

L'anti-manuel de management dans les EHPAD

Collection

« L'âge et la vie – Prendre soin
des personnes âgées... et des autres »

dirigée par Michel Billé, Christian Gallopin,
Sophie de Heaulme et José Polard

DERNIERS PARUS

Sous la direction de Jean-Jacques Amyot
Les aidants entre solidarités privées et politiques publiques

Sous la direction de Michel Billé et Didier Martz
Vieillir comme le bon vin

Michel Bass

L'anti-manuel de management dans les EHPAD

Et autres établissements médico-sociaux

L'âge et la vie
Prendre soin des personnes âgées... et des autres

 **érès**
éditions

Conception de la couverture :

Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2022

CF - ISBN PDF : 978-2-7492-7264-1

Première édition © Éditions érès 2022

33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France

www.editions-eres.com

Partagez vos lectures et suivez l'actualité des **éditions érès** sur les réseaux sociaux



Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19.

Table des matières

INTRODUCTION.....	9
I. DU MANAGEMENT ET DE SES BIAIS.....	19
Les modèles du médical et du social sont en crise	19
D'abord protéger la vie.....	21
Atteindre des objectifs ensuite	22
L'idéologie du productivisme transforme le travail	26
Et Taylor advint.....	28
Le New Public Management.....	31
Le poids de l'administration.....	34
La gouvernance.....	36
Se soumettre à la coopération.....	39
Gouvernance et pouvoir transversal.....	40
Domination et servitude.....	44
Une éthique du management.....	45
Autoviolence	47
L'autorité n'est pas le pouvoir	48
L'autorité comme pouvoir.....	49
L'autorité sans le pouvoir.....	53

L'autorité contre l'autoritarisme	55
L'efficacité	56
Des lignes de force	58

2. UN CADRE LÉGAL INTRODUISANT

LE MANAGEMENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS	61
Qui décide de quoi ?	61
Les recommandations :	
des utopies concrètes ?	64
La loi de 2002 : une avancée ?	65
Avant 2002	66
Un changement nécessaire	68
De nouveaux principes	70
Le droit : un enjeu permanent	71
Du consentement éclairé	72
« La » charte	75
Comment faire entendre sa voix ?	78
Consentir malgré tout	81
La fin programmée des grands collectifs ?	84
Préserver des relations familiales	85
Contenir avant tout	86
Des comités furtifs	90
L'EHPAD n'est pas un hôpital	90
Une gestion médico-financière	91
L'évaluation	93
Une politique de santé	95
La professionnalisation du management	100
Une nouvelle gouvernance	102

3. UN MANAGEMENT REPOSANT

SUR L'OBLIGATION DU PROJET	105
Le langage universel du management	105
Un langage normé	106

Le projet et le droit des usagers.....	108
Conflictualité créée par les obligations.....	111
Tension entre éthique et réalité.....	112
L'éthique est-elle bientraitante ?.....	114
Le projet en conflit avec l'éthique.....	115
Le langage de projet.....	119
La structure du projet.....	121
Une démarche projet « participative »... ..	125
... et une participation fictive.....	127
Mais aussi de « faux projets ».....	130
L'impossible projet strictement endogène.....	133
Le projet, un conflit de perspectives :	
l'approche de Robert Barrett.....	135
Envisager le refus comme une rationalité :	
l'approche de Howard Becker.....	138
Le projet articulé avec l'évaluation.....	139
Le projet, propriété des « experts ».....	142
L'apport de la recherche-action.....	145
Instruire les conflits de « valeurs ».....	147
La dimension formative.....	151
Prendre au sérieux la participation.....	154
Un projet de soin... utopique ?.....	157
A contrario : la banalité des projets	
sans volonté de dépassement.....	160
Sans méthodologie de projet autre	
que l'application de recommandations :	
l'élaboration d'inepties.....	162
Quelques utopies concrètes.....	164
Un manager tout-puissant.....	169

4. LE CONTRÔLE PAR LES CHIFFRES :

UN SURMOI INSTITUTIONNEL

Surveiller pour ne pas punir	175
Manager par les chiffres	175
Le réel chiffré : religion du management	178
L'idôlatry des chiffres	180
Du Braden pour décider	183
La quantification, seul jugement comparatif	188
Les limites de la quantification	192
L'évaluation est un processus permanent	194
Des situations cliniques pourtant complexes	196
Une médecine au service de la gestion	198
Le rôle du médecin coordinateur dans le management	202
Un médecin qui coche des cases	206
Le langage managérial se sert du regard médical	208
Des mesures comme « indicateurs de besoins »	212
Le difficile management du ménage	215
Des procédures et de l'irresponsabilité	217
La fiche d'événement indésirable : un cri d'alarme	222
Le travail collectif n'est pas la priorité du management	230
Des procédures et des échelons multiples	234
Des outils pour une « domination douce » ?	239

5. VERS UN CHANGEMENT

DU PARADIGME GESTIONNAIRE

Le développement social local

comme alternative..... 243

Le modèle EHPAD a vécu..... 243

La qualité et le souci des usagers ? 247

Les individus, des acteurs économiques 252

L'État et le Marché, régulateurs de désirs 255

L'ouverture de la démarche participative..... 259

Il faut passer d'une structure verticale
administrée à une structure horizontale
participative 262

L'économie plurielle comme modèle..... 267

Plaidoyer pour le développement
social local 271

Renouer avec le terrain..... 273

Un guide pour élaborer le projet personnalisé..... 274

BIBLIOGRAPHIE 277

Une expérience de pensée qui ne consiste qu'à reproduire notre expérience quotidienne n'est pas vraiment utile. L'intérêt des expériences de pensée est justement qu'elles permettent de dépasser l'expérience quotidienne et l'évidence des communs.

Jean-Jacques Kupiec,
Et si le vivant était anarchique.

Introduction

« Ce qui est décisif pour notre situation, c'est que nous avons cessé d'agir au sens propre du mot ; nous agissons plutôt, sans le savoir, à l'aide de ce que nous faisons, et nous avons atteint la fin de toute responsabilité possible¹. »

La désorganisation et les mesures prises en 2020, en France, pour tenter – sans grand succès, il faudrait le reconnaître – d'endiguer l'épidémie de Covid ne sont pas seulement le résultat de la malchance ou d'un virus particulièrement contagieux.

Elles sont surtout le résultat d'une idéologie bien précise dite néolibérale, et de ses corollaires, le management et la gouvernance – dont la logique réelle est non pas le service rendu, mais la réduction des coûts (logique financière). Ce fut particulièrement évident

1. G. Anders, *La menace nucléaire*, Paris, Le serpent à plumes, 2006, p. 72.

dans « l'affaire des masques » du début de l'épidémie. Dans *Pandémo-politique*², les auteurs expliquent ce qu'il s'est passé par « l'hypothèse d'un désarmement volontaire », dès le 19 mars. L'organisme chargé de la protection des risques, l'EPRUS³, a été dissous, en 2016, pour être intégré à un mastodonte sanitaire appelé Santé publique France (SPF), réunissant en outre trois autres anciennes administrations : l'Institut national d'éducation et de promotion de la santé, l'Institut de veille sanitaire, et Addiction drogue alcool info service, dans l'idée que la fusion et l'agrandissement feraient faire des économies d'échelle, permettraient plus d'échanges. Cette fusion absorption n'aurait même pas été envisagée sans cette politique de restriction des dépenses publiques, appelée New Public Management. Ainsi, jusqu'en 2011, l'EPRUS était en charge de constituer les stocks stratégiques de masques (entre autres). La réduction progressive des subventions de l'EPRUS⁴, dans le cadre de la RGPP (Révision générale des politiques publiques), ainsi que l'obsession de diluer les responsabilités ont conduit à ne pas renouveler le stock de masques grand public, et à transférer la responsabilité des masques médicaux (FFP2) aux établissements. Ces derniers devaient tout à la fois constituer et gérer leurs stocks et gérer des budgets de plus en plus contraints⁵. Cette chasse au coût ne permettait pas de

2. J.-P. Gaudillière, C. Izambert, P.-A. Juven, *Pandémo-politique. Réinventer la santé en commun*, Paris, La Découverte, 2021.

3. Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires.

4. De 18 millions d'euros en 2011 à 10 millions en 2015. Cf. J.-P. Gaudillière, C. Izambert, P.-A. Juven, *op. cit.*, p. 30.

5. Si, au départ, les agences régionales de santé ont été présentées avec un objectif d'amélioration de l'administration de la santé, « elles ont surtout

renouveler les stocks périmés, d'autant que les effectifs de SPF ont diminué de 20 %⁶, compliquant encore la tâche de cette administration. « Une certaine confusion bureaucratique a régné. Non seulement la responsabilité du suivi de la politique était diluée – les stocks pour soignants étaient confiés aux établissements – mais à partir de 2018, le calcul des stocks était basé sur la consommation de routine des soignants⁷ », autrement dit sur une moyenne (un calcul) ; on comprend alors que l'écart à la moyenne que représente un événement épidémique puisse vite faire déraiper le système.

De cette histoire se dégagent les principes de base du management (que nous développerons dans le premier chapitre). Deux de ces principes apparaissent déjà clairement : les moyens sont pris pour des fins ; le coût est considéré comme un problème, une variable à maîtriser et qu'il faut diminuer, « quoi qu'il en coûte⁸ ». Cet état d'esprit (que l'on appelle la « gouvernance ») qui traverse toutes les strates de nos organisations a déjà une ancienneté dans l'administration française (RCB – Rationalisation des choix budgétaires, RGPP, New Public Management) ; il a fait l'objet de nombreuses réflexions et de projets de réforme depuis les années 1950.

pour rôle de maintenir les hôpitaux – et plus généralement l'ensemble du système médico-social – sous pression financière. Leur création est issue de grands cabinets de consulting (Capgemini et BCG) », *L'Obs*, n° 2956 du 24 juin 2021. L'État a délégué son administration de la santé à des idéologues du management. Avec les résultats que l'on sait !

6. N'oublions pas que c'était sans doute l'objectif principal de la fusion...

7. J.-P. Gaudillière, C. Izambert, P.-A. Juven, *op. cit.*, p. 34.

8. C'est-à-dire en réalité quelles qu'en soient les conséquences pour la population...

Cet état d'esprit de l'administration française aussi bien qu'internationale – logique principalement financière, dilution des responsabilités – a atteint, dès les années 1990, le secteur médical et médico-social. Sous couvert d'amélioration de la qualité, les lois des années 1970 ont été remaniées en 1995, puis en 2002, dans le but de transformer des établissements gérés de façon « éthique » par des associations, des mairies ou des congrégations, en établissements « managés », c'est-à-dire tenus de fonctionner « par projet » (projet d'établissement, de service, de soins, de vie, etc., cf. chap. 3), à l'aide de procédures et de *reporting* et tenus à l'évaluation (cf. chap. 4). Le chapitre 2 analyse en quoi ces lois plutôt bien accueillies par les acteurs ont en fait introduit la logique financière, la gouvernance et la dilution des responsabilités dans cet immense secteur. Les conséquences sont perceptibles dans la pratique journalière de nos établissements.

L'échelle de BRADEN, par exemple, est un outil clinique destiné à évaluer le risque individuel d'escarres afin de prendre des mesures adéquates. C'est devenu une procédure qualité : faire des « BRADEN » montre à la tutelle que l'on se préoccupe du risque d'escarres dans l'établissement, et le nombre de BRADEN effectués devient un indicateur de la qualité des soins (plus ce nombre augmente et plus la qualité est censée être meilleure, cf. chapitre 4).

Un autre exemple est la foi dans le gigantisme. Les dernières lois de santé ont imposé aux établissements de se regrouper. Ainsi sont nés les GCSMS (groupements de coopération sanitaire et médico-sociale) et les GHT (groupements hospitaliers de territoire). Le but, une

fois de plus, est de faire des économies d'échelle dans les achats, les systèmes de fonctionnement, etc. Dans mon établissement, j'ai eu besoin de commander des rouleaux de papier pour un appareil à électrocardiogramme. La demande est partie du service, puis elle a dû être avalisée par le service local des commandes (établissement), puis par celui des achats du GCSMS, qui l'a transmise au groupement d'achats du GHT. Enfin, validée, c'est-à-dire qu'il a été commandé ce qu'il y avait dans leur catalogue, le papier a fini par arriver, trois mois plus tard, dans le service. Malheureusement, il n'était pas de la bonne taille...

Un dernier exemple est celui de l'élaboration (obligatoire) d'un projet de vie personnalisé des résidents. Lors d'une relecture du projet d'un résident en réunion d'équipe, on remarque rapidement une distorsion entre les besoins identifiés par les professionnels et les désirs de ce résident. Curieusement, les besoins décrits expriment des manques que les professionnels ressentent pour accomplir leur tâche, des difficultés qu'ils rencontrent pour atteindre leurs objectifs (fixés par leur « N+1 »). La traduction écrite de ces besoins prend la forme d'une « adresse au résident », comme une sorte de supplique. En voici un exemple concernant M. Robert : « Vous sortez dans le parc sans avertir, ce qui génère de l'inquiétude vis-à-vis de votre sécurité. Vous n'êtes pas en capacité de revenir seul. Vous éprouvez de la capacité à vous mouvoir seul. » En regard de cette « adresse », le résident répond (noté dans la colonne de ses « désirs »...) : « Je ne me perds pas, je repère les coins, je vais me promener. » Mais comme l'objectif est « maintenir votre mobilité en

garantissant votre sécurité », on ne tient pas compte de l'expression du résident ; on élabore alors des objectifs qui correspondent au problème des professionnels ou à celui de l'institution. Ainsi les « actions proposées » sont : « Vous devez informer l'équipe chaque fois que vous quittez le service. L'équipe repère où vous vous rendez. On vous propose le port d'un bracelet d'identification. On vous sollicite pour participer au cycle de marche prévention des chutes. » Les critères proposés pour évaluer ce « projet » se restreignent à une vérification de la conformité, c'est-à-dire de la compliance du résident aux objectifs de l'institution : « M. Robert informe l'équipe de ses sorties. Sa localisation est connue du service. M. Robert porte un bracelet d'identification. M. Robert participe à l'activité marche prévention des chutes. »

Lors de la discussion de ce projet en équipe, les aides-soignantes finissent par admettre qu'en fait, ce que souhaite M. Robert, c'est aller boire un verre au bistrot en ville, désir contrecarré par l'éloignement de l'établissement du centre-ville (c'est pourquoi il s'efforce de faire du stop). Nous prenons conscience qu'il n'est pas vraiment tenu compte de ce que pense ou désire M. Robert ; en revanche, on essaie de prévoir une organisation de sa vie permettant la tranquillité du service et de l'institution. Nous prenons également conscience qu'au lieu de nous préoccuper des désirs de M. Robert, nous tentons de coller à l'attente de l'institution en rédigeant ces projets – c'est aussi un « critère de qualité ». Ces professionnels de santé ou du social sont tiraillés entre leur métier, auprès de la personne, à l'écoute de la personne, et les objectifs de l'institution qui doit prouver avoir rédigé

des projets. Tout le monde prend alors conscience que ces projets de vie personnalisés ne sont qu'une façade, une fiction institutionnelle. Leur incompréhension ou leur découragement à devoir rédiger de tels documents s'analyse dans cette contradiction entre leur métier (clinique, relationnel, à l'écoute) et leur fonction institutionnelle (agent de l'institution devant produire les données nécessaires à la bureaucratie).

La problématique de ce livre n'est pas de constater que l'on écoute peu et mal les personnes, que cette écoute est entièrement filtrée par les nécessités de l'organisation⁹. Il s'agit plutôt de s'interroger sur l'intérêt et les conséquences de la prééminence de la pensée managériale qui s'est imposée dans l'action sociale et médicale, au travers de l'analyse de ses outils et méthodes : projets, procédures, protocoles, organisation, gouvernance, évaluation.

Loin d'être une finalité pour l'amélioration des pratiques, l'utilisation des outils du management est un requis pour l'agrément ou le financement de la structure. La qualité signifie ainsi la conformité aux procédures managériales et non la qualité de la vie du résident, laquelle est devenue un moyen de prouver la conformité des pratiques et non l'inverse.

Cette inversion des fins et des moyens, où les moyens sont pris pour des fins, et où les agents n'ont plus que des objectifs à atteindre, garantit qu'aucune interrogation « autonome », à quelque échelon que ce soit,

9. J'ai déjà développé ces questions dans mes articles et mes précédents ouvrages : *Mort de la clinique*, Paris, L'Harmattan, 2018, et *Promouvoir la santé*, Paris, L'Harmattan, 1994.

ne puisse émerger. Car s'interroger, c'est questionner les finalités, analyser les moyens en regard ; or, cela pourrait mettre en cause la logique financière. Pour faire tenir un tel système composé malgré tout d'être humains dotés du langage et de la pensée, les responsabilités ont été morcelées à la manière des tâches parcellisées au début du xx^e siècle par Taylor. Parcel-liser, c'est faire en sorte que chaque agent n'accomplisse qu'une petite partie du processus de production, sans être clairement conscient du produit fini ni de l'objectif initial. Dans nos établissements médico-sociaux, ce ne sont plus seulement les tâches qui sont parcellisées, les responsabilités le sont également : chaque agent est responsable de la réalisation de ses tâches, comme s'il était devenu son propre contremaître, au nom du respect de sa liberté. Ainsi, dans le processus du management, nous sommes devenus nos propres censeurs, les responsables de la bonne ou de la mauvaise marche des services.

Nous voyons bien qu'il s'agit d'une liberté pervertie, une liberté offerte à l'agent qu'il doit lui-même limiter. Les techniques du management, faites de persuasion et de manipulation, façonnent « les lentilles qui modifient la vision¹⁰ ». Elles sont une forme modernisée de la soumission et de l'obligation au consentement (idée développée dans le chapitre premier). Comme toute grille de lecture des réalités complexes, le management est une « fiction qui transforme la réalité qu'elle est censée observer », au point d'immobiliser durablement les agents dans un fonctionnement qui leur déplaît,

10. J.C. Scott, *L'œil de l'État. Moderniser, uniformiser, détruire*, Paris, La Découverte, 2021, p. 23.

et qu'ils ont bien du mal à décrypter, « sans toutefois parvenir à leur faire épouser parfaitement cette grille de lecture¹¹ ». « Le bureaucrate de toute grande organisation "voit" l'activité humaine à travers les approximations simplifiées de documents et de statistiques [imposant] de ramener un ensemble infini de détails à un ensemble de catégories qui faciliteront les descriptions, les comparaisons et les agrégations sommaires¹². »

C'est de tout cela qu'il est question dans ce livre.

11. *Ibid.*, p. 49.

12. *Ibid.*, p. 125.

- ROUSTANG, G. ; LAVILLE, J.-L. 1996. *Vers un nouveau contrat social*, Paris, Desclée de Brouwer.
- SAHLINS, M. 1976. *Âge de pierre, âge d'abondance*, Paris, Gallimard.
- SCOTT, J.C. 2021. *L'œil de l'État. Moderniser, uniformiser, détruire*, Paris, La Découverte.
- SEARLES, H. 2003. *L'effort pour rendre l'autre fou*, Paris, Gallimard.
- SINAÏ, A. (sous la direction de). 2013. *Penser la décroissance. Politiques de l'anthropocène*, Paris, Les presses de Sciences Po.
- STENGERS, I. 2013. *Au temps des catastrophes*, Paris, La Découverte.
- STENGERS, I. 2019. *Résister au désastre*, Marseille, Wildproject.
- STRAUSS, L. 1989. *La persécution et l'art d'écrire*, Paris, Presses Pocket.
- SUPIOT, A. 2015. *La gouvernance par les nombres*, Paris, Fayard.
- TABUTEAU, D. 2013. *Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*, Paris, Odile Jacob.
- VEGA, A. 2011. *Étude sur le partage des responsabilités en médecine*, Paris, Inserm/CNRS/CNERS.
- VELUT, S. 2020. *L'hôpital, une nouvelle industrie*, Paris, Gallimard.
- VIVERET, P. 1989. *L'évaluation des politiques publiques*, Paris, La documentation française.
- YIGOTSKI, L. 1997. *Pensée et langage*, Paris, La dispute.
- WARIN, P. (sous la direction de). 1997. *Quelle modernisation des services publics ? Les usagers au cœur des réformes*, Paris, La Découverte.
- WEBER, M. 1959. *Le savant et le politique*, Paris, 10/18.

- WEBER, M. 1964. *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Plon.
- WEIL, S. 1949. *L'enracinement*, Paris, Gallimard.
- WEIL, S. 1955. *Réflexions sur les causes de la liberté et de l'oppression sociale*, Paris, Gallimard.
- WEIL, S. 2014. *L'Iliade ou le poème de la force*, Paris, Payot et Rivages.
- WEIL, S. 2019. *Force et malheur*, Bordeaux, La Tempête.
- ZASK, J. 2011. *Participer. Essais sur les formes démocratiques de participation*, Lormont, Le bord de l'eau.
- ZIZEK, S. 2013. *Vous avez dit totalitarisme ?*, Paris, éditions Amsterdam.