



## La lettre d'actualité bimestrielle de l'UFMICT-CGT à destination des directeurs et directrices de la Fonction Publique Hospitalière

**Spécial  
EHPAD**

### SCANDALE ORPÉA : EN TIRER (VRAIMENT) LES LEÇONS

**EDITO**

Ce n'est pas la première fois que les conditions d'accueil en EHPAD défraient la chronique. L'opinion s'en émeut, les reportages journalistiques se multiplient durant quelques semaines puis on remet le couvercle ... jusqu'au scandale suivant où le cycle se répète.

L'enquête de Victor Castanet avec « les Fossoyeurs » sera-t-elle un nouveau coup d'épée dans l'eau ou l'occasion d'inventer un autre système ?

Il y a quelques raisons d'espérer cette fois, car l'enquête a su aller au-delà du scandale de maltraitance individuelle pour interroger la racine du problème et les ravages causés par la financiarisation du secteur, la fameuse « silver economy ».

Les logiques de prédation d'un groupe capitaliste lucratif sur le dos des personnes âgées dépendantes sont mises à nu dans leur réalité la plus crue. L'enquête nous donne ainsi les moyens d'aller au-delà de l'indignation légitime, afin d'établir des exigences pour que ceci ne se reproduise plus.

Le premier enseignement à tirer est que la logique du marché n'a pas sa place dans notre champ professionnel. La recherche du profit est incompatible avec la qualité de la prise en charge. Plus de profit, c'est moins de qualité. Il n'y a pas de logique « gagnant-gagnant » dans ce système.

Partout où la financiarisation est à l'œuvre, les attentes des actionnaires écrasent toute autre considération et conduisent à la négation de la mission sociale de ces établissements.

Les groupes lucratifs n'ont pas leur place dans le champ médico-social. Ils représentent aujourd'hui, près de 20 % des capacités d'accueil.

Il ne s'agit pas de fermer ces établissements mais d'en reprendre le contrôle par une nationalisation et une intégration dans le secteur public.

Le second enseignement est que l'accroissement ponctuel des contrôles

#### SOMMAIRE :

**P.1-2 : Edito : Scandale ORPEA :  
En tirer (vraiment) les leçons**

**P. 3-5 : Réflexions autour de l'af-  
faire Orpéa**

**P. 5-10 : Les Ehpads dans la tour-  
mente**

Dates des différentes rencontres-  
réunions

**P. 11-19 : Des directions d'Ehpads  
captives des logiques de gestion et  
des vies sur ordonnance ultime**

« Infos Syndicales Directeurs et Directrices » est une publication bimestrielle de l'UFMICT-CGT.  
Adresse : [ufmict@sante.cgt.fr](mailto:ufmict@sante.cgt.fr)  
l'UFMICT-CGT

Si vous souhaitez vous désinscrire, si vous n'êtes plus concerné par notre activité, si vous ne recevez pas ce message sur votre adresse favorite, vous pouvez le faire en répondant à ce mail

à [ufmict@sante.cgt.fr](mailto:ufmict@sante.cgt.fr)  
avec pour objet "Désabonnement" ou "Correction". Merci !

ne permettra pas de garantir au long cours la qualité de la prise en charge.

A ce jour, peu de contrôles ont été effectués. Et quand ils l'ont été, c'est avec un retard qui a largement permis à Orpéa de prendre des mesures correctives pour mettre sous le tapis les dysfonctionnements les plus importants.



Les contrôles sont par ailleurs trop rares pour garantir la qualité au fil du temps. Les contrôles ne sont pas non plus adaptés pour mettre en question le modèle économique des groupes lucratifs.

Autant dire qu'ils serviront plus aux pouvoirs publics à se donner bonne conscience plutôt qu'à infléchir réellement la situation des Ehpad. On trouvera quelques lampistes mais les actionnaires continueront à dormir sur leurs deux oreilles.

Le troisième enseignement est que le scandale d'Orpéa doit aboutir à une prise de conscience collective de l'enjeu de société et de prise en charge que représente le vieillissement de la population et l'accroissement de la dépendance.

Au-delà des effets d'annonce des politiques en campagne électorale, c'est une réelle stratégie de déploiement qui est à conduire sur l'ensemble du secteur. Il faut clairement changer de braquet et donner au secteur les moyens de prendre en charge dans la dignité et le respect toutes les personnes dépendantes.

Cela suppose un plan de recrutement massif, une augmentation du nombre de places avec toutes les modalités de prise en charge (il y a beaucoup à dire aussi sur le secteur de l'aide à domicile) et surtout, des ratios d'encadrement qui soient complètement revus avec un minimum d'un soignant par résident.

Cette exigence forte portée de longue date par la CGT doit désormais se concrétiser.

Le quatrième enseignement porte sur la capacité d'investissement et de construction de structures médico-sociales. Le scandale d'Orpéa montre bien que le groupe privé s'est engouffré dans une brèche du système.

Notre sous-capacité chronique à investir sur fond public dans la construction de nouvelles structures a permis à Orpéa de fonder son modèle économique sur une capacité à financer de vastes programmes immobiliers qui sont ensuite revendus à des investisseurs qui attendent une rentabilité de plus de 5 % sur chaque place construite.

La charge de l'investissement initial ne pèse donc que très peu sur Orpéa qui en tire un profit maximum avec des établissements qui cherchent à comprimer les coûts de prise en charge pour offrir la rentabilité escomptée aux investisseurs.

Ce modèle conduit à une croissance exponentielle pour le groupe, une rentabilité exceptionnelle pour l'actionnaire et à l'horreur quotidienne pour le pensionnaire.

Il faut donc que les pouvoirs publics reprennent la main et retrouvent une capacité à investir massivement et à planifier un maillage territorial qui réponde en premier lieu aux besoins de la population vieillissante.

Cela suppose bien sûr que les acteurs politiques dont les liens avec les groupes privés lucratifs sont plus qu'ambiguës, à définir une véritable politique de santé publique et à s'y tenir.

Le scandale d'Orpéa a aussi jeté un regard cru sur le management des établissements. La « variable RH » est une clef de rentabilité et les directeurs ne sont là que pour être les courroies de transmission de la gestion au moindre coût.

On voit comment les directeurs de sites sont maintenus sous la coupe directe du siège avec quelques grands directeurs à la rémunération scandaleuse comme Yves Le Masne dont le salaire annuel atteignait des sommets (1,3 million d'€ annuel).

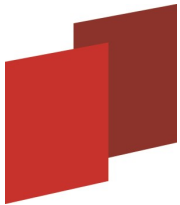
Ce système pyramidal où la base est tenue d'une main de fer par le sommet et où les directeurs ne sont qu'un rouage inféodé aux actionnaires invite à repenser complètement la gouvernance et l'équilibre des pouvoirs au sein des établissements.

Les directeurs doivent disposer d'un véritable droit d'opposition et d'alternative pour promouvoir le service public et résister aux intérêts privés pour faire valoir une logique de service public.

Seule, une formation initiale mettant l'accent sur le service public prenant racine sur les besoins de la population et non sur les impératifs économiques de gestion, sera à même de garantir une culture professionnelle partagée sur les enjeux du service public.

Les directeurs ne sont pas là pour rationaliser et gérer la pénurie mais pour définir et mettre en œuvre une politique publique au service de la population.

**Thomas Deregnaucourt**



## RÉFLEXIONS

### AUTOUR DE L'AFFAIRE ORPEA

À intervalles réguliers, les *media* se font l'écho d'affaires de maltraitance touchant les maisons de retraite. Elles sont « infâmes », elles sont décrites souvent comme des « mouvoirs » ou comme des « maisons où l'odeur âcre de linoléum vous saisit, où la vue de ces êtres humains éteints que l'on aligne comme des oignons devant une baie vitrée vous retourne l'estomac.

*Une maison où les vieux attendent la mort* » (Jean-Louis Pierre, *La vieillesse est un naufrage* in Le Bien Public, 9 janvier 2010). De là à mettre l'opprobre sur tout un secteur, il n'y a qu'un pas vite franchi par des journaux en mal de sensationnel.

Cependant, au-delà du succès de com., l'affaire ORPEA telle qu'analysée, décrite et décortiquée dans ses moindres détails par le journaliste Victor Castanet met l'accent sur un système qui dépasse de loin la seule multinationale Orpea.

Disons le tout net, il faut être d'une sacrée hypocrisie pour faire semblant de découvrir les pratiques d'Orpea qui sont en réalité celles de tout un secteur. Les exemples abondent.

Rappelons simplement ces conflits qui ponctuent l'histoire du secteur privé lucratif, dont le plus important est celui ayant affecté la maison de retraite *Les Opalines* à Foucherans dans le Jura.

Dans cet établissement, le personnel, très motivé, a été en grève pendant 117 jours (du 3 avril au 27 juillet 2017). Du jamais vu !

Rappelons aussi les émissions TV « Pièces à conviction – Maisons de retraite : les secrets d'un gros business » (19 octobre 2017), Envoyé spécial (septembre 2018) ou la mise sur le devant de la scène de graves dysfonctionnements dans le traitement du Covid au sein des établissements du groupe Korian avec un nombre particulièrement élevé de décès et de plaintes de familles.

Orpea et Korian ont la particularité de faire partie du secteur lucratif. D'une enquête de la DREES, il ressort que 20 % des places d'hébergement en Ehpad sont tenues par des organismes à but lucratif, les autres se partageant entre secteur public et secteur privé associatif.

Qu'ils soient publics ou privés (associatif ou lucratif), les Ehpad ont tous le même type de financement :

- Budget hébergement à charge du résident,
- Budget Dépendance à charge du Conseil Départemental,
- Budget Soins à charge de l'Assurance Maladie.

Les Ehpad du secteur lucratif perçoivent donc de l'argent public dans **les mêmes** proportions que les autres établissements. Déontologiquement parlant, c'est inadmissible, *a fortiori* pour certains de ces établissements cotés en bourse (c'est le cas de Korian, Orpea, LNA Santé).

Ce que décrit Victor Castanet est certes particulièrement choquant mais en soi, est-ce si anormal qu'une entreprise privée, cotée en bourse de surcroît, cherche à maximiser ses profits, à comprimer ses charges et à rémunérer ses actionnaires ? C'est le b.a. ba du fonctionnement de toute entreprise capitaliste.

Les dirigeants d'Orpea se situent dans un modèle capitaliste pur et dur et raisonnent à l'instar de n'importe quel patron d'hypermarché. Les rétrocessions sont une des pratiques courantes des Korian, Orpea et autres.

Chez Orpea, le directeur d'établissement n'a aucune autonomie, aucune latitude. Tout se passe au niveau de la direction générale. Les achats sont traités au siège.

Un directeur interrogé par Victor Castanet témoigne : « Ils ont des contrats-cadres avec de grandes entreprises qui sont totalement "maquées" avec eux. C'est comme les hypermarchés avec leurs fournisseurs.

C'est le même principe... c'est flippant. Les rétrocessions en fin d'année, elles doivent être terribles, terribles, terribles ! » Les acheteurs en centrale pratiquent comme dans la grande distribution en négociant des prix sur la base d'un marché-cadre annuel comprenant des RFA versées à la centrale. Voilà où va l'argent public !

Dans le secteur privé lucratif, le domaine des personnes âgées (l'or gris) est devenu une affaire rentable pour les actionnaires pour qui le sens de l'humain ne se marie guère avec le règne de l'argent.

Pour le directeur général délégué en charge de l'exploitation, Jean-Claude Brdenk (numéro 3 d'Orpea), les résidents ne sont que des chiffres, un

nombre de journées et rien de plus : « Patrick Métais me racontera que ce qui le choquait le plus, à l'époque, c'est que Jean-Claude Brdenk ne connaisse absolument rien aux questions de santé, au parcours ni à l'organisation des soins (...) »

Pour Brdenk, c'était totalement assumé, croit savoir Métais. Il nous disait, tout fier de lui : « Au début de ma carrière, j'ai vendu des baskets chez Go Sport. Eh bien, gérer des personnes âgées en maison de retraite, c'est exactement comme vendre des baskets. Mon but, à l'époque, c'était de vendre le maximum de baskets. Et aujourd'hui, c'est qu'on vende le maximum de journées de prises en charge. » »

Est-ce choquant ? Ce qui l'est, c'est la caution que l'État apporte à un tel système en fermant les yeux sur un mode opératoire, sur des pratiques douteuses (voire délictueuses), sur une maltraitance inhérente au fonctionnement.

Sur France Inter, Brigitte Bourguignon, ministre déléguée à l'autonomie, déclare : « c'est un système entier qui est dénoncé et c'est ça que je veux comprendre ». On rappellera tout de même que Brigitte Bourguignon, en fonction depuis le 6 juillet 2020, avait tout le temps de comprendre avant même la parution du livre de Victor Castanet.

Elle ne se souvient pas davantage avoir participé à un débat le 18 novembre 2020 sur le thème : « que se passe-t-il vraiment dans les EHPAD ? » Qu'il est triste d'avoir des ministres ayant si peu de mémoire et dotés d'une capacité de compréhension aussi lente !

À défaut, notre ministre aurait pu être un peu curieuse et elle aurait appris que ce système de rétro-commissions n'était pas nouveau : la question avait déjà été soulevée en 2014 et elle concernait le groupe Korian. Aussi peu de curiosité. Quel dommage !

Quid de la complicité de l'État ? Rien ne peut se faire sans son intervention : il est à l'origine des autorisations d'ouverture d'établissements ainsi que des financements ad hoc.

La maltraitance institutionnelle est régulièrement évoquée par certains acteurs de la profession, c'est-à-dire celle qui trouve son origine dans le manque de moyens mis à disposition par l'État. Davantage de moyens permettraient une meilleure qualité d'accompagnement dans les maisons de retraite.

Mais il est erroné de tout centrer sur l'insuffisance de moyens.

Quand à Neuilly, à l'Ehpad *Aux Bords de Seine*, il faut déboursier en moyenne 8 000 euros par mois pour avoir la « chance » d'avoir un hébergement et

les services afférents, il est mal venu d'évoquer le manque de moyens à moins que celui-ci soit voulu, organisé pour maximiser les profits.

L'autre tarte à la crème, à côté du manque de moyens, ce sont les contrôles : il faudrait des contrôles (ou il en faudrait plus).

C'est évidemment ridicule. Ces groupes ont un pouvoir de pression (voire de corruption) et les inspecteurs / contrôleurs ne pèsent d'aucun poids face à ces mastodontes.

Victor Castanet n'hésite pas à parler de « contrôles bidon », les moyens des autorités de l'État (ou Département) étant dérisoires face aux grands groupes privés : « Le constat est sans appel et provient de deux sommités du secteur de la santé.

L'État ne fait pas le poids face aux principaux gestionnaires d'Ehpad et n'a absolument pas les moyens de s'assurer de la bonne utilisation de l'argent public alloué à ces groupes. »

Les contrôles se heurtent à la réalité : « (...) on ne peut rien y faire si un Ehpad ne respecte pas nos injonctions ! C'est la limite de notre travail. On a très peu de marge de manœuvre pour contraindre un groupe privé à prendre des mesures. On ne peut pas mettre d'amende.

Ce n'est pas prévu. La seule option qu'on a, c'est de retirer l'autorisation d'exploitation de l'établissement. Mais, pour cela, il faudrait qu'un contrôle poussé soit réalisé par l'ARS et qu'il démontre que les résidents sont en danger. Ce qui a très peu de chances d'arriver... »

La vraie réponse consisterait à sortir le secteur privé lucratif des maisons de retraite où il n'a rien à faire. Il faut progressivement assécher ce secteur et cela est possible. Encore faut-il le vouloir !

Il suffit de programmer cet assèchement en quelques étapes :

- ne plus autoriser aucune ouverture d'Ehpad privé lucratif,
- parallèlement, organiser systématiquement et de façon inopinée des contrôles stricts et draconiens sur l'ensemble des groupes cotés en bourse (dans un premier temps) et des autres établissements lucratifs (dans un second temps),
- ne plus augmenter la dotation versée tant par l'État que par les Départements,
- avec pour objectif à terme, un financement par l'État et les Départements réservé exclusivement aux établissements publics ou participant au service public (associations, fondations).

À terme, les établissements lucratifs restants ne seront plus viables (départ d'actionnaires, difficultés de gestion) et ils devront être repris par l'État pour être confiés en gestion à des associations ou fondations existantes ou à créer.

Ne nous leurrions pas ! Pour qu'un tel schéma

aboutisse, cela suppose une rupture complète avec le Système existant, la définition d'une véritable politique vieillesse (qui n'a jamais existé dans ce pays !). Ce pourrait être un premier coup de frein à la privatisation généralisée (santé, éducation, culture, etc.)

**Yannick Sauveur**

<sup>1</sup>[https://www.francetvinfo.fr/sante/politique-de-sante/video-maisons-de-retraite-derriere-la-facade\\_2944473.html](https://www.francetvinfo.fr/sante/politique-de-sante/video-maisons-de-retraite-derriere-la-facade_2944473.html)

<sup>2</sup><https://www.20minutes.fr/societe/2754747-20200404-coronavirus-alpes-maritimes-ehpad-mougins-porte-plainte-mise-danger-vie-autrui> ,

<sup>3</sup>Victor Castanet, *Les fossoyeurs*, Fayard, 2020.

<sup>4</sup>Remises de fin d'année.

<sup>5</sup>Jean-Claude Brdenk, un homme retranché au siège d'Orpéa, un spécialiste des restructurations d'entreprises, un gestionnaire qui n'avait au départ aucun lien avec le secteur de la santé, qui décide si oui ou non tel établissement a besoin d'un poste d'aide-soignante en plus ou d'un budget plus important pour la restauration, les protections ou les dispositifs médicaux. (*Les fossoyeurs*, op.cit.)

<sup>6</sup>À l'époque, directeur médical de la branche « Cliniques ».

<sup>7</sup>Ibid.

<sup>8</sup><https://www.rfi.fr/fr/france/20220201-grand-%C3%A2ge-en-france-les-responsables-d-orp%C3%A9a-convoqu%C3%A9s-aux-minist%C3%A8res>

<sup>9</sup>[https://www.francetvinfo.fr/replay-magazine/france-3/pièces-a-conviction/pièces-a-conviction-du-mercredi-18-novembre-2020\\_4179637.html](https://www.francetvinfo.fr/replay-magazine/france-3/pièces-a-conviction/pièces-a-conviction-du-mercredi-18-novembre-2020_4179637.html)

<sup>10</sup><https://www.lejdd.fr/Societe/info-jdd-scandale-des-retrocommissions-dans-les-ehpad-privées-une-alerte-avait-déjà-été-lancée-en-2014-4090775>

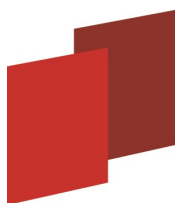
<sup>11</sup>Pour Pascal Champvert, responsable d'une association de directeurs du privé, la pénurie chronique de moyens serait un « scandale d'État ». Ce type de discours est totalement déconnecté de la réalité et peu crédible. À qui fera-t-on croire que le rationnement des protections, de l'alimentation, sont la résultante de la « pénurie chronique de moyens » ? Certainement pas aux résidents ou familles qui déboursent entre 6 000 et 10 000 euros par mois !

<sup>12</sup>« Aux Bords de Seine, la chambre d'entrée de gamme d'une vingtaine de mètres carrés coûte près de 6 500 euros par mois, et les tarifs grimpent jusqu'à 12 000 euros pour la grande suite avec salle de bains et dressing. 380 euros par jour et par personne, soit six fois le tarif moyen d'un Ehpad. Pourtant, à ce prix, tout n'est pas compris. Il faut encore payer l'accès à Internet (25 euros par mois), les appels téléphoniques (0,15 euro l'unité), l'entretien de votre linge, le coiffeur ou encore la pédicure. » (Victor Castanet, *Les fossoyeurs*).

<sup>13</sup>*Les fossoyeurs*, op.cit.

<sup>14</sup>Ibid.

<sup>15</sup>Des vœux pieux, des rapports, des plans, des intentions. Du rapport Laroque (1962) à celui de Mmes Caroline Fiat et Monique Iborra, députées, en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (mars 2018), rien qui ne s'est traduit en actes■



## LES EHPAD DANS LA TOURMENTE

### *L'âgisme à l'origine de la maltraitance*

Lorsque mon ami le Professeur Pascal Lardellier m'a proposé d'intervenir à votre huitième colloque, j'ai immédiatement accepté tant le sujet, LE RESPECT, fait partie de mes préoccupations. Cette notion, très sensible, du respect, s'agissant des personnes âgées et des institutions qui hébergent les moins valides d'entre elles, va m'amener à confronter et interroger l'âgisme, la maltraitance, le grand âge, tous sujets que je connais pour avoir été

-directeur de maison de retraite (je préfère ce mot à l'affreux acronyme Ehpad),

-responsable de diverses associations professionnelles,

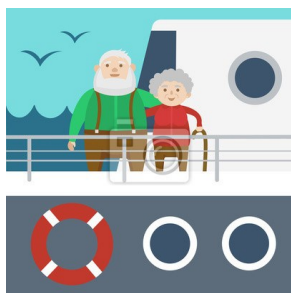
-mais également pour avoir mené des recherches sur la vieillesse et plus particulièrement sur les représentations de la vieillesse dans la France contemporaine.

\*\*\*\*\*



Pour illustrer mon propos, comment ne pas évoquer la mésaventure survenue à un couple de personnes âgées, Jean et Marie, qui projetaient de faire une croisière en Méditerranée pour fêter leurs cinquante ans de mariage :

Après avoir quitté Venise, le 13 mai (2018), pour une croisière qui devait durer huit jours, ce retraité a demandé à l'équipage de sécuriser la porte de la cabine, qui ne fermait pas de l'intérieur, pour éviter les fugues nocturnes de sa femme. "On a rencontré un médecin à bord qui a dit que la seule solution était de nous débarquer, alors qu'elle n'a jamais examiné mon épouse", poursuit Jean.



L'équipage débarque donc le couple à Brindisi, au sud de l'Italie, et se justifie alors en évoquant les risques pour la santé de Marie. Le couple se retrouve à 2 200 km de leur domicile et débourse près de 1 000 euros pour pouvoir rentrer. Pour Jean, il s'agit d'une "discrimination" car, selon lui, la maladie de sa femme ne l'exposait pas à plus d'insécurité que d'autres voyageurs.

Contacté par la presse, le directeur de MSC Croisières en France refuse de rembourser le couple mais se dit prêt au dialogue : "Si toutes les dispositions sont prises en amont, nous sommes d'accord pour faire une belle réduction sur une nouvelle croisière."

Cet exemple parfait de discrimination, outrancier à souhait dans le cas présent, paraîtrait anecdotique s'il n'était que trop représentatif du traitement des vieux dans notre société.

\*\*\*\*\*

Replacer les Ehpad dans leur contexte, à savoir mettre en lumière cette tourmente qui les a mis sur le devant de la scène, est inséparable de la question de l'âgisme. Comment le définir ? Notons en premier lieu que le mot est récent puisqu'il fait son apparition dans l'édition de 1989 du *Larousse universel* ; sans doute faut-il y voir là l'émergence d'une thématique nouvelle liée à la démographie :

-l'accroissement du nombre de personnes âgées du fait de l'allongement de l'espérance de vie : la France compte au 1<sup>er</sup> janvier 2018 plus de quatre millions de personnes de plus de quatre-vingts ans,

-avec pour conséquence immédiate l'émergence de nouvelles problématiques :

- Quelle place réserver aux personnes âgées dans la société ?

- Quel est le regard de la société sur la vieillesse ?

Le *Larousse universel* définit l'âgisme comme suit :

*Attitude de discrimination ou de ségrégation à l'encontre des personnes âgées.* La réalité observée implique, selon nous, qu'à cette attitude active on y ajoute des éléments d'ordre passif, souvent plus insidieux, ainsi des stéréotypes et des préjugés. L'âgisme se retrouve aussi dans les propos apparemment les plus anodins. Que n'a-t-on entendu plus d'une fois l'expression « retomber en enfance » signifiant par là même que les personnes âgées ne seraient plus des personnes adultes, c'est-à-dire ne seraient plus responsables. La banalisation est souvent le fait d'éléments de langage ordinaires, ainsi dire de quelqu'un qu'il « ne fait pas son âge » ou qu'il est « toujours aussi jeune », voire « être incroyable pour son âge », ou s'étonner « d'avoir encore toute sa tête » à 80 – 85 – 90 ans ou plus. D'autres sont moins anodins : la « tyrannie de l'âge » (Jacques Attali), « (...) Il faut donc reconsidérer la solidarité entre générations qui s'effectue aujourd'hui au profit des anciens sur le dos des jeunes » (Daniel Cohn-Bendit).

Une des caractéristiques de l'âgisme est qu'il est d'abord le fait des élites. Voici quelques exemples particulièrement éclairants :

- Martin Hirsch, Haut-commissaire aux Solidarités actives contre la pauvreté et à la jeunesse (mai 2007-mars 2010) sous les gouvernements Fillon, directeur général de l'AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) depuis novembre 2013 déplore : « Une société vieillissante, c'est quand même une société angoissante. Angoissante pour les jeunes. C'est une société conservatrice (...) et il poursuit : « Il faut refaire le suffrage censitaire et donner deux voix aux jeunes quand les vieux en ont qu'une. Il faut donner autant de voix qu'on a d'années d'espérance de vie (...) Quelqu'un qui a 40 ans devant lui devrait avoir 40 voix, quand celui qui n'a plus que 5 ans devant lui ne devrait avoir que 5 voix. » (Emission de France Inter « *La jeunesse, tu l'aimes ou tu la quittes* » le 27 juillet 2010 cité dans *L'observatoire de l'âgisme*, Martin Hirsch, vote censitaire et espérance de vie, 6 août 2010).

- Yves Michaud, philosophe et président de l'Université de tous les savoirs, sur France Culture se pose « la question d'une fin de la vie citoyenne. Je pense que tôt ou tard il faudra envisager qu'il y ait un âge de la retraite du citoyen. Moi je verrais bien des gens votant par exemple entre 16 ans et 80 ans. Et puis, à 80 ans, on arrête. » (Émission *L'Esprit Public*, France Culture, 4 juin 2006, cité dans Jérôme Pellissier, *La guerre des âges*, p.41).

- Jean-François Copé, alors responsable politique U.M.P., raillant les candidats du Front National aux élections cantonales de mars 2011, cite parmi divers exemples un nonagénaire « né en 1917 et qui réside dans une maison de retraite » (Dépêche A.F.P. du 25/03/2011). Double stigmatisation, de l'âge et de

l'habitat. Pour ce dirigeant politique, à partir de quel âge n'aurait-on plus le droit de se présenter à une élection ? Le fait de résider en maison de retraite serait-il incompatible avec l'éligibilité ?

• Les vieux votent mal ? Faisons en sorte que leur voix compte moins ! Les Anglais ont mal voté et cela ne doit pas se produire en Suisse : c'est ce que pense, assurément, la conseillère d'État et conseillère nationale zurichoise Jacqueline Fehr à propos du « oui » au Brexit pour lancer semblable proposition ! Les « vieux » seraient, selon les derniers sondages anglais, responsables du « oui » au Brexit ?

• Et Jacqueline Fehr précise sa pensée : si chaque voix des 18 à 40 ans devait compter double, celle des 40 à 65 se réduirait à 1,5 et les plus de 65 ans à 1.

« Un malus vieillesse », en quelque sorte, en opposition à un « bonus jeunesse ». (*Vous croyez que je délire ? Pas du tout !*, article de Caroline Artus in Boulevard Voltaire du 3 juillet 2016).

On pourrait multiplier les exemples de banalisation du racisme anti-vieux dans nombre de domaines (citoyenneté, emploi, permis de conduire, etc.)

Voilà donc très précisément ce qu'est l'âgisme, « le plus vieux des racismes, le mieux ancré », selon Robert Moulias (*Vivre dans la dignité, un combat pour demain*).

L'âgisme prospère parce qu'il se nourrit d'un climat culturel gérontophobe, contexte qui rejaillit nécessairement sur l'environnement des personnes âgées dans son ensemble et contribue à déprécier les établissements et services, les personnes qui y travaillent.

Pour comprendre ce qu'est l'âgisme, transposons et imaginons, par pure hypothèse, que notre société soit imprégnée d'une culture raciste, c'est-à-dire que le discours discriminant raciste, celui des élites, soit clairement affiché, développé, revendiqué. Or, ce qui, en pareil cas de figure, est proprement inimaginable, ne pose aucun problème, ne semble choquer personne lorsqu'il s'agit de discriminations fondées sur l'âge. Et pourtant, si les discours raciste ou sexiste n'ont plus droit de cité et sont passibles des tribunaux, l'âgisme l'est également tout autant.

Et cependant, les dispositions législatives existent et s'appliquent à tous types de ségrégation, âgisme compris. Ainsi, le traité d'Amsterdam du 2 octobre 1997 a donné compétence à l'Union européenne pour lutter contre toutes les formes de discriminations. Il introduit dans le Traité de Rome un article 13 qui stipule que le conseil « peut prendre les mesures nécessaires en vue de combattre toute discrimination fondée sur le sexe, la race ou l'origine ethnique, la religion ou les convictions, un handicap, **l'âge** ou l'orientation sexuelle ».

La culture âgiste, largement véhiculée dans la société est la seule explication à ce traitement différent en ce qui concerne les discriminations liées à l'âge. La responsabilité en incombe aux élites, politiques, médias qui, hormis quelques voix bien solitaires, sont parties prenantes, et à tout le moins complices, de cette imprégnation culturelle âgiste.

Or, au plus haut sommet de l'État, les vieux, parmi lesquels des millions de retraités, ne semblent pas avoir le vent en poupe auprès d'un président de la République qui ne manifeste guère d'empathie pour cette catégorie de la population qui représente pourtant une proportion non négligeable de son électorat. Le samedi 23 mars, lors d'une manifestation des Gilets Jaunes à Nice, une dame de soixante-treize ans, absolument pacifique, est renversée à terre à la suite d'une charge de la police. La gravité de son état (plusieurs fractures au crâne) ne fait aucun doute, la responsabilité des forces de l'ordre est patente. En guise de réaction, Emmanuel Macron déclare au journal *Nice Matin* (25/03/18) : « Je lui souhaite un prompt rétablissement et peut-être une forme de sagesse. Je souhaite d'abord qu'elle se rétablisse au plus vite et sorte rapidement de l'hôpital, et je souhaite la quiétude à sa famille. Mais, pour avoir la quiétude, il faut avoir un comportement responsable. Quand on est fragile, qu'on peut se faire bousculer, on ne se rend pas dans des lieux qui sont définis comme interdits et on ne se met pas dans des situations comme celle-ci. » La maladresse des propos n'échappera à personne et suscitera de vives réactions à l'instar de Susan George (84 ans), présidente d'honneur de l'association ATTAC qui insistera sur l'âge : « Nous avons plus de 70 ans et nous ne voulons plus avoir peur de manifester sous la présidence d'Emmanuel Macron ! » Les propos du chef de l'État ont, en effet, été perçus comme particulièrement blessants et ressentis comme une atteinte au droit de manifester pour les personnes âgées. Les leçons de morale (« une forme de sagesse », « un comportement responsable ») et la référence à une supposée fragilité liée à l'âge (« quand on est fragile ») ont été vus comme une provocation. Cet exemple démontre, s'il en est besoin, les limites de la loi lorsque le climat culturel est hostile.

En effet, en dépit des textes, malgré la loi, l'âge reste le premier facteur de discrimination dans l'emploi et la France souffre d'un déficit de l'emploi des seniors, situation qui singularise la France selon la sociologue Anne-Marie Guillemard.

Les diverses enquêtes d'opinion constatent cette permanence en matière de discrimination par l'âge. De l'enquête Eurobaromètre relative à la « discrimination dans l'UE en 2012 », il ressort que plus de la moitié des Européens (54 %) estiment que l'âge d'un candidat, s'il a plus de 55 ans, serait un obstacle. Ce facteur vient en premier devant

l'apparence (45 %), le handicap (40 %), la couleur de peau ou l'origine ethnique (39 %).

La même enquête révèle l'importance de l'impact de la crise économique sur le marché du travail : 67 % des Européens considèrent que la crise économique engendre plus de discriminations à l'égard des travailleurs plus âgés (en particulier ceux qui ont plus de 55 ans). Le handicap (53 %) et l'origine ethnique (52 %) viennent ensuite.

45 % des Européens estiment que la discrimination à l'encontre des personnes de plus de 55 ans est répandue. La situation inégalitaire dans laquelle se trouvent les travailleurs âgés de plus de 55 ans explique pour une part le chômage élevé de cette catégorie de population et ce, d'autant plus qu'il ressortait d'une enquête précédente que pour la moitié des Français une personne « ne peut plus effectuer son travail efficacement » à partir de 50 ans.

Outre l'accès à l'emploi, les discriminations liées à l'âge concernent également les refus d'assurance, de crédits ou d'accès au logement.

\*\*\*\*\*

Examinons maintenant le lien entre Ehpad, âgisme et maltraitance, qui va nous aider à comprendre pourquoi ces établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ou EHPAD) sont *dans la tourmente*. On notera au passage, avec l'utilisation du vocable Ehpad, un bel exemple d'âgisme sémantique avec de surcroît la stigmatisation liée au terme « dépendance ». Il est vrai que les technocrates du ministère de la Santé sont friands des acronymes puisque leur imagination (rarement bien inspirée !) est à l'origine non seulement des Ehpad, mais également des UHR (« unités d'hébergement renforcé »), des USLD (unités de soins de longue durée), de la grille AG-GIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources), du GMP (Gir Moyen Pondéré), de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) qui a remplacé la PSD (Prestation Spécifique Dépendance). Voilà pour l'âgisme technocratique et l'usage immodéré de sigles. Dans ces mêmes cabinets ministériels, on parle de « maintien à domicile », de « prise en charge », de « gestionnaires de cas ». On n'aura pas la naïveté de croire qu'il s'agit de maladroites. Quant au vocable « dépendant » employé à toutes les sauces (« dépendance », « personne âgée dépendante ») il ne concernerait plus que le public des personnes âgées. Une personne handicapée de moins de 60 ans n'est pas « dépendante ». Les dépendances à l'alcool ou au tabac ont laissé la place aux addictions. Le mot « dépendant » est réservé aux plus de 60 ans. Là aussi, la stigmatisation est à l'œuvre. Quel symbole !

Quitte à faire « vieux jeu », et ne souhaitant pas

succomber à l'âgisme sémantique, je préfère parler de maisons de retraite. En toute simplicité !

La *tourmente* que j'évoque est ce mouvement totalement inédit qui s'est produit au début de l'année 2018 et qui a réuni un peu partout en France des milliers de personnes provenant tant des maisons de retraite que du secteur de l'aide à domicile. À ce propos, il importe de signaler que si les feux de la rampe sont toujours braqués sur les « infâmes » maisons de retraite (décrites souvent comme des « mouvoirs » ou comme des « maisons où l'odeur âcre de linoléum vous saisit, où la vue de ces êtres humains éteints que l'on aligne comme des oignons devant une baie vitrée vous retourne l'estomac. Une maison où les vieux attendent la mort », Jean-Louis Pierre, *La vieillesse est un naufrage* in Le Bien Public, 9 janvier 2010), en réalité les problèmes des personnes âgées sont essentiellement ceux du domicile, qu'il s'agisse des personnes elles-mêmes ou des salarié(e)s. À cette journée de protestation de sensibilisation de janvier 2018 participaient des professionnels, syndiqués ou non, des directeurs de maisons de retraite et de services d'aide à domicile, des familles, des bénévoles. Toutes et tous exprimaient leur ras le bol et exigeaient plus de moyens pour un accompagnement de qualité des personnes âgées. Les thèmes le plus souvent évoqués sont les suivants : « un manque cruel de moyens », « des conditions de travail dégradées », la faiblesse des rémunérations dans le secteur de l'aide à domicile, véritable parent pauvre du secteur Personnes âgées.

Ce mouvement couvait depuis un moment, il est la résultante de divers conflits, le plus important étant celui ayant affecté la maison de retraite *Les Opalines* à Foucherans dans le Jura. Dans cet établissement appartenant au secteur privé lucratif, le personnel, très motivé, a été en grève pendant 117 jours (du 3 avril au 27 juillet 2017). Du jamais vu ! Ce conflit fortement médiatisé a fait connaître au grand public les problématiques du grand âge en établissement, ou suffisamment pour que dans l'urgence une commission parlementaire se réunisse à l'été 2017 et remette son rapport dans un temps record et tout à fait inhabituel (septembre 2017). Ce qui était dénoncé depuis longtemps par les professionnels a été acté par la députée Monique Iborra (LREM, Haute-Garonne), à savoir les sous-effectifs et les conditions de travail difficiles.

Les mouvements de 2018 (30 janvier, 15 mars) sont la conséquence directe de la médiatisation de la grève de Foucherans : nombre d'articles de presse, la venue du député François Ruffin à Foucherans (25 juillet 2017) et son intervention à l'Assemblée Nationale : « Madame la Ministre, elles sont en grève depuis 100 jours à l'EHPAD de Foucherans. Ces soignantes vous ont écrit, sans réponse » (19 juillet 2017) et enfin l'émission TV



« Pièces à conviction – Maisons de retraite : les secrets d'un gros business » (19 octobre 2017), autant d'événements favorisant un climat propice pour qu'émergent ces mouvements de 2018 dont l'originalité tient à l'unité d'action, tout à fait nouvelle, de la totalité des syndicats de salariés d'une part CFDT, CFE-CGC, CFTC, CGT, FA-FP, FO, FSU, SUD, UFAS et UNSA et d'une association de directeurs, d'autre part, l'AD-PA (Association des Directeurs au service des Personnes Agées).

\*\*\*\*\*

La mise sur le devant de la scène des conditions de travail des personnels travaillant en institutions pour personnes âgées a permis, par ricochet, de médiatiser la vieillesse en tant que sujet de société en rendant visibles des invisibles.

-Invisibles parce qu'ils sont confinés au domicile ou en maisons de retraite, lesquelles sont encore majoritairement... à la campagne, loin de tout, loin des centres où on ne les voit surtout pas. Le coût du foncier, souvent invoqué, ne saurait être l'unique explication de l'éloignement des villes.

-Invisibles pour évacuer le problème (sic) de la vieillesse conçue comme un *fardeau* (ainsi qu'elle est élégamment présentée par les experts patentés).

-Invisibles dans une société gérontophobe qui s'alimente du jeunisme érigé en valeur : « *il importe d'avoir l'air jeune, de se comporter comme un jeune, d'avoir les goûts des jeunes, et encore de penser comme un jeune.* » Au nom des canons d'une société jeuniste, il n'y a plus de vieux ou du moins il ne faut pas les voir, pas en parler ou simplement montrer des vieux-jeunes, c'est-à-dire des stars qui, botox aidant et retouches chirurgicales, veulent continuer à paraître jeunes.

-invisibles pour ces milliers de personnes qui se suicident chaque année. La France est le pays qui détient le plus fort taux de suicides des plus de 75 ans. Le suicide de la personne âgée reste un sujet tabou et peu débattu, que la société préfère ignorer. Par le suicide, les personnes âgées viennent rappeler qu'elles existent dans une société qui les nie.

-Invisibles car la vieillesse symbolise la mort. En cachant la vieillesse, en la repoussant le plus tard possible, on occulte la mort. Celle-ci étant devenue majoritairement l'apanage du grand âge, elle renvoie une vision jugée insupportable de la vieillesse : handicaps physiques, démence, qui heurtent la conception jeuniste de la société et son corollaire, la capacité de jouir sans limites. Au surplus, cette angoisse de la mort, selon le psychiatre Jean Maisondieu, expliquerait la démence : « À les observer, à essayer de communiquer avec eux, je suis

arrivé à cette conclusion qu'ils se démentifiaient surtout parce qu'ils mouraient de peur à l'idée de mourir.

Le cerveau des patients alzheimeriens est peut être altéré, mais ces malades sont surtout malades de peur. » (J. Maisondieu, *Le crépuscule de la raison*).

\*\*\*\*\*

Le lien âgisme et maltraitance

Mon présupposé est que la société produit cette maltraitance, de même que le jeunisme nourrit l'âgisme, la gérontophobie ambiante rejaille automatiquement sur les maisons de retraite et sur l'ensemble des personnels qui travaillent auprès des personnes âgées, avec des conséquences évidentes en matière d'emploi : métiers peu qualifiés, mal rémunérés, absence de reconnaissance, manque d'intérêt pour les métiers d'accompagnement du grand âge à tel point que les services de Pole Emploi dirigent systématiquement les personnes en recherche d'emploi vers les services d'aide à domicile ou les maisons de retraite, le plus souvent via des « contrats aidés ».

Il serait vain de nier les phénomènes de maltraitance dont les médias se repaissent à intervalles réguliers en se faisant l'écho principalement de ce qui ne va pas. Récemment, les médias ont accordé une publicité disproportionnée à un livre dont le titre, *Tu verras maman, tu seras bien*, fait davantage penser à un produit de marketing qu'à un ouvrage de réflexion. Pour son auteur, Jean Arcelin, « le business des seniors est impitoyable » (*Le Parisien*, 27 février 2019). Certes, dans le secteur privé lucratif, le domaine des personnes âgées est devenu une affaire rentable pour les actionnaires pour qui le sens de l'humain se marie guère avec le règne de l'argent.

Cependant la généralisation étendue à l'ensemble des institutions pour personnes âgées nous paraît hâtive et suspecte ; elle l'est d'autant plus que ne sont jamais évoqués ou approfondis les éléments de contexte. En réalité, la responsabilité de l'État, en raison de la faiblesse de moyens octroyés, est flagrante et la maltraitance principale est en amont, celle de la maltraitance institutionnelle. Un manque de moyens, c'est un manque de temps, un accompagnement insuffisant, une qualité de soins qui laisse à désirer, du stress voire du *burnout* pour le personnel et des risques de dérapage ou de maltraitance.

Rien ne sera résolu tant qu'il n'y aura pas une approche réellement humaine de la vieillesse, tant que le travail en maison de retraite sera présenté comme une « punition » ! et tant qu'il subsistera une hiérarchie de métiers, hiérarchie non formelle mais bien réelle car être médecin urgentiste ou soignant en réanimation est plus gratifiant qu'être gériatre en maison de retraite ou soignant dans un service de soins infirmiers à domicile.

On pourra toujours se consoler en se disant que certains pays, ainsi le Japon, sont plus mal lotis puisque de plus en plus de retraités choisiraient la prison pour fuir la misère.

À la liberté dans la misère, de nombreux retraités japonais préfèrent la sécurité alimentaire et médicale dans la prison. Un retraité japonais l'a expliqué dans un article du *Monde* : « *Demain j'irai à la prison voir un ami, ce n'est pas un criminel, il a mon âge [78 ans] et il a été arrêté pour un vol à l'étalage dans une supérette. Il voulait se faire arrêter. En prison, il a chaud, il est nourri et s'il est malade, on s'occupe de lui... Comme il est récidiviste, il en a pris pour deux ans... Un jour il faudra peut-être que je fasse comme lui.* »

Dans le même article, on peut lire que « 21,1 % personnes arrêtées en 2017 avaient plus de 65 ans. En l'an 2000, cette tranche d'âge ne représentait que 5,8 % de la population carcérale. »

Pour ne pas en arriver là, une grande politique de la vieillesse devrait se fixer comme ambition d'aller bien au-delà des questions purement géro-geriatriques en créant les conditions d'une véritable harmonie des âges de la vie, en ayant à l'esprit que « l'un des privilèges de la vieillesse, c'est d'avoir, outre son âge, tous les âges. » (Victor Hugo).

**Yannick Sauveur**

<sup>1</sup>C'est à dessein que j'emploie les mots « vieux », « vieillesse » avec le souci d'une réhabilitation de la vieillesse.

<sup>2</sup>Association pour la taxation des transactions financières et pour l'action citoyenne.

<sup>3</sup>[https://www.youtube.com/watch?v=OOzaMWBcCdw&fbclid=IwAROUWLSLRM8Z3qNAHLM-voF\\_CzAWTSFRji06kt1O3N1TvqcZJjQAd\\_Ls5Nql](https://www.youtube.com/watch?v=OOzaMWBcCdw&fbclid=IwAROUWLSLRM8Z3qNAHLM-voF_CzAWTSFRji06kt1O3N1TvqcZJjQAd_Ls5Nql)

<sup>4</sup>Philippe Pons, De plus en plus de Japonais âgés se font arrêter pour aller en prison, *Le Monde*, 14 janvier 2019.

## Bibliographie :

ANCET P., MAZEN NJ., MOUREY F., PFITZENMEYER P., *Viellir dans la dignité un combat pour demain*. Les Etudes Hospitalières, 2009.

DEBOUT M. (rapport du groupe de travail présidé par) *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées* - Editions ENSP, 2003.

JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., *Un programme pour la gériatrie*, rapport commandé par Xavier BERTRAND, ministre de la santé et des solidarités et par Philippe BAS, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, avril 2006.

LARDELLIER P. *Cachez ces vieillards que nous ne saurions voir... ou les médias malades du jeunisme* Association Hospitalière Rougemont-le-Château 2011.

MAISONDIEU J. *Le crépuscule de la raison* – Bayard, 2001.

OLLIVIER J.-P. *Demain, les vieux !* CNRS Editions, 2011.

PELLISSIER J. *La guerre des âges* - Armand Colin, 2007.

PFITZENMEYER P. *Prendre soin du grand âge vulnérable – Un défi pour une société juste* - L'Harmattan, 2010.

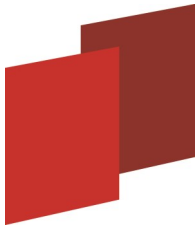
SAUVEUR Y., *Images de la vieillesse dans la France contemporaine. Ambiguïtés des discours et réalités sociales*. Editions Universitaires de Dijon 2013.

SAUVEUR Y. *Quelle représentation de la vieillesse aujourd'hui ? Le jeunisme dans la société comme élément explicatif*, Histoire des Sciences Médicales, Tome XLVII – N° 4 – 2013.

SAUVEUR Y. *La maltraitance des personnes âgées. L'envers du décor*. Editions L'Harmattan, Coll. Des hauts et débats, 2015.

TAVOILLOT Pierre-Henri *Faire ou ne pas faire son âge*, Editions de l'Aube, 2014.

VEYSSET B. *Dépendance et vieillissement* – L'Harmattan, 1989 Coll. Logiques sociales.



## DES DIRECTIONS D'EHPAD CAPTIVES DES LOGIQUES DE GESTION ET DES VIES SUR ORDONNANCE ULTIME

Le présent témoignage porte sur l'évolution des logiques de gestion dans le fonctionnement et la direction des établissements médico-sociaux. S'y exprime donc la singularité d'une expérience de direction de ce type d'établissement public depuis 12 ans, en tant qu'adjoint ou directeur, dans le secteur du handicap (IME, SESSAD, ITEP notamment) et celui des personnes âgées (EHPAD).

Les logiques de gestion se sont progressivement renforcées à bas bruit dans le quotidien des établissements et de leurs directions, au point d'en saper technocratiquement les fondements d'exercice opérationnel et légitime.

Il est d'abord important de commencer par faire un constat et une analyse concernant la situation de gestion qualitative et quantitative de la pénurie de base – par trop rendue imperceptible-, des établissements médico-sociaux, en prenant pour exemple la situation des EHPAD.

Qualitativement, nous partons du principe qu'il est déjà connu de tous que les EHPAD font l'objet depuis longtemps de questionnements sur la qualité et l'humanité des accompagnements qui y sont mis en place au quotidien tant en matière d'isolement, de manque d'animations, de manque de soins, de risques de maltraitance des personnes âgées vulnérables qui y sont hébergées, autant que de manque d'humanité dans la fin de vie. Nombreux sont les reportages et vidéos publiés dans ce domaine ayant montré les dérives du modèle même des EHPAD et de leur fonctionnement actuel, tout particulièrement dans le secteur privé lucratif, mais pas seulement. La « Silver économie » est de plus un secteur très lucratif d'avenir sur lequel de grands groupes se sont déjà taillés des parts de marché substantielles sur des bases commerciales incompatibles avec les moyens économiques dont disposent des personnes âgées aux faibles retraites, de même qu'avec les apports de la solidarité nationale au titre de l'aide sociale.

Pourtant, face à ces dérives et de manière à prévenir de tels problèmes circonscrits ponctuellement à certains EHPAD objets de graves manquements, des savoir-faire existent réellement et sont mobilisés au mieux pour nos aînés au quotidien, dès lors que suffisamment de moyens sont disponibles pour se faire. Dans ce sens, plusieurs démarches méthodologiques qualitatives et formatrices existent dans le secteur des EHPAD afin de développer et d'adapter l'apport pluridisciplinaire et relationnel

dans la prise en charge en évitant les écueils de la routinisation instrumentale des accompagnements de la dépendance dans la vie quotidienne, de renforcer la « bienveillance » (tout simplement l'humanité des accompagnements et des soins) et de prévenir toute forme de maltraitance.

Si la méthode dite « Montessori » utilisant beaucoup la dynamique de groupe est particulièrement utilisée depuis longtemps dans le secteur de l'enseignement ou de l'éducation adaptée auprès des personnes en situation de handicap, notamment des enfants, la démarche dite « Humanitude » est particulièrement développée dans bon nombre d'EHPAD, même si ce n'est pas la seule. Cette méthode suppose beaucoup de temps de formations coûteuses des professionnels, mais aussi des conditions de mise en œuvre qui s'avèrent chronophages et contradictoires avec les logiques de gestion et leurs pressions sur les conditions de travail des soignants notamment, l'encadrement et même la direction. En effet, cette méthode peut être utilisée par toute aide-soignante lors de tous ses contacts avec la personne âgée, lors du lever ou du coucher, de la toilette plus ou moins autonome ou accompagnée (de la simple indication à la toilette totale équipée au lit pour les résidents « grabataires » en passant par le transfert /fauteuil roulant en salle de bain pour douche plus ou moins aidée), lors de l'habillage ou du déshabillage, de la prise des différents repas, des moments de détente/convivialité (participation à des animation, etc.). Cette méthode qualitative part du constat que les métiers du soin et de l'accompagnement des personnes âgées sont avant tout des métiers de la relation dans tous les sens du terme, et ce pas seulement de la relation de soin. Elle repose donc sur 4 « piliers » : le regard (le regard entre soignant et résident doit s'échanger face à face, les yeux dans les yeux, à hauteur de visage), la parole (elle doit annoncer et expliquer chaque geste), le toucher (il s'agit par cette méthode de transformer le toucher « utilitaire » en toucher « tendresse » et la verticalité (selon les inventeurs de cette méthode une personne âgée « correctement accompagnée » doit pouvoir « vivre debout, la verticalité étant vecteur d'humanité dans la vie humaine, ce qui implique de lever la personne aussi souvent que faire se peut et s'avère souhaitable). Or, cette méthode faite aussi de techniques et d'utilisation de matériels peut être utilisée de manière pluridisciplinaire et partagée entre AS et infirmier(e)s, ergothérapeutes, psychomotricien(ne)s,

etc. Pour pouvoir se mettre en place, des toilettes évaluatives de chaque résident doivent se prévoir de manière pluridisciplinaire et s'inscrire dans le plan de soin individualisé et le plan d'accompagnement individualisé. Cette méthode est donc à même de faciliter l'élaboration d'une culture professionnelle partagée, et donc aussi de contribuer à la solidarité et la cohésion d'équipes d'autant mieux fédérées autour d'un encadrement et d'une direction dès lors que ceux-ci sont également mobilisés dans ce sens pour se faire, en lien avec les familles.

Or, pour se concevoir et se mettre en place de manière effective et appropriée collectivement et individuellement par les personnels, une telle méthode ne peut que se heurter aux contraintes de temps de travail disponible par soignant, c'est-à-dire aux contraintes d'effectifs et de moyens. C'est à juste titre que la CGT préconise depuis des années la revalorisation et la qualification des métiers en EHPAD et le dégagement de moyens dans ce sens, moyens adéquatement estimés en ratios à un soignant au pied du lit de chaque résident hébergé tandis que ces ratios varient de fait aujourd'hui autour de 0,40 à 0,70 dans le meilleur des cas.

Pourtant, malgré cette situation de gestion quantitative et qualitative de moyens insuffisants, les logiques de gestion n'ont fait que s'accroître et s'imposer de manière extrinsèque au travers de la mise en place de procédures réglementaires et comptables étendues à toutes les dimensions du fonctionnement d'un établissement, de même à peu de chose près qu'à tous ses projets. La gestion de moyens insuffisants s'est faite gestion de la pénurie voire gestion de la rareté et nécessité gestionnaire faite vertu managériale dans ce domaine. En matière de fonctionnement, les obligations réglementaires instituées sont devenues telles qu'il est déjà devenu par soi ambitieux de ne faire que prétendre de les assumer telles quelles tant elles sont prescriptives et impératives dans leurs contenus explicites ou tacites comme dans leurs formes et valeurs : tableaux d'indicateurs de gestion « performants » de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance), responsabilisation gestionnaire pseudo autonomisante via l'élaboration de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), participation essentiellement formelle des usagers au Conseil de la Vie Sociale (CVS), etc.

En matière de projets, depuis la Loi Hôpital Patients Santé et Territorial (HPST) ayant entre autre chose instaurée la « gouvernance » des Agences Régionales de Santé (ARS) en même temps que la Tarification à l'Activité (T2A), les anciens dispositifs de soumission des projets en CROSMS (Commission Régionale...) permettant aux établissements de concevoir et d'élaborer de manière ascendante depuis le terrain des projets d'activité ou de services voire des expérimentations, se sont vus

remplacés par des dispositifs d'appels à projets puis des Appels à Manifestation d'Intérêts (AMI) en programmation descendante fléchant des besoins territoriaux d'offre en lits et places de dispositifs sanitaires ou médico-sociaux sur une base de coûts constants, de concertation endogame et de gestion. A travers de telles évolutions immanquablement présentées comme autant de progrès, c'est une véritable logique de gestion de la pénurie et de la paix sociale qui s'est instaurée via la gouvernance des ARS et ses outils de gestion élaborés sur un modèle de gestion privé implicite quand ce n'est pas carrément explicite. A rebours de ce qui pourrait se concevoir au titre d'une démocratie sanitaire réelle, c'est aussi un mille-feuille organisationnel institué qui est venu programmer des évolutions contrôlées dans un contexte restrictif au niveau de l'économie globale de la santé et de sa part relative dans le budget des politiques publiques. Dans ce domaine, on ne peut relever que la complète insuffisance des Conférences Régionales de Santé et de l'Autonomie créées afin d'institutionnaliser une participation associative et civile dans les choix d'orientation et de programmation des politiques sanitaires à retenir à l'échelon régional, cette participation ratifiant la résignation à la rareté des moyens déjà alloués, servant de vitrine civile d'opérateurs souvent concurrentiels, tout en constituant un alibi démocratique en légitimation à la marge des vraies orientations et directions institutionnelles préemptées en amont de ces « consultations ».

Les fonctions de direction des ESMS se sont donc trouvées être pris dans un effet de ciseaux en se retrouvant dans la double dépendance de processus de normalisation gestionnaire et de modalités de coopération technocratique prescrites au nom d'effets de seuil d'autonomie « viable » des établissements. Ceux-ci sont de longue date supposés être trop nombreux, trop petits en moyenne et par trop souvent trop dangereusement isolés et dépendants d'élus locaux potentiellement clientélistes, ce qui ne saurait être totalement fictif mais questionne à tout le moins l'effectivité locale de la démocratie supposée être garantie par l'Etat.

La gouvernance intégrée (systémique organisationnelle) à laquelle les ESMS doivent organisationnellement se plier s'est mise en place aussi via l'évolution des logiques de gestion des directeurs de plus en plus stipendiés à cet effet. Dans le secteur public leur gestion de carrière a pu dès lors relever progressivement de l'autorité parfois discrétionnaire des Délégués Territoriaux d'ARS et non plus du Centre National de Gestion (CNG) comme jusqu'alors.

On nomme cette forme de pilotage par les politiques publiques *gouvernance intégrée* en ce qu'il s'agit de lui donner l'apparence d'un commande-



ment horizontal en initiant des processus décisionnels se revendiquant de concertations et de consultations de la société civile selon des modalités supposées être démocratiques. Mais il s'agit surtout par cette *gouvernance intégrée* d'intégrer certaines formes précises de *gouvernementalité* – la notion foucauldienne de *gouvernementalité* nous semble ici particulièrement appropriée dans la mesure où elle désigne de nouvelles formes d'exercice du pouvoir par une autorité centralisée résultant d'un processus de rationalisation et de technicisation. Depuis le début des années 70, autour d'un nouveau « bloc historique » (soit une configuration d'alliance de classes chez Gramsci) capitaliste qui gère des crises économiques croissantes après la période des Trente Glorieuses, il s'agit – par l'intermédiaire et le prétexte d'une jointure et d'une capillarité entre la société politique et la société civile – d'intégrer l'Etat aux intérêts du capitalisme libéral et gestionnaire; la société civile étant rendue captive de processus de privatisation et de marchandisation.

Dès avant, comme l'indiquait déjà en 1963 Hannah Arendt dans sa conférence « Qu'est-ce que l'autorité ? », tendanciellement, il n'y a plus d'autorité dès lors que celle-ci ne saurait plus être légitimée a priori par une expérience fondatrice commune, comme le montre typiquement une autorité politique devenue dépourvue de toute valeur et légitimités fondatrices institutionnellement. L'exercice de l'autorité au quotidien dans la direction d'un ESMS est dès lors enchâssé dans une double dépendance contrainte externe liée d'une part aux impératifs de gestion dans l'ordre des moyens et d'autre part à la tentation dominatrice inévitable inscrite dans l'ordre des normes et des fins dès lors que l'autorité ne peut se construire elle-même en s'associant le consentement socialisé de collectifs de travail et de cultures professionnelles dont ils sont séparés dès lors en un véritable positionnement de classe. La méconnaissance des conditions réelles d'exercice des métiers de la relation que sont les métiers éducatifs et soignants est le corollaire de telles tendances de longue durée dans le fauxsemblant d'autorité, tendances renforcées à coups de réformes successives. Qualité de vie, éthique et démocratie au travail ne sont plus objectivement que les nez rouges de cadres et dirigeants contraints à la dénégation si ce n'est à la mauvaise foi subjective quand il n'est plus possible de faire de nécessité vertu.

Au fond, les directeurs et les équipes d'ESMS se retrouvent même à porter dans une relative impuissance la charge de responsabilité d'arbitrage axiologique devant faire la partition décisive d'enjeux ultimes d'existence négociés avec les usagers et leurs familles dans le cadre des prises en charge. Par exemple, la plupart des résidents d'EHPAD ne disposent pas de « directives anticipées » rédigées à

l'admission ni ensuite au long cours pendant leur séjour. Ces directives anticipées sont formalisées au travers d'une déclaration écrite désignant éventuellement une « personne de confiance » en indiquant les volontés au titre de la fin de vie dès lors que la personne se trouverait en situation de ne plus pouvoir s'exprimer. Leur rédaction n'est pas obligatoire, c'est un acte libre permettant au médecin de connaître les souhaits en matière de traitements médicaux contribuant au maintien artificiel de la vie et pouvant constituer une obstination médicale « déraisonnable », liée possiblement à de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur endormant avec pour objectif la perte de conscience jusqu'au décès, et ce, tout en se rapportant également au besoin à des croyances de nature non médicale. C'est là, la conséquence du fait que le psychologisme intimiste et privatif encombre à notre époque la « scène de la mort », mort dont le déni par la société relève bien de cette « sociopathologie » relevée par Robert William Higgins au regard de l'autonomie prescrite liée à ce même psychologisme compte tenu de « l'invention du mourant » dont le statut d'exclusion et d'exception est l'enjeu captif de la « sollicitude palliative » comme de la « compassion euthanasique ».

Comme le relevait Foucault dans son cours au Collège de France du 17 mars 1976, l'étatisation progressive depuis le 18<sup>ème</sup> siècle du biologique « conduit à politiser la gestion de la vie » individuelle et collective selon le paradigme de « faire vivre et laisser mourir » - au risque de la dénégation soit de possibilités de vie restantes soit du nécessaire « travail du trépas » - d'après des modalités largement incertaines et indéterminées dont il s'agit d'ajuster les conditions d'effectivité comme on le voit par exemple en EHPAD en chaque cas, malgré le défaut prégnant de moyens pour se faire. Ce « faire vivre et laisser mourir » semble avoir trouvé sa pierre d'achoppement historique dans une crise épidémique telle que celle du Covid 19 lors de laquelle la politisation biologique du corps social fait recouper dans la crise l'immunité communautaire d'une nation introuvable comme l'a relevé Paul Presciado et la *gouvernementalité* du bloc historique capitaliste. Chez Foucault en effet, la « *gouvernementalité* » est liée à la rationalité moderne et à l'Etat « cette forme bien spécifique, bien que complexe, de pouvoir, qui a pour cible principale la population, pour forme majeure de savoir l'économie politique, pour instrument technique essentiel les dispositions de sécurité », impliquant la gestion contrôlée des populations, des individus et de leurs stratégies en alliant « savoirs et technologies politiques », au point de correspondre à « la rencontre entre les techniques de domination exercées sur les autres et les techniques de soi ». Pour rappel, les « techniques de soi » sont chez Foucault

ces techniques qui « permettent aux individus d'effectuer, seuls ou avec l'aide d'autres, un certain nombre d'opérations sur leur corps et leur âme, leurs pensées, leurs conduites, leur mode d'être ; de se transformer afin d'atteindre un certain état de bonheur, de pureté, de sagesse, de perfection ou d'immortalité ». Ce recouplement est celui de l'intersection ontologique et politique de la Fortune et du Destin encore distinguées durant l'antiquité avant que la première ne phagocyte la seconde (ce qu'achèvera d'accomplir exemplairement Bion de Borysthène au III<sup>ème</sup> siècle avant JC), ce que répète l'épisode actuel et l'emprise de son travail négatif, mais cela dorénavant de la naissance jusqu'à une mort rivée dans la catastrophe à une séparation non féconde.

Si la CGT depuis des années réclament la présence indispensable d'un soignant par personne âgée résidente d'EHPAD, c'est notamment pour permettre d'accompagner dignement les personnes dans la dépendance extrême, la maladie et jusqu'à la mort. Les logiques de gestion et leurs contraintes en termes de moyens et de normes font donc se recouper depuis des années de multiples dénégations historiques, celles des enjeux ultimes du Destin (maladie, dépendance, handicap, vieillesse, etc.) et celles des conditions de vie et de travail des classes subalternes productives constitutives des métiers de base des établissements sociaux et médico-sociaux. Après le fiasco, la crise sanitaire toujours en cours du COVID 19 de 2020 aura ouvert la perspective d'une « gouvernementalité » sanitaire et médico-sociale croissante au service d'un Capital à même de s'approprier toute forme de vie, annonçant un capitalisme vert et sanitaire de contrôle face auquel des luttes alternatives doivent se construire enfin pour s'engager véritablement. Reste à savoir en effet si après une telle crise sanitaire la fonction publique hospitalière et son administration vont arrêter enfin d'organiser de manière rampante leur propre privatisation rampante associée à leur propre ruine. Est ainsi nécessaire une réelle planification démocratique de l'économie de la santé et donc nécessairement au-delà de l'économie dans son ensemble.

Si les logiques de gestion se sont ainsi tant imposées dans le quotidien des EHPAD, il est fort à parier que l'enjeu des gouvernants puisse consister à transférer la charge économique de la solidarité nationale sur le travail, et ce même via la création d'une 5<sup>ème</sup> branche de risque de la sécurité sociale, tout en maximalisant les logiques de gestion en les associant à des logiques de gestion préventive et curative de crises sanitaires aussi chroniques que celles du capitalisme. Le développement sans précédent des procédures, référentiels et autres protocoles durant la crise du COVID 19 incite à le penser en sachant qu'ils vont être intégrés aux modalités

de gestion courante des établissements, au niveau comptable et budgétaire, mais aussi au niveau de ressources humaines à moindre poste créé. La productivité d'un travail coupé de ses conditions sociales de réalisation et de reconnaissance ne peut dès lors déboucher que sur des formes d'aliénation qui ne disent pas leur nom malgré toutes les initiatives et innovations techniques et organisationnelles même louables susceptibles d'émerger depuis le terrain en lien avec un encadrement et une direction se voulant à l'écoute des personnels comme des usagers. C'est encore ce que peut illustrer l'exemple de la démarche de l'Humanitude présentée ci-dessus puisque les niveaux de dépendance, de mobilité réduite et d'âge de plus en plus élevé des résidents à l'admission en EHPAD conduit à les médicaliser et à faire malgré tout de ces établissements des établissements de fin de vie pour personnes de plus en plus grabataires. De tels niveaux de dépendance et de pathologies chez les résidents en EHPAD conduit à rendre par exemple souvent nécessaire les transferts (du lit au fauteuil ou à la douche) en binômes de soignants, pour chaque résident, ce qui s'avère par trop difficile quand ce n'est pas impossible à mettre en œuvre au quotidien et amène des dispositifs pourtant opérationnels comme peut l'être l'Humanitude à devenir des modalités qualitatives de travail prescrit irréalisable pour des professionnels insuffisants en nombre pour pouvoir avoir le temps de travail partagé disponible pour que de fait il puisse en être autrement.

La médicalisation croissante des EHPAD liée au retardement de l'âge d'entrée des résidents conduisant à accroître le besoin de soins associé à des pathologies physiques et mentales déjà présentes, voire chronicisées, s'associe dès lors aussi à l'accroissement des besoins d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne déjà évoqués au titre de la dépendance. Sur le plan mental par trop occulté chez le sujet âgé comme au sein de la société, il est important de souligner qu'au niveau du « très grand âge », « sur plan conscient, les données cognitives s'effacent, sur le plan inconscient, les lignées narcissiques et objectales se déconstruisent en un processus original à l'être humain que le psychiatre et psychanalyste Gérard Le Gouès nomme « psycholyse » dans son livre « L'âge et le principe de plaisir » (Dunod, Paris, 2000), la destructivité interne du corps prenant le dessus de processus vitaux contraires en entraînant toujours singulièrement l'évolution de l'appareil psychique et des processus mentaux du sujet âgé, et ce pas seulement en cas de démence. Cette psycholyse oblige à travailler cliniquement et soutenir psychiquement le sujet vieillissant d'abord et surtout selon sa situation actuelle et en fonction de ressources psychiques raréfiées gageant les possibilités, mais aussi l'intérêt, à investir la conflictualité psychique régressive liée à l'histoire du sujet, ainsi qu'à pouvoir escompter une

élaboration psychique et une interprétation partagées en analyse. Ce travail clinique passe par le soutien des processus mentaux encore présents, celui des pulsions de vie engagées par le sujet âgé avec son environnement et un soutien particulier du narcissisme mis à mal par un processus de vieillissement passant de manière dynamique selon Gérard Le Gouès, par différents stades tributaires des possibilités psychoaffectives restantes de représentation d'objet et de mots, d'élaboration, de pensée réflexive et d'activités de remplacement déplaçant les modalités de sublimation psychique subsistantes. Il semble ainsi se jouer dans la psycholyse du sujet âgé et de son retentissement la même dynamique problématique de l'accumulation d'expériences psychologiques vécues souvent dans « l'après-coup » comme le souligne la psychanalyse, ce qui prend particulièrement sens au regard des vécus chaotiques, des souffrances, des chutes et des pertes accumulées avec le grand âge, et ce au-delà de la seule antalgie. Ce travail clinique permet de voir la psycholyse comprise et acceptée par la personne âgée, son entourage comme les soignants, et ce en une forme d'accord-discordant à l'égard du déclin des capacités et possibilités de vie songeant à ce que Beckett concevait au titre de l'épuisement dans la vie et à sa fin, comme perspective d'échouer encore, « d'échouer mieux », de manière encore singulière et malgré tout encore féconde si peu que ce soit.

En matière de santé mentale, de même que « l'âgisme » est devenu une évidence quotidienne non questionnée de tous tant il est un produit social structurel, la souffrance invisible des personnes du très grand âge l'est devenue également au point d'en élargir largement la tolérance indue au sein de la société, mais aussi dans le champ sanitaire et médico-social lui-même, tolérance confinant souvent à l'abandon de fait. L'âgisme désigne l'ensemble des stéréotypes et préjugés ainsi que la discrimination fondés sur l'âge. Cette « tolérance » à l'égard de la souffrance mentale des personnes âgées est d'autant plus imperceptible qu'elle s'effectue par procuration d'une certaine manière, en situation platement abstraite ou nivelée par les habitudes et qu'elle se fonde aussi sur la perpétuation des conditions de vie matérielles de celles-ci. C'est pourquoi la gérontopsychiatrie, apparue historiquement si tardivement en France est depuis lors si dépourvue de reconnaissance d'intérêt et de moyens dévolus à la clinique comme à la recherche, comme le souligne Pierre Charazac (*Réflexions sur la gérontopsychiatrie française et les origines de son retard*, dans *L'information psychiatrique*, 2006/5, Volume82, pages 383-387). Il en est ainsi au point comme le souligne celui-ci que les soignants eux-mêmes perçoivent les sujets âgés en souffrance psychiques comme étant « malades de leur âge ». Si la gérontopsychiatrie est particulièrement concernée par la « disparition du

corps en psychiatrie » (Ibid.), disparition qu'il s'agit de dénoncer avec l'héritage conflictuel épistémologique et culturel ambivalent (neurologie / corps vs psychanalyse/psychisme – cf. Charcot et Freud) dont elle procède en même temps que la déniégation du très grand âge, la psychiatrie et la société elles-mêmes étant nimbées du fantasme originaire d'une « toute-puissance de la psyché ». On retrouve là aussi l'héritage d'une pensée occidentale rivée depuis l'antiquité, dans l'immanence (Aristote) ou le dualisme (Platon), au primat du principe d'identité et de non-contradiction dont l'exclusive conduit au déni ou au refoulement de l'ambivalence, et se faisant du devenir en lien avec la nature et à ses multiplicités agonistiques et chaotiques. Entre protection réparatrice et abandon fautif, le « mythe fondateur de la gérontopsychiatrie » raconte ainsi que si la destructivité interne du corps prend le dessus chez le sujet de très grand âge, à travers la pathologie ou la grabatisation, c'est bien une approche clinique spécifique et un travail du « négatif » fait de liaisons et de déliaisons qui doit se mettre en œuvre de manière pluridisciplinaire, travail marqué lui-même par la régression, la souffrances et l'horizon de la mort, mais aussi par la « superposition » d'un désir qui fait sens jusqu'à la fin et superpose encore un peu de résistance à la vie.

Or, ce travail de liaison et de déliaison et son lot de négativité impliqués dans le soin et l'accompagnement au titre de la gérontopsychiatrie doivent se porter par étayage en équipe, mais aussi institutionnellement via l'encadrement et la direction d'un EHPAD, ce que ne peut faire qu'obstacle la coupure accrue de ceux-ci des métiers de base vis-à-vis desquels ils exercent institutionnellement autorité et responsabilité. Le risque d'une désalliance thérapeutique existe alors, source de désorganisation et de dysfonctionnements mais aussi de possibles situations à dimensions tragiques pour le coup pour les patients, le fatalisme n'ayant pas sa place en matière de soins même s'il n'existe aucune thaumaturgie non plus dans ce domaine. Les directions d'établissements et de services sanitaires et médico-sociaux se retrouvent pourtant amenés par les logiques de gestion qui s'imposent à eux à se couper des bases de l'organisation quotidienne des soins et des besoins des résidents, et ce au risque de contribuer eux-mêmes à mettre en œuvre une procrastination organisationnelle instituée au quotidien par leurs décisions prises après-coup de ces mêmes logiques de gestion imposées toujours sous un paravent supposé qualitatif ou progressiste (cf. « l'efficacité » organisationnelle au service des publics et non du service public garanti, etc.). En matière de gérontopsychiatrie, cette procrastination ne servira pas à une médiation institutionnelle pouvant être utile mais bien à l'éradication du conflit et de la pulsionnalité.



Comme le montrent donc les approches et projets à visées qualitatives telles que l'Humanitude dans le secteur des personnes âgées et des EHPAD, la normativité portée par l'autorité semble intrinsèquement se construire dans l'injonction paradoxale avant de s'exercer presque inévitablement selon cette modalité, à moins que des prouesses de socialisation parviennent à en contrefaire les effets délétères en mobilisant pleinement l'ensemble des cultures professionnelles impliquées.

En forçant à peine le trait, de telles évolutions conduisent presque imperceptiblement les directions d'EHPAD à se couper des professionnels travaillant au plus près des résidents, ce qui peut amener tendanciellement celles-ci à une réelle séparation et à l'asymétrie complète. Il convient alors de reprendre la distinction judicieusement faite en sociologie du travail par Michel Clouscard entre les 2 figures polarisées que sont Narcisse et Vulcain, le second étant d'autant plus pleinement engagé matériellement et physiquement dans la pratique productive concernée que le premier se voit symétriquement être exclusivement rivé à des tâches intellectuelles d'organisation, de représentation et de décisions séparées abstraitement de celles du second.

Avec une telle division du travail, l'unité fictive des contradictoires de classes qui résultent d'un tel rapport entre dirigeants et dirigés en dénie les composants et moments productifs et préempte déjà l'abstraction de son résultat marchand ou institué.

La pandémie du COVID 19 dans les EHPAD a néanmoins apporté pour le coup le contrepoint d'une telle posture de direction en relevant l'importance du lien de proximité et d'autonomie croisée pour faire face et gérer opérationnellement et socialement cette crise qui a fait voler en éclat l'impératif catégorique de la performance et de ses « indicateurs » technocratiques.

Pour autant, ordinairement, direction et encadrement se retrouvent rivés à une position de classe rendue incompatible avec la nécessaire convention tacite de respect axiologique et normatif mutuel entre dirigeants et dirigés une fois qu'il puisse demeurer encore possible au dirigeant de se savoir tacitement aussi en service commandé autrement que par les stricts besoins de service public des usagers, de leurs proches et des conditions de travail des personnels.

Ces services tacitement commandés n'est autre qu'un ordre public qui ne dit pas son nom, ordre public à la fois sanitaire et sécuritaire dont la pandémie a révélé la dimension politique en cours d'évolution à une échelle internationale.

Si, comme le disait Marx « les hommes font l'histoire mais ne savent pas l'histoire qu'ils font », c'est que la direction des affaires humaines relève ultimement de l'indécidabilité dès lors que les

choses vraiment humaines, celles qu'Aristote appelait les « pragmatas », ne peuvent s'inscrire que de manière vitaliste dans la pratique (praxis). La vieilllesse en EHPAD est affaire trop humaine pour ne pas devoir depuis Anaximandre y voir autre chose - au regard de l'infini - que le juste et égal accomplissement final de toute forme de vie et non son simple allongement dans la durée. Les grecs distinguaient sans les dissocier dans ce sens Bios et Zôê pour comprendre la polysémie de la vie et sa dynamique ambivalente, « la vie dans la vie », en y inscrivant les choses vraiment humaines associées à une vérité se dévoilant laborieusement dans le monde.

Comme l'a montré l'histoire de la gérontopsychiatrie, le dualisme naturaliste et idéaliste entre corps et esprit qui la sous-tend conduit à réduire au physiologique l'approche clinique du vieillissement en préemptant médicalement une forme de darwinisme social implicite que l'âgisme ne fait que révéler et que la crise de la pandémie de Covid 19 rend patent. Celle-ci, véritable autoroute pour tous les « doxosophes » (terme employé depuis l'antiquité grecque pour désigner des faiseurs d'opinions dominantes en luttes dissociées de toute recherche de la vérité), ne se comprend pas comme maladie d'une civilisation malade, mais comme l'avis de tempête de ce qui ne saurait être une véritable résolution critique et clinique mais seulement une conjuration et de un escamotage massif sur la longue durée.

Comme a su si bien le dire Jean-Luc Nancy avant de mourir dans « Un trop humain virus », la civilisation du capitalisme technoscientifique issue du XV<sup>ème</sup> siècle étant moribonde depuis longtemps malgré tous ses malaises et cataplasmes et l'émergence en société mondiale de contrôle d'un capitalisme vert autocratique. C'est là encore affaire de « gouvernementalité », la biopolitique étant en tant que nouvelle forme prise par le pouvoir une « gestion calculatrice de la vie » comme la définissait aussi Foucault, gestion globale des individus, des collectifs comme de l'ensemble des vivants constitués en population » et assurant à moindre coût la gestion de leur force de travail en une sorte de « médecine sociale ».

Les doxosophes s'intéressent ainsi de plus en plus au secteur sanitaire et social, que ce soient des intellectuels médiatiques, des méditants, des demi-habiles et sachants en tous genres apportant un supplément d'âme à moindres frais RH en tant qu'« éthiciens » ou consultants. Pourtant, comme le montre la pratique théorisée par elle-même du métier d'aide-soignant, lors de groupes de réflexion ou d'analyse des pratiques par exemple, ce métier peut aussi potentiellement, en situation désaliénée, incarner professionnellement le panthéisme nécessaire au métier de vivre lui-même, métier à la tâche infi-



nie, c'est-à-dire ce qu'on pourrait concevoir comme étant fait des mains sales des matières de l'Autre en un véritable face à face. Ce face-à-face, par-delà les rapports de forces relationnels pouvant occurrer, s'ouvre sur une forme de rapport commun au corps et au Visage de l'Autre ouvrant sur l'infini que l'on pourrait comprendre à partir de Lévinas. Le face à face en tant que rencontre dont le fond est d'abord indiscernable, constitue bien en effet une structure fondamentale de la socialité comme l'a relevé Lévinas, mais d'une manière purement immanente dans son rapport au Dehors des partis pris à la relation, ainsi qu'à l'égard de celle-ci. La relation est alors incommensurable du fait d'une relation pratique partant des corps et de leurs subjectivations et faisant que chaque terme de celle-ci se trouve dépassé à la fois comme point de départ et de commencement et circulairement comme point terminal et comme fin décalée par une altérité insubstituable.

A partir d'un temps conquis non rivé au temps imparti via la division du travail au sein des équipes soignantes il est parfois possible que la relation d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne puisse se travailler avec des médiations, faire que s'y perçoive l'altérité conjointe entre soignant et soigné et finalement s'épuiser « la patience du vieillissement », permettant à la mémoire d'augurer encore des traces du désir.

Si le positionnement des directeurs a dû ainsi évoluer depuis plusieurs décennies sous l'effet des logiques de gestion, ce n'est donc pas sans bien des conséquences délétères au niveau de l'offre des soins et d'accompagnement médico-social.

Paradoxalement, on peut même faire l'hypothèse qu'une certaine forme de contre-productivité s'est ainsi institutionnalisée à bas bruit et au long cours au nom pourtant de la rentabilité et de ses déclinaisons impératives sur le plan budgétaire puis fonctionnel que la tarification à l'activité à l'hôpital représente typiquement, conduisant au développement de modèles d'organisation et de procédures centrés sur l'efficacité et sur le coût de revient de la tâche à contre-courant de la dynamique constitutive des équipes pluridisciplinaires, de leur cohésion et de leurs cultures professionnelles comme l'a montré Christine Louchard Chardon.

Pourtant, la compréhension de cette étrange et inquiétante anomalie anormale qu'est le vieillissement perçu subjectivement a débuté de longue date avec la gériatrie et son occultation par la société donné lieu à des prises de conscience forcées, que ce soit par des scandales (maltraitements de personnes âgées, ...), des faits divers tragiques (suicides...) ou des études et recherches comme celles à l'origine de la gérontopsychiatrie ou de la gériatrie, à l'instar de celles de Robert Butler portant dès 1969 sur l'âgisme.

La vieillesse était déjà un problème profond au sein de notre société et de notre « civilisation », problème profondément dénié comme Simone de Beauvoir a pu l'établir depuis 1970 dans son livre « La Vieillesse ». La transversalité de l'âgisme et la situation d'exclusion de l'intérieur qu'est la vieillesse au sein de la société ne doivent pas occulter les déterminants sociaux de la vieillesse, ce que cette philosophe soulignait en disant que « plus que le conflit des générations, c'est la lutte des classes qui a donné à la notion de vieillesse son ambivalence ».

Cette causalité sociale dans une telle ambivalence objectivée et intériorisée subjectivement de la vieillesse au sein de la société est chose essentielle à rappeler quand on connaît les statistiques d'espérances de vie selon les Catégories Socio-Professionnelles (CSP) ainsi que les coûts restant à la charge des personnes pour entrer en EHPAD, même avec l'Aide Sociale départementale qui pourra de surcroît grever ensuite la succession familiale.

Les enjeux ainsi décrits au regard de la situation des personnes âgées appellent à des transformations radicales de la société, dans les politiques sanitaires de l'Etat, et ce d'autant que la crise du COVID 19 tend à en faire l'occasion et le prétexte à des mutations du régime de gouvernementalité biopolitique d'ensemble de la société.

Il faudrait ainsi sans doute concevoir en périphérie sociale de la vie une forme de « réaffiliation générationnelle » instituante permettant dans une perspective inspirée de Robert Castel d'assurer à rebours de la vulnérabilité « en fin de parcours » la « propriété de soi » qu'est la protection et la citoyenneté sociales requises pour faire face à la dépendance accompagnant le grand âge, mais aussi ceux qui l'aident et en portent conjointement le fardeau, le destin étant communément notre lot et notre chance, comme notre fardeau. Une « échelle du fardeau » de l'aidant existe d'ailleurs dans le secteur médico-social des personnes âgées et a le mérite de tenter d'objectiver une part de réalité sinon invisibilisée. Une telle réaffiliation collective suppose nécessairement une nouvelle répartition du pouvoir économique et la socialisation solidaire d'une culture liée à un milieu et à des conditions de vie communes dans toute société.

C'est que comme nous l'indique Jean-Luc Nancy, « la brutalité contagieuse du virus propage une brutalité gestionnaire » dans une crise mondiale faisant que les enjeux de sa sortie se comprennent depuis la déclinaison multidirectionnelle de cette échelle, dans toutes les dimensions de la vie et de la civilisation, de même que dans leur dépassement anthropologique. Ainsi se trouvent renforcées mutuellement la pauvreté en monde d'un EHPAD et que l'infortune d'une pauvreté subjective en monde pour faire face au destin, pauvreté subjective face au fait que

mourir consiste juste à « disparaître avec son monde » comme le disait Ibn Khaldoun.

Or, l'abord d'une telle pauvreté en monde au sein des EHPAD ne pourrait se voir conjurés que si ces lieux d'hébergement devenaient pleinement des lieux habités par la vie et ses potentialités, lieux à concevoir à la manière des espaces potentiels chez Winnicott à propos du jeu et de la réalité dans la petite enfance, espaces socialisants entre le dehors et le dedans d'une institution comme des espaces psychiques singuliers des personnes y résidant.

Un tel abord qualitatif ne peut que déborder la logique gestionnaire et le synchronisme bureaucratique accéléré que la gouvernance contemporaine impose dans le secteur médico-social, à rebours des processus diachroniques communs engagés jusqu'au présent dans le vieillissement.

Dès lors, si en toute approximation on considère que diriger consiste à décider et faire ensemble de manière à garantir l'avenir et à développer des capacités communes, alors l'autorité qui s'y rapporte ne saurait être un pouvoir et implique nécessairement le consentement en rapport à l'obéissance consentie en étant pleinement accordée.

Dans ce sens, il est important de concevoir l'autorité du directeur d'EHPAD à partir de la difficile définition d'une autorité de fait en voie d'extinction voire déjà éteinte comme le relevait Hannah Arendt. En effet, étymologiquement « auteur vient de son répondant latin *auctoritas*, qui vient de *auctor*, l'auteur ». L'acceptation d'un discours ou celle à obéir serait donc liée à l'auteur de celui-ci ou de l'ordre formulé et non sur la contrainte et même sur « le jugement personnel » qui pousserait à l'accepter.

Ainsi, « Arendt affirme que « s'il faut définir l'autorité, il faut l'opposer à la coercition par la force et à la persuasion par des arguments » (La crise de la culture, Qu'est-ce que l'autorité ?) » au point de pouvoir définir l'autorité comme « pouvoir physique et intellectuel accordé par confiance » sur la base donc d'un consentement pouvant être diversement légitimé, et en sachant que l'autorité se mêle de fait de dépendance ou de pression relative au point de confiner à l'artifice pacificateur dans les relations humaines. Celles-ci, faites des brutalités comme des délicatesses des faits de l'existence, imposent régulations et décisions collectives en temps et en heures.

C'est pourquoi diriger selon des directives pré-dirigées dans la gouvernance c'est diriger d'une manière au mieux socialisante mais donc elle-même pré-dirigée, rendant équivoque la fiabilité (Winnicott) dans l'exercice d'une autorité s'organisant dans le nivellement d'une normativité extrinsèque, celle des logiques de gestion, aussi discrimi-

nantes soient-elles paradoxalement.

Si des actes de direction sont à produire, des directives à socialiser, c'est en renouant avec une telle fiabilité face aux problèmes liés aux autres jusque dans l'autoposition directive, fiabilité elle-même devenue problématique sur le plan institutionnel dans le cadre de la gouvernementalité et de la gouvernance.

La fiabilité comme capacité de liaison face aux problèmes et aux crises est pourtant un élément déterminant quand on sait que l'entrée dans la grande vieillesse constitue un processus de crise existentielle et que l'entrée en EHPAD la redouble souvent en l'institutionnalisant dans la séparation avec ce qu'était jusqu'alors la vie.

Une telle capacité de liaison renoue en un sens dans la direction avec cette « force de liaison » qui constituait jadis l'autorité selon Arendt, ce dont la gérontophobie de notre époque requiert encore plus que jamais de nous tous et non pas seulement de quelques-uns.

**Olivier THOUVENOT**

<sup>1</sup>Robert William Higgins, Le statut « psychologique » du mourant, Le Carnet psy, 2011/5 (n°154), pages 37-42

<sup>2</sup>Benoît Maillard, Face à la mort, séparation ou trépas ?, Cahiers de psychologie clinique, De Boeck Supérieur, 2008/2 n° 31 pages 135-146 et M. de M'Uzan, article « Le travail du trépas », in De l'art à la mort, Paris, Gallimard, 1977

<sup>3</sup>Articles de Paul B.Presciado, « Les leçons du virus », Mediapart, 11 avril 2020, « Biosurveillance : sortir de la prison molle de nos intérieurs », Mediapart, 12 avril 2020, « Nous étions sur le point de faire la révolution féministe puis le virus est arrivé », Libération, 27 avril 2020 et « Cette crise du Covid-19 a inventé un nouveau corps », Magazine du Monde, publié le 29 mai 2020

<sup>4</sup>Foucault, Michel., « La gouvernementalité », Cours au Collège de France, 1977-1978 : « Sécurité, territoire, population », 4<sup>e</sup> leçon, 1<sup>er</sup> février 1978, in Dits et Ecrits, vol 3, texte n°239

<sup>5</sup>« Les techniques de soi », in Technologies of the Self. A Seminar with M.Foucault, Massachusetts U.P., 1988, repris in Dits et Ecrits, vol.4, texte n°363

<sup>6</sup>*ibid.*

<sup>7</sup>Michel Personne (sous la direction de), Les chaos du vieillissement, Erès, pratiques gérontologiques, 2012

<sup>8</sup>Gilles Deleuze, Carmelo Bene, Superpositions, Un manifeste de moins par Gilles Deleuze, Les Editions de Minuit, Paris, 1979

<sup>9</sup>Anaximandre, Fragments et témoignages, traduction, introduction et commentaire par Marcel Conche, Epiméthée, PUF, Paris, 3<sup>ème</sup> édition 2012, pp.60 ; 62; 86

<sup>10</sup>Laurent Dubreuil, « De la vie dans la vie : sur une étrange opposition entre Zôê et bios », *Labyrinthe*, 22, 2005, pp.47-52

<sup>11</sup>Voir à ce sujet l'occultation de la figure laborieuse du laboureur à l'origine aussi de la conception de l'Aletheia chez Hésiode au bénéfice du seul Logos poétique puis de l'Apatè, cf. Marcel DETIENNE, *Les Maîtres de Vérité dans la Grèce archaïque*, Le livre de poche, 2006

<sup>12</sup>Chapitre « Foucault », Judith Revel, dans *Le vocabulaire des philosophes*, volume 4, coordonné par Jean-Pierre Zarader, Ellipses, Paris, 2016, pp.851-898, p.861

<sup>13</sup>Pavese, Cesare, *Le Métier de vivre*, Folio

<sup>14</sup>Chapitre « Lévinas », Rodolphe Calin, François-David Sebbah, dans *Le vocabulaire des philosophes*, volume 4,

coordonné par Jean-Pierre Zarader, Ellipses, Paris, 2016, pp.805-849, p.826

<sup>15</sup>*Ibid.*, p.827

<sup>16</sup>Louchard Chardon, Christine, *Souffrance et travail du négatif en gérontopsychiatrie*, dans le *journal des psychologues* 2013/2 n°305, pages 27-32

<sup>17</sup>Castel, Robert., *Les métamorphoses de la question sociale*, Gallimard, Paris, 1995.

<sup>18</sup>Michel Potchensky, article « Autorité », dans *Dictionnaire de philosophie*, sous la direction de Jean-Pierre Zarader, ellipses poches, 201, pp.82-83, p.82

<sup>19</sup>*Ibid.*

<sup>20</sup>*Ibid.*■

