

« Le management de Dispositif Intégré médico-social : tentative de définition »

Jean-Christophe Barbant, docteur en sociologie, directeur du cabinet I.S.E.O (Ingénierie Sociale et Ethique des Organisations)

Ce texte a pour objet de contribuer à construire un référentiel pour définir, conceptualiser et agir ce que l'on peut nommer « le management de Dispositif Intégré » dans le champ médico-social.

La notion de « Dispositif Intégré »

La définition de ce que l'on nomme « dispositif » nécessite de mobiliser les apports des sciences sociales. Ainsi les travaux de Michel Foucault sont fondateurs : « *Quel que soit son champ d'application, des médias aux politiques publiques en passant par la médiation culturelle ou la psychanalyse, un dispositif est un système de places, adressé à un destinataire, porté par un promoteur et incluant une prescription, c'est-à-dire une intentionnalité* ». Cette définition rejoint aussi celle de J.-F. de La Pérouse (1797), « *ensemble d'éléments ordonnés en vue d'une certaine fin* », qu'il donnait pour caractériser le « dispositif » de type militaire. G. Agamben ne dit pas autre chose : « *j'appelle dispositif tout ce qui a, d'une manière ou d'une autre, la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants* » (Agamben, 2007: 31). Ces 3 définitions caractérisent les dispositifs comme des systèmes structurés s'organisant autour d'une finalité.

Le terme « Dispositif Intégré » dans le contexte médico-social fait référence à la façon dont ce système regroupe divers éléments, acteurs, territoires, méthodes, postures, imaginaires en une seule entité cohérente et structurée. Cela signifie qu'un Dispositif Intégré construit un écosystème autour de la personne en situation de handicap.

Ainsi, de nouvelles organisations décroisées se déploient autour de l'environnement de vie de la personne. Elles mobilisent des logiques formatives, de nouvelles ressources et des outils spécifiques d'accessibilité, ainsi que des accompagnements transdisciplinaires dans une visée holistique du soin. Elles proposent des interventions spécialisées et des soutiens post-dispositifs.

La notion de « Dispositif Intégré » est née de l'idée d'une transformation institutionnelle profonde et d'un changement de paradigme d'actions. L'institution n'est plus incarnée seulement et prioritairement dans des murs d'un établissement ou service mais dans l'environnement de proximité de la personne. Le droit de vivre dans un « environnement capacitant » devient premier et qualifie la notion de « Dispositif Intégré ». Ainsi la personne, dans un processus d'auto-détermination accompagné choisit son

environnement de vie, d'éducation, de travail ou encore de soins. Selon D. Piveteau (rapport 2022) dans son texte « Experts, acteurs, ensemble pour une société qui change », ce ne sont pas les services qu'il nous faut désinstitutionnaliser mais le parcours médico-social de la personne. Ainsi le Dispositif Intégré est une nouvelle forme d'institutionnalisation du soin (au sens du *Care*) se déployant en écosystème dans des organisations de proximité.

Les quatre compétences clés d'un fonctionnement en Dispositif Intégré

Le Dispositif Intégré a pour « compétences clés » :

- D'évaluer de manière partagée les besoins, attentes et ressources de l'enfant avec sa famille ;
- De proposer un accompagnement global à partir d'une offre de parcours médico-sociaux, modulable et graduée ;
- D'exercer une fonction d'appui-ressource auprès des familles et des acteurs de proximité dans une logique de partage des savoirs ;
- Et de coordonner les coopérations territoriales nécessaires à la continuité et la sécurisation des parcours.

Ces compétences reposent toutes sur la participation active de l'enfant, du jeune et de sa famille, la reconnaissance de leurs savoirs expérientiels, le respect de leurs choix et le développement de leur pouvoir d'agir.

Compétence clé 1 : Évaluation partagée, orientation et sécurisation des parcours

Le Dispositif Intégré évalue en continu, avec l'enfant ou le jeune et sa famille, ses besoins, ses attentes, ses compétences, ses vulnérabilités, ses ressources et celles de son environnement.

Cette évaluation n'est pas uniquement professionnelle. Elle doit intégrer:

- L'expertise de la personne accompagnée sur sa propre situation,
- Les savoirs expérientiels de la famille,
- Les observations des professionnels,
- Les apports des partenaires intervenant dans les différents espaces de vie

La co-évaluation doit intégrer l'expertise d'usage mais aussi les rapports aux « centres experts » et à l'ensemble des expertises disponibles en ESMS pour éviter les « errances diagnostic ».

Compétence clé 2 : accompagnement global et mise en parcours médico-sociaux modulables et gradués

Un parcours médico-social s'entend comme un accompagnement global, structuré et continu de la personne au plus près du lieu de vie de celle-ci. Le Dispositif Intégré doit permettre de proposer un accompagnement combinant différentes modalités d'intervention selon les besoins du moment : accompagnement éducatif, thérapeutique, pédagogique, social, familial, appui à l'autonomie, soutien à la communication, accompagnement des transitions.

Cet accompagnement doit être modulable, mais il ne doit pas être décidé uniquement par l'institution. Il doit être construit avec l'enfant, le jeune et sa famille, en tenant compte de leurs priorités, de leurs choix, de leur rythme et de leur capacité d'engagement.

Il ne s'agit plus de « figer » un jeune dans une modalité mais de composer avec lui et sa famille une réponse adaptée, évolutive et lisible.

La finalité n'est donc pas seulement l'inclusion scolaire, mais bien la participation sociale pleine et effective, dans les lieux ordinaires et significatifs pour l'enfant et sa famille.

Compétence clé-3 : Appui-ressources, soutien aux environnements et partage des savoirs dans une logique préventive

La fonction d'appui-ressources ne doit pas être comprise comme une expertise descendante du Dispositif vers les autres acteurs. Elle doit reposer sur une logique de partage des savoirs.

- Le Dispositif apporte ses compétences médico-sociales, mais il reconnaît aussi :
- Le savoir de l'enfant ou du jeune sur ce qu'il vit,
- Le savoir expérientiel des parents et proches aidants,
- Le savoir professionnel des enseignants, animateurs, soignants, travailleurs sociaux, professionnels de droit commun,
- Le savoir de proximité des acteurs du territoire.

Cette compétence vise donc à soutenir les environnements de vie pour qu'ils deviennent plus accessibles, plus ajustés et plus capacitants. Elle concerne autant l'école que les loisirs, le domicile, les lieux de soins, les structures d'accueil, les clubs sportifs, les associations, les collectivités ou les dispositifs de droit commun.

Les actions sont distinctes de toutes celles qui relèvent de l'accompagnement global individuel et elles peuvent s'exercer en prévention pour lever les obstacles à l'inclusion.

Compétence clé 4 : coordination, coopération territoriale et pilotage nécessaires à la continuité des parcours

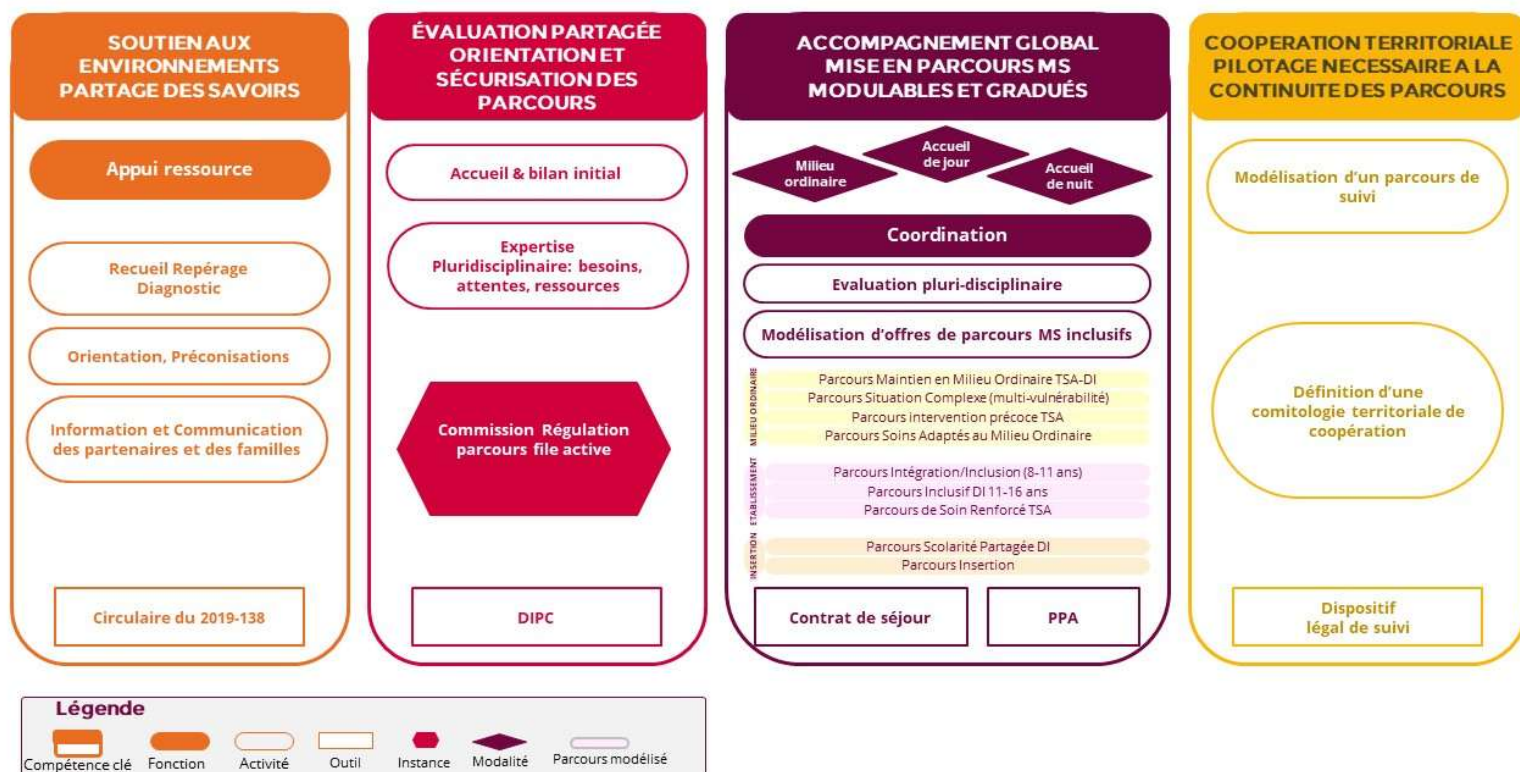
Un Dispositif Intégré ne peut pas fonctionner uniquement par l'organisation interne. Il repose sur une logique de responsabilité territoriale et populationnelle, en lien avec les partenaires institutionnels et opérationnels.

Cette compétence comprend :

La coopération avec la MDPH, l'ARS, l'Éducation nationale, les collectivités, les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux,

- La participation à la convention-cadre départementale,
- La coordination des parcours complexes,
- L'articulation avec les ressources du territoire,
- La contribution aux instances de pilotage, notamment le CDSEI,
- Le suivi d'indicateurs d'activité spécifiques,
- La capacité à rendre compte de l'intensité, de la nature et de l'évolution des accompagnements.

Les 4 compétences clés d'un fonctionnement en dispositif intégré



Le management d'un Dispositif Intégré

Pour définir la notion de « management de Dispositif Intégré », il s'agit de tenter d'identifier ce qui fait référentiel pour déployer un système d'intervention médico-social organisé dans un territoire et pour une population cible.

Ainsi quatre dimensions sont convoquées pour établir ce référentiel :

- La dimension socio-politique
- La dimension de l'ingénierie sociale
- La dimension Clinique
- La dimension Éthique

La dimension socio-politique de la transformation de l'offre médico-sociale

Le mouvement historique et socio-politique de rationalisation de l'action publique est selon M. Foucault « *une évolution des modes de gouvernement, où les instruments de gestion, de mesure et de normalisation deviennent centraux* ». La notion de management de dispositif s'inscrit dans ce mode « de gouvernement » que l'on nomme le plus souvent la gouvernance de l'action publique territoriale. Sur le plan sociologique, Robert Castel a montré combien les institutions de protection jouent un rôle essentiel dans la sécurisation des parcours et la prévention des ruptures. La fragmentation des réponses, même lorsqu'elle se veut efficace, comporte le risque d'un affaiblissement des cadres collectifs qui soutiennent les sujets les plus vulnérables. Ainsi la notion de « Dispositif Intégré » ne renonce pas à l'Institution protectrice mais la refonde pour mieux être présente au plus près de la personne. Contrairement à la notion de « plateforme de services », le Dispositif Intégré préserve un cadre commun.

François Dubet, à travers son analyse du déclin de l'institution, met en lumière la tension entre la montée des logiques individualisées et la fragilisation des régulations collectives. Cette tension traverse aujourd'hui les dispositifs médico-sociaux, sommés de concilier la personnalisation des réponses et le maintien d'un cadre commun et de sécurisation des parcours de soins. À cette perspective s'ajoute la pensée d'Hannah Arendt, pour qui l'action humaine ne prend sens que dans un monde commun, structuré par des institutions capables de faire tiers entre les individus. La notion de « Dispositif Intégré » s'inscrit donc dans une tentative, pour l'action publique, de se transformer dans de nouvelles formes institutionnelles en faisant cohabiter des modélisations néolibérales et des modélisations collectivistes ce qui rend parfois le paysage institutionnel flou.

La démocratisation de l'action médico-sociale

Par ailleurs, dans ce référentiel socio-politique, la démocratisation de l'action médico-sociale s'inscrit dans un processus d'émergence de la « social-démocratie » dans une Europe intégrative. La place de la personne en situation de handicap et des minorités révèle le niveau de maturité démocratique d'une société. La société inclusive est traversée sur le plan socio-politique par deux mouvements paradoxaux :

- Renforcer les processus d'individuation¹ pour faire émerger des droits dont la résultante est l'affaiblissement des collectifs
- Développer des formes résilientes d'actions interdépendances et de solidarité pour favoriser la construction de la « place » de la personne en situation de handicap

Un appareillage juridique fait de règlements, d'accès à de nouveaux droits (scolarisation, habitats, accessibilités...) s'est structuré au profit de la « transition inclusive ». Une culture juridique spécifique contribue au référentiel socio-politique du management de dispositif. Les notions de « participation et d'autodétermination » sont avant tout des perspectives socio-politiques et juridiques, clés de voûte de la social-démocratie.

L'émergence du « New Public Management » ou « nouvelle gestion publique » depuis quarante ans (1990-2026)

L'approche d'A. Bartoli consiste à considérer le management public comme étant « l'ensemble des processus de finalisation, d'organisation, d'animation et de contrôle des organisations publiques visant à développer leurs performances générales et à piloter leur évolution dans le respect de leur vocation ». Ainsi, le management poursuit un objectif d'efficacité, de rationalisation de l'action publique. Les évolutions néolibérales du mode de pilotage de l'action médico-sociale tendent à :

- Rationaliser l'action publique par une gestion administrée
- Piloter en lien faible le rapport entre l'administration et les territoires en instituant une gouvernance par les acteurs dans un cadre politique contraint.
- Protocoliser les formes de *reporting* d'activité par le renforcement d'un imaginaire de la performance
- Développer une ingénierie sociale basée sur les rapports entre protocoles et gestions des bénéfices-risques

Les principes de l'action publique rénovée peuvent se décliner de la manière suivante :

- La société inclusive comme perspective

¹ Individuation : ce qui distingue un individu d'un autre.

- L'émergence des droits et du droit à la compensation
- La désinstitutionnalisation des parcours et le renforcement des logiques d'autodétermination
- L'action publique décentralisée et l'émergence de nouvelles formes de pilotages territoriaux

La dimension socio-politique construit en partie le référentiel du « Management de Dispositif Intégré » car elle structure le cadre de valeurs dans lequel il s'inscrit. Il est utile de retenir que l'ensemble de ces éléments produisent des « injonctions paradoxales » chez les acteurs et notamment les cadres et directions de l'intervention sociale et médico-sociale. La gestion de la « complexité » devient ainsi à la fois une capacité collective mais aussi une posture permettant aux parties prenantes (équipes, publics ou partenaires) de s'agencer sur un territoire, de dépasser ces paradoxes et les formes de violences qu'ils produisent.

Ainsi, la redéfinition des modes de gouvernances territoriales est au cœur du management des dispositifs intégrés et de ses agencements territoriaux. Les places de chacun bougent dans le même temps que les missions des établissements se transforment dans des territoires où les politiques publiques se singularisent.

La dimension de l'ingénierie sociale

La transformation de l'offre médico-sociale des ESMS en Dispositif Intégré nécessite de penser une nouvelle forme d'ingénierie sociale : une ingénierie en Dispositif Intégré. Ainsi cinq tensions engagent à redéfinir cette ingénierie de dispositif :

L'appareil évaluatif des besoins des personnes et la gestion de l'activité.

La mobilisation de nouvelles postures en faveur de l'autodétermination, de nouveaux outils de positionnement, de nouvelles reconnaissances des expertises d'usages, amènent à repenser le travail évaluatif en insistant sur les dynamiques de co-construction, d'orientation, de sécurisation et de mise en parcours. Cette dynamique rencontre un impératif institutionnel et économique de gestion de l'activité et de capacité de dispositif.

Comment un dispositif gère-t-il ses moyens pour répondre à ses missions en fonction des besoins d'une population, des capacités de ses partenaires ou encore de la sécurisation de ses équipes ?

L'offre de parcours médico-sociaux territorialisés et la dimension participative

Garantir l'implication des enfants, des jeunes, des familles ou des responsables légaux, des partenaires pour favoriser la participation et l'adhésion au(x) projet(s) de transformation de la situation est au cœur des dynamiques de co-construction de l'offre de parcours médico-sociaux. Un parcours médico-social s'entend comme un accompagnement global, structuré et continu de la personne au plus près de son lieu de vie. Le Dispositif Intégré doit permettre de proposer un accompagnement global, combinant différentes modalités d'intervention selon ses besoins et sa trajectoire : accompagnement éducatif, thérapeutique, pédagogique, social, familial, appui à l'autonomie, soutien à la communication.

Cet accompagnement doit être modulable et est coconstruit par les parties prenantes dans une recherche permanente de soutien à l'autodétermination. De plus ces accompagnements se structurent dans une offre de parcours médico-sociaux dans lequel le dispositif vient sécuriser la finalité et accompagner différents « potentiels inclusifs ».

Comment un Dispositif fait-il évoluer la posture des professionnels, d'une logique où ils décident de l'accompagnement vers un partage de leur expertise et de leurs moyens avec le jeune, sa famille et les partenaires, au service des attentes et des aspirations du jeune accompagné ?

Des organisations apprenantes, systèmes ressources et de coopérations territoriales

Le partage des savoirs entre l'ensemble des parties prenantes du dispositif : jeunes, familles, professionnels, partenaires ne relève pas d'une organisation spontanée. Il s'agit, au contraire, sur un territoire, dans les institutions de penser, structurer et agir des systèmes ressources nécessaires pour que chacun puisse être dans une dynamique d'évolutions constantes en s'inscrivant dans des logiques apprenantes.

La notion de « coopération » est une clé de voûte du travail en Dispositif Intégré car elle incarne à la fois une posture collective, une recherche de « faire ensemble » mais aussi une volonté de dépasser les frontières imaginaires et réelles telles que les fonctionnements institutionnels en silos ou encore les places de « sachant ». Ainsi, ce que l'on va nommer comme étant la fonction « d'appui-ressources » d'un dispositif va autant mettre en coopération les acteurs internes à une organisation que ceux qui gravitent en externe. Le Dispositif apporte ses compétences médico-sociales, mais il reconnaît aussi les savoirs expérientiels et les savoirs nécessaires à l'évolution d'une personne. Ainsi le déploiement des organisations apprenantes à travers des fonctions « appui-ressources » vise donc à soutenir les environnements de vie des jeunes accompagnés pour qu'ils deviennent plus accessibles, plus ajustés et plus capacitants. Le déploiement des

interventions en appuis-ressources concerne autant l'école que les loisirs, le domicile, les lieux de soins, les structures d'accueil, les clubs sportifs, les associations, les collectivités ou les dispositifs de droit commun. Les actions sont distinctes de toutes celles qui relèvent de l'accompagnement global et elles peuvent s'exercer en prévention pour lever les obstacles à l'inclusion.

Comment un dispositif impulse-t-il une dynamique de coopération sur son territoire dans une visée partagée de « mise en accessibilité de la société » ?

Le pilotage de la gouvernance territoriale et les logiques managériales

Un Dispositif Intégré fonctionne à partir du moment où l'organisation interne est en écho avec une organisation externe. Il repose sur une logique de responsabilité territoriale et populationnelle, en lien avec les partenaires institutionnels et opérationnels. Sa finalité est la continuité et la sécurisation des parcours individuels et collectifs. Les logiques managériales en dispositifs s'inscrivent nécessairement dans une dimension « collaborative » favorisant une dynamique d'équipe interdisciplinaire et inter-institutionnelle. Ces approches managériales adaptées au fonctionnement en dispositif participent ainsi à promouvoir de nouvelles organisations du travail, des actions liées aux démarches Qualité ou d'Évaluation en lien avec les dynamiques territoriales. Ainsi, tout dispositif suppose une comitologie territoriale repérante pour l'ensemble des parties prenantes (jeunes, familles, professionnels, partenaires) faite des instances de décisions (GOS, RAPT, commission enfance, ESS...), de réseaux cliniques ou encore de régulation de l'offre médico-sociale territoriale. Le positionnement stratégique des équipes de directions élargies dans cette comitologie doit être agile sur le plan managérial. Il porte autant sur les délégations que sur un déploiement pluriel des expertises, au service d'un pilotage territorial structuré où chacun trouve ses marges de manœuvre. La dissonance entre le pilotage de la gouvernance territoriale et les logiques managériales fait « exploser » la notion de Dispositif Intégré médico-social.

La solvabilité des actions en inter-opérabilité et l'amélioration continue de la Qualité

Tous les outils de la loi du 2 janvier 2002 puis de façon plus récente les outils d'évaluation de la HAS nous amènent à penser le rapport entre la gestion de l'activité, la solvabilité des actions et le processus constant d'amélioration de la Qualité. Ainsi l'approche par le DUI (dossier usager informatisé) nécessite de repenser très finement la traçabilité des actions. Les modes de conventionnement entre institutions pour coconstruire des parcours médico-sociaux partagés nécessitent de nouvelles transactions financières, humaines et logistiques. Le management de dispositif intègre dans son référentiel tout « l'outillage » nécessaire pour structurer la conformité tout en recherchant la souplesse nécessaire à l'innovation, la créativité et la capacité collective sur un territoire à entrer dans des

dynamiques de projets. Le management de dispositif agence dans une même tension une ingénierie faite de protocoles et de régulation et une dynamique renouvelée par une dimension collaborative, de créativité indispensable à l'accompagnement.

La dimension Clinique

La dimension clinique nous amène à ne pas s'éloigner de la rencontre, de ce qui fait lien, d'un prénom sur un visage au sens lévinassien. Le sens du travail social est basé sur cette impondérable rencontre entre une personne vulnérable, son environnement et un travail institutionnel capable dans une logique du *care*, de « prendre soin ». La clinique s'attache à identifier avec la personne ses empêchements mais aussi ses ressources et ses potentialités. Il s'agira de construire dans une posture prudente et toujours évolutive la notion de « potentiel inclusif ». Mettre une personne au milieu d'un environnement qui n'est pas accessible ou adapté renvoie à la personne elle-même ses insuffisances. La clinique veille en permanence à ses ajustements, ses allers et retours, ses diversions et ses trajectoires chaotiques. Le management de dispositif est imprégné de management clinique car il fonde ses décisions au regard du besoin des personnes et non des capacités ou incapacités des organisations à répondre à ses besoins.

La dimension institutionnelle du « soin »

L'approche transdisciplinaire engage les équipes pluriprofessionnelles à structurer leurs expertises au profit d'un accompagnement global et finalisé. La transdisciplinarité nécessite non pas une juxtaposition d'interventions ou de prestations mais au contraire une interpénétration des formes d'interventions pour agir le travail institutionnel et inter-institutionnel. Ce travail nécessite une méthodologie et des instances collectives d'élaboration où le jeune est au cœur du processus de réflexion et non les organisations. Le management de Dispositif Intégré structure les instances cliniques pour agir le dispositif (non pas l'inverse).

La notion d'accueil inconditionnel.

La rencontre présuppose que nous ne construisons pas de préjugés. L'accueil nous amène à nous départir de nos outils d'observation, d'évaluation pour entrer en lien. Préalable à tout acte « soignant », la construction du lien prend du temps mais les premiers pas dans une institution à travers cette notion d'accueil sont essentiels pour permettre une mise en parcours du jeune et de sa famille. Il n'y a pas de dispositif sans pensée sur l'Accueil et les premiers pas dans l'institution soignante.

Les notions d'accompagnements, d'interventions et de soutien.

D'un point de vue clinique, ces trois notions sont distinctes et répondent chacune à des enjeux différents. La notion d'accompagnement et notamment d'accompagnement global

et transdisciplinaire exige une connaissance partagée de la problématique du jeune et la nécessité de s'ajuster ensemble sur la façon dont nous allons l'accompagner suivant ses temporalités, dans ses vulnérabilités et dans ses capacités. La notion d'accompagnement exige « le retissage du lien ». La notion d'intervention est finalisée au contraire sur se mettre « entre » pour un objectif et un changement de situation à l'issue. Enfin la dynamique de soutien relève de la ressource identifiée pour que l'on puisse reprendre pied quand c'est nécessaire telle une béquille quand on se sent fragilisé.

Le management de dispositif se nourrit de la clinique et intègre en son sein une forme ouverte de management clinique au sens d'une clinique inter-institutionnelle.

La dimension éthique

Le management de Dispositif Intégré relève l'enjeu de la rénovation de « l'institution soignante » par une écologie du soin et l'accompagnement des processus d'autodétermination.

L'héritage de la pensée des mouvements de « l'analyse institutionnelle » qui a traversé nos institutions (structuralisme chez Foucault, psychothérapie et pédagogie institutionnelle chez J. Oury/Tosquelles, antipsychiatrie de Basaglia, analyse systémique chez Palo Alto ou encore les théories de la complexité chez Morin) nous a légué le concept « d'institution soignante » en intégrant le sujet au cœur d'une institution éclatée dans des logiques horizontales, en transformant les murs réels et imaginaires de l'institution, en imaginant « un monde autour ». L'institution soignante d'hier n'est plus celle d'aujourd'hui pour des raisons multiples. Il revient donc au management de dispositif de repenser les processus d'institutionnalisation et de désinstitutionnalisation du soin.

En prolongement des travaux de B. Cyrulnik et C. Gardou sur une société résiliente, inclusive et solidaire, les travaux récents sur l'écologie du soin de Cynthia Fleury sont particulièrement fructueux pour concevoir et promouvoir les « éco-systèmes soignants ». Il ne s'agit plus que nos murs soient uniquement « bienveillants » (même si la question de la prévention de la maltraitance restera toujours un sujet sensible) mais que le « *ré-enchantement du soin* » passe par un travail éthique systématique sur les processus d'autodétermination et de développement d'environnements capacitants dans et hors les murs de l'institution dans une dimension holistique du soin. Le management de dispositif trouve un « cap » dans sa capacité à coconstruire pour un territoire donné des écosystèmes à valeur soignante ou au moins accessibles et capacitants. Le référentiel éthique s'organisera autour de cette notion d'écologie du soin pour permettre à la personne d'accéder à un environnement capacitant.

Des pôles en tension permanente

Le management de dispositif contribue à piloter un système territorialisé d'acteurs, des organisations, des logiques de réseaux, de coopérations et de partenariats dans un territoire donné pour permettre la continuité et la sécurisation des parcours de vie dans un territoire et dans et hors les murs des institutions et d'une logique populationnelle et territoriale.

Le management de Dispositif Intégré articule le pilotage **vertical de l'institution** dans sa dimension régaliennne et **une logique horizontale** et transverse dont la base commune au système acteurs consiste à penser la personne dans son bassin de vie.

Le management de dispositif convoque des compétences et postures spécifiques pour les équipes de direction élargie

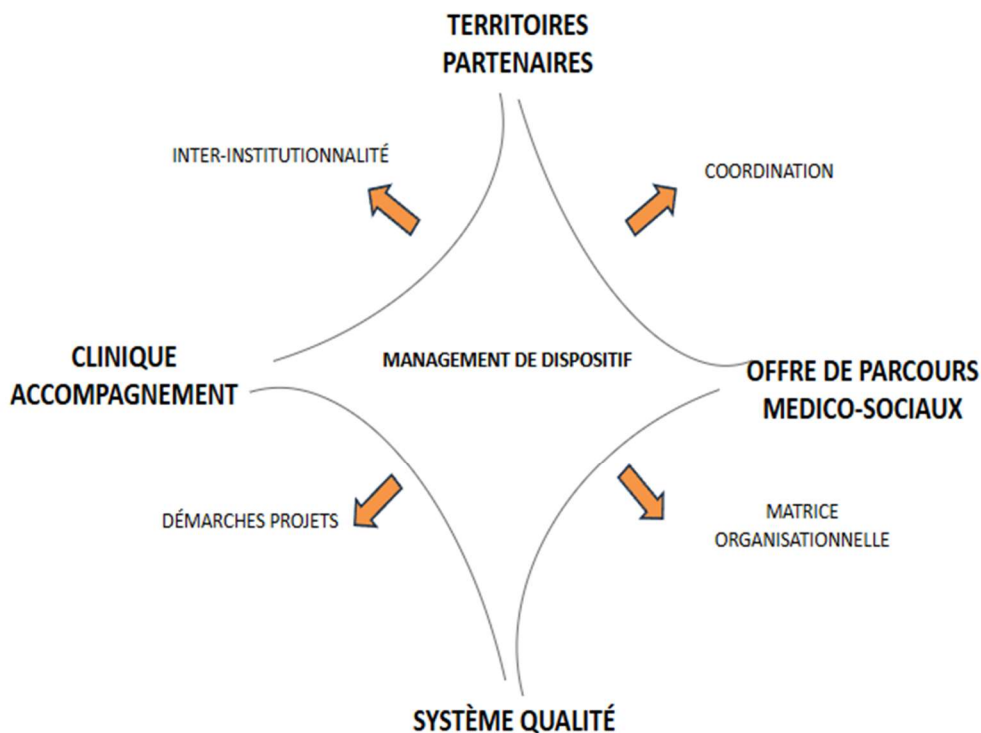
1. L'animation et la gouvernance territoriale (co-construction)
2. La logique de développement social local (participation)
3. La complémentarité des acteurs (coopération)
4. Un potentiel de réponses efficaces (collaboration)
5. Le développement des postures de compréhensions des contraintes et des systèmes complexes.

Le schéma du déploiement du « management de dispositif » met en lumière les tensions entre un système à quatre pôles.

Nous faisons l'hypothèse que le management de dispositif est au cœur de quatre pôles de « préoccupations » des équipes de direction dans un fonctionnement en Dispositif Intégré.

Le pôle « territoires et partenariats » est comme nous l'avons vu une nécessité pour faire vivre les dispositifs intégrés mais aussi pour sécuriser les parcours. Le pôle « offre de parcours médico-sociaux » déploie des capacités d'accompagnements finalisés selon les potentiels inclusifs des personnes, une capacité de régulation et de référence des parcours. Le pôle « Clinique et accompagnement » montre que les compétences cliniques transdisciplinaires qualifient la notion de soin dans un fonctionnement en dispositif. Cela nécessite de toujours se recentrer sur les besoins endogènes et exogènes des personnes. Enfin le dernier pôle lié aux « démarches Qualité » demande aux équipes d'encadrement de tenir les éléments liés à l'évaluation et l'amélioration continue de l'activité tant sur le plan qualitatif que quantitatif. Le management de Dispositif Intégré consiste à tenir à équidistance chacun de ses pôles pour qu'ils puissent s'organiser en un système vertueux capable de dépasser les injonctions paradoxales.

SCHÉMA DU Management de dispositif



Les politiques publiques et leurs modes de traduction sur les territoires et dans les institutions sont porteuses d'injonctions paradoxales. À titre d'exemple « promouvoir l'inclusion mais garder des fonctionnements d'exclusion ». L'empilement des dispositifs produit des injonctions paradoxales.

Source de paralysies, « l'injonction paradoxale » met les équipes de directions en grandes difficultés face aux collectifs de professionnels. Celles-ci ne peuvent plus se situer avec le collectif mais à côté en ayant le sentiment parfois de défendre « l'indéfendable ».

La confiance dans l'Institution, dans les cadres ou encore dans le collectif de professionnels s'effrite au profit d'un climat de recherche de « conformité ». Sommes-nous conformes à ce que nous impose la technostucture ?

Le management de Dispositif Intégré nécessite de développer des pratiques managériales incluant un management par la confiance. Partir du travail réel et de l'autonomie professionnelle nécessaire au déploiement des dispositifs suppose de relever trois niveaux de compétences distincts :

- L'identification et le dépassement des injonctions paradoxales pour imaginer des « voies de passage »,
- Renforcer le corpus juridique lié aux politiques sociales

- Élever les niveaux de compétences des collaborateurs pour faire émerger les principes de responsabilité.

Cet enjeu de limitation des injonctions paradoxales et de promotion « d'un management par la confiance » rencontre un obstacle central : l'immobilisme. Celui-ci génère de multiples « bénéfices » secondaires. Comment aider les fonctions de cadres à expérimenter en toute sérénité un management par la confiance tout en intégrant des formes essentielles d'évaluation du travail et de prises de risque ?

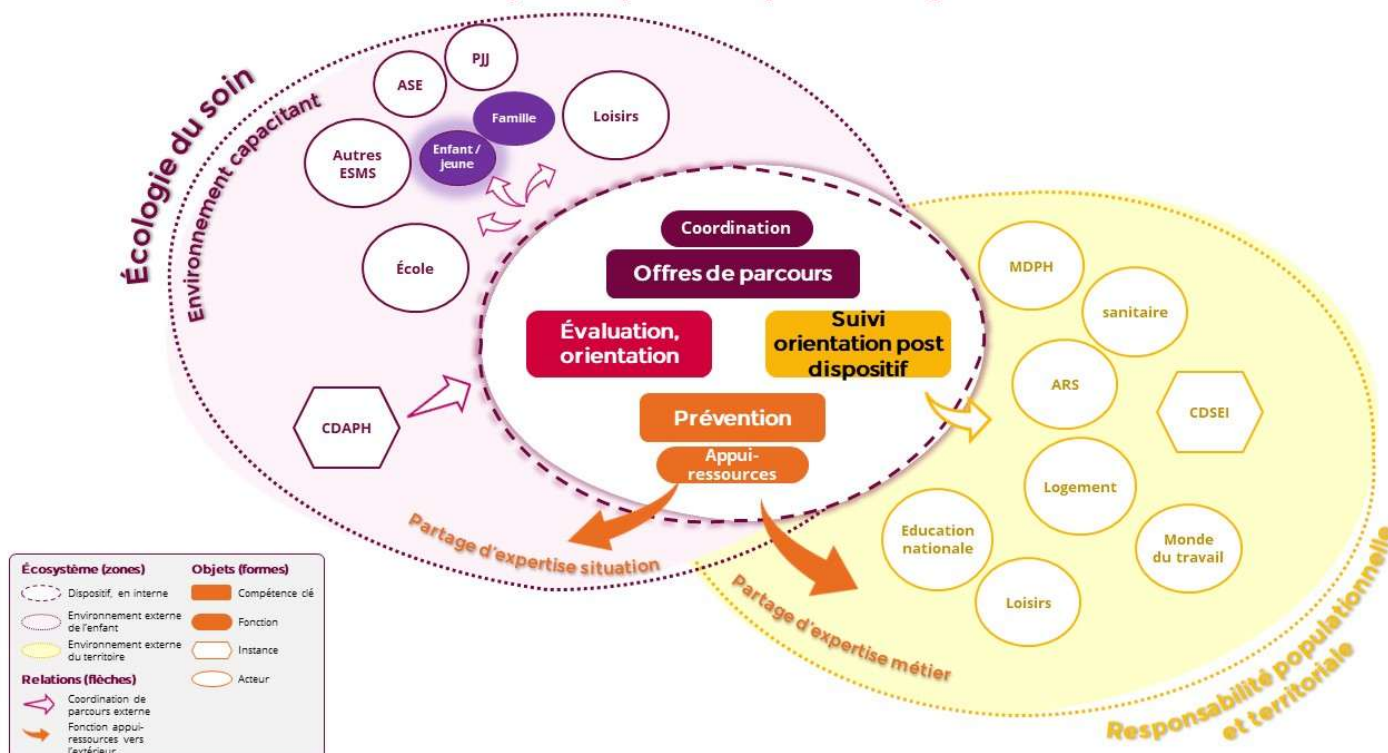
Pour conclure : une définition en recherche de co-construction...

Afin de mettre en perspective la notion de « management de dispositif », il nous faut tenter une définition :

« Le management de dispositif médico-social est une capacité collective d'une équipe de direction élargie de penser et agir un écosystème de soins centré sur les processus d'autodétermination et finalisé dans des parcours médico-sociaux territorialisés dans une dimension transverse et régalienne »

Ainsi « Manager les dispositifs » revient pour un collectif de direction à assurer l'efficacité d'un système souple, agile, robuste, durable et coconstruit en permanence avec l'ensemble des parties prenantes. Structuré par quatre compétences clés distinctes faisant système, le Dispositif Intégré territorialisé nécessite une forme managériale singulière qui n'est plus uniquement centrée sur les capacités individuelles des cadres mais au contraire un développement d'intelligences collectives plurielles agissant à différents niveaux.

Vue systémique du dispositif intégré



Éléments bibliographiques :

BIBLIOGRAPHIE MANAGEMENT DE DISPOSITIF MEDICO-SOCIAL

- Agamben, G. (2014).** Qu'est-ce qu'un dispositif ?, Paris : Payot & Rivages.
- Aggeri, F. (2014).** Qu'est-ce qu'un dispositif stratégique, Le Libellio d'Aegis, vol. 10, n°1, 47-64.
- Akrich, M., Callon, M. et Latour, B. (2006).** Sociologie de la traduction. Textes fondateurs. Paris : Presses Mines de Paris.
- Alter, N. (2016).** Mouvement, cristallisations et dyschronies dans les entreprises, in de Vaujany,
- Argyris, C. (1995).** Savoir pour agir, Paris : InterEditions.
- Augé, M. (1992).** Non-lieux, introduction à une anthropologie de la surmodernité, Paris : Seuil.
- Avenier, M.-J. (2004).** L'élaboration de savoirs actionnables en PME légitimés dans une conception des sciences
- Boltanski, L. et Thévenot, L. (1987).** De la justification. Les économies de la grandeur, Paris : Gallimard.
- Bourguignon, A., Malleret, V. et Nørreklit, H. (2002).** L'irréductible dimension culturelle des instruments de gestion
- Boussard, V. et Maugeri, S. (eds.) (2003).** Du politique dans les organisations. Sociologie des dispositifs de gestion, Paris : L'Harmattan.
- Callon, M. (1986).** Éléments pour une sociologie de la traduction : la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc, L'Année sociologique (1940/1948-), vol. 36, 169-208.
- Chauvière M (2011)** Trop de gestion tue le social Paris La découverte.
- Gilbert, P. (2013).** Sociologie des outils de gestion, Paris : La Découverte.
- Chiapello, Crozier, M. et Friedberg, E. (1977).** L'acteur et le système, Paris : Le Seuil.
- David, A. (2012).** Les nouvelles fondations des sciences de gestion : éléments d'épistémologie de la recherche en management, Paris : Presses des Mines.
- David, De Gaulejac, V. (2005),** La société malade la gestion, idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social, Paris : Le Seuil.
- De Vaujany, F.-X., Hussenot, A. et Chanlat, J.-F. (20**
- Deleuze, G. et Guattari, F. (1980).** Mille plateaux, Paris : Éditions de Minuit.
- Denis, J.-P., Martinet, A. C., et Silem, A. (2016).** Lexique de gestion et de management,.
- Desreumaux, A. (2015).** Théorie des organisations, 3e édition, Caen : Éditions EMS.
- Duan, Y. (2018),** Les effets systémiques d'un ensemble d'outils de gestion dans les pratiques de pilotage des organisations : le cas d'une entreprise européenne de transport ferroviaire, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Ecole doctorale de management Panthéon-Sorbonne
- Eynaud, P. et de França de Filho, G.C. (2019).** Solidarité et organisation : penser une autre gestion, Toulouse : Eres.
- Flament, Foucault, F. (1977).** Le jeu de Michel Foucault, Ornica ? Bulletin périodique du Champ freudien, n° 10, juillet, repris dans Dits et écrits, vol. 3, texte n°206, Paris : Gallimard, 1991.
- Fleury, C (2019)** le soin est un humanisme Gallimard
- FIAT, E (2010)** Petit traité de dignité, Edition Larousse
- Gilbert, P. (1998).** L'instrumentation de gestion. La technologie de gestion, science humaine ?, Paris : Economica.
- Gilbert, P., Raulet-Croset, N., et Teglborg, A. C. (2018).** Étudier un courant managérial émergent : quelle démarche de recherche ?, Recherches qualitatives, vol. 37, n°1, 96-116
- Girin, J. (1995).** Les agencements organisationnels, in Charue-Duboc F. (dir.), Des savoirs en action. Contributions de la recherche en gestion, Paris : L'Harmattan, 233-279
- Girin,**

- J., Chanlat J.-F., Dumez, H., Breton, M. (2016).** Langage, organisations, situations et agencements, Sainte-Foy, Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Golsorkhi, D., Huault, I. et Leca, B. (2009).** Les études critiques en management : une perspective française, Sainte-Foy, Québec : Presses de l'université Laval.
- Lascoumes, P. et Le Galès, P. (2014).** L'instrumentation de l'action publique : controverses, résistances, effets, Paris : Presses de Sciences Po.
- De Vaujany, F.-X., Hussenot, A. et Chanlat, J.-F. (dirs.),** Théorie des organisations, Nouveaux tournants, Paris : Economica, 261-278.
- Journé, B., et Raulet-Croset, N. (2008).** Le concept de situation : contribution à l'analyse de l'activité managériale en contextes d'ambiguïté et d'incertitude.
- Habermas J (1986)** Morale et communication Edition du cerf
- Jonas H (1979) le principe de responsabilité, Edition Flammarion
- Le Texier, T. (2013).** De l'« arrangement » à l'« organisation » : essai sur les dispositifs de gestion, Gérer et comprendre, n°111, 60-74.
- Le Villain, K. (2017),** Les entreprises à mission, un modèle de gouvernance pour l'innovation, Paris :
- Marchesnay, M. (2006).** La Société malade de la gestion : Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social, Actualité des livres, Revue Française de Gestion, vol. 32, n°161, 169-185. Marion, G. (2003). Idéologie e
- Mauss, M. (1950).** Les techniques du corps, in Sociologie et anthropologie. Paris : PUF (1re édition 1936, Journal de Psychologie 32/n°3-4), 365-383. McKinlay.
- Mendez, A. (dir.) (2010).** Processus. Concepts et méthode pour l'analyse temporelle en sciences sociales,
- Moatty, F. et Rouard, F. (2009).** Lecture et écriture au travail : les enjeux en termes de formation et de conditions de travail, Paris
- Séli-Arslan. Morgan, G. (1989).** Images de l'organisation. Québec : Les Presses de l'Université Laval et Éditions Eska. EMS Éditions |
- Pezet, A. et Sponem, S. (dir.) (2008).** Petit bréviaire des idées reçues en management, Paris : La Découverte
- Pezet, E. (2004).** Discipliner et gouverner : influence de deux thèmes foucaaldiens en sciences de gestion
- Ricoeur, P (1995)** « le juste » >Edition Fayard
- Ricoeur, P (1990)** « Soi même comme un autre » Edition du Seuil
- Zimmermann, J.-B. (2008).** Le territoire dans l'analyse économique. Proximité géographique et proximité organisée, Revue Française de gestion, n° 184, 105-118.