnels amenés à interagir avec ces nouveaux dispositifs pour l'accomplissement de leurs activités de coordination : des coordonnateurs de CLIC (4), des conseillères sociales en gérontologie (6), des assistantes sociales des services hospitaliers (2), des médecins gériatres (4), un cadre hospitalier, un médecin coordinateur de réseaux de santé et un médecin territorial. Cette diversité permet à la fois de capter les spécificités des tissus locaux



d'interaction et de dégager des tendances communes dans les dynamiques locales. Les entretiens ont été intégralement retranscrits et une analyse thématique transversale a été effectuée.

### **La réception du dispositif au niveau local**

La création des deux dispositifs MAIA a été initiée par des acteurs locaux déjà investis dans des tâches de coordination. Les porteurs A et B n'ont d'ailleurs pas caché l'opportunité à la fois stratégique – leur permettant d'aller plus loin dans leurs actions – et financière que représentait pour eux ce nouveau dispositif. Pour autant, l'analyse des entretiens menés auprès des acteurs institutionnels et professionnels met également en lumière des résistances manifestes. L'incertitude du contexte institutionnel et le flou initial du dispositif expliquent ainsi la méfiance exprimée par ces professionnels lors de son arrivée.

#### ***L'incertitude et la critique institutionnelle***

Sur les territoires étudiés, les Conseils départementaux ont fait le choix de ne pas se constituer en porteurs du dispositif MAIA alors même que c'est la configuration la plus fréquente<sup>10</sup>. L'analyse du contexte politique et institutionnel du début des années 2010 est éclairante à ce sujet. Les débats autour des projets de lois de l'Acte III de la décentralisation qui, pour la première fois, ne renforcent pas les compétences des départements en matière de politiques sociales, d'une part, et la montée progressive des Agences régionales de santé créées en 2009 et dont les prérogatives ont été étendues au secteur médico-social, de l'autre, créent un climat de méfiance à l'égard de ce dispositif au sein des deux conseils départementaux enquêtés. Cette méfiance s'exprime dans les propos des acteurs institutionnels interrogés pour qui le nouveau dispositif alimente le « mille-feuille » des dispositifs territoriaux :

[nous menons] *vraiment une politique en termes de coordination gérontologique importante pour le département qui était déjà bien*

---

(10) Selon l'évaluation conduite par la CNSA, 35 % des dispositifs MAIA sont portés par des Conseils départementaux, 28 % par les CLIC et les réseaux de santé, 17 % par un service ou un établissement public de santé (CNSA, 2017, *op.cit.*, p. 52). Avec l'annonce de la généralisation du dispositif MAIA à partir de 2012, le positionnement des Conseils départementaux change, y compris sur nos deux terrains d'investigation.

*installée sur le département [...] et qu'on avait anticipée. Ça, c'est avant même la mise en place de l'ARS ! (Agent du CD, terrain A) ; La première difficulté [d'implantation des MAIA], c'est : « c'est quoi ça » ? Qu'est-ce que c'est que ce truc supplémentaire. Surtout quand il y avait des acteurs déjà très impliqués dans la coordination (Agent de l'ARS).*

Ces acteurs regrettent en particulier un effet d'empilement au niveau des instances de concertation décisionnelles du dispositif MAIA – les tables stratégiques et tactiques (voir ci-dessus, encadré sur le dispositif MAIA) qui nuit à la hiérarchie des priorités à mettre en œuvre et à la clarté des informations à transmettre :

*Il y a une déperdition d'énergie [...] en réunions pour élaborer des outils [...]. Parce que les gens travaillent à plusieurs endroits différents [...]. Et on sollicite, forcément, toujours les mêmes personnes. [On] a l'impression de travailler sur les mêmes choses dans des endroits différents pour des finalités pas tout à fait... Alors, c'est toujours un peu différent mais... c'est une énergie folle ! (Agent du CD, terrain A). On ne prend pas vraiment de décisions [...]. La table stratégique est une instance... Dans l'utopie, on aurait pu imaginer qu'elle détectait qu'il fallait des accueils de jour ou des choses comme ça et qu'il fallait décider de l'ouverture de places. [...] L'idéal, c'est ça. [...] Après, la réalité, elle est dure... (Porteur MAIA A).*

Initialement conçues comme des espaces formalisés visant à fédérer les principaux décideurs autour d'un projet commun d'intégration, ces tables sont décrites comme redondantes et contre-productives. Ainsi, la critique des acteurs locaux renvoie aux attentes déçues dans le nouveau dispositif qui ne correspond pas, sinon très imparfaitement, à ce qu'ils auraient jugé pertinent de voir se mettre en place.

### ***Le flou initial du dispositif***

Les différents interlocuteurs rencontrés soulignent par ailleurs l'ambiguïté autour du nom initial du dispositif – « Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer » – qui conduit à une méfiance chez les professionnels – notamment les travailleurs sociaux – évoluant dans un secteur hautement réglementé :

*On ne sait même pas comment les appeler. Quand on ne sait pas nommer quelque chose, c'est toujours un petit peu inquiétant. Moi,*

*je trouve que nommer, c'est quand même dire la chose et ne pas pouvoir nommer, c'est toujours un petit peu spécial. Et là, la MAIA, personne ne sait la nommer sur le territoire. On me dit « ah mais si ! C'est un dispositif », « Ah mais non ! C'est une méthode » (Assistante sociale des services hospitaliers, terrain A).*

Critiquée très tôt pour son inexactitude et son incapacité à traduire la portée des objectifs du dispositif, son appellation a été modifiée en 2015<sup>11</sup> en « Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie », sans pour autant dissiper les malentendus initiaux.

Ce flou associé au dispositif MAIA est également perceptible dans le terme « guichet unique » utilisé dans le cadre du Plan Alzheimer et remplacé depuis par celui de « guichet intégré ». La qualification initiale pouvait prêter à confusion, dans la mesure où les CLIC avaient été créés pour jouer ce même rôle de guichet, c'est-à-dire une instance de formalisation des demandes et surtout d'orientation : « Parce que quand on regarde la définition d'un CLIC et d'une MAIA, il y a quand même plein de points communs, quelque part. Donc, à un moment ou à un autre, on a l'impression qu'il y a deux trucs mais on ne sait pas qui fait quoi... » (Agent de CD, terrain A). Derrière les interrogations suscitées par le flottement initial des termes<sup>12</sup>, on peut lire la critique d'un empilement organisationnel provoqué par l'arrivée du nouveau dispositif.

Les ambivalences initiales inhérentes au dispositif ne concernent pas uniquement son articulation avec les organisations préexistantes. Elles se déclinent également au niveau de son architecture interne et du statut et du rôle accordé aux différentes parties prenantes. On peut citer à titre d'exemple la place ambiguë réservée aux porteurs du dispositif dans leurs relations avec les pilotes MAIA. À l'origine du déploiement local du dispositif, les porteurs sont les employeurs des pilotes MAIA, mais ils n'ont aucune autorité hiérarchique dans la pratique de leur travail. De leur côté, les pilotes doivent travailler à l'intégration du territoire et rendent compte de leur activité directement aux ARS et non aux porteurs (Bertillot, 2017). Cette situation n'avait pas été anticipée par les acteurs ayant initié le dispositif et a demandé des ajustements mutuels dans les premières phases de son déploiement.

(11) Article 77 de la Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

(12) Et qui ont largement contribué aux difficultés d'implantation du dispositif sur le territoire national (CNSA, 2017, op. cit).

Au-delà des problèmes d'appropriation lexicale et de positionnement qui découlent de l'ambiguïté du cadre initial, il ressort de ces différents exemples une réelle difficulté des acteurs locaux à comprendre la cohérence d'ensemble des mesures nationales de coordination dans le champ de la perte d'autonomie.

### ***La perception du dispositif par les autres professionnels de la coordination***

Sur les deux territoires, et ce quelle que soit la configuration locale, des réticences de différents ordres ont donc été exprimées par les professionnels du secteur social qui s'interrogent sur la légitimité d'un tel dispositif et la plus-value effective associée aux professionnelles censées l'incarner :

*Ce que j'ai trouvé difficile, c'est quand elles [les gestionnaires de cas] déroulent ce qu'elles ont à faire. Ça ressemble terriblement à notre travail. Mais moi, ce que je trouve – là, j'ai de l'amertume. C'est vraiment de l'amertume – c'est que pour faire ça, [...] elles ont simplement 40 situations en file active. C'est très dévalorisant pour le travail qu'on fait, nous. C'est-à-dire que : qu'est-ce à dire de notre travail ? Il doit être bien minable notre travail pour qu'on puisse faire 458 [suivis]... et là... là, je pense qu'elles ne voient pas ça (Assistante sociale des services hospitaliers, terrain A).*

*Les craintes qu'on avait, c'est d'être un petit peu en concurrence sur notre capacité à accompagner les gens, parce qu'en fait, ça fait partie de l'essence de notre travail. Et on s'est dit : « tiens, qui sont ces supermen, ces nouveaux envahisseurs du social qui vont nous remplacer et pour quoi faire ? » [...] En plus, ils n'ont pas forcément la qualité pour, ce ne sont pas des travailleurs sociaux ! [...] Parce qu'il ne faut pas oublier notre rôle d'accompagnement sur des situations les plus problématiques, pour des personnes vulnérables (Conseillère sociale en gérontologie, terrain B).*

Ce premier registre de réticences renvoie très classiquement à l'empiétement des activités juridictionnelles (Abbott, 2003) des nouvelles professionnelles de la coordination, telles que définies dans les textes officiels, sur celles des professionnels déjà établis dans la division locale du travail de coordination. Les conditions matérielles d'exercice des nouvelles gestionnaires de cas, globalement jugées favorables (« seulement 40 situations en file active ») suscitent l'incompréhension et favorisent un sentiment de dévalorisation tant

elles révèlent l'intensité du travail des professionnels insérés dans les dispositifs préexistants (les équipes médico-sociales des CDAS, les CLIC). Le nombre trop élevé de dossiers rend difficile le suivi des situations complexes et le travail de coordination qu'il génère. Pour autant, ces professionnels ne perçoivent pas l'arrivée des gestionnaires de cas comme une opportunité pour déléguer ce suivi et alléger leur charge de travail, car il s'agit d'une activité revendiquée, qui correspond au « cœur de métier », à savoir l'accompagnement individualisé des personnes âgées en vue de l'amélioration de leurs conditions de vie à domicile.

À ce premier registre de réticences s'ajoute un second qui renvoie aux aménagements tissés au sein de réseaux plus informels et sur lesquels repose le travail local de coordination (Demaillay, 2008 ; Schweyer et Vezinat, 2019). Les alliances et équilibres locaux forgés au fil du temps sont mis à l'épreuve par l'arrivée des gestionnaires de cas, menaçant par la même occasion les routines professionnelles et relationnelles établies :

*Donc la coordination a toujours existé par des réunions de coordination avec les prestataires qui interviennent, les SSIAD ou les personnes qui veulent parler d'une situation. Donc, le CDAS reste pour nous la pierre angulaire de la coordination. On était reconnu par les partenaires comme tels. [...] On est bien repéré par les partenaires qui nous connaissent, qui savent [...] l'endroit où on travaille. Ils connaissent nos numéros de téléphone (Conseillère sociale en gérontologie, terrain B).*

Ces réticences sont exprimées par des professionnels du médico-social différents sur les deux territoires : les conseillères sociales en gérontologie des CDAS et les assistantes sociales des services hospitaliers sur le terrain A et B, les coordinatrices de CLIC et de réseaux de santé sur le terrain B. Elles ne tiennent pas tant au corps de métier des professionnels qui les expriment qu'au fait que ces derniers, reconnaissant la plus-value d'une coordination bien menée, ont investi l'activité en tissant des routines collaboratives avec les partenaires du territoire. Ces réticences étaient toutefois formulées avec une moindre intensité là où lesdits partenaires faisaient défaut et où le tissu relationnel était moins fourni, typiquement dans les territoires très ruraux et éloignés des centres urbains, présentant une démographie médicale et une densité de l'offre de services, de santé et de coordination plus défavorables.

Considérant ces différentes analyses, il paraît à présent utile d'interroger la manière dont les gestionnaires de cas développent leur

activité dans un contexte où l'accompagnement de l'utilisateur nécessite une articulation entre différentes compétences portées par une diversité d'acteurs dont certains apparaissent clairement réticents à leur arrivée. Il s'agit dès lors d'analyser les dynamiques professionnelles induites par l'introduction de ces nouvelles professionnelles, et de façon plus large, les enjeux auxquels elles sont confrontées.

### **Les dynamiques professionnelles des gestionnaires de cas : illisibilité du statut et enjeu de légitimité**

La fonction de gestion de cas est définie dans un référentiel de compétences et d'actions précis et réglementaire<sup>13</sup>. Selon ce dernier, l'activité quotidienne des gestionnaires de cas consiste en l'accompagnement de personnes âgées en situation complexe dans ses différentes dimensions : l'évaluation de la situation en menant un entretien avec la personne concernée et son entourage et la mobilisation d'outils dédiés ; l'élaboration et le suivi d'un plan de services individualisé et la mise en synergie des actions des autres professionnels. Il est ainsi attendu des gestionnaires de cas qu'elles organisent avec le médecin traitant la relation entre tous les acteurs impliqués et qu'elles deviennent leurs interlocutrices directes.

La gestion de cas est exercée par des personnes aux profils professionnels relativement hétérogènes : professionnels paramédicaux (infirmiers, par exemple), travailleurs sociaux (assistants de service social ou conseillers en économie sociale et familiale) ou, plus rarement, psychologues<sup>14</sup>. Cette diversité, souvent recherchée, indique que la fonction ne repose pas sur des savoirs d'appui clairement identifiables, comme ceux initiés dans d'autres formations statutaires. Elle a rendu nécessaire la mise en place d'une maquette de formation (un DIU) destinée à l'ensemble des gestionnaires de cas. Dispensée sur six mois, celle-ci se déroule généralement en cours d'emploi et a vocation à fédérer un répertoire de compétences commun, étape préalable, bien que non suffisante, pour la constitution d'un groupe professionnel (Vezinat, 2016). En dépit de l'existence de ce cadre fédérateur, les gestionnaires de cas demeurent privées d'une dynamique collective dans leur situation de travail.

---

(13) Arrêté du 16 novembre 2012.

(14) Voir à ce sujet, La Lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, n°41, 2016.

### *L'enrôlement en situation des gestionnaires de cas*

Tout d'abord, la formation proposée ne conduit pas à l'émergence d'une représentation commune de la gestion de cas, qui permettrait de valoriser la nouvelle fonction et d'aboutir à un socle partagé de pratiques. La formation dédiée est certes identifiée comme un temps fort de la prise de fonction car elle permet d'avoir une première approche de la démarche intégrative. En ce sens, elle facilite la socialisation au dispositif :

*Ce qui est aidant aussi, c'est qu'on suit une formation, quand même. [...] C'est une façon de s'approprier une méthodologie. [...] On s'appropriait un contenu théorique et donc, ça permettait de voir, tout en prenant connaissance de comment ça s'organisait, quelles étaient les spécificités et les missions de chacun, qu'est-ce que la gestion de cas pouvait apporter en plus. [...] ça contribuait à mieux comprendre et décrypter (Gestionnaire de cas 1).  
Vraiment, ça m'a aidée à clarifier, à bien nuancer ce qu'est la gestion de cas (Gestionnaire de cas 4).*

Néanmoins, notre analyse rend compte d'un décalage parfois conséquent entre les attentes projetées dans le nouveau poste et les apports de la formation, d'une part, et la pratique professionnelle, de l'autre. Bien qu'appréciée, cette formation, perçue comme trop théorique et proposée en décalage par rapport au démarrage de la gestion de cas, n'outillerait pas les futures gestionnaires de cas pour la « réalité du terrain », notamment pour leur permettre de se positionner par rapport aux autres professionnels qui interviennent déjà dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Une fois en situation professionnelle, elles doivent donc trouver elles-mêmes des solutions, en s'appuyant notamment sur leurs habitudes professionnelles antérieures, pour faire comprendre leur rôle :

*Ça ne remplace pas une formation d'infirmière, d'assistante sociale donc, des fois, moi, je sens le manque de connaissances et de compétences. [...] On a quand même notre formation [initiale] derrière qui nous pousse à évaluer [les situations], qui nous pousse à voir une situation de notre angle. Même si on sait qu'il faut prendre en compte le côté quand même médical et le versant social (Gestionnaire de cas 2).*

Ainsi, à la différence de la forme de professionnalité émergente identifiée dans l'analyse des activités des pilotes MAIA (Bertillot, 2017) et caractéristique des professions dites « hybrides » (Bezes *et al.*, 2011),

celle des gestionnaires de cas ne puise pas exclusivement dans des savoirs interdisciplinaires ou des savoir-faire interactionnels acquis à l'occasion d'une formation initiale commune. De ce fait, les gestionnaires de cas éprouvent des difficultés à faire valoir la dimension hybride de leur activité.

### ***Le positionnement par rapport aux autres professionnels***

Ainsi, l'activité des gestionnaires de cas n'est pas rendue totalement visible par rapport à l'ensemble des configurations professionnelles existantes sur le territoire. En raison du flou initial du dispositif, il arrive que ces professionnelles souffrent d'un défaut de légitimité, à la fois lié à leur positionnement statutaire, au carrefour du sanitaire et du social, mais également professionnel (Léon *et al.*, 2013). Une ambiguïté qui se lit dans leur dénomination sur leur fiche de salaire, comme le remarquent ces deux gestionnaires de cas pour qui l'anecdote n'est pas que d'ordre symbolique : « *je ne sais pas qui je suis [...] C'est une somme de détails mais qui montre aussi l'intérêt qu'on porte à la fonction, à la profession. Sur ma fiche de salaire, je suis employée en tant qu'infirmière, je ne suis pas gestionnaire de cas* » (Gestionnaire de cas 2) ; « *C'est un peu ambivalent parce que, voyez, par exemple, sur nos fiches de salaire, il y a marqué "gestionnaire de cas en qualité de", de notre formation initiale. Moi, je dis souvent travailleur médico-social, parce que "gestionnaire de cas", ça ne parle pas, c'est un peu de la facilité...* » (Gestionnaire de cas 1). Comme on peut le constater à travers ces extraits, cette ambivalence s'exprime dans l'identification même de leur métier et de sa reconnaissance.

Cet enjeu de positionnement, vécu tant par les gestionnaires de cas elles-mêmes que par leurs partenaires, constitue un premier obstacle à la définition de leur profession et donc des frontières de leurs domaines d'interventions. Elles doivent par conséquent composer et s'adapter en permanence en fonction de la variété de leurs interlocuteurs.

*J'anticipe, [...] je dis d'abord professionnel médico-social, comme ça, ça fait un peu une transition. [...] Souvent des fois, on me demande « Vous êtes assistante sociale ? » Je dis « Non ! Je suis gestionnaire de cas mais par contre, je suis de formation assistante sociale » – je dis quand même ma formation mais je réexplique et je dis « mais là, je suis gestionnaire de cas » et puis je réexplique, les missions en fait, le pourquoi, le suivi intensif. Je réexplique plutôt vraiment la mission principale, entre guillemets « ma plus-value » (Gestionnaire de cas 2).*



Cette tension, caractéristique de leur identité professionnelle, explique leur positionnement ambivalent : si elles peuvent revendiquer une expertise spécifique dans un contexte d'intervention pluriprofessionnel (celle acquise lors de leur formation), elles n'en ont pas pour autant l'exclusivité puisqu'elles la partagent avec d'autres professions, socialement plus visibles et légitimes. De même, contrairement aux autres professionnels de la coordination, elles ne peuvent légitimer leur action dans l'accomplissement de tâches concrètes de soins (comme c'est le cas des infirmières coordinatrices) ou d'un accompagnement social pouvant conduire à l'ouverture de droits (comme pour les travailleurs sociaux). Autrement dit, elles se définissent en creux par rapport à d'autres systèmes professionnels organisés (Dubar *et al.*, 2015), ce qui peut nuire à leur reconnaissance :

*Oui, et puis, il n'y a pas de... comment dire... [elle cherche et soupire] euh... Je ne suis pas bonne dans les termes... Il n'y a pas une représentation... On sait ce que fait l'assistante sociale, ce que fait un médecin... (Gestionnaire de cas 4).*

La catégorisation des « métiers flous » décrits par Jeannot (2011), c'est-à-dire des métiers aux contours encore imprécis, à l'articulation de différents secteurs, d'institutions ou encore de compétences, est éclairante à ce sujet. Difficiles à définir, ces métiers exigent une certaine plasticité, soit des dispositions professionnelles particulières qui ne sont pas toujours reconnues. Pour contenir cet effet, les gestionnaires de cas disposent de plusieurs leviers, comme celui de bâtir par elles-mêmes les outils nécessaires pour uniformiser leurs pratiques et définir un mode opératoire spécifique dont elles ont la maîtrise (constitution d'un répertoire d'acteurs sur le territoire, adaptation de grille de dépendance, etc.).

### **L'enjeu de la reconnaissance et la régulation de l'apprentissage collectif : l'importance des espaces de négociation ordinaire**

La situation de travail des gestionnaires de cas s'inscrit dans un environnement mouvant en pleine transformation, ce qui rend la délimitation de leur périmètre d'action elle-même fluctuante. La consécration d'une logique de parcours de santé fait émerger de nouvelles manières d'accompagner les usagers aux trajectoires complexes, qui se traduisent par des dynamiques d'organisation du travail spécifiques (avec l'arrivée notamment de dispositifs de

coordination comme les MAIA, les PTA ou les DAC) mais également par une double évolution en termes de professionnalités. D'une part, le métier de soignant se voit redéfini par la délégation et le transfert de compétences d'une profession à une autre et, d'autre part, de nouveaux professionnels au service de la santé (non-soignants) doivent déployer une coordination d'appui aux confluents de l'expertise et de la facilitation, dont nous allons à présent discuter différentes dimensions.

### ***Se faire connaître : la socialisation au dispositif MAIA des acteurs préexistants***

Comme la plupart des activités de coordination, celles des gestionnaires de cas ne peuvent pas se réduire à un répertoire de compétences, d'actes ou de situations clairement objectivables. À l'image d'autres professions qui mobilisent une compétence singulière (Arborio, 2002; Avril, 2014), leur activité ne se limite pas à l'application de « bonnes pratiques ». Elle nécessite d'être composée en fonction de l'originalité de la situation rencontrée, de leur expérience et de leurs interlocuteurs. Le cadre collectif plus général dans lequel elles s'inscrivent – celui porté par la MAIA – peut servir de référence mais ne délimite pas strictement leurs pratiques. En ce sens, leur contexte de travail suscite des opérations de jugement pour composer avec la nature des problèmes rencontrés et des solutions à y apporter (Osty et Dahan-Seltzer, 2006). C'est la raison pour laquelle nous pouvons considérer que leur professionnalisation s'effectue d'abord et avant tout sur le terrain, c'est-à-dire par l'engagement en situation, dans les échanges et négociations répétés quotidiennement avec les différents acteurs du territoire<sup>15</sup>. Cette socialisation sur le tas, si elle est gage d'efficacité parce qu'en prise réelle avec des situations concrètes, est aussi porteuse de contraintes, en termes de temps consacré mais également de mobilisation de soi dans les stratégies à mettre en place pour s'exposer et se faire connaître :

*J'ai mis de l'importance à me faire identifier auprès des services qui sont un peu toujours les mêmes pour la population gériatrique, donc, à rencontrer des cadres hospitaliers et être assez disponible aussi pour les contacts avec les médecins ; et de mettre en place une coordination avec les différents acteurs au sein de l'hôpital (Gestionnaire de cas 1, terrain A).*

---

(15) Comme cela a été mis en évidence pour d'autres professionnels du secteur sanitaire comme les médecins inspecteurs de santé publique (Astier, 2003).

Ensuite, elles doivent sensibiliser à la démarche qui est la leur et décliner leur « feuille d'orientation », une première difficulté pour ces professionnelles, qui mobilisent leur compétence didactique pour rendre lisible leur mission et le lexique qui y est associé :

*On leur expliquait sans arrêt. Des fois, on en avait marre mais... Parce que tout le monde « c'est quoi la gestion de cas ? » Donc, on répétait et à chaque fois qu'on voyait un nouvel interlocuteur, il fallait expliquer et la gestion de cas et la partie intégration. [...] Ce n'est pas en une seule rencontre, c'est vraiment au bout de la troisième rencontre qu'ils comprennent vraiment (Gestionnaire de cas 2, terrain A).*

Pour elles, l'enjeu est d'apprendre à leurs partenaires à faire la distinction entre « guichet unique » et « guichet intégré », entre une situation « complexe » ou « extrême », etc., soit à définir la démarche globale de la MAIA. Ce travail de traduction, réalisé de manière systématique auprès de l'ensemble des professionnels rencontrés et au gré des multiples réunions de coordination et de suivi auxquelles elles participent, contribue à préciser leur autonomie, leur rôle professionnel comme leur périmètre d'action. En énonçant précisément auprès des autres professionnels leur mandat d'exercice (Hughes, 1996), elles clarifient aussi les ambiguïtés liées à leur titre ou à leur rattachement institutionnel, tout comme leur champ d'expertise et la singularité de leur positionnement par rapport à l'existant.

### ***Se faire reconnaître : la confiance comme mode de régulation***

Travailler par apprentissages successifs et en situation ne signifie pas travailler de manière autonome. Au contraire, cet apprentissage se réalise par le biais de nombreuses médiations professionnelles et institutionnelles, parfois discrètes, mais néanmoins déterminantes pour la conduite des activités. Comme souligné précédemment, les gestionnaires de cas exercent au sein de configurations territoriales qui leur sont préexistantes, c'est-à-dire tissées d'un ensemble de relations, plus ou moins instituées et stabilisées, encadrées par des règles, et avec lesquelles elles doivent composer. Comment font-elles pour trouver leur place et engager une dynamique de coopération ? La question de la confidentialité (Corvol *et al.*, 2012) et du secret professionnel a été plusieurs fois relevée comme un facteur de résistance à la coopération :

*Au niveau du dispositif MAIA et de tous les acteurs du médico-social, c'est la pertinence des informations à transmettre dans le respect de la confidentialité [qui pose problème]. Parce qu'il y en a, [...] il ne faut rien transmettre. Le nom et non... non, non, pas du tout. A un moment donné, il faut bien transmettre quand même (Gestionnaire de cas 1).*

L'enjeu de la négociation se situe à ce niveau, dans leur capacité à susciter une relation de confiance et de complémentarité avec leurs partenaires, à la fois pour provoquer la coopération (ne serait-ce qu'en termes d'échange d'informations) mais également pour permettre son renouvellement comme source d'avantages partagés (Milburn, 2002). Les gestionnaires doivent donc convaincre de leur utilité (apporter une plus-value là où les instruments traditionnels n'ont pas été opérants) mais surtout de leur disponibilité (en sachant être réactives aux moments critiques), de leur constance (en sachant conduire une action d'accompagnement cohérente jusqu'à ce que la situation de l'usager ne présente plus de risque), de leur ouverture d'esprit (pour solliciter et mettre en lien les bonnes personnes, au bon moment) ou encore de leur rigueur (par la maîtrise des procédures proposées). Apporter un regard extérieur pour évaluer une situation, ajouter une heure d'intervention pour combler un vide, être dans le bon *timing* pour faire le lien avec d'autres services, réajuster un plan d'aide dans l'urgence, etc. sont autant de raisons qui font que ces gestionnaires peuvent être sollicités. Le « suivi renforcé » ainsi apporté s'apparente à un degré supplémentaire de coordination *dans* la coordination déjà existante :

*Dans les situations complexes, il y a un besoin de plus de coordination. C'est-à-dire que la situation évolue tellement [...] qu'il y a vraiment un gros besoin de communication pour que la situation tienne. [...] Des fois, [les partenaires] demandent la gestion de cas vraiment pour le côté coordination parce qu'il y a déjà plein de services mis en place mais justement, ce n'est pas évident parce qu'il faut réajuster les heures constamment : qui fait quoi quand il n'y a pas de famille ? [...] Ce sont des situations tellement fragiles qu'il faut sans arrêt réajuster les aides, etc., et là, il y a besoin d'un référent (Gestionnaire de cas 3).*

Par cette mise à disposition, elles parviennent à repousser les risques de rupture et donc à asseoir leur légitimité et à être reconnues comme des partenaires à part entière. En ce sens, la mise en confiance a pour finalité de stabiliser la relation, de cadrer la norme d'interaction pour favoriser la mise en œuvre d'une nouvelle régulation

partenariale qui s'avère nécessaire pour les situations complexes, sinon « extrêmes ».

Si cette volonté est déployée au niveau du pilote de la MAIA – à travers notamment l'organisation des tables stratégiques et tactiques – son importance est tout aussi manifeste sur le terrain : « *Les partenaires nous attendent au tournant. Peut-être un peu moins maintenant, mais au début, c'était : "bon, on va leur donner la situation, on verra bien comment elles se débrouillent. Nous, on s'est cassé les dents dessus, maintenant, c'est à elles de se débrouiller !"* » (Gestionnaire de cas 3). Une autre nous fait part des difficultés ressenties pour établir du lien avec ses partenaires extérieurs à la MAIA : « *c'est compliqué d'avoir des retours. J'ai envoyé un mail, un pavé dans la mare pour une situation. . . en écrivant : "qu'en pensez-vous ?" Je n'ai pas de réponse !* » (Gestionnaire de cas 2). Comme le rappelle Norbert Alter (2010), la coopération professionnelle se nourrit de l'échange répété, un préalable nécessaire à la capitalisation des savoirs et des pratiques : « *C'est au bout de plusieurs situations suivies en commun avec un infirmier ou un médecin traitant que ça commence à rentrer [...] il faut travailler beaucoup, beaucoup avec eux et après, ils intègrent [...] et ils reviennent vers nous* » (Gestionnaire de cas 3). La qualité du partenariat se mesure donc par sa régularité et par son entretien mutuel, lorsque chacun des partenaires se reconnaît et est en mesure de pouvoir « compter sur » l'autre pour avancer conjointement et débloquer une situation.

### ***L'exercice du jugement : délimiter son périmètre d'action***

Une fois cette reconnaissance acquise et les ambiguïtés et réticences levées, c'est ensuite le périmètre de leur intervention que les gestionnaires de cas doivent délimiter, en démontrant que la valeur ajoutée de leur travail ne se situe clairement pas autour des accompagnements classiques ou routiniers mais bel et bien autour des situations complexes et dans une prise en charge anticipée des besoins :

*On essaye de faire ce travail-là auprès des partenaires quand ils nous orientaient des situations trop tardives en disant « là, non ! Vous voyez bien que nous, on ne peut plus intervenir. Il faut nous orienter des situations quand même où on peut intervenir ». On peut encore faire un travail de sensibilisation. Il faut qu'on ait le temps de pouvoir instaurer les choses en place puisqu'on n'est pas un service d'urgence. Il ne faut pas qu'on soit appelé pour que dans une semaine, tout soit calé. Sinon, ce n'est pas nous qu'il faut appeler (Gestionnaire de cas 3).*

Le travail de sensibilisation est ainsi un travail continu qui nécessite du temps pour que le message soit pleinement intégré. C'est également la phase la plus délicate dans les stratégies de persuasion développées car elle sous-entend une erreur initiale de jugement qui peut facilement remettre en cause tout le travail préalable de mise en confiance. De ce point de vue, tous les acteurs ne sont pas réceptifs de la même manière aux propositions d'accompagnement des gestionnaires. Si les professionnels sanitaires ont rapidement compris l'intérêt qu'ils pouvaient avoir à collaborer – « *Du côté médecins, cadres de santé, au contraire, bienvenue ! Puisque le but, c'est que les patients [...] sortent vite. S'il y a un service qui peut faire sortir encore plus vite les patients, bienvenue !* », nous explique Gestionnaire de cas 2 –, les professionnels du secteur social apparaissent plus réservés en raison du chevauchement potentiel de certaines missions avec leur propre cadre d'intervention. Les gestionnaires de cas estiment leurs demandes d'appuis plus difficiles à traiter : « *Il y a quelques conseillères sociales en gérontologie, les conseillères du département qui commencent à s'y mettre sauf qu'elles nous envoient des situations qui sont à la limite de nos compétences* » (Gestionnaire de cas 3).

Par ailleurs, le travail de délimitation de leur rôle et de leur espace implique une analyse continue pour saisir finement les attentes de leurs partenaires, c'est-à-dire opérer un travail de compréhension et de traduction de leurs demandes. Outre la reconnaissance de ce partenaire comme acteur légitime, ce travail suppose une acculturation à ses connaissances pour en saisir l'utilité – et le bien-fondé – et permettre l'orientation de l'action à envisager. Ainsi, cette gestionnaire nous explique en quoi, à la lumière d'une sollicitation pour une prise en charge psychiatrique, elle a dû s'adapter :

*Nous, on n'a pas de formation psychiatrie, on ne peut pas faire office de CMP [Centre médico psychologique] et le blocage, c'était : on n'arrive pas à faire intervenir le CMP dans cette situation. [...] Là, il y a tout un travail qui est en train de se faire, [...] d'organiser, des réunions en commun avec une rencontre avec tous les CMP* (Gestionnaire de cas 3).

C'est parce qu'elles se définissent par l'action et l'immédiateté, que les frontières professionnelles des gestionnaires sont mouvantes et perméables au besoin. Mais plus encore, cet extrait nous renseigne sur l'énergie déployée pour investir des relations nouvelles, en fixer le cadre et changer les habitudes des collectifs de travail déjà organisés. Or, plus le périmètre des acteurs s'agrandit, plus la complexité de l'organisation à mettre en place est susceptible de s'accroître, les obligeant à une coordination accrue pour maîtriser la chaîne d'interdépendance qui

détermine la qualité de la prise en charge proposée. La compétence relationnelle mise en avant dans ce processus renvoie donc également à la capacité de ces intervenantes à maîtriser les modalités du déroulement de la négociation, pour conserver le contrôle des principes de leur intervention (Milburn, 2002).

Enfin, un autre aspect essentiel par lequel se révèle l'activité des gestionnaires est ce que nous pourrions appeler, à la suite de Philippe Astier (Astier, 2003), « l'exercice du jugement » entre, d'une part, la singularité des personnes et des situations et, d'autre part, les dispositions génériques de la définition de ce qu'est un « cas complexe ». C'est précisément dans cet écart que se joue le cœur de leur activité et, partant, le mode de relation qui en résulte. Ce dont témoigne l'une des gestionnaires de cas rencontrées, qui a appris, au fil de son expérience, à faire le tri de ce qui relevait de son périmètre d'exercice :

*On a bien en tête aussi les limites de nos compétences. C'est-à-dire que gestionnaire de cas, ce n'est pas super assistante sociale. [...] Je pointe bien les limites de mes compétences, qui sont peut-être propres à moi ou à la nature du travail qui m'est fixé [...] mais je vais le renvoyer vers les partenaires, ce qui au début était compliqué (Gestionnaire de cas 1).*

En d'autres termes, il leur faut parvenir à définir ce qu'il est légitime de faire ou de ne pas faire, apprécier les compromis envisageables, solliciter les bonnes personnes et ce, non seulement en fonction du moment et des individus, mais également des enjeux et des ressources dont elles disposent. Exercer son jugement, c'est donc savoir s'engager dans l'appréciation des situations et s'exposer aux appréciations singulières hors de la protection des textes et des routines professionnelles instituées (Astier, 2003).

Ces différentes stratégies mobilisées pour se faire connaître et reconnaître mais aussi pour poser les bases d'un nouveau champ d'intervention aux interstices des écologies professionnelles de coordination préexistantes (Abbott, 2003 ; Schweyer et Vezinat, 2019), contribuent à l'acceptation progressive des deux MAIA – certes imparfaite et encore en cours – et favorisent la régulation des apprentissages collectifs autour de ces nouveaux espaces de coopération.

## **Conclusion : les ressorts des dynamiques locales de coordination**

Le dispositif MAIA repose sur l'idée selon laquelle c'est au niveau local que l'action de décloisonnement et de coordination doit s'organiser

et se dérouler. Dans ce cadre, le territoire local est une fois de plus considéré comme un cadre d'intervention privilégié et un résultat à obtenir (Lafore, 2004), un espace donc où doit se développer un tissu de relations autour de préoccupations préalablement identifiées. Les MAIA font aujourd'hui partie du paysage médico-social local du fait du maillage du territoire national. L'analyse de deux dispositifs locaux montre que le déploiement de la gestion de cas participe de la socialisation de l'ensemble des partenaires concernés à la démarche normative que porte le dispositif MAIA : l'injonction à une coordination pluriprofessionnelle dans l'accompagnement d'usagers en situation complexe, dans une logique de parcours de santé et d'efficience. Celle-ci s'effectue au gré de situations ordinaires d'interaction, plus ou moins formelles et est largement portée par les gestionnaires de cas et les stratégies qu'elles développent pour se faire connaître, reconnaître et accepter. S'appuyant sur des savoirs-être et des savoir-faire professionnels spécifiques, ces nouvelles professionnelles parviennent à bousculer les stratégies catégorielles établies, à composer et à recomposer l'existant, et par là même contribuent à la fabrique des écologies locales de coordination. En ceci, elles dévoilent que l'effet initial d'empilement se révèle être une modalité de changement dans ce secteur d'activité.

Alors même que l'adhésion des professionnels du champ de la perte d'autonomie à la démarche portée par ces dispositifs de coordination reste très inégale, l'analyse montre également que les dynamiques d'interaction et de négociation sur lesquelles reposent les écologies locales de coordination restent une clé de lecture essentielle des évolutions en cours, tant elles révèlent ce qui se joue dans les interactions complexes entre nouveaux et anciens professionnels. Ainsi, bien que maîtrisées au fil du temps, les difficultés liées à la mise en œuvre simultanée de plusieurs dispositifs de coordination sont réelles. Elles pèsent tout particulièrement sur les acteurs locaux à qui revient la fabrique de la cohérence d'ensemble des politiques de coordination nationales. Il s'agit là d'un résultat significatif de notre recherche dans un contexte où ces mêmes acteurs sont amenés aujourd'hui à fusionner l'ensemble des dispositifs de coordination (à l'exception des CLIC), dans un seul et unique dispositif d'appui à la coordination (DAC). À la différence du dispositif de gestion de cas étudié ici, ce dernier dépasse le secteur de la perte d'autonomie pour concerner tout usager, quel que soit son âge et sa pathologie, en situation complexe.

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts en rapport avec cet article.



## Remerciements

Les auteurs remercient les deux relecteurs anonymes et Magalie Robelet pour leurs relectures attentives et conseils avisés qui nous ont permis de préciser nos propos et d'améliorer notre article.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abbott A., 2003. Écologies liées : À propos du système des professions. In Menger P.-M. (ed.) *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*. Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 29-50.
- Alter N., 2010. *Donner et prendre : la coopération en entreprise*. Paris, La Découverte.
- Amyot J.-J., 2006. *Développer la coordination gériatologique. Stratégies, dispositifs et pratiques*. Paris, Dunod.
- Arborio A.-M., 2002. *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris, Économica.
- Argoud D., 2014. Les politiques gériatologiques locales : La difficile constitution d'un espace autonome entre territorialisation et recentralisation. In Hummel C., Mallon I., Caradec V. (eds.) *Vieillesse et vieillissements. Regards sociologiques*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 49-60.
- Astier P., 2003. *Rapport sur l'inadéquation perçue par les MISP entre leur formation et leurs compétences à mobiliser*. Rennes, Études évaluatives, École nationale de la santé publique.
- Avril C., 2014. *Les aides à domicile : Un autre monde populaire*. Paris, La Dispute.
- Bertillot H., 2017. Intégrer les services pour rationaliser l'action publique. *Terrains travaux* 30(1), 5-30 [<https://doi.org/10.3917/tt.030.0005>].
- Bezes P., Demazière D., Le Bianic T., Paradeise C., Normand R., Benamouzig D., et al., 2011. New Public Management et professions dans l'État : Au-delà des oppositions, quelles recompositions ? (Dossier-débat). *Sociologie du travail* 53(3), 293-348 [<https://doi.org/10.4000/sdt.8348>].
- Bloch M.-A., Hénaut L., 2014. *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Paris, Dunod.
- Campéon A., Bihan-Youinou B. L., Mallon I., 2012. Formes et effets de la pluridisciplinarité dans le diagnostic et la prise en charge de la maladie

- d'Alzheimer. *Gérontologie et société* 142(3), 129-141 [<https://doi.org/10.3917/g.s.142.0129>].
- Corvol A., Moutel G., Somme D., 2012. La gestion de cas en gérontologie. Nouveau métier, nouvelles questions. *Médecine/sciences* 28(3), 321-324 [<https://doi.org/10.1051/medsci/2012283022>].
- Corvol A., Somme D., 2014. Pouvoir décisionnel des gestionnaires de cas : L'impossible neutralité. *Vie sociale* 6(2), 129-142 [<https://doi.org/10.3917/vsoc.142.0129>].
- Demay L., 2008. *Politiques de la relation : Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*. Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.
- Demazière D., et Gadea C., 2009. Introduction. In Demazière D., Gadea C. (eds.) *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*. Paris, La Découverte, 13-24.
- Dubar C., Tripier P., Boussard V., 2015. *Sociologie des professions*. Paris, Armand Colin.
- Glendinning C., 2003. Breaking down barriers : Integrating health and care services for older people in England. *Health Policy* 65(2), 139-151 [[https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(02\)00205-1](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(02)00205-1)].
- Hughes E. C., 1996. *Le Regard sociologique. Essais choisis. Textes rassemblés et traduits par Jean-Michel Chapoulie*. Paris, Éditions de l'ÉHESS.
- Jeannot G., 2011 [2005] *Les métiers flous. Travail et Action publique*. Toulouse, Octarès.
- Lafore R., 2004. La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du « département providence ». *Revue française des affaires sociales* 4(4), 17-34 [<https://doi.org/10.3917/rfas.044.0017>].
- Le Bihan B., Martin C., 2010. Reforming Long-term Care Policy in France : Private–Public Complementarities. *Social Policy & Administration* 44(4), 392-410 [<https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2010.00720.x>].
- Le Bihan B., Sopadzhyan A., 2019. The development of integration in the elderly care sector : A qualitative analysis of national policies and local initiatives in France and Sweden. *Ageing & Society* 39(5), 1022-1049 [<https://doi.org/10.1017/S0144686X17001350>].
- Léon C., Périsset C., Kreft-Jaïs C., 2013. Perception et satisfaction des aidants professionnels dans le cadre du dispositif MAIA. *Évolutions* 28, 6 [[https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/docs/spf\\_\\_internet\\_recherche/2779/PLE/1496\\_\\_PDF.txt](https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/docs/spf__internet_recherche/2779/PLE/1496__PDF.txt)].
- Milburn P., 2002. La compétence relationnelle : maîtrise de l'interaction et légitimité professionnelle. Avocats et médiateurs. *Revue française de sociologie* 43(1), 47-72 [<https://doi.org/10.2307/3322679>].

- Osty F., Dahan-Seltzer G., 2006. Le pari du métier face à l'anomie. *Nouvelle revue de psychosociologie* 2(2), 91-106 [https://doi.org/10.3917/nrp.002.0091].
- Robelet M., Serré M., Bourgueil Y., 2005. La coordination dans les réseaux de santé : Entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. *Revue française des affaires sociales* 1, 231-260 [https://doi.org/10.3917/rfas.051.0231].
- Schweyer F-X., Vezinat N., 2019. Écologie des maisons de santé pluri-professionnelles : Une gouvernance multi-niveaux. *Journal de gestion et d'économie de la sante* 1(1), 3-10 [https://doi.org/10.3917/jges.191.0003].
- Somme D., Corvol A., Couturier Y., Pimouguet C., Moreau O., Perivier S., et al, 2015. Nouveau champ professionnel en France. Les besoins de formation des gestionnaires de cas. *Sante Publique* S1(HS), 61-66 [https://doi.org/10.3917/spub.150.0061].
- Somme D., Stampa, M. de, 2011. Ten years of integrated care for the older in France. *International Journal of Integrated Care* 11 (Special 10th Anniversary Edition) [https://doi.org/10.5334/ijic.668].
- Somme D., Trouvé H., Passadori Y., Corvez A., Jeandel C., Bloch M-A., et al, 2013. Prise de position de la société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration. *La Revue de Gériatrie* 38(5), 323-330 [https://doi.org/10.3917/gs.145.0201].
- Somme D., Trouvé H., Perisset C., Corvol A., Ankri J., Saint-Jean O., et al, 2014. Adapting the Quebecois method for assessing implementation to the French National Alzheimer Plan 2008-2012 : Lessons for gerontological services integration. *International Journal of Integrated Care* 14 [https://doi.org/10.5334/ijic.1201].
- Stampa M. de, Vedel I., Trouvé H., Jean O. S., Ankri J., Somme D., 2013. Intégration des services : Obstacles et facteurs facilitant leur implantation. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 61(2), 145-153 [https://doi.org/10.1016/j.respe.2012.07.004].
- Vezinat N., 2016. *Sociologie des groupes professionnels*. Paris, Armand Colin.
- Williams P., Sullivan H., 2009. Faces of integration. *International Journal of Integrated Care* 9(4) [https://doi.org/10.5334/ijic.509].

---

*ABSTRACT*

---

**Local Coordination Dynamics in Long Term Care: Professional  
Recompositions Surrounding Case Management**

Improving coordination between the social, medico-social, and health sectors to avoid disruptions in the support offered has been, since the 2010s, a strong priority for the public authorities. Several coordination mechanisms have been created with this objective in mind. By investigating the local deployment of one of them, the MAIA, we study the way in which the new professionals it introduces—case managers—develop their activity in territories where other forms of professional coordination already exist. Based on qualitative material, the analysis of the strategies deployed by case managers to overcome the resistance of other professionals reveals the different dimensions of the local coordination dynamic. These are constructed in ordinary, more or less formal, spaces of interaction, conducive to a socialization to multi-professional coordination. The difficulties inherent in this process provide information on the current challenges of coordination policies.

**Key words:** *coordination policies, dedicated coordination schemes, territory, MAIA, case management, loss of autonomy.*