



**HAL**  
open science

# LA CONSTRUCTION DE LA PERSONNE AGÉE DEPENDANTE EN EHPAD

Ingrid Fasshauer

► **To cite this version:**

Ingrid Fasshauer. LA CONSTRUCTION DE LA PERSONNE AGÉE DEPENDANTE EN EHPAD. 40è Congrès de l'AFC, 2019, Paris, France. hal-03254511

**HAL Id: hal-03254511**

**<https://hal.science/hal-03254511>**

Submitted on 8 Jun 2021

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

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

# ***LA CONSTRUCTION DE LA PERSONNE AGEE DEPENDANTE EN EHPAD***

Ingrid Fasshauer

Maître de conférences, Université Paris-Est Marne-la-Vallée

Laboratoire Dicen-IdF

ingrid.fasshauer@u-pem.fr

**Résumé :** L'actualité récente met en évidence les tensions qui traversent les EHPAD, entre soucis de rentabilité et bien être du résident. Face à une multiplication des outils de gestion, les directeurs d'EHPAD sont soumis à de multiples indicateurs orientant leurs décisions. Dans une perspective foucauldienne, nous mettons en évidence les caractéristiques de la personne âgée dépendante telle qu'elle apparaît à travers les supports du dialogue entre les établissements et leurs tutelles. Nous montrons ainsi qu'elle apparaît comme un individu « calculable » (Townley, 1983) et gouvernable (Miller et O'Leary, 1987) et comme un patient « quantifié » (Vaivio, 1999), c'est-à-dire un être médical plutôt qu'un être social. Cette représentation a des conséquences sur la gestion des EHPAD et notamment les priorités des équipes soignantes. Cette recherche complète les travaux s'inscrivant dans une perspective critique des outils de gestion.

Mots clés : EHPAD, contrôle de gestion, performance, mesure, Foucault

**Abstract :** French media highlighted recently the tensions that cross EHPAD, between profitability concerns and welfare of aged people. Faced with a multiplication of management tools, the directors of EHPAD are subject to multiple indicators guiding their decisions. In a Foucauldian perspective, we highlight the characteristics of the dependent older person as it appears through the supports of the dialogue between the institutions and their authorities. We show that it appears as a "calculable" (Townley, 1983) and governable (Miller and O'Leary, 1987) person and as a "quantified" patient (Vaivio, 1999), that is, a medical individual rather than a social being. This representation has consequences for the management of EHPADs and especially for the priorities of the care teams. This research completes the work in a critical perspective of management tools.

Key words : EHPAD, management control, performance, measurement, Foucault

*« La personne âgée semble souvent n'être qu'un corps. Tout ou presque paraît tourner autour du corps qui décline, de ses besoins, de ses capacités, de sa sécurité » (Macia et al., 2008).*

Depuis la loi du 2 janvier 2002 qui fixe le cadre de la démocratie en santé, le patient est reconnu comme un acteur majeur de la politique de santé en France. Plusieurs dispositifs sont mis en place tant pour reconnaître ses droits que pour l'inciter à participer aux décisions personnelles et collectives qui le concernent. Néanmoins, plus de 16 ans après la promulgation de cette loi, les patients restent encore trop peu représentés. La situation est encore plus complexe dans le cas particulier des EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes) où les résidents peuvent souffrir de problèmes cognitifs ou de pathologies qui nuisent à leur autonomie. Une médiatisation récente pointe les défaillances du système et ses difficultés à répondre aux besoins des résidents. La raison

principale est donnée par les contraintes économiques du secteur qui ne permettraient pas de disposer de suffisamment de personnel.

En 2017, plus de 600 000 personnes âgées dépendantes étaient hébergées dans 7438 EHPAD (DREES). La dépense publique pour les personnes âgées peut être estimée à 25 milliards d'euro, et devrait coûter 10 milliards de plus d'ici 2040. La dépendance apparaît comme un enjeu majeur des politiques publiques. Quel que soit leur statut, public, privé associatif ou privé lucratif, les EHPAD sont soumis aux orientations fixées par les financeurs, l'Assurance Maladie par l'intermédiaire des ARS (Agences Régionales de Santé) ainsi que les collectivités territoriales. Depuis 1997 qui marque la création des EHPAD, le cadre législatif évolue avec notamment en 2002 avec la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale puis en 2009 avec la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoire) qui renforcent aussi bien le droit des usagers que le contrôle des EHPAD. Dans un souci de bonne gestion des fonds publics, l'Etat, à travers les différentes instances, déploie des instruments de contrôle, érige des normes, distribue autorisations d'ouverture et de financement selon des critères à la fois économiques et de qualité. Ces derniers sont censés prendre en compte les besoins des personnes accueillies mais ne le font qu'imparfaitement.

Cette recherche s'inscrit dans une perspective critique qui « *consiste à voir sur quels types d'évidence, de familiarités, de modes de pensée acquis et non réfléchis reposent les pratiques que l'on a acceptées* » (Foucault 1994, p.80). Nous considérons ainsi que, sous une apparente neutralité, les outils et pratiques de gestion véhiculent une idéologie. A travers les indicateurs, ils transforment la vision du monde, servent les intérêts de certains acteurs plutôt que d'autres et participent ainsi aux mécanismes de pouvoir et de domination à l'œuvre dans les organisations.

Dans le cadre de l'élaboration et de l'évaluation des politiques publiques de la dépendance, comment la personne âgée dépendante est-elle prise en compte dans les différents dispositifs de gestion ? Comment cette représentation influence-t-elle les relations de pouvoir entre pouvoirs publics, établissements, soignants et personne âgée ? Nous nous intéressons plus particulièrement au contrôle organisationnel des EHPAD, soit « toute influence créatrice d'ordre » ou l'ensemble des dispositifs formels et informels qui vise soit à empêcher certains comportements, soit à en rendre d'autres désirables (Chiapello, 1996).

Cette communication vise à comprendre comment les enjeux économiques et de qualité sont pris en compte dans les différents dispositifs de gestion. Elle s'attache plus particulièrement à montrer comment est représentée la personne âgée dépendante dans ces différents dispositifs et les conséquences d'une telle représentation dans les arbitrages entre enjeux économiques et de qualité.

Une revue de littérature permet de replacer les enjeux du contrôle des EHPAD dans le cadre de la gouvernementalité et du biopouvoir (Foucault, 2004). Puis, à partir d'une revue des dispositifs de gestion servant de base de dialogue entre les EHPAD et leurs tutelles, nous mettons en évidence les caractéristiques prises en compte dans la quantification et la représentation de la personne âgée dépendante.

# **1 La politique médico-sociale entre globalisation et individualisation de la personne âgée dépendante**

La politique de santé est le domaine du biopouvoir. Elle repose sur des instruments de mesure pour connaître la population, la mise à l'écart des éléments nocifs et la promotion de comportements qui promettent une vie meilleure (Lecorps et Paturet, 1999).

## **1.1 Le biopouvoir, un mode de gouvernement reposant sur la liberté des individus**

Depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle, avec l'essor de la médecine et de l'économie, la vie devient un enjeu politique visant à contrôler la population, conçue comme problème à la fois scientifique et politique. Dans ce cadre, le biopouvoir (Foucault, 2004), qui s'exerce sur la vie et plus particulièrement sur les corps fait suite au pouvoir disciplinaire (Foucault, 1975) qu'il n'exclut pas mais auquel il se superpose. Dans le pouvoir disciplinaire, l'individu est totalement pris en charge. S'appuyant sur les découvertes scientifiques puis sur des données statistiques, la biopolitique entend quant à elle réguler les comportements par l'édiction de normes auxquelles les individus acceptent de se conformer. Le biopouvoir permet une gestion souple des phénomènes de masse associés à des populations. Si les deux formes de pouvoir visent à rendre les individus « gouvernables », la discipline permet d'agir dans un espace clos tandis que la biopolitique agit dans un espace de circulation (McMillan, 2010) et permet ainsi un changement d'échelle.

Le gouvernement est alors entendu dans un sens large, de « conduite des conduites » (Foucault, 2004) correspondant à la façon dont les comportements d'une population sont orientés. « *Dans cette notion de gouvernementalité, je vise l'ensemble des pratiques par lesquelles on peut constituer, définir, organiser, instrumentaliser les stratégies que les individus, dans leur liberté, peuvent avoir les uns à l'égard des autres* » (Foucault, 1984, p. 728). Le gouvernement est exercé au nom du « bien » des individus et repose sur la liberté des individus qui acceptent de se conformer à des normes plutôt qu'à des interdits.

La gouvernementalité est constituée de rationalités exprimées dans des discours qui prennent corps dans des programmes, schémas idéalisés pour représenter, analyser et trouver des solutions aux problèmes. Rationalités et programmes s'inscrivent alors dans des dispositifs, notamment des dispositifs de gestion.

## **1.2 La politique médico-sociale entre rationalité gestionnaire, recherche de la qualité et démocratie sanitaire**

La dépendance devient l'axe principal des politiques liées au vieillissement à partir des années 1990 qui s'appuie sur un travail de chiffrage de la population dépendante (Alvarez, 2014, p.87). L'EHPAD, créé par la volonté des pouvoirs publics en 1997, est un dispositif qui vise à réguler le problème de plus en plus aigu de la dépendance des personnes âgées. La création de ces établissements s'inscrit dans un contexte démographique d'augmentation du nombre de personnes dépendantes qui se confronte à une volonté de régulation des dépenses publiques. Ainsi, sous couvert du bien-être des personnes âgées, l'incitation au maintien à domicile, solution moins coûteuse pour les pouvoirs publics, a amené une population plus dépendante

dans les EHPAD, ce qui a pour principale conséquence leur médicalisation accrue. Cette politique a donc des effets sur la vie des personnes âgées pour lesquelles on pré-définit, pour leur « bien », un parcours plus ou moins standardisé: maintien à domicile associé à des aides publiques puis, à partir d'un certain niveau de dépendance soigneusement évalué, entrée en EHPAD. Elle impacte aussi les décisions des familles et au-delà, le traitement des personnes âgées dans les EHPAD. « *Le nouveau modèle de prise en charge s'appuie sur un dispositif disciplinaire de contrôle socio-médical inédit impliquant la mobilisation des destinataires et de leur entourage dans la préservation du souci de soi* » (Thomas, 2005).

Par ailleurs, depuis les années 90 également, les politiques publiques des principaux pays s'imprègnent d'une gestion axée sur les résultats. Ce phénomène, appelé New Public Management (ou nouvelle gestion publique), repose sur trois principes directeurs (Hudon et Mazouz, 2014) : la reddition des comptes (accountability), l'optimisation des moyens (efficience) et la qualité de service aux citoyens. La politique de santé puis celle de la dépendance n'échappent pas à cette logique.

Au nom de la reddition des comptes, on attend une certaine transparence. Justifiée par un principe de libre choix, la mise en concurrence des EHPAD est opérée dans une logique marchande (Delouette et Nirello, 2016). Les établissements sont soumis à de nombreux indicateurs qui doivent permettre d'éclairer le choix des personnes âgées et de leur famille (tarifs, prestations, qualité, etc.).

L'optimisation des moyens est liée quant à elle à la volonté de maîtriser les dépenses publiques et donne lieu à une recherche de standardisation accrue des procédés (Dussuet et al., 2017) encouragée par une tarification structurante pour le secteur. Les EHPAD sont en effet caractérisés par un financement tripartite. Si les familles assurent le financement de l'hébergement, les soins et la dépendance sont financés respectivement par l'assurance-maladie à travers les ARS et par les conseils départementaux. Les financeurs publics ont ainsi une influence certaine sur la définition de la performance des EHPAD et donc leur fonctionnement. Cette influence devrait encore s'accroître avec la généralisation des CPOM (Contrats Pluri-Annuels d'Objectifs et de Moyens) qui conditionnent le financement à l'atteinte d'objectifs mesurés sur des indicateurs pré-définis.

La qualité de service se base sur le principe de « mettre l'utilisateur au cœur des préoccupations ». Ce principe est central dans la loi de 2002 se manifeste par deux principes différents : l'importance donnée aux procédures qualité des établissements et la démocratie sanitaire.

Dans un premier temps, le financement des EHPAD est soumis à des référentiels qualité inspirés du secteur sanitaire censés garantir la qualité des soins fournis aux résidents et surtout leur sécurité. Mais la loi de 2002 met aussi en avant l'individualisation de l'accompagnement et définit le concept de « démocratie sanitaire » se muant peu à peu en « démocratie en santé ». La démocratie en santé est une démarche qui associe les usagers et les autres acteurs du système de santé (professionnels, élus) à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé. Elle a pour objectif d'améliorer le fonctionnement et l'efficacité du système de santé en obligeant les décideurs à prendre en compte le regard des premiers concernés, les usagers<sup>1</sup>. Contrairement aux référentiels qualité qui reposent sur une certaine standardisation, la démocratie en santé met l'accent sur l'individualisation. Dans son rapport

---

<sup>1</sup> Site de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté

de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), Mauss (2016) met en évidence les difficultés de mise en œuvre de ce concept qui a du mal à se développer en-dehors des instances formelles et passe plus souvent par les associations de patients que par les patients eux-mêmes. Ce rapport ne porte néanmoins pas sur la mise en œuvre de la démocratie sanitaire à l'échelle d'un établissement.

Le secteur des EHPAD est ainsi soumis à des tensions multiples, entre rationalités financières et qualité, entre standardisation et individualisation.

### **1.3 Le contrôle organisationnel comme ensemble de dispositifs de gouvernement**

Avec le New Public Management (NPM) ou, en France, depuis 2006, la LOLF (Loi Organique Relative aux Lois des Finances), il est couramment admis que les politiques publiques doivent être évaluées et contrôlées, ce qui justifie l'introduction de dispositifs de gestion souvent empruntés au secteur privé. Les dispositifs de gestion sont « *des ensembles résolument hétérogènes, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit, aussi bien que du non-dit* » (Foucault, 2004). Les dispositifs sont des agencements d'instruments et d'acteurs qui ont une finalité déterminée.

Sous couvert de performance, de neutralité et de rationalité, ces nouveaux outils ont modifié les pratiques du service public. C'est oublier que l'évaluation, comme la comptabilité ou le contrôle de gestion sont socialement construits. Ils forment des « mythes rationnels » qui donnent l'illusion de la rationalité (Meyer, 1986) mais véhiculent en fait une idéologie. La rationalité néo-libérale s'étend à travers la formulation des valeurs économiques, de pratiques et de mesures de tous les aspects de la vie humaine (Brown, 2015).

Dans le cadre de la gouvernementalité, le contrôle est une technique capable de supporter l'action de l'état de manière localisée. Il oriente les comportements en s'appuyant sur la liberté des individus. Ce n'est plus la surveillance directe qui contraint, mais le flux tendu et les résultats pour satisfaire les clients qui poussent les individus et les collectifs de travail à s'autocontrôler plus qu'à obéir (Durand, 2009). Il s'agit alors d'une « soumission librement consentie » ou une « servitude volontaire » (Beauvois et Joule, 2010 ; Le Goff 2002). En cela, l'approche est différente des techniques disciplinaires qu'elles ne font pas disparaître pour autant. Les deux cohabitent. La discipline est un mécanisme individualisant par lequel on arrive à atteindre le plus grand nombre. La discipline contribue au gouvernement en permettant l'intériorisation d'un certain nombre de comportements. « *La discipline d'atelier, tout en demeurant une manière de faire respecter les règlements et les autorités, d'empêcher les vols ou la dissipation, tend à faire croître les aptitudes, les vitesses, les rendements, et donc les profits ; elle moralise toujours les conduites mais de plus en plus elle finalise les comportements, et fait entrer les corps dans une machinerie, les forces dans une économie* » (Foucault, 1975, p.245).

La figure centrale du modèle disciplinaire chez Foucault (1975) la plus utilisée dans les recherches sur le contrôle est le panoptique de Bentham. Il favorise à la fois la transparence des comportements, l'individualisation et l'isolement de l'individu. Le développement des

technologies de l'information et de la communication permet la mise en place d'un « superpanoptique » libéré des contraintes de l'espace et du temps, grâce aux nombreuses traces numériques laissées par les ordinateurs, téléphones ou autres outils utilisés pour le travailleur (Poster 1997). Mais il multiplie aussi les dispositifs, non pensés initialement pour la surveillance mais qui peuvent être utilisés à cette fin. On peut alors davantage parler de structure en rhizome que de panoptique (Brivot et Gendron 2011). Il n'y a plus d'agent omnipotent, l'organisation n'est plus la seule instigatrice du contrôle. Les pairs interviennent aussi ainsi que l'individu qui participe à la construction de sa propre cellule. En passant à la gouvernementalité, la discipline n'est plus une contrainte extérieure mais une volonté intériorisée. Le contrôle repose alors sur l'influence, la prescription et l'injonction. Contrôler consiste moins à surveiller, à punir et à discipliner qu'à normaliser, à agencer et à former. Il ne s'agit pas de contraindre mais de persuader ; non pas de plier mais d'éduquer. Il s'agit de soumettre les travailleurs non pas à une volonté individuelle mais à des normes objectivées.

Le stade ultime du contrôle est alors l'autocontrôle.

Le contrôle de gestion est une des dimensions du contrôle organisationnel les plus étudiées à travers les cadres théoriques proposés par Foucault. Basé sur la comptabilité, il apparaît comme une technologie puissante du néo-libéralisme qui permet aux rationalités néo-libérales de passer à travers les frontières de l'organisation et ainsi de la transformer en créant de nouvelles pratiques organisationnelles (Hopwood, 1987).

Les dispositifs comptables visent à accroître la calculabilité des individus (Miller et Rose 1990), à surveiller et normaliser les comportements individuels (Miller et O'Leary 1987) en les inscrivant dans des espaces observables tout en générant une intériorisation du contrôle au travers d'un processus d'auto-régulation (Robson 1992, Miller 2001). Mais les dispositifs de contrôle, qui s'appuient sur les savoirs, ont toujours une double dimension : ils contraignent mais ils habilitent aussi (Hatchuel 1999). Les savoirs rendent ainsi les acteurs capables d'adopter un positionnement réflexif qui leur permet de transformer l'outil de contrôle lui-même et pas seulement de le subir ou d'y résister. (Ragaigne et al. 2014). Les dimensions habilitantes et contraignantes des outils de gestion agissent simultanément (Ragaigne et al. 2014).

Ils sont susceptibles de servir les intérêts particuliers de certains acteurs aux dépens d'autres. Ainsi, en matière de gestion publique, les dispositifs de contrôle mis en place dans le cadre du NPM ont permis une réappropriation du contrôle par les organismes de financement au détriment des groupes professionnels locaux (Oakes et al. 1998 ; Townley 2002). Ces dispositifs illustrent avant tout une forme de conformité aux exigences d'un environnement institutionnel.

La plupart des travaux en contrôle de gestion se sont concentrés sur l'effet des dispositifs de gestion sur les salariés. Le contrôle y est vu comme une idéologie servant l'intérêt du capital au détriment de ceux des travailleurs (Tinker et al., 1982). Il produit des individus dociles (Lambert et Pezet, 2007) gouvernés par des principes économiques, vise une augmentation de la productivité et ont pour conséquence perte d'autonomie et appauvrissement des tâches (Hopper et al., 1987 ; Ezzamel et al., 2004).

Ce pouvoir sur le salarié provient de la constitution d'un champ de savoir fourni par des indicateurs. « *Il n'y a pas de relation de pouvoir sans constitution d'un champ de savoir ni de savoir qui ne constitue en même temps une relation de pouvoir* » (Foucault, 1975). Les

systèmes de contrôle constituent un dispositif disciplinaire permettant par la quantification des savoirs de rendre les individus gouvernables dans les organisations (Miller et O'Leary, 1987), ils aident à construire et à développer les pratiques d'individualisation et de responsabilisation en rendant les individus calculables et comparables. La comptabilité construit un champ de visibilité dans lequel les individus peuvent être comparés, différenciés, hiérarchisés, homogénéisés, voire exclus (Robert, 2005). Dans les EHPAD, les soignants subissent ces dispositifs qui contrôlent leur « productivité » ou leur respect des procédures et qui orientent ainsi leurs relations avec les résidents.

Mais ces derniers font aussi l'objet de la constitution d'un champ de savoirs. Si, à notre connaissance, peu d'études se penchent sur le résident ou même le patient, Vaivio (1999) a montré comment la comptabilité permettait de rendre le client calculable. La quantification du client rend visible de nouvelles dimensions de la performance et redéfinit les responsabilités. Si le client quantifié a des impacts sur les décisions et l'organisation des entreprises, il s'agit avant tout d'un client simplifié, réduit à quelques dimensions jugées pertinentes pour l'organisation. Dans le secteur particulier des EHPAD le résident est un client particulier, vulnérable, pour lequel « on » définit ce qui est bon. Le « on » est volontairement indéfini car de multiples intervenants contribuent à la définition de ce qui bon pour la personne âgée : l'Etat, les tutelles, l'encadrement de l'établissement, les soignants en contact avec la personne et bien sûr la famille et les proches.

Le contrôle constitue alors un dispositif de pouvoir des soignants sur les résidents. Le pouvoir de l'institution sur les corps passe par le personnel soignant (Macia et al., 2008). La personne âgée dépendante dépend avant tout des soins apportés par le personnel de l'établissement et de son aide dans les gestes de la vie quotidienne. Mais cette relation ne peut exister que si l'individu est prêt à demander ou au moins à recevoir cette aide. C'est paradoxalement l'acceptation du déclin du corps qui permet à la personne âgée de rentrer dans des relations de pouvoir avec le personnel en faisant valoir le « droit » à être soigné ou accompagné (Macia et al., 2008). Les individus participent à l'internalisation et au renforcement de la rationalité, que ce soit en s'y conformant, en participant, ou même en résistant (Gordon, 1991). « *Le domaine du soin apparaît comme un champ parcouru de conflits et de luttes de pouvoir [...] Ces conflits sont liés aux différents modes de gouvernementalité prévalant dans chaque champ et affectant directement les vies des personnes aux prises avec le soin* » (Giraud et Lucas, 2011).

La suite de cette recherche vise à comprendre comment la personne âgée dépendante est représentée dans les dispositifs de gestion des EHPAD et plus particulièrement à identifier quelles dimensions sont quantifiées, quelles dimensions sont rendues visibles dans le dialogue avec les tutelles et quelles dimensions sont ignorées. Cela passe par la mise au jour des rationalités véhiculées par les différents dispositifs et leur capacité à exacerber ou au contraire résoudre les tensions mises en évidence en 1.2.

## **2 Une recherche documentaire pour déchiffrer les logiques véhiculées par les outils de gestion des EHPAD**

Notre recherche est à visée exploratoire. La revue de littérature a permis de mettre au jour les différentes rationalités structurant le secteur médico-social et plus particulièrement la gestion



des EHPAD. Selon Foucault, ces rationalités s'expriment à travers des dispositifs qu'il convient d'étudier à travers leurs procédés les plus locaux.

Cette recherche se fait donc à l'échelle des établissements. Elle repose sur :

- Une série de 6 entretiens avec des directeurs ou directeurs adjoints d'établissement dans le but de comprendre leurs dispositifs de gestion. Ce premier échantillon comprenait 4 EHPAD privés à but lucratif (appartenant à 3 groupes différents) et 2 EHPAD privés non lucratifs appartenant à deux associations différentes
- Un entretien plus approfondi avec une directrice d'EHPAD privé à but lucratif sur l'utilisation effective des différents dispositifs. Cet établissement d'Ile de France accueille 70 résidents dont 12 places en unité de vie protégée (patients nécessitant une surveillance particulière). Il propose aussi quelques places d'accueil temporaire et d'accueil de jour.

Elle est complétée par une étude documentaire. Nous avons ainsi recensé puis lu différents rapports, référentiels, guides méthodologiques qui encadraient ou analysaient la gestion des EHPAD. A cette lecture trois dispositifs ont retenu notre attention :

- 1) Les indicateurs qualité préconisés par l'ANESM (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux). Cette agence en charge notamment des référentiels qualité a été absorbée en avril 2018 par la HAS (Haute Autorité de Santé) qui élargit ainsi ses missions sur le secteur social et médico-social. De par ses missions, cette agence présentait le dispositif le plus complet et a servi de base à notre grille de codage.
- 2) Le tableau de bord de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance). Depuis 2015, ce tableau de bord comprenant 43 indicateurs se généralise peu à peu à l'ensemble des établissements. Il a été co-construit par les acteurs du secteur (voir Nobre et Lemaire, 2014). Alors que les établissements sont soumis à de nombreuses demandes à des fins statistiques, ce dispositif, quoique récent, nous a semblé le plus complet. Il reprend en fait des indicateurs qui étaient jusque là fournis dans différents dispositifs.
- 3) Le troisième dispositif retenu est le CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens). Il s'agit également d'un dispositif récent qui, depuis 2017, est amené à se substituer aux conventions tripartites signées entre les établissements, les ARS et les conseils départementaux. C'est sans doute le document le plus structurant car il conditionne le financement des EHPAD. Même si nous n'avons pas eu accès à des CPOM, nous avons appuyé notre analyse sur le guide méthodologique proposé par les ARS

Dans ces différents documents, nous avons collecté tous les éléments, notamment les indicateurs relatifs au résident, à son état de santé, de dépendance, ses aspirations et sa satisfaction.

Pour analyser les documents comme pour les entretiens, nous avons utilisé un codage ouvert en nous inspirant des recommandations de l'ANESM, ce qui nous a donné 5 items :

- Autonomie et qualité de vie
- Personnalisation de l'accompagnement

- Garantie des droits des usagers et de leurs accompagnants
- Protection des personnes et prévention des facteurs de risque liés à la vulnérabilité
- Accompagnement de la fin de vie

### **3 La construction de la personne âgée dépendante par les dispositifs de gestion**

#### **3.1 Un contrôle hétéronome au carrefour de différentes rationalités**

Le contrôle des EHPAD est en grande partie hétéronome.

Les établissements doivent rendre compte à des tutelles multiples, tant au niveau national que local. Au niveau national, sous l'égide du Ministère des solidarités et de la santé, la DGCS est en charge de la conception et de la rédaction du cadre légal et réglementaire tandis que le CNSA gère les financements et assure différentes missions d'appui technique. Cette dernière n'ayant pas de réseau régional, son action est relayée d'une part par les ARS (Agences Régionales de Santé), d'autre part par les conseils départementaux dont la prise en charge des personnes âgées dépendantes constitue une compétence centrale. Les ARS répartissent les dotations d'aide à l'investissement, animent le réseau et financent les expérimentations. Ainsi les EHPAD sont financés par trois intervenants :

- L'Etat qui, à travers les ARS, finance le volet « soins »
- Les conseils départementaux qui financent le volet « dépendance »
- Les résidents ou leurs familles qui financent le volet hébergement.

Les financements publics (Etat et conseils départementaux) sont soumis à un certain nombre de contrôles.

ARS et conseils départementaux donnent tout d'abord les autorisations d'ouverture sur la base d'appels à projets qui doivent s'inscrire dans le projet régional de santé. L'autorisation donne ensuite lieu à contractualisation dans le cadre d'un CPOM (contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens) conclu pour 5 ans avec l'ARS et le conseil départemental. Ce CPOM inclut un certain nombre d'objectifs tant économiques que portant sur la qualité suivis chaque année à travers l'EPRD (Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses. Des objectifs non atteints peuvent remettre en cause le financement. La qualité fait par ailleurs l'objet de deux évaluations, l'une interne, l'autre externe. L'évaluation interne est en fait une auto-évaluation sur la base d'un des nombreux référentiels de qualité existant pour les EHPAD. Elle doit avoir lieu tous les cinq ans et implique l'ensemble de l'organisation, y compris les usagers ou leurs proches. 5 domaines sont concernés : droit et participation des usagers, personnalisation des prestations, prévention des risques liés à la santé, maintien des capacités dans la vie quotidienne et accompagnement de la fin de vie. Elle est orientée par des dispositifs essentiellement sous forme de référentiels facultatifs qui peuvent être adaptés aux besoins de l'établissement. Elle repose sur enquêtes de satisfaction et débouche sur des plans d'action. L'évaluation externe est quant à elle réalisée par un organisme extérieur choisi par l'établissement et a lieu tous les sept ans.

Par ailleurs, l'individualisation des parcours et le respect des droits de résidents, des éléments centraux de la loi de 2002, passent par l'obligation de six dispositifs : livret d'accueil, charte des droits et des libertés de la personne accueillie, contrat de séjour individuel, conseil de la vie sociale et autres formes de participation, règlement de fonctionnement, projet d'établissement et de service. En fait, la plupart de ces dispositifs visent à formaliser les procédures et les porter à la connaissance du résident. Deux éléments sont directement liés à l'individualisation : le conseil de vie sociale (CVS) et contrat de séjour individuel.

A travers le CVS, la participation et l'expression des résidents sont encouragées. A travers leurs représentants élus, ils peuvent, aux côtés des représentants des familles et du personnel, donner leur avis et faire des propositions sur l'organisation de l'établissement.

Le contrat de séjour individuel devrait quant à lui permettre l'individualisation de l'accompagnement mais la loi n'en définit pas le contenu ni de périodicité de remise à jour ou de suivi.

Dans ce contexte, les dispositifs de contrôle sont très fortement influencés par la loi ou les demandes des tutelles. Beaucoup sont directement issus du cadre légal, d'autres sont obligatoires mais l'établissement dispose d'une certaine latitude pour les adapter à ses besoins. Seuls quelques dispositifs sont à la complète discrétion de l'établissement ou du groupe d'établissements (voir tableau 2). Mais les demandes légales et des tutelles forment le socle incontournable.

**Tableaux 2 : Contrôles formels observés dans 6 EHPAD**

<b>Rationalité</b>	<b>Cadre légal</b>	<b>Imposé mais avec possibilité d'adaptation</b>	<b>Dispositifs à l'initiative de l'établissement (ou du groupe)</b>
Centrée sur le patient	Charte des droits et libertés de la personne accueillie	Projet d'établissement	Règlement de fonctionnement
	Evaluations interne et externe	Protocoles qualité	Réunions de service/ réunions de transmission
		Conseil de Vie Sociale	Chartes éthiques
		Déclaration des événements indésirables	Formations (relation patient...)
		Dossier patient	Entretiens individuels
		Contrats de séjour	Valeurs
Centrée sur l'efficience	CPOM et EPRD		Tableau de bord d'activité

Le nombre de dispositifs centrés sur le patient est nettement supérieur aux dispositifs centrés sur l'efficacité. Néanmoins les entretiens révèlent que ces derniers forment l'essentiel des préoccupations des équipes de direction.

### **3.2 Un résident très fortement « quantifié » mais sur le seul aspect de sa dépendance et de ses pathologies**

*« On ne gère bien que ce que l'on mesure » (Berland et al., 2008).*

Les différents dispositifs ne sont pas tous utilisés de la même manière. Les contrôles qualité, qu'ils soient internes ou externes par exemple, donnent lieu à des rapports fournis que l'ARS ou le conseil départemental n'ont pas toujours le temps d'examiner en détail. Elles sont suivies de plans d'action pour remédier aux faiblesses détectées, ces plans d'action faisant eux-mêmes d'un suivi par indicateurs (voir tableau 3) préconisés par l'ANESM. Faute de temps, ce sont souvent ces indicateurs qui font l'objet de discussions avec les tutelles. Ils renseignent de aspects de la qualité mais, à l'exception de 3 (demandes du CVS, place des proches dans l'accompagnement et satisfaction des résidents), tous les indicateurs sont renseignés à partir de dossier personnel du résident qui collecte des informations très précises sur sa santé.

Le tableau de bord ANAP porte lui sur 4 domaines (prestations, ressources humaines et matérielles, finances et objectifs en termes SI et évaluations de la qualité). Les trois premiers axes comportent des indicateurs de dialogue, des indicateurs d'analyse et des données de caractérisation. Les indicateurs de dialogue sont les supports privilégiés du dialogue avec les autorités de régulation, tandis que les indicateurs d'analyse sont censés permettre d'approfondir l'analyse et servir au pilotage interne des établissements. Quant aux données de caractérisation, elles permettent de décrire la structure. Dans le tableau de bord ANAP, tous les indicateurs portant sur le résident sont sur le 1er axe « prestation de soins et d'accompagnement de la personne ». On peut ainsi compter 13 indicateurs (voir tableau 3). L'immense majorité des indicateurs portent sur la dépendance ou l'état de santé des résidents. Par rapport aux catégories de l'ANESM, nous avons été amenés à ajouter une catégorie « parcours » avec des indicateurs très utilisés à des fins statistiques mais peu liés à la gestion des établissements. Deux indicateurs de l'axe 4, portant sur l'évaluation interne, intègrent aussi les usagers et plus exactement leur implication dans l'évaluation interne et l'implication de leurs proches dans cette même démarche (avec à chaque fois une réponse binaire oui/non.).

Dans les consignes données aux établissements pour la négociation des CPOM, l'ARS définit 3 axes prioritaires dont un consacré au résident : « simplifier le parcours de vie des personnes et faire évoluer l'accompagnement des résidents ». L'axe se décline en plusieurs objectifs dont un seul est vraiment centré sur la personne accompagnée. Le tableau d'activité fourni par les établissements en amont de l'EPRD destiné à estimer le financement utilise également ces mêmes indicateurs à l'exception des indicateurs de parcours (provenance et sortie) qui n'impactent pas le financement des établissements.

**Tableau 3 : Indicateurs portant sur le patient dans trois dispositifs de dialogue avec les tutelles**

Thème	ANAP	HAS (ANESM)	Guide méthodologique CPOM (ARS)
Autonomie et qualité de vie		Mobilité (maintien, compensation) Toilette	
Personnalisation de l'accompagnement		Implication dans l'élaboration du projet personnalisé Satisfaction du résident par rapport à ses activités Place des proches dans l'accompagnement	Taux de projets de vie ou projets personnalisés en vigueur
Garantie des droits de l'utilisateur et de leur accompagnement		Taux de contention physique et passive Taux de réponse motivée au CVS	Nombre de réponses apportées aux demandes en ligne Nombre d'activités innovantes proposées (cahiers de doléances, boîtes à idées...) Nombres de questionnaires de satisfaction élaborés par an
Protection des personnes et prévention des facteurs de risque liés à la vulnérabilité	Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection GMP Profil des personnes accompagnées en fonction des GIR PMP Profil des personnes accompagnées en fonction des GPP Profil des personnes accompagnées en fonction des déficiences Taux d'hospitalisation	Evaluation de la douleur Chutes Escarres Dépistage dénutrition Dépistage troubles du comportement et de l'humeur Prescriptions neuroleptiques Taux d'hospitalisation	GMP PMP
Accompagnement de la fin de vie		Taux de décès ayant lieu à l'EHPAD	
Parcours	Répartition des personnes accompagnées selon la provenance Répartition des personnes accompagnées sorties définitivement par motif et destination Profil des personnes observées en fonction de l'âge Durée moyenne de séjour		

	des personnes sorties définitivement Taux d'occupation des places habilitées aide sociale Nombre moyen de journées d'absences des personnes accompagnées		
--	--	--	--

Globalement la représentation du résident passe une quantification du patient, de son niveau de dépendance (GMP), de ses pathologies (PMP) et de ses différents accidents de santé (chutes, hospitalisation, etc.) Seule une minorité d'indicateurs portent sur ses droits, sa satisfaction, ses besoins autres que physiques. Même si dans la loi de 2002, la personnalisation occupe une grande place, la réalité des indicateurs fait passer cet aspect en second plan derrière le soin et la sécurité du résident devenu patient. Cet aspect est encore aggravé par les référentiels qualité qui encadrent les évaluations internes et externes

Le référentiel qualité ANGELIQUE préconise ainsi des pesées trimestrielles (pour lutter contre la dénutrition), un recueil des antécédents médicaux, des allergies et contre-indications, les affections dont elle est atteinte, l'état de dépendance, les traitements mis en œuvre, leur suivi et leur évaluation et des synthèses périodiques, les problèmes d'incontinence ainsi qu'un bilan global de la personne. Le projet de soin doit être basé sur des bilans individuels périodiques.

D'autre part, le référentiel requiert de demander l'avis des résidents sur leur sentiment de sécurité au sein de l'établissement et dans leur espace privatif, sur la restauration (recueil de leurs goûts et contraintes à l'entrée en établissement puis enquêtes de satisfaction), sur le décès (en lien avec la famille), le cas échéant le service de lingerie. En outre un projet de vie individualisé, élaboré avec la personne concernée, doit permettre de prendre en compte ses souhaits.

La prépondérance des indicateurs liés à la santé du résident mettent la priorité sur les gestes liés au soin et la sécurité du patient, donc à des actions standardisées selon les concepts de bonne pratique sanitaire.

Par l'intermédiaire des indicateurs qualité, on privilégie la réponse aux besoins physiques élémentaires au détriment des besoins affectifs. L'acceptation de la personne âgée apparaît secondaire.

*« C'est enfin la perception d'une prise en charge trop exclusivement centrée sur le soin, pour des personnes âgées traitées comme des « malades ». La personne âgée ne serait pas considérée dans sa globalité, comme ayant une personnalité, des besoins, mais aussi des désirs. Les activités et les services, notamment la restauration, sont perçus comme étant négligés. » (Libault, 2019, p.23).*

Aucun objectif ou indicateur ne permet de connaître les effets des différents outils mis en place sur le résident, s'ils répondent vraiment à leurs besoins. Globalement, les indicateurs de qualité portent essentiellement sur les processus mais pas sur les résultats et Annie Vidal (2018, p.47) note une dé-corrélation entre les résultats qualité et le ressenti des résidents et de leur famille.

*« La qualité de l'offre des établissements au sens large incluant le soin, l'aide, l'alimentation, l'animation... est perçue comme très hétérogène. Mais aucune étude ne documente le sujet, signe fort de l'insuffisance du pilotage du secteur. » (Libault, 2019, p. 33).*

### **3.3 Un patient quantifié par son niveau de dépendance et ses pathologies pour une meilleure efficience**

Parmi les indicateurs, deux, de par leur caractère synthétique, mobilisent l'attention des acteurs du secteur : le GMP et le PMP. Ils sont d'autant plus suivis qu'ils conditionnent le financement des établissements, le premier pour la partie « autonomie », le second pour la partie « soins ».

En effet, depuis 1997, le financement est lié au degré de dépendance du résident et de ses pathologies mesurés par deux indicateurs, le GMP (GIR Moyen Pondéré) et le PMP (Pathos Moyen Pondéré).

Ainsi le résident est quantifié à travers ses pathologies et son niveau de dépendance dès son entrée en établissement, ce qui permet de faire des moyennes, d'en déduire des profils d'établissement et de justifier le financement public.

*« Dans le contexte général de maîtrise des dépenses, l'indicateur [GIR] doit contribuer à l'allocation optimale des ressources du système » (Ennuyer, 2001).*

La grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources) est instituée par l'article 2 du décret du 28 avril 1997. Sur cette base, les patients sont ainsi évalués et classés en GIR (Groupe Iso-Ressources). Le tableau 4 indique les éléments pris en compte dans l'évaluation de la dépendance tandis que le tableau 5 présente les critères de classification. Les EHPAD accueillent majoritairement des GIR 1 et 2. La grille AGGIR apparaît ainsi à la fois comme le résultat de la prise de pouvoir des gériatres, spécialisation médicale récente, sur les politiques publiques de vieillesse et comme un puissant instrument favorisant la médicalisation des EHPAD. Du point de vue de la personne âgée et de ses proches, c'est souvent elle qui détermine « de manière objective », le moment d'entrer en EHPAD. La grille AGGIR intervient alors comme un instrument de segmentation et d'entrée dans la « carrière » de dépendant (Alvarez, 2014, p.86)

**Tableau 4 : La grille AGGIR- Exemple de questionnaire**

Variables discriminantes : autonomie physique et psychique	
Cohérence : converser et/ou se comporter de façon sensée	
Orientation : se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux	
Toilette : concerne l'hygiène corporelle	Haut
	Bas
Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut
	Moyen
Alimentation : manger les aliments préparés	Se servir
	Manger
Élimination : assumer l'hygiène de l'élimination	Urinaire
	Fécale
Transfert : se lever, se coucher, s'asseoir	
Déplacement à l'intérieur : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...	
Déplacement à l'extérieur : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
Communication à distance : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...	
Variables illustratives : autonomie domestique et sociale	
Gestion : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
Cuisine : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
Ménage : effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
Transport : prendre et/ou commander un moyen de transport	
Achats : acquisition directe ou par correspondance	
Suivi du traitement : se conformer à l'ordonnance du médecin	
Activités de temps libre : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps	

**Tableau 5 : Grille AGGIR- Classification des patients en GIR**

Groupes Iso-Ressources	Degrés de dépendance et aide adéquate
<b>GIR 1</b>	Fonctions intellectuelles et motrices gravement altérées : Individu en fin de vie, ou immobilisé dans un lit ou dans un fauteuil et dont les facultés mentales sont très atteintes.  ➤ Nécessite une présence constante car la personne est totalement dépendante.
<b>GIR 2</b>	Fonctions intellectuelles <u>ou</u> motrices sérieusement altérées : Individu immobilisé mais dont les facultés intellectuelle sont intactes, ou individu pouvant se déplacer mais dont les facultés mentales sont atteintes.  ➤ Nécessite la présence d'une tierce personne quasi constante.
<b>GIR 3</b>	Fonctions motrices altérées : Individu qui ne peut effectuer certains gestes de la vie quotidiennes (se laver, se lever, s'habiller, se coucher...) mais qui a conservé toutes ses facultés mentales.  ➤ Nécessite une aide partielle mais quotidienne pour les gestes de la vie quotidienne.
<b>GIR 4</b>	Fonctions motrice légèrement altérées : Individus pouvant effectuer les gestes de la vie quotidienne mais qui ne peut pas se déplacer seul, ou, individu qui peut se déplacer seul mais qui ne peut effectuer certains gestes.  ➤ Nécessite une aide partielle et éventuellement quotidienne selon les cas.
<b>GIR 5</b>	Fonctions motrice occasionnellement diminuées : Individus ayant occasionnellement les fonctions motrices diminuées.  ➤ Nécessite une aide occasionnelle uniquement pour certains gestes.
<b>GIR 6</b>	Personnes autonomes

Le PMP (Pathos Moyen Pondéré) détermine quant à lui le tarif soin versé aux EHPAD. Il se base sur une évaluation des besoins en fonction des pathologies présentées par les résidents.

Les établissements s'engagent auprès des tutelles sur le maintien ou l'évolution du GMP et du PMP. Si le GMP augmente pendant le conventionnement, il y a des charges complémentaires mais pas de recettes, ce qui conduit à une sélection des entrants selon une logique comptable.



Les établissements s'engagent sur l'augmentation du GMP pour maximiser la dotation, entraînant une médicalisation accrue des structures.

Les évaluations AGGIR et PMP ne servent pas seulement à évaluer le résident mais aussi à évaluer le temps du soignant. Si la grille AGGIR correspond à du temps consacré par une aide-soignante, le PMP correspond à du temps consacré par une infirmière ou d'autres personnels médicaux ou paramédicaux. En effet, les évaluations des résidents sont rentrées dans le dossier personnel puis un logiciel, le PSI, fait le lien entre les dossiers de soin et les données de la gestion administrative et comptable. Il permet d'une part le suivi et la traçabilité des données collectées et d'autre part édite les synthèses des évaluations AGGIR et Pathos reprises par les différents tableaux de bord. Il est même possible, à partir de la grille AGGIR, d'éditer de façon automatisée, à travers le PSI, un plan de soin adapté à l'état de dépendance. L'infirmier édite le plan de soin et l'intervenant le valide une fois l'acte effectué. Outre le financement le GIR et le PMP conditionnent donc l'organisation du travail des infirmiers et aide-soignants en standardisant leur travail autour uniquement de deux critères : la dépendance et les pathologies du patient. Cette fonction n'est pas toujours acceptée des soignants et provoque des réactions d'évitement ou de zèle (Lancelle, 2016).

Les GMP et PMP, initialement outils de connaissance deviennent des outils à tout faire : évaluation, planification, tarification, classification, etc. (Delouette et al., 2016).

### **3.4 Les dispositifs formels sont tournés vers la rentabilité tandis que l'individualisation est portée par les systèmes formels**

Dans l'EHPAD étudié, privé lucratif, appartenant à un groupe, le principal dispositif de gestion interne est un tableau de bord mensuel fourni par le siège. Sur une feuille A4 apparaît une vingtaine d'indicateurs pour les 8 établissements de la région ainsi mis en concurrence. Il prend en compte le taux d'occupation, le résultat, le chiffre d'affaires détaillé (y compris les activités annexes, axes stratégiques du groupe), les coûts de restauration, le résultat, la masses salariale, les effectifs, les heures effectuées, l'absentéisme. Le résident n'apparaît que par l'intermédiaire du GMP.

Les écarts négatifs par rapport au budget sont signalés en rouge et le siège attend des explications et des plans d'action correctifs de la part de la direction de l'établissement.

L'indicateur phare est le taux d'occupation. L'établissement étudié est plein mais la commercialisation des places, donc le remplacement des personnes décédées, est une préoccupation constante de l'équipe de direction car, les résidents arrivant de plus en plus tard, la durée de séjour est de plus en plus courte. De plus il arrive fréquemment que plusieurs décès arrivent sur une période courte, détériorant fortement le taux d'occupation. Ainsi en janvier, l'établissement a déploré 4 décès. Des contacts sont pris avec les hôpitaux et les assistantes sociales environnantes pour qu'ils soient prescripteurs de l'établissement dès qu'un de leurs usagers a le profil requis (en termes de dépendance mais aussi en termes de revenus car l'établissement s'adresse à une clientèle assez aisée). Ce souci d'optimiser le taux d'occupation amène aussi la direction à arbitrer entre les profils des patients admissibles en unité de vie protégée.

Si le taux d'occupation n'est pas bon, un autre tableau permet une analyse détaillée du chiffre d'affaires.

Un autre élément très regardé est le portage des repas. Défini comme un axe stratégique par le groupe, les établissements subissent une forte pression pour développer cette activité qui est vue aussi comme un moyen de capter de futurs résidents.

La qualité est elle aussi prise en compte dans des dispositifs formels. Outre les évaluations internes et externes (l'évaluation interne est en cours de finalisation), l'établissement doit, sur demande du groupe, remplir chaque année un auto-contrôle portant sur différentes thématiques qualité : hygiène et sécurité, tableau d'affichage, savoir-être avec les clients, abords extérieurs, etc. Chaque service rend son auto-évaluation à la directrice. Le tout est envoyé à la direction régionale du groupe. Le tableau se termine avec un taux de réalisation moyen. Les points qui ne sont pas remplis correctement font l'objet d'un plan d'action. L'objectif est d'être au plus près des 100%.

Par ailleurs l'établissement respecte la loi de 2002 en ce qui concerne la représentation des résidents : certains ont participé à l'évaluation interne et ils sont représentés dans le CVS. Néanmoins dans le premier cas, leur prise de parole est difficile face au personnel de l'établissement. Pour le CVS, une seule réunion a eu lieu depuis l'ouverture de l'établissement il y a deux ans. Si les familles ont pu s'exprimer par leurs représentants, là encore les représentants des résidents se sont montrés plus discrets. Les instances officielles ne semblent pas complètement adaptées à l'expression des résidents.

En revanche, ils s'expriment plus volontiers en face à face et la directrice entretient des contacts quotidiens avec les salariés et les résidents, ce qui permet aussi de contrôler la propreté, les règles de sécurité. Certains résidents en profitent parfois pour se plaindre du comportement du personnel, ou font part de leur impatience car ils attendent la toilette. Les remontées d'information font ensuite l'objet de discussion en équipe pluridisciplinaire. Il peut arriver que le planning des toilettes soit revu par l'infirmière. Néanmoins la direction de l'établissement a un pouvoir limité sur l'organisation des soins, domaine réservé de l'infirmière coordinatrice en raison du poids du secret médical.

Le traitement individualisé est également pris en compte directement par l'équipe soignante lors des réunions quotidiennes de transmission entre équipes. La traçabilité est assurée par l'intermédiaire d'un logiciel.

## **4 Discussion et conclusion**

Cette communication présente des apports sur le contrôle de gestion des EHPAD et sur le cadre théorique de la gouvernamentalité.

Le contrôle de gestion des EHPAD est encore peu étudié et quand il l'est, il porte davantage sur les dispositifs et indicateurs financiers. Or le contrôle financier s'inscrit dans le cadre plus large du contrôle organisationnel. Cette recherche montre que les aspects financiers répondent et encadrent les nombreux contrôles portant sur la qualité et rendent plus difficile la démarche d'individualisation pourtant prônée par la loi de 2002 qui se trouve cantonnée à des dispositifs informels pour des résidents qui parviennent à exprimer un mécontentement.

Les tensions sont nombreuses entre efficience et qualité, standardisation et individualisation. La multiplicité des tutelles et des agences qui véhiculent les normes gestionnaires (Belorgey, 2010) enserrant la direction des établissements dans un réseau de dispositifs qui ne leur

laissent que peu d'autonomie, ne leur laissant d'autres choix que de répercuter ces tensions vis-à-vis du personnel puis du patient. C'est très certainement un élément d'explication pour le malaise affiché par le personnel des EHPAD et les difficultés de recrutement du secteur, qui ne fait qu'aggraver le problème. Quant au résident, il n'a pour seule expression de son malaise que la plainte vis-à-vis d'un personnel sans solution. *« La gestion d'un ESMS est donc le grand écart permanent entre l'institution hétéronome et le sujet en quête d'autonomie. Le gestionnaire comme le travailleur social se bat alors contre lui-même, contre une schizophrénie assumée entre l'injonction sociale et le sujet pris en compte. Les logiques de résultats, de performance, logiques normatives sont des principes qui prétendent pouvoir améliorer l'efficacité des ESMS sans jamais se poser la question de l'hétéronomie de ceux-ci et donc du déterminisme des modes de gestion sur le personnel et sur les usagers. »* (Andrien, 2014). La résolution de la crise des EHPAD ne peut se dispenser d'une interrogation et d'une remise en cause de l'instrumentation de gestion et du dialogue entre établissements et tutelles.

A travers les dispositifs de gestion des EHPAD, la personne âgée dépendante apparaît comme un individu calculable (Towley, 1993), plus particulièrement comme un « patient quantifié » (Vaivio, 1999). Cette quantification est couverte par des indicateurs nombreux mais peu variés, portant essentiellement sur les pathologies et le manque d'autonomie de la personne. Le résident des EHPAD est ainsi l'objet d'un suivi très précis, voire intrusif, de gestes de soins standardisés, surtout quand ses capacités cognitives lui permettraient de décider par lui-même du type de surveillance et d'assistance dont il veut bénéficier.

La quantification produit un savoir pour l'établissement et les pouvoirs publics mais ne permet pas au résident d'enrichir son propre savoir et encore moins son pouvoir d'action. Au contraire on établit des règles de vie standardisées, sous prétexte qu'elles seraient « imposées » par son état de santé soigneusement évalué et pour son « bien », notamment sa sécurité. Cette recherche confirme ainsi que la discipline ne s'oppose pas au biopouvoir. Non seulement la biopolitique est une certaine manifestation de la discipline (McMillan, 2010) mais l'exemple des EHPAD montre que le biopouvoir, malgré un discours de liberté et de libre choix du résident, produit in fine un système disciplinaire où l'individu se voit imposer un certain nombre de traitements sans n'avoir d'autre pouvoir que de se plaindre.

La « personne âgée quantifiée » est un être « médical » mais pas un être « social ». Certes, on peut penser que les désirs, les envies des individus sont connus du personnel de l'établissement et qu'ils sont pris en compte dans les activités proposées. Mais, invisibles pour les tutelles, ils ne peuvent être pris en compte dans les financements et donc dans le temps du personnel, rendant difficile de fait l'individualisation des projets pourtant préconisés par la loi de 2002. L'individualisation s'avère complexe à mettre en œuvre. Si le recueil d'information pour l'individualisation des soins médicaux est balis, l'accès à l'être social et à ses besoins demande de faire appel à ses désirs, à ses envies et lui permettre de les exprimer sous forme de souhaits. La tâche est d'autant plus complexe que les facultés cognitives peuvent être dégradées. Le recueil des besoins qui peut se faire sous la forme d'un récit de vie (Vercauteren et al., 2010) nécessite alors du temps et l'instauration d'une relation de confiance. Cette démarche semble difficilement compatible avec la quantification et avec la volonté de standardiser la gestion des structures et l'utilisation du temps du personnel.

Les limites de cette recherche exploratoire sont nombreuses et donneront lieu, pour certaines d'entre-elles, à des investigations supplémentaires. Dans un premier temps une série d'entretiens avec les tutelles et notamment les ARS pourraient permettre de comprendre quel

usage réel est fait des dispositifs de gestion et comment les éléments qualitatifs sont pris ou pourraient être pris en compte. Ensuite, des études de cas pourraient se centrer sur les dispositifs de gestion utilisés par les établissements et la manière dont ils permettent de prendre en compte l'individualisation de l'accompagnement. L'exemple étudié est sans doute représentatif des établissements privés lucratifs mais les établissements publics ou privés associatifs sont susceptibles de développer d'autres usages des dispositifs de gestion. Des entretiens ou des observations du personnel soignant pourrait également permettre d'étudier les stratégies mises en place par le personnel, voire les résidents des établissements pour répondre à cette standardisation poussée et à ce pouvoir sur les gestes professionnels et sur les corps. Enfin, la parole des résidents, trop souvent absente des dispositifs de gestion, pourrait apporter un éclairage inédit sur la question.

## 5 Bibliographie

- Alvarez, S. (2014). Prévention et vieillissement: l'expérience individuelle du vieillissement face à la norme contemporaine du " bien vieillir" (Doctoral dissertation, Université de Grenoble).
- Andrien, L. (2014). Penser la gestion médico-sociale. *Revue française de gestion*, (6), 127-140.
- Beauvois, J. L., & Joule, R. V. (2010). *La soumission librement consentie*. Presses Universitaires de France.
- Berland, N., & Pezet, A. (2009). Quand la comptabilité colonise l'économie et la société. Perspectives critiques dans les recherches en comptabilité, contrôle, audit.
- Brivot, M., & Gendron, Y. (2011). Beyond panopticism: On the ramifications of surveillance in a contemporary professional setting. *Accounting, Organizations and Society*, 36(3), 135-155.
- Brown, W. (2015). *Undoing the demos: Neoliberalism's stealth revolution*. MIT Press.
- Chiapello, E. (1996). Les typologies des modes de contrôle et leurs facteurs de contingence: un essai d'organisation de la littérature. *Comptabilité Contrôle Audit*, 2(2).
- Delouette, I., & Nirello, L. (2016). Le processus de privatisation du secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 34(7), 387-408.
- Durand, J. P. (2009). *La chaîne invisible: travailler aujourd'hui: flux tendu et servitude volontaire*. Le Seuil.
- Dussuet, A., Nirello, L., & Puissant, E. (2017). De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social. *La Revue de l'IRES*, (1), 185-211.
- Ennuyer, B. (2001). Les outils d'évaluation de la dépendance dans le champ de l'aide à domicile ou comment le pouvoir des experts contribue à déposséder de leur vie les gens qui vieillissent mal !. *Gérontologie et société*, vol. 24 / 99(4), 219-232. doi:10.3917/gs.099.0219.
- Ezzamel, M., Willmott, H., & Worthington, F. (2004). Accounting and management-labour relations: the politics of production in the 'factory with a problem'. *Accounting, organizations and society*, 29(3-4), 269-302.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Editions Gallimard.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits (Vol. I)*. Paris: Gallimard, 724.
- Foucault, M. (2004). *Naissance de la biopolitique: cours au collège de France (1978-1979)*. Seuil.
- Giraud, O., & Lucas, B. (2011). Le care comme biopouvoir. *Travail, genre et sociétés*, (2), 205-210.

- Gordon, C. (1991). Governmental rationality: An introduction. *The Foucault effect: Studies in governmentality*, 1, 52.
- Hatchuel, A. (1999). Connaissances, modèles d'interaction et rationalisations-De la théorie de l'entreprise à l'économie de la connaissance. *Revue d'économie industrielle*, 88(1), 187-209.
- Hopper, T., Storey, J., & Willmott, H. (1987). Accounting for accounting: towards the development of a dialectical view. *Accounting, Organizations and society*, 12(5), 437-456.
- Hopwood, A. G. (1987). The archeology of accounting systems. *Accounting, organizations and society*, 12(3), 207-234.
- Hudon, P. A., & Mazouz, B. (2014). Le management public entre «tensions de gouvernance publique» et «obligation de résultats»: Vers une explication de la pluralité du management public par la diversité des systèmes de gouvernance publique. *Gestion et management public*, 3(4), 7-22.
- Iborra, M., Fiat, C. (2018). Rapport de la commission des affaires sociales sur les EHPAD, Assemblée Nationale
- Lambert, C., & Pezet, E. (2007). Discipliner les autres et agir sur soi: la double vie du contrôleur de gestion. *Finance Contrôle Stratégie*, 10(1), 183-208.
- Lancelle, A. (2016). Mesure et dé-mesure du care. Une étude de cas à partir des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). *Cahiers du GRM. publiés par le Groupe de Recherches Matérialistes–Association*, (10).
- Lecorps, P., & Paturet, J. B. (1999). Santé publique du biopouvoir à la démocratie. Ed. de l'Ecole nationale de la santé publique.
- Le Goff, J. P. (2002). La démocratie post-totalitaire. Éd. la Découverte.
- Lemaire, C., & Nobre, T. (2014). Le rôle des acteurs dans la gestion d'un projet d'implantation d'un tableau de bord dans le secteur médico-social. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32(7), 431-461.
- Libault (2019). Rapport de la concertation Grand Age et Autonomie
- Macia, E., Chapuis-Lucciani, N., Chev e, D., & Bo etsch, G. (2008). Entrer et résider en maison de retraite: des relations de pouvoir autour du corps. *Revue française des affaires sociales*, (1), 191-204.
- Macmillan, A. (2010). La biopolitique et le dressage des populations. *Cultures & conflits*, (78), 39-53.
- Mauss, H. (2016). Evaluation du pilotage de la démocratie sanitaire au sein des ministères sociaux. *Inspection générale des affaires sociales, Rapport, février*, 76-97.
- Meyer, J. W. (1986), "Social environments and organizational accounting", *Accounting, Organizations and Society*, vol. 11, n o 4-5, p. 345-356.
- Miller, P., & O'Leary, T. (1987). Accounting and the construction of the governable person. *Accounting, organizations and society*, 12(3), 235-265.
- Miller, P., & Rose, N. (1990). Governing economic life. *Economy and society*, 19(1), 1-31.
- Oakes, L. S., Townley, B., & Cooper, D. J. (1998). Business planning as pedagogy: Language and control in a changing institutional field. *Administrative Science Quarterly*, 257-292.
- Poster, M. (1997). *Cultural history and postmodernity: Disciplinary readings and challenges*. Columbia University Press.
- Ragaigne, A., Oiry, E., & Grimand, A. (2014). Contraindre et habiliter: la double dimension des outils de contrôle. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, 20(2), 9-37.
- Robson, K. (1992). Accounting numbers as "inscription": Action at a distance and the development of accounting. *Accounting, Organizations and Society*, 17(7), 685-708.
- Thomas, H. (2005). Le «m etier» de vieillard. *Politix*, (4), 33-55.
- Tinker, A. M., Merino, B. D., & Neimark, M. D. (1982). The normative origins of positive theories: ideology and accounting thought. *Accounting, Organizations and Society*, 7(2), 167-200.

- Townley, B. (2002). The role of competing rationalities in institutional change. *Academy of Management Journal*, 45(1), 163-179.
- Vaivio, J. (1999). Examining “the quantified customer”. *Accounting, Organizations and Society*, 24(8), 689-715.
- Vercauteren, R., Hervy, B., Schaff, J. (2010). *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées*. Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.verca.2010.01.
- Vidal, A. (2018). *Rapport d’information sur l’évolution de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d’évaluation*, Assemblée Nationale.