

# 11 Modèles de *case management*

B. Gaudelus

L'expression *case management* est régulièrement utilisée dans la littérature internationale concernant les soins psychiatriques depuis la fin des années 1970 et la désinstitutionnalisation, et ce particulièrement dans les pays anglo-saxons. Cette fonction a été inscrite comme un élément clé dans les principes pour l'accréditation des programmes des services de santé communautaires aux États-Unis (*Principles for accreditation of community health services programs* édités dans le *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, JCAH, 1976). Cependant, la définition du rôle des *case managers* reste variable et renvoie à différents modèles et concepts selon les auteurs et le contexte institutionnel auquel ils se réfèrent. Malgré ces différences, cette pratique a diffusé depuis les États-Unis pour s'inscrire dans le système de santé mentale d'un nombre toujours croissant de pays, notamment dans le champ de la réhabilitation psychosociale des personnes présentant une maladie psychiatrique. Ces pratiques recherchent d'une part une meilleure individualisation et d'autre part une plus grande efficacité des prises en charge, tenant compte des aspects économiques de la santé. Actuellement, le *case management* s'adresse aussi à d'autres populations qui nécessitent des prises en charge complexes, associant différentes interventions soignantes, plus ou moins spécialisées, des besoins sociaux spécifiques, et dont la prise en charge constitue un problème de santé publique, comme par exemple la gériatrie, l'addictologie ou la prise en charge des personnes sans domicile fixe.

Nous proposons ici de rappeler le contexte historique qui a amené la création de la fonction de *case manager* et de présenter les principaux modèles utilisés en santé mentale.

## Aspect historique

L'expression *case management* a été employée en Angleterre dès le début du XIX<sup>e</sup> siècle par une institution de prévention de la pauvreté et du paupérisme (Fleisher et Henrickson, 2002). Elle réapparaît dans les années 1960 aux États-Unis, dans le contexte de la désinstitutionnalisation, dont l'enjeu est de permettre aux personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères de vivre dans la communauté. Le *case management* a alors été

identifié comme une composante principale de la loi américaine organisant les *Community Support System* (CSS, agences chargées d'organiser les services de santé mentale à l'échelle locale) pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Le rôle dévolu au *case management* dans l'organisation du CSS est de constituer une alternative à l'hospitalisation, économiquement viable, en permettant aux personnes souffrant de troubles mentaux de vivre au sein de la communauté.

Ainsi, les services de *case management* se voient attribuer la responsabilité d'assurer la continuité des soins, d'assurer et de négocier l'accessibilité des usagers aux différents services disponibles au niveau local, d'améliorer l'efficacité du système pour un patient donné en s'assurant que les services envisagés ont bien été proposés à l'utilisateur, et ce dans un délai raisonnable et enfin, de mesurer l'évolution de la personne au fil des différentes prises en charge, dans l'objectif d'assurer son maintien dans la cité.

Historiquement, les travailleurs sociaux ont naturellement été impliqués dans le *case management*, du fait d'une part de leur implantation locale et de leurs connaissances des différents services disponibles et, d'autre part, de la proximité entre la mission de *case manager* et leur fonction première. Parallèlement, les professionnels de la santé mentale ont aussi été impliqués dès la création des services de *case management*, du fait de leurs connaissances de la population concernée.

L'implication de professionnels issus du champ des sciences humaines a ainsi rapidement associé une « idéologie » à la mission des *case managers* (Intagliata, 1982). Cette « idéologie » est assez proche à la fois de l'esprit de la loi française créant la sectorisation et des principes fondateurs de la réhabilitation psychosociale ; elle peut se résumer comme suit :

- les services et interventions proposés à l'utilisateur devraient être adaptés et personnalisés en fonction de ses besoins et de ses ressources ;
- les services et interventions proposés doivent varier au cours du temps en termes de nature et d'intensité, selon l'évolution des besoins et des ressources de la personne ;
- le niveau de soutien doit correspondre aux déficits de la personne ; chacun des bénéficiaires doit être encouragé à vivre de la façon la plus autonome possible ;
- le fonctionnement du *case management* doit être ouvert et libre, couvrir des services 24 heures/24 et concerner l'ensemble des champs de la vie quotidienne.

À sa création, le *Community Support System* (CSS) a d'abord été testé aux États-Unis dans dix-neuf États. La grande variabilité en termes de structuration des agences au niveau des différents États et des services disponibles au niveau local a abouti à générer différents modèles de *case management*. Parallèlement, d'autres modèles ont été développés pour répondre aux besoins spécifiques des personnes présentant des formes de pathologies

sévères et/ou un haut risque de ré-hospitalisation. Nous nous proposons de faire ressortir les points communs et les spécificités de ces différents modèles de *case management*.

## Principaux modèles de *case management*

### *Brokered case management*

*Broker* se traduit littéralement par « courtier ». Ce modèle constitue le modèle historique du *case management*, dans lequel le rôle du *case manager* consiste principalement à rendre possible et à faciliter l'insertion sociale des personnes présentant un trouble psychiatrique en s'appuyant sur le réseau institutionnel (services sociaux et services de santé) et sur le réseau informel (famille, cercle amical, commerçants...) présents dans l'environnement du patient (Moore, 1990).

Cette mise en lien de l'utilisateur avec les services sociaux, de santé ou de proximité qui correspondent à ses besoins implique des compétences multiples dans des champs très divers ; cinq grandes fonctions (cf. encadré) ont rapidement été identifiées pour formaliser le rôle du *case manager* (Agranoff, 1977 ; Intagliata, 1982). Ces cinq fonctions constituent la base commune du travail de *case management* sur laquelle l'ensemble des autres modèles s'est appuyé, et ce quel que soit le champ professionnel dont sont issus les intervenants, comme en témoigne leur présence dans les standards actuels de la pratique du *case management* des associations américaines de Travailleurs sociaux (NASW, 2013) et de cliniciens (CMSA, 2010).

#### Cinq fonctions principales du *case manager*

- Évaluation des besoins de la personne.
- Élaboration d'un plan d'intervention.
- Mise en lien avec les services et les ressources disponibles.
- Suivi des interventions proposées et évaluation continue (*monitoring*).
- Défense des droits de l'utilisateur vis-à-vis des services et de la communauté (*advocacy*).

Dans ce modèle, le champ d'intervention du *case manager* dépend donc beaucoup des ressources institutionnelles ou informelles présentes dans l'environnement de l'utilisateur.

Par ailleurs, ni la qualification de départ des *case managers*, ni le nombre de personnes accompagnées par un intervenant ou encore la durée du suivi ne sont définis, ce qui augmente encore les variations dans le rôle concret rempli par le *case manager*.

Concernant les qualifications que « devraient » avoir les *case managers*, différentes études réalisées sur le sujet (Dormady, 1980 ; Caragonne, 1981 ; Krupa et Clark, 1995) n'ont pas constaté de différences significatives sur l'efficacité du *case management* en fonction du niveau d'étude des *case managers*, en revanche, elles pointent des variations importantes dans les interventions concrètes réalisées : les personnes ayant un moindre niveau de formation ont plus tendance à proposer des interventions concrètes en termes d'accompagnement ou de services afin de pallier les difficultés et déficits présentés par les usagers qu'elles suivent, mais elles ont tendance à être moins performantes dans les missions d'évaluation et de négociation avec les intervenants des autres services institutionnels. À l'inverse, les personnes ayant un niveau de formation plus élevé montrent plus d'aisance dans les missions d'évaluation et de négociation auprès des intervenants institutionnels, mais ont moins tendance à proposer des interventions directes, susceptibles d'apporter une aide concrète aux usagers pour leur maintien dans la communauté.

Pour répondre à la question de la formation, dès 1982, Intagliata a suggéré une formation des *case managers* fondée sur des compétences à acquérir, permettant à chaque « postulant » de faire valoir les acquis qu'il possède déjà du fait de sa formation initiale et/ou de son expérience professionnelle. Parmi les aptitudes nécessaires, l'auteur préconisait des compétences dans la relation aux personnes souffrant de troubles psychiatriques, dans la résolution de problèmes concrets, dans les stratégies d'intervention de crise et dans les stratégies de défense effective des intérêts des usagers.

La question du nombre de personnes que le *case manager* peut prendre en charge, facteur déterminant en termes de nature et de quantité des interventions réalisées auprès des usagers, n'est pas inscrite dans le modèle de *brokered case management*. La littérature (Intagliata, 1982 ; Mueser et al., 1998) décrit des files actives allant de vingt à cinquante personnes. Différents auteurs (Intagliata, 1982 ; Baker, 1980) estiment que le nombre le plus raisonnable se situe entre vingt et trente, ce nombre devant être restreint lorsque la population suivie présente des troubles sévères (Test, 1979).

### **Case management clinique**

Le *case management* clinique se construit au cours des années 1980, en évolution mais aussi en opposition au modèle historique du *brokered case management*. En effet, ce modèle affirme le rôle central de la relation thérapeutique entre le *case manager* et l'utilisateur (Harris et Bachrach, 1988 ; Harris et Bergman, 1987) et reconnaît au *case manager* un champ d'intervention direct dans le soutien dispensé, qu'il cherche à délimiter, tout en conservant les cinq fonctions principales du *case management* (cf. encadré

*supra*) et le rôle fondamental de mise en lien avec le réseau de ressources institutionnelles et informelles.

Les objectifs poursuivis par le *case management* clinique dépassent ceux du maintien des personnes présentant une maladie psychiatrique à l'extérieur de l'hôpital et visent l'accroissement de leur autonomie et l'amélioration de leur qualité de vie (Kanter, 1989). Ceci implique un rôle clinique et thérapeutique du *case manager*, qui cherche à construire une alliance thérapeutique avec l'utilisateur, s'appuie sur ses ressources et ses motivations et les développe, et assure directement des interventions de psychoéducation individuelle et/ou familiale, d'entraînement des compétences sociales, voire de psychothérapies ciblées sur des objectifs concrets (Hemming et Yellowlees, 1997).

Le rôle crucial de la relation entre le *case manager* et l'utilisateur est donc mis en avant dans ce modèle, qui augmente et précise les fonctions et missions premières du *case management* (cf. encadré).

### **Missions premières du *case manager***

Une phase d'engagement dans le dispositif est identifiée, en amont de la phase d'évaluation des besoins, pour permettre l'instauration d'une relation de confiance.

Les missions de mise en relation avec la famille et l'entourage et de maintien et de développement du réseau informel sont ajoutées à celles de mise en lien de l'utilisateur avec les services et les ressources disponibles et de suivi des interventions.

La mise en place de stratégies de gestion des crises est clairement stipulée dans les fonctions du *case manager*.

Certains auteurs (Kanter, 2010) ont modélisé le rôle que tient le *case manager* clinique à partir des concepts d'objet et de participant transitionnel développés par Donald et Clare Winnicott (Winnicott, 1975 ; Kanter, 2004), dans l'idée d'une personne référente accompagnant vers l'autonomie, la croissance personnelle et le rétablissement, cherchant à favoriser et à prendre en compte les souhaits et les désirs de l'utilisateur, tout en tenant compte des exigences sociales et économiques de diminution des comportements perturbateurs et des recours excessifs à l'hospitalisation.

Le modèle du *case management* clinique est devenu progressivement le modèle « standard » du *case management*, sur lequel s'appuient la plupart des associations américaines de *case managers* (CMSA, 2010 ; NASW, 2013), et le plus souvent utilisé comme pratique de référence dans les études cherchant à évaluer l'efficacité d'autres modèles (Burns et al., 1999 ; Ziguras et Stuart, 2000 ; Ivezic et al., 2010).

## Case management intensif

### **Program for Assertive Community Treatment (ACT ou PACT)**

Le modèle de l'ACT a été développé très précocement (Test et Stein, 1978), pour répondre aux besoins spécifiques de la population souffrant de maladies psychiatriques sévères dans le contexte de la désinstitutionnalisation. Il a pour objectifs principaux (Bond, 2002) l'accompagnement à la sortie des patients ayant eu des hospitalisations de très longue durée et le maintien à long terme dans la cité des personnes qui présentent des troubles instables (recours fréquents à l'hospitalisation ou aux services d'urgences) et/ou des difficultés pour accéder et bénéficier d'un suivi dans les services de soins ambulatoires « classiques ». Certaines équipes ont développé des programmes issus du modèle ACT, proposés au cours des épisodes aigus, comme alternatives à l'hospitalisation (Bond et al., 1989 ; Stein et Test, 1980).

Ce programme présente la particularité d'être organisé autour d'une équipe de *case management* et non d'un *case manager* seul : c'est l'équipe dans son intégralité qui assume la responsabilité du suivi d'un patient. Les équipes ACT sont pluridisciplinaires et regroupent psychiatre(s), infirmier(s) et travailleurs sociaux.

Une autre spécificité du PACT consiste en ce que le maximum d'interventions est proposé directement par l'équipe de *case management*, dans l'idée de favoriser une vision holistique de la personne et de faciliter la réinsertion et/ou le maintien à « l'extérieur » d'usagers en grande difficulté. Ainsi, la gestion et le suivi du traitement médicamenteux, le suivi médical, le soutien au logement, le soutien à l'emploi, l'éducation thérapeutique des familles et, parfois même, l'assistance à la gestion des ressources financières sont assurés directement par l'équipe de *case management* (Deci et al., 1995). Le focus des interventions est placé sur la résolution de problèmes et sur une aide concrète pour permettre et favoriser le fonctionnement de la personne dans la vie quotidienne. Ainsi, les interventions proposées sont réalisées au maximum dans l'environnement du patient et non dans le centre de soins, et l'équipe offre une disponibilité sur des plages horaires étendues, pouvant couvrir une amplitude de 24h/24, 7 jours sur 7 (Test et Stein, 1978 ; Drake et Burns, 1995). Le bénéficiaire peut donc être en contact quotidiennement avec un intervenant de l'équipe de *case management*, en fonction de ses besoins spécifiques.

Enfin, le PACT peut être destiné à une population qui n'est pas nécessairement en accord avec les soins proposés, avec qui l'alliance est à construire. Les équipes ACT s'autorisent à aller au-devant d'un usager qui ne se présenterait pas à ses rendez-vous, ou à se rendre quotidiennement à son domicile pour lui donner son traitement et l'assister dans la réalisation de ses soins physiques personnels par exemple (Drake et Burns, 1995), dans l'objectif premier de prévention des rechutes et de ré-hospitalisations. L'ensemble de

ces missions implique de préserver une disponibilité importante de l'ensemble des intervenants de l'équipe de *case management* ; pour cela, un ratio de dix patients par intervenant est habituellement fixé dans les équipes ACT.

Bien que le soutien proposé par l'équipe de *case management* ne soit pas limité dans le temps, le PACT est organisé en quatre grandes phases (engagement, stabilisation, maintien à long terme et relais), avec la perspective d'une fin de prise en charge lorsque les principaux objectifs du modèle ont été atteints. Les objectifs du PACT sont définis par les auteurs comme la stabilisation des symptômes, la prévention des rechutes, la réponse aux besoins de base, l'amélioration de la qualité de vie et l'optimisation du fonctionnement social des usagers (Test et al., 1992).

La phase d'engagement est centrée sur la construction d'une relation de confiance entre le bénéficiaire et l'équipe de *case management*. Durant la phase de stabilisation, le focus est placé sur l'entraînement et l'acquisition de compétences sociales nécessaires à la vie dans la cité. Les priorités et les objectifs intermédiaires sont négociés avec l'utilisateur et cherchent à respecter ses désirs et ses choix, concernant par exemple le secteur et le type d'habitation ou le travail. La phase de maintien cherche à permettre à l'utilisateur de conserver les bénéfices acquis durant la phase de stabilisation et à faire croître son autonomie de fonctionnement au quotidien. Enfin, lorsque les objectifs de la personne et du programme ont été atteints, et que les besoins en termes d'interventions extérieures et de soutien concret le permettent, le PACT prend fin, le plus souvent avec un relais vers d'autres propositions de *case management*, moins intensif.

Le modèle ACT a été largement utilisé aux États-Unis et a fait l'objet de nombreuses études, dont plusieurs méta-analyses (Mueser et al., 1998 ; Ziguras et Stuart, 2000 ; Bond et al., 2001) : son efficacité a été démontrée sur la réduction du nombre de jours passés à l'hôpital, la stabilité dans le logement et pour l'engagement des bénéficiaires dans leur traitement (Bond et al., 2001) ; le PACT a aussi montré des effets modérés sur la réduction des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie subjective des usagers.

Ce modèle soulève aussi des critiques, en particulier en direction de la philosophie inhérente au modèle. Certains auteurs estiment en effet que le PACT a été conçu pour répondre aux demandes des agences de santé et aux craintes des populations lors de la désinstitutionnalisation, mais qu'il n'est pas assez centré sur les attentes de l'utilisateur, prenant trop peu en compte son point de vue et ses attentes quant à son propre parcours de vie. Les critiques les plus virulentes évoquent une dimension de contrôle social et dénoncent des méthodes paternalistes et parfois coercitives (Spindel et Nugent, 1999 ; Gomory, 1999, 2002), en particulier du fait de la largeur des domaines d'interventions de l'équipe de *case management*. D'autres limites du modèle tiennent au choix de proposer un *case management* d'équipe et à la difficulté que peuvent avoir certains patients, ou leur famille, à établir

une relation de confiance avec l'ensemble d'une équipe, ou encore au trop peu de place accordée au développement et/ou au maintien du réseau informel (Moore, 1990).

### ***Intensive Case Management (ICM ; Shern et al., 1989)***

Ce modèle a été développé dans l'État de New York à partir de 1987 dans un contexte de forte augmentation du nombre de personnes sans domicile et de saturation des services hospitaliers et des services d'urgence. L'ICM propose un *case management* intensif, porté par une personne, le *case manager*, qui travaille au sein d'une agence publique et en réseau avec d'autres *case managers*.

L'objectif général poursuivi par ce modèle est d'apporter une réponse individualisée correspondant aux besoins et aux objectifs spécifiques d'une personne unique. Il s'adresse spécifiquement aux personnes présentant une maladie psychiatrique sévère. Il cherche à favoriser un engagement de meilleure qualité dans les soins et une diminution du recours aux services d'urgences ou à l'hospitalisation, lorsque ceux-ci sont inappropriés.

Deux autres missions, d'importance équivalente à ce premier objectif, sont définies par les principaux auteurs (Shern et al., 1989 ; Surles et al., 1992) :

- le recueil de données sur les interventions efficaces, en évaluant régulièrement l'évolution globale des usagers, quelle que soit la nature des interventions proposées ; ceci doit permettre de recueillir des données quantitatives et qualitatives, et de mesurer le rôle du réseau informel dans l'évolution des patients ;
- les données recueillies et les retours faits par les *case managers* doivent être utilisés pour faire évoluer le système de santé et améliorer la communication et la coordination entre les différents niveaux d'organisation du système, des compétences de l'État jusqu'aux services sociaux et de santé implantés dans les quartiers.

L'ICM cherche donc à modifier le système de santé pour améliorer et augmenter le recours approprié aux services sociaux et de santé pour les populations ciblées. Dans ce dispositif, la réduction à court terme des dépenses sociales et de santé pour ces populations ne constitue donc pas un objectif (Surles et al., 1992).

Le rôle direct des *case managers* auprès des bénéficiaires du dispositif est défini selon sept grands principes (encadré 11.1), construits à partir de l'expérience tirée des modèles antérieurs, en particulier du *case management* clinique, du *case management* de réhabilitation et du PACT.

Du fait des objectifs de modification et d'amélioration du système de santé que poursuit ce modèle de *case management*, la mise en place de l'ICM implique la structuration d'instances au niveau local, régional et de l'État, pour collecter des données qualitatives et quantitatives et surtout permettre des réponses locales adaptées aux spécificités de la population selon les services déjà présents sur le territoire.



**Encadré 11.1****Principes de l'ICM (*Intensive Case Management*)**

1. **Approche centrée sur l'utilisateur**, qui détermine ses objectifs en collaboration avec le *case manager*.
2. Le *case manager* est nommé par les responsables du traitement de la personne, afin de garantir l'utilisation de l'ICM pour la population ciblée par le programme (maladie psychiatrique sévère ± sans domicile ± toxicomanie ± recours inappropriés aux services d'urgences ou à l'hospitalisation). L'arrêt ou le changement de *case manager* doit faire l'objet d'une décision des mêmes instances.
3. Un *case manager* peut s'occuper d'une dizaine d'utilisateurs.
4. Les interventions doivent se produire au maximum dans la communauté. Le *case manager* assure des accompagnements physiques si besoin.
5. Le *case manager* est joignable et accessible, y compris directement par l'utilisateur. Lorsque cela est nécessaire, une rotation est organisée avec d'autres *case managers* pour assurer la continuité du service.
6. Le *case manager* défend les intérêts, organise et développe un soutien pour les utilisateurs qui sont associés à l'ensemble des décisions qui les concernent dans les domaines de la santé, des activités de loisirs ou de travail, des relations sociales et du logement. Le *case manager* a recours à des apprentissages didactiques et comportementaux, à la résolution de problèmes et à toute action favorisant le développement d'une image positive de soi.
7. L'intervention du *case manager* n'est pas limitée dans le temps ; le développement du réseau informel est un facteur clé de sa mission.

(D'après Surles et al., 1992.)

Ce recueil implique directement les *case managers*, qui réalisent régulièrement et en collaboration étroite avec les utilisateurs qu'ils accompagnent, l'évaluation de leurs besoins, de leurs objectifs, de leur évolution en termes cliniques et de qualité de vie au cours du temps. Les données recueillies sont transmises aux instances décisionnaires, ainsi que des données qualitatives concernant des difficultés rencontrées par les utilisateurs, certains services ou associations (en termes positifs ou négatifs) et les questions relevées par les *case managers* sur le terrain. Les instances ont ensuite la charge de les analyser et d'adapter les services et les réponses qui peuvent être proposés au niveau local.

Dans l'expérience originale de l'État de New York, cette organisation a permis de mettre à jour des besoins spécifiques qui n'avaient pas été anticipés, comme par exemple le fait que 46 % des femmes bénéficiaires du programme avaient à leur charge des enfants dépendants d'elles pour leurs soins primaires (Surles et al., 1992). Ce dispositif a aussi permis d'identifier les réponses fonctionnelles et dysfonctionnelles en termes de services ou

de programmes, et a favorisé une évolution rapide des structures, afin de mieux répondre aux besoins des usagers.

L'ICM a fait l'objet de nombreuses études dans les différentes régions où il a été implanté (Mueser et al., 1998). Outre des effets bénéfiques comparables à ceux du PACT sur la réduction du nombre de jours d'hospitalisation (Mueser et al., 1998 ; Sands et Cnaan, 1994), la grande majorité des études montre une amélioration stable à un an ou à deux ans de la qualité de vie, la stabilité dans le logement et la satisfaction des usagers et de leurs proches (Surles et al., 1992 ; Sands et Cnaan, 1994 ; Aberg-Wistedt et al., 1995 ; Shern et al., 1996 ; Mueser et al., 1998). Néanmoins ce modèle reste difficile à mettre en place du fait de ses ambitions — modifier et améliorer l'ensemble du système de soins pour les personnes présentant une maladie psychiatrique sévère — et de l'engagement institutionnel et financier qu'il implique.

### *Case management* de réhabilitation

Le concept de *case management* de réhabilitation s'est développé au cours des années quatre-vingt, en parallèle du développement du concept de réhabilitation psychiatrique d'une part, et du *case management* pour les personnes présentant des troubles psychiatriques d'autre part. Il prend son origine dans le constat que la plupart des modèles antérieurs, en particulier les modèles de *brokered case management* et PACT, cherchent à « adapter » le fonctionnement des usagers présentant une pathologie psychiatrique au système de santé et aux attentes de la société, mais sont rarement fondés sur les attentes et les objectifs personnels des patients, même s'ils tentent de les prendre en compte (Spindel et Nugent, 1999).

À l'inverse, les modèles de *case management* orientés vers la réhabilitation (Anthony et al., 1988 ; Rapp, 1993) prennent résolument le parti de « suivre » des objectifs déterminés par l'usager, de se focaliser sur ses ressources plus que sur sa pathologie, tout en tenant compte des difficultés existantes, afin de pouvoir lever ou contourner les obstacles, affirmant (ou réaffirmant) ainsi que les personnes présentant une maladie psychiatrique, comme tout un chacun, peuvent déterminer leurs buts, apprendre de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences pour modifier leur fonctionnement, dans une démarche de croissance personnelle.

Les modèles de *case management* de réhabilitation rejoignent donc en partie les modèles de *case management* clinique, mettant en avant le rôle crucial de la relation thérapeutique entre le *case manager* et l'usager, à la différence que le *case management* de réhabilitation met l'accent sur les ressources et l'autodétermination de la personne qui en bénéficie.

Les compétences que doivent acquérir les *case managers* afin de conduire à bien leur mission sont aussi précisées au sein du modèle (Anthony et al., 1988, 1993). Parmi ces compétences, certaines relèvent d'une intervention

directe du *case manager* auprès de l'utilisateur, comme la constitution d'une relation de collaboration avec l'utilisateur, l'utilisation et la transmission de techniques de résolution de problèmes, ou l'évaluation, l'enseignement et l'entraînement de compétences sociales. D'autres relèvent en revanche de la fonction de mise en relation de l'utilisateur avec les services et les ressources disponibles dans son environnement, dont des compétences de négociation, afin de rendre possible l'accueil de personnes présentant une maladie psychiatrique, y compris sévère, au sein de dispositifs associatifs, sociaux ou de travail.

Ainsi, Anthony et al. (1988, 1993) identifient pas moins de quatre-vingts compétences que le *case manager* doit développer pour favoriser l'élaboration des objectifs généraux de l'utilisateur, mener l'évaluation du fonctionnement et des ressources propres d'une personne ainsi que les ressources présentes dans son environnement, coordonner et évaluer les interventions proposées au sein du réseau formel et informel, repérer, enseigner et entraîner les compétences sociales nécessaires à l'atteinte des objectifs déterminés.

## Conclusion et perspectives

Le *case management* en santé mentale s'est développé essentiellement aux États-Unis dans le contexte de la désinstitutionnalisation et dans un système de santé peu pourvu en structures de santé publique à même d'assurer la prise en charge des personnes présentant un trouble psychiatrique sévère.

Malgré les variations importantes des pratiques regroupées sous ce terme, la plupart des modèles qui ont été présentés ont montré une efficacité sur la réduction du recours à l'hospitalisation, mais aussi sur l'amélioration de la qualité de vie et la satisfaction des usagers ainsi que de leur entourage, dès lors que le suivi proposé par le *case manager* a été centré sur l'atteinte des objectifs de l'utilisateur.

Depuis les années 1980, le modèle du *case management* en santé mentale a été adapté et implanté dans un nombre toujours croissant de pays, en parallèle au développement des soins de réhabilitation et des prises en charges orientées vers le rétablissement (EPPIC, 2001 ; Ivezik et al., 2010 ; Baumann et al., 2013 ; Bonsack et al., 2013).

En France, la désinstitutionnalisation a été accompagnée par la création de la psychiatrie de secteur. De fait, les centres médicopsychologiques (CMP), organisés en équipes pluridisciplinaires et localisés dans le bassin de vie des usagers, ont assumé une grande partie des missions définies pour les *case managers* outre-Atlantique, avec d'indéniables effets positifs sur le recours à l'hospitalisation, l'engagement des usagers vis-à-vis de leurs soins ou le contrôle de la symptomatologie. Cependant, un certain nombre des critiques formulées à l'encontre du modèle PACT (Spindel et Nugent, 1999 ;

Gomory, 1999, 2002) paraissent applicables à l'organisation des soins autour du CMP, notamment en ce qui concerne la difficulté à créer une alliance thérapeutique avec une équipe, la difficulté à impliquer l'entourage en tant que partenaires ou encore à favoriser la création et le maintien du réseau informel. De plus, le dispositif français ne permet pas de mettre en adéquation le nombre de personnes suivies en ambulatoire (nombre toujours croissant) et le nombre d'intervenants dans les structures, ce qui impacte nécessairement le temps qu'il est possible d'accorder à chaque individu pour évaluer sa situation, recueillir ses objectifs, planifier et réaliser les interventions nécessaires. Enfin, la mission de la psychiatrie publique de secteur et des CMP en particulier ne fait aucune distinction dans le dispositif proposé aux usagers selon la pathologie ou la sévérité de leurs troubles.

L'introduction du modèle du *case management* au sein du secteur, notamment pour les personnes présentant les troubles les plus sévères, pourrait ainsi favoriser l'engagement dans les soins durant la phase précoce de la maladie, permettre une meilleure coordination entre les différentes structures médicales, médico-sociales et sociales engagées dans l'accompagnement d'un individu, accorder une place de partenaire au réseau familial et informel de l'usager, dans la perspective globale de favoriser l'élaboration et la réalisation de son projet de vie.

Parallèlement, le *case management* présente un intérêt majeur au sein des structures intersectorielles de réhabilitation actuellement en plein développement. Ces structures interviennent en complémentarité des soins au long cours proposés par le secteur ou les structures libérales, et proposent des interventions spécifiques et spécialisées dans le champ de l'évaluation, de la remédiation cognitive, de l'éducation thérapeutique, de l'entraînement des compétences sociales et du soutien à l'emploi. L'implication d'un *case manager* de réhabilitation favoriserait la construction d'un parcours de réhabilitation individualisé selon les besoins spécifiques, les projets, les ressources et les difficultés de chaque individu, mais aussi la coordination nécessaire au sein de l'équipe de réhabilitation et avec les personnes en charge du suivi au long cours, les dispositifs d'insertions sociale et professionnelle. Ceci pourrait permettre d'améliorer l'efficacité des soins proposés, dans une perspective de rétablissement.

La nouvelle loi de santé du 26 janvier 2016 (loi 2016-41), en reconnaissant la création d'une pratique avancée des professions paramédicales, pourrait être l'occasion de favoriser le développement de formations et de postes de *case managers* ou de coordinateur de parcours complexes de soins en santé mentale en France dans la période à venir.

## Remerciements

L'auteur tient à remercier Florence Schwarzel pour son aide précieuse et sa relecture attentive.

**Bibliographie**

- Aberg-Wistedt, A., Creessell, T., Lindberg, Y., Liljenberg, B., & Osby, U. (1995). Two years outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia. *Psychiatric Serv*, *46*, 1263-1266.
- Agranoff, R. (1977). Services integration. In W. F. Anderson, B. F. Frieden, & M. J. Murphy (Eds.), *Managing Human Services*. Washington: International City Management Assoc.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., Farkas, M., & Cohen, B. F. (1988). Clinical care update: The chronically mentally ill. Case management – More than a response to a dysfunctional system. *Community Mental Health Journal*, *24*, 219-228.
- Anthony, W. A., Forbess, R., & Cohen, M. R. (1993). Rehabilitation oriented case management. In M. Harris, & H. C. Bergman (Eds.), *Case Management for Mentally Ill Patients: Theory and Practice* (pp. 99-118). Chur, Switzerland: Harwood Academic Publishers.
- Baker, F., Intagliata, J., & Kirshstein, R. (1980). *Case management evaluation: Second interim report*. Buffalo, NY: Tefco services Inc.
- Baumann, P. S., Crespi, S., Marion-Veyron, R., Solida, A., Thonney, J., Favrod, J., Bonsack, C., Quang Do, K., & Conus, P. (2013). Treatment and Early Intervention in Psychosis Program (TIPP-Lausanne): implementation of an early intervention programme for psychosis in Switzerland. *Early Intervention in Psychiatry*, *7*, 322-328.
- Bond, G. R., Witheridge, T. F., Wasmer, D., Dincin, J., McRae, S. A., Mayes, J., & Ward, R. S. (1989). A comparison of two crisis housing alternatives to psychiatric hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry*, *40*, 177-183.
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., & Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management & Health Outcomes*, *9*, 141-159.
- Bond, G. R. (2002). *Assertive community treatment for people with severe mental illness*. Indianapolis: Indiana University-Purdue University.
- Bonsack, C., Ferrari, P., Gibellini, S., Gebel, S., Jaunin, P., Besse, C., & Morandi, S. (2013). *Le case management de transition: Assurer la continuité du rétablissement après une hospitalisation psychiatrique*. Lausanne: ARCOS.
- Burns, T., Creed, F., Fahy, T., Thompson, S., Tyrer, P., & White, I. (1999). Intensive vs. standard case management for severe psychotic illness; a randomised trial. *Lancet*, *353*, 2185-2189.
- Caragonne, P. (1981). *A comparative analysis of twenty-two settings using case management research project*. Austin, TX: Report of the Case Management Research Project.
- Case Management Society of America (2010). *Standards of practice for case management*. Little Rock: CMSA.
- Deci, P. A., Santos, A. B., Hiott, D. W., Schoenwald, S., & Dias, J. K. (1995). Dissemination of assertive community treatment programs. *Psychiatric Services*, *46*, 676-678.
- Dormady, J. M. (1980). *New York State board of social welfare case management concept paper*. Albany, NY: New York Office of Mental Health.
- Drake, R. E., & Burns, B. J. (1995). Special Section on assertive community treatment. An introduction. *Psychiatric Services*, *46*, 667-668.
- EPPIC (2001). *Case management in early psychosis: A handbook*. Melbourne: EPPIC.

- Fleisher P, Henrickson M. (2002). Towards a typology of case management. <ftp://ftp.hrsa.gov/hab/Typology.pdf>.
- Gomory, T. (1999). Programs of Assertive Community Treatment (PACT): A critical review. *Ethical Human Sciences and Services*, 1, 147-163.
- Gomory, T. (2002). The origins of coercion in "Assertive Community Treatment" (ACT): A review of early publications from the "Special Treatment Unit" (STU) of Mendota State Hospital. *Ethical Human Sciences and Services*, 4, 3-16.
- Harris, M., & Bergman, H. (1987). Case management with the chronically mentally ill: A clinical perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 296-302.
- Harris M, Bachrach L. (1988). Clinical case management. In: New directions for mental health services. San Francisco: Jossey-Bass, p. 57-62.
- Hemming, M., & Yellowlees, P. (1997). An evaluation study of clinical case management using clinical case management standards. *Journal of Mental Health*, 6, 589-598.
- Intagliata, J. (1982). Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: The role of case management. *Schizophr Bull*, 8, 655-674.
- Ivezic, S. S., Muzinic, L., & Vanda, F. (2010). Case management – A pillar of community psychiatry. *Psychiatria Danubina*, 22, 28-31.
- Kanter, J. (1989). Clinical case management: Definition, principles, components. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 361-368.
- Kanter, J. (2004). *Face to face with children: The life and work of Clare Winnicott*. London: Karnac Books.
- Kanter, J. (2010). Clinical case management. In J. Brandell (Ed.), *Theory and practice of clinical social work* (2<sup>nd</sup> ed). Columbia University Press.
- Krupa, T., & Clark, C. C. (1995). Occupational therapist as case managers: Responding to current approaches to community mental health service delivery. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62, 16-22.
- Moore, S. (1990). A social work practice model of case management: The case management grid. *Social Work*, 35, 444-448.
- Mueser, K. T., Bond, Q. R., Drake, R. E., & Resnick, S. Q. (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophr Bull*, 24, 37-74.
- National Association of Social Workers (2013). *NASW standards for social work case management*. Washington DC: NASW.
- Rapp, C. A. (1993). Theory, principles, and methods of the strengths model of case management. In M. Harris, & H. C. Bergman (Eds.), *Case management for mentally ill patients: theory and practice* (pp. 143-164). Chur, Switzerland: Harwood Academic Publishers.
- Sands, R. G., & Cnaan, R. A. (1994). Two modes of case management: Assessing their impact. *Community Health Journal*, 30, 441-457.
- Sherm, D. L., Surles, R. C., & Waizer, J. (1989). Designing community treatment systems for the most seriously mentally ill: A state administrative perspective. *Journal of Social Issues*, 45, 105-117.
- Sherm, D. L., Tsemberis, S., Anthony, W., Lovell, A. M., Richmond, L., Felton, H. C., Winarski, J., & Cohen, M. (1996). *Serving street dwelling individuals with psychiatric disabilities: Outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial*. Tampa, FL: Florida mental Health institute, University of South Florida.

- Spindel P, Nugent JA. (1999). The trouble with PACT: Questioning the increasing use of assertive Community treatment teams in community mental health. [www.peoplewho.org/readingroom/spindel.nugent.htm](http://www.peoplewho.org/readingroom/spindel.nugent.htm).
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.
- Surles, R. C., Blanch, A. K., Shern, D. L., & Donahue, S. A. (1992). Case management as a strategy for systems change. *Health Affairs*, 11, 151-163.
- Test, M. A., & Stein, L. I. (1978). Community treatment of the chronic patients: research overview. *Schizophr Bull*, 4, 350-364.
- Test, M. A. (1979). Continuity of care in community treatment. In L. Stein (Ed.), *Community Support Systems for the long term patient* (pp. 15-23). San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.
- Test, M. A., Knoedler, W., & Allness, D. (1992). Training in community living (TCL) model two decades of research. Outlook. (*National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute*), 2, 5-8.
- Winnicott, D. W. (1975). Transitional objects and transitional phenomena. In D. W. Winnicott (Ed.), *Through paediatrics to psycho-analysis* (pp. 229-242). London: Hogarth Press (Original work published 1953).
- Ziguras, S., & Stuart, G. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51, 1410-1421.

