



HAL
open science

Vivre en EHPAD : un cumul des inégalités sociales ?

Jingyue Xing-Bongioanni, Solène Billaud

► **To cite this version:**

Jingyue Xing-Bongioanni, Solène Billaud. Vivre en EHPAD : un cumul des inégalités sociales ?. Georges Fauré; Sophie Sedillot. La prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement, CEPRISCA, 2021, Colloques, 9791097323080. hal-04106732

HAL Id: hal-04106732

<https://hal.science/hal-04106732>

Submitted on 25 May 2023

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

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

Vivre en EHPAD : un cumul des inégalités sociales ?

Jingyue Xing¹ et Solène Billaud²

Depuis une vingtaine d'années, la question du financement du séjour des personnes âgées en EHPAD s'est posée de plus en plus clairement dans les débats publics français. Dans ce chapitre, deux séries de questionnements ont été mis en avant. D'un côté, il s'agissait de savoir qui devait en payer le coût. Si le système actuel correspond à un modèle de co-financement par les pouvoirs publics et par les résidents et leurs familles, quelle somme d'argent public devait y être consacrée, et comment répartir cet argent entre les différents offreurs de service - autrement dit, comment fixer les règles de tarification des EHPAD par l'administration publique. D'un autre côté, les résidents et leurs familles ont été confrontés à l'augmentation rapide des tarifs du séjour en EHPAD, et supporter les frais d'hébergement est devenu de plus en plus difficile pour une frange importante de la population. En effet, selon une étude de la DREES, la médiane de la participation financière restant à la charge des résidents en 2016 était estimée à 1 850 euros par mois (Besnard et Zakri, 2018). Il faut noter que cette somme varie peu selon le niveau de perte d'autonomie, et dépend surtout du statut de l'établissement. Ainsi, même dans les établissements publics non hospitaliers - réputés être les moins onéreux -, la participation financière médiane est de 1 730 euros. En parallèle, en 2015, l'INSEE calculait que montant brut mensuel moyen des revenus par retraité était de 1 376 euros (INSEE, 2018 : 66). Au final, seuls 19% des résidents disposaient de revenus personnels suffisants pour payer les frais de leur séjour en EHPAD (Besnard et Zakri, 2018), ce qui pose un problème en termes d'accès aux services de soins en institution à long terme et de reproduction des inégalités sociales de revenus.

Pourtant, les modes de financement du séjour des personnes âgées en EHPAD ont peu attiré l'attention des sociologues, contrairement à celle des économistes (Sibille et Joël, 2016 ; Xing, 2018). La majorité des travaux en sociologie du vieillissement s'intéressent à la vie à domicile (Weber et al., 2014), mais abordent peu l'aspect financier (Billaud, 2010). Quant aux travaux traitant des EHPAD, ils s'intéressent avant tout aux conditions de vie et de travail des résidents et des professionnels (Mallon, 2004 ; Trépied, 2015 ; Loffeier, 2015). Dans ce chapitre, nous contribuons à combler cette lacune en nous focalisant sur les conséquences du système de co-financement actuel à trois niveaux : en termes d'accès aux services pour les futurs résidents, en termes de qualité de services offerts en EHPAD, et en termes d'impact sur le budget et le patrimoine des résidents.

Ce chapitre est basé sur les travaux de recherche portant sur les EHPAD que nous avons menés durant plusieurs années sur la base d'enquêtes qualitatives de type ethnographique, menées par entretiens et par observation. Certaines s'intéressaient à la transformation des mécanismes d'attribution de l'argent public dans le financement des EHPAD et à ses conséquences sur les différents groupes professionnels en leur sein et dans l'administration publique (Xing, 2018). Les autres, quant à elles, étudiaient la manière dont les résidents s'arrangeaient pour s'acquitter des frais d'hébergement, en particulier lorsque leurs revenus étaient inférieurs au montant à payer, impliquant plus largement des choix budgétaires et patrimoniaux au sein de leur famille (Billaud, 2010 ; 2012). Nous avons commencé un travail en commun depuis deux ans, afin de croiser les deux angles d'approche à propos du système de co-financement des EHPAD. Dans ce chapitre, nous présentons les premiers résultats de notre étude croisée.

Après une brève présentation de l'histoire récente et du fonctionnement actuel du système de financement des EHPAD (I.), nous analyserons comment le système de co-financement et plus particulièrement les méthodes de tarification des EHPAD impactent la qualité de service rendu dans ces établissements (II.). Nous verrons ensuite que l'appropriation des indicateurs et outils de tarification par les professionnels des EHPAD, notamment les directeurs et les médecins coordonnateurs, amène à la mise en œuvre de stratégies qui visent à trier les futurs résidents selon leur profil de santé et de perte

¹ Chercheure postdoctorale à Tsinghua Université, Pékin, Chine ; chercheure associée à l'UMR Pacte (IEPG/UGA/CNRS), Grenoble.

² MCF en sociologie, Université Grenoble-Alpes / UMR Pacte (IEPG/UGA/CNRS), Grenoble.

d'autonomie (III.). Cependant, les règles actuelles de financement des EHPAD n'impactent pas seulement les professionnels ou la qualité des services offerts, mais également le budget des résidents (qui doivent s'acquitter des frais d'hébergement) et, au-delà, de leur famille (IV.). En effet, l'impératif de payer les frais d'hébergement en EHPAD pèse lourdement sur le budget des résidents modestes, et au-delà, implique toute une économie familiale du paiement du séjour. Cette dernière passe souvent par des manières de « s'arranger en famille » plutôt que de solliciter l'obligation alimentaire des descendants ou l'aide sociale départementale. Enfin, nous concluons sur une analyse croisée interrogeant les conséquences de ces modes de financement en termes de cumul des inégalités en fin de vie (V.).

Encadré 1 : Une recherche reposant sur trois enquêtes successives

Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction, ce chapitre d'ouvrage s'appuie sur deux enquêtes de type ethnographique (Beaud et Weber, 2010) menées auprès des professionnels des EHPAD et auprès des résidents et de leurs familles, ainsi que sur une enquête commune par entretiens et par observations que nous réalisons actuellement, le tout dans quatre régions de France métropolitaine.

- L'enquête auprès des professionnels des EHPAD (Xing, 2018) a été menée par entretiens et par observations entre 2012 et 2015 auprès de 40 directeurs d'établissements et d'associations gestionnaires - dont 21 directeurs d'EHPAD - au sein des secteurs « personnes âgées » et « personnes handicapées » dans les régions que nous nommerons ici A et B. Une vingtaine de journées d'observation du travail des directeurs d'EHPAD ont été réalisées au sein de 3 EHPAD dont 2 publics et 1 associatif. Une enquête ethnographique complémentaire auprès de 12 médecins coordonnateurs et gériatres a aussi été réalisée en deux temps, en août 2014 dans la région A, et entre novembre 2014 et juin 2015 dans la région B.

- L'enquête auprès des résidents et leurs familles (Billaud, 2010 ; 2012) a été menée entre 2006 et 2012 par entretiens multiples (entre 1 et 5) auprès de vingt familles de la région que nous nommerons D. Ces familles, contactées via 4 EHPAD publics ou associatifs, avaient en commun que les revenus du résident ne couvraient pas la totalité de la facture mensuelle de l'établissement, tout en présentant un patrimoine faible ou modeste. En 2007, une enquête complémentaire a été menée par entretiens, observations et étude de dossiers sur la mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées par un Conseil Départemental de la même région.

- Enfin, notre enquête commune, qui est en cours dans les régions B et C pour le moment, vise à articuler des terrains d'enquête auprès des professionnels et auprès des personnes âgées et leur famille. Nous avons débuté l'enquête par des entretiens auprès de professionnels participant aux décisions d'admission en EHPAD (directeurs, médecins coordonnateurs). Ce point d'entrée nous permet ensuite de poursuivre l'étude par entretiens et par observations tant auprès des professionnels qu'auprès des personnes récemment installées en EHPAD et leurs familles.

I. Le système de co-financement des EHPAD en France

Depuis la fin des années 1990, plusieurs réformes importantes ont eu lieu dans le système de financement des EHPAD français. Jusqu'à la réforme de 1997, l'État accordait un montant forfaitaire de subvention publique à chaque établissement, qui variait en fonction du statut juridique de ce dernier (Bouget, 1990). Autrement dit, le montant du financement des soins des différents établissements ne dépendait pas des dépenses de soins réelles ou du profil des résidents. En 1997, la première réforme de la tarification a eu lieu en introduisant deux nouveautés : la notion de distribution des financements publics de soins « selon l'état de la personne accueillie », et, avec cela, un outil d'évaluation de l'autonomie de la personne âgée nommé « la grille AGGIR³ ». Puis, en 2002, en même temps que la création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, une seconde réforme a introduit dans le

³ Pour plus de détails, voir : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>.

financement des EHPAD une section tarifaire « dépendance » prenant en charge les dépenses dédiées à l'accompagnement des personnes âgées, comme certains matériels médicaux, les protections hygiéniques et une partie des postes d'aides-soignants. Ensuite, en 2003, l'usage des indicateurs et des moyennes dans les procédures de tarification a été institué. Enfin, en 2007, une nouvelle grille nommée « Pathos »⁴, qui mesure le besoin en soins médicaux et paramédicaux liés aux pathologies des personnes, a été introduite comme outil de tarification des soins.

Ainsi, actuellement, le système de financement des EHPAD est composé de trois sections tarifaires :

- la section hébergement (« hôtellerie » - séjour, entretien, animation, restauration etc.) : pour les EHPAD habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, le prix de journée lié à cette section est fixé par le service de tarification de chaque conseil départemental. Les autres EHPAD sont à tarif libre pour cette section, qui est à la charge des résidents et subsidiairement de l'aide sociale départementale.
- la section dépendance : quel que soit le statut de l'EHPAD, cette section est tarifée par les conseils départementaux en s'appuyant sur un outil national – la grille AGGIR – et cofinancée par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et les résidents.
- la section soins⁵ : quel que soit le statut de l'EHPAD, cette section est tarifée par les Agences Régionales de Santé en s'appuyant sur deux outils nationaux, AGGIR et Pathos, et entièrement financée par les régimes d'Assurance maladie.

Quel que soit le statut juridique de l'EHPAD, son tarif pour la section « dépendance » dépend essentiellement du score mesuré sur l'ensemble de ses résidents à l'aide de la grille AGGIR. Autrement dit, ce tarif dépend du niveau de dépendance « moyen » de l'ensemble des résidents accueillis dans l'établissement à la date du calcul. Le tarif de la section « soins », quant à lui, est déterminé par les scores des deux outils AGGIR et Pathos, portant là aussi sur l'ensemble des résidents accueillis à une date donnée. Les méthodes de tarification actuelles des EHPAD créent donc un lien entre d'un côté les résultats d'évaluation de l'état de santé et des besoins des résidents par les grilles, et de l'autre le montant des financements publics reçus par l'établissement. Ce détour un peu technique pour le lecteur non averti est essentiel pour comprendre la suite de notre propos.

II. Rogner la qualité de service : un remède à la restriction budgétaire ?

Dans quelle mesure et par quel mécanisme le système de co-financement des EHPAD impacte-t-il la qualité de service rendu dans ces établissements ? Afin de répondre à cette question, nous proposons d'analyser les comportements, notamment les stratégies d'appropriation et de résistance des professionnels en EHPAD face à la régulation publique mise en place par l'État central, par les Agences Régionales de Santé (ARS) et par les conseils départementaux.

Car si l'ensemble des directeurs d'EHPAD enquêtés se plaint du système de tarification par les outils AGGIR et Pathos, selon eux trop basé sur les chiffres et moins négociable que le système antérieur, notre enquête a montré que plusieurs types de stratégies ont été mises en place pour « mieux s'en sortir au quotidien ».

La première est la suivante : pour faire face aux contraintes financières imposées à travers les outils tarifaires, les directeurs enquêtés jouent sur la qualification des salariés. En effet, les 21 directeurs d'EHPAD interviewés ont jugé que les moyens alloués par les financeurs publics étaient insuffisants. Or, les effectifs qu'il leur est possible d'employer sont déterminés par ces moyens. Ils rencontrent donc un problème de pénurie d'effectifs, notamment dans la fonction d'aide-soignant. Avec ces arguments,

⁴ Pour plus de détails, voir <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/organisation-de-loffre/les-soins-en-ehpad-aggir-pathos>.

⁵ Pour plus de précisions sur le calcul des financements des soins en EHPAD en France, voir : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir_42119.pdf.

ces enquêtes justifient la stratégie qu'ils ont mise en place : faire « glisser » - selon le terme employé - certaines tâches normalement effectuées par des personnels qui ont une certaine qualification vers les personnels de niveau de qualification inférieur. Par exemple, ils confient certaines tâches relevant du champ de compétence des aides-soignants, comme la toilette des résidents, à une partie des agents de service titulaires ou à des vacataires « faisant fonction » d'aides-soignants. Ils recrutent ensuite des stagiaires ou des personnes peu qualifiées en contrat aidé pour réaliser les tâches initialement prévues pour les agents de service titulaires. Ils décrivent cette stratégie comme étant « *non volontaire* » mais fortement « *nécessaire* » (d'un côté, ils assurent qu'ils s'en passeraient s'ils pouvaient employer suffisamment d'effectifs qualifiés ; mais d'un autre, selon eux, l'établissement ne pourrait pas fonctionner sans cette stratégie avec les contraintes actuelles).

La stratégie du glissement de tâches pose notamment problème en termes de dévalorisation du travail. En effet, le métier d'aide-soignant est très encadré par la loi. Les articles 3 à 5 du décret n° 2002-194 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier définissent clairement leurs conditions d'exercice. Obtenir un diplôme adéquat fait partie des conditions légales pour exercer ce métier. Mais sur le terrain, la qualification n'est plus une condition préalable à la réalisation des tâches, car celles qui sont théoriquement réservées aux aides-soignants diplômés peuvent également être réalisées par des professionnels moins formés. Cela conduit à une double dévalorisation du travail, à la fois pour les aides-soignants et pour les agents de service « faisant fonction ». D'un côté, du point de vue des aides-soignants, la « juridiction » de leur métier (Abbott, 1988), c'est-à-dire l'exclusivité du territoire professionnel normalement garantie par leur diplôme, est mise en cause, et l'intérêt de leur formation semble réduit à son seul aspect financier (ils ont une rémunération plus élevée). D'un autre côté, les agents de service « faisant fonction » d'aide-soignant voient leur travail peu reconnu, puisqu'ils réalisent les mêmes tâches que les aides-soignants sans en avoir le statut ni la rémunération ; ils connaissent ainsi une forme de dévalorisation financière si l'on regarde leur travail réel. On peut ainsi interpréter le glissement de tâches au sein des EHPAD comme un partage du « sale boulot » (Hughes, 1996 ; Arborio, 2012) par des professionnels plus (pour certains) ou moins (pour d'autres) qualifiés, plus ou moins rémunérés, et qui souffrent tous au final d'un processus de disqualification à la fois professionnelle et financière.

La deuxième stratégie mise en place par les directeurs d'EHPAD rencontrés est d'introduire une hiérarchie dans les services rendus aux résidents selon ce qu'ils nomment leur « nécessité vitale », c'est-à-dire en fonction des dangers sanitaires qu'encourent à défaut, d'après eux, les résidents. Selon cette hiérarchisation, les activités comme l'animation et les sorties sont considérées comme peu nécessaires ; la douche est considérée comme importante mais peut être reportée en contexte de manque d'effectifs ; puis vient le lever des résidents, plus central encore ; enfin, au sommet de cette hiérarchie des tâches « nécessaires », se trouvent les actes médicaux et paramédicaux qui sont le plus souvent considérés par les directeurs enquêtés comme étant « essentiels » à la survie des résidents. En pratique, ce classement hiérarchisé des tâches détermine la priorité quand toutes ne peuvent être assurées par le personnel disponible. Autrement dit, en l'absence d'aides-soignants suffisants, l'animation et les sorties seront annulées en premier, puis la douche. Parfois, quand le nombre d'effectifs présents est jugé « très insuffisant », certains directeurs donnent leur accord pour que tous les résidents ne soient pas levés, bien qu'ils cherchent à éviter ces situations : cela arrive surtout durant les weekends et lors des jours fériés. Notre constat fait écho aux autres recherches existantes sur le classement des tâches d'aide à une personne âgée. Par exemple, J.-S. Eideliman et S. Gojard (2008) proposent de classer les activités d'aide en trois groupes : les « activités vitales » (inévitables pour remplir les conditions d'une vie ordinaire), les « activités sociales » (non indispensables pour une vie ordinaire, par exemple, prendre les transports en commun) et les « activités substituables » (qui peuvent être déléguées à un professionnel, par exemple, préparer ses repas). Néanmoins, les directeurs enquêtés par nous ne perçoivent comme prioritaires qu'une partie de ce que ces sociologues classent comme des « activités vitales » : il s'agit de manger, boire, faire sa toilette (minimale). Alors que la douche et le lever sont également considérés par Eideliman et Gojard comme des « activités vitales », elles font partie des variables d'ajustement pour les directeurs d'EHPAD, de même que les activités sociales comme l'animation et les sorties. Ainsi, dans les établissements, ces activités ont plus ou moins lieu d'un jour à l'autre, en fonction du

nombre de professionnels présents. On peut donc en conclure que les arrangements mis en place par les directeurs d'EHPAD font retomber la pression financière et temporelle sur les soignants de première ligne et sur les résidents, en rognant sur les conditions de travail des uns et sur la « qualité » des services rendus aux autres de manière globale.

III. Trier les futurs résidents : un paramètre d'ajustement face aux outils tarifaires ?

Si les directeurs d'EHPAD ajustent la qualité de service rendu pour faire face à la restriction budgétaire et au manque d'effectifs, ils ne sont pas les seuls à mettre en place des stratégies face à la nouvelle méthode de tarification basée sur les indicateurs et outils standardisés. Nous nous focaliserons maintenant sur une stratégie qu'ils partagent avec un autre groupe professionnel, celui des médecins coordonnateurs des EHPAD, et qui vise à trier les dossiers de demande d'entrée en EHPAD selon des critères peu officiels.

En effet, les directeurs enquêtés « jouent » avec les paramètres des outils de tarification et les scores obtenus, ce qui correspond à un type de stratégie déjà documenté par plusieurs recherches en sociologie de la quantification et de la comptabilité critique (Belorgey, 2011 ; Weill, 2013 ; Bruno et Didier, 2013) : certains directeurs pratiquent une sélection des futurs résidents au moment de l'entrée en établissement, en fonction des critères inscrits dans les outils d'évaluation. Par exemple, pendant la période qui précède les validations du « girage » et de la « coupe pathos », ils acceptent l'entrée de personnes âgées lourdement dépendantes, ou encore de celles qui ont un « besoin en soins » important. Une fois les scores élevés validés par les autorités de tarification, et le financement correspondant obtenu, ces directeurs « recrutent » (c'est-à-dire acceptent) au contraire des nouveaux résidents relativement autonomes et ayant des besoins plus légers en matière d'accompagnement et de soins, afin de « *soulager l'équipe* ». C'est ce qu'a mis en place Mme Dupont, 32 ans, directrice d'un EHPAD public : elle nous a expliqué avoir « *admis deux nouveaux résidents en GIR 1 peu de temps avant la coupe* »⁶. Mme Joly, 30 ans, directrice d'un autre EHPAD public, expose aussi en entretien la façon dont elle sélectionne les résidents : les critères « habituels » et publics, comme la date d'inscription de la personne et le lieu d'habitation (relevant de la commune ou non) sont systématiquement vérifiés, mais cette directrice prend également en compte le niveau de dépendance :

*« On a une vigilance particulière sur le niveau de dépendance des personnes. Ça peut aller dans les deux sens : à un moment donné, ne pas descendre le GIR, notamment pendant une période où il y a pas mal de décès. Généralement, en prévision du renouvellement de convention [tripartite], on est plus vigilant. Après avoir eu le financement, c'est à nous de ne pas surcharger l'équipe »*⁷.

Cet extrait d'entretien décrit bien les marges de manœuvre des directeurs et la logique de leur raisonnement en matière d'admission des nouveaux résidents. Quand l'EHPAD a besoin de « bons » chiffres pour le « girage » et la « coupe Pathos », les directeurs d'EHPAD raisonnent davantage en suivant une logique financière, et sélectionnent en quelque sorte les personnes âgées les plus « rémunératrices », c'est-à-dire très dépendantes, nécessitant des soins importants. Une fois la convention tripartite conclue et le nombre d'effectifs fixé pour les cinq années suivantes, les directeurs raisonnent plutôt suivant une logique d'organisation du travail : il s'agit cette fois d'accepter des résidents assez autonomes pour réduire la charge de travail du personnel. Du point de vue des directeurs, savoir bien profiter des règles du jeu est essentiel, car les effets financiers des résultats de l'évaluation avec les grilles AGGIR et Pathos peuvent être importants financièrement et de longue durée.

Les médecins coordonnateurs, pour leur part, jouent un rôle majeur à la fois dans la tarification des EHPAD (car ils sont parmi les principaux utilisateurs des outils tarifaires AGGIR et Pathos), et dans la prise de décision de l'admission des futurs résidents. Au cours de notre enquête, on a constaté que les modalités d'application et de validation de l'outil Pathos ont créé des difficultés pour les médecins coordonnateurs enquêtés. En effet, correspondant à une logique que l'on pourrait résumer par « justifier pour financer », le score du Pathos se base principalement sur des preuves écrites, comme les ordonnances et les bilans de soins. Les médecins coordonnateurs doivent ainsi jouer un rôle de

⁶ Entretien avec Mme Dupont, le 30 mai 2014.

⁷ Entretien avec Mme Joly, le 10 mars 2011.

supervision sur l'équipe de l'EHPAD et les professionnels libéraux intervenant dans l'établissement, en les sensibilisant régulièrement au sujet de la traçabilité de leurs actes. Selon nos enquêtes, l'exigence de traçabilité aggrave le conflit - souvent déjà existant - entre les médecins coordonnateurs et les médecins traitants des résidents ainsi qu'avec les autres professionnels libéraux intervenant pour les résidents de l'EHPAD, car le score du Pathos dépend des comptes-rendus rédigés par ces derniers alors que les médecins coordonnateurs n'ont sur eux aucun pouvoir de contrainte. Cela place les médecins coordonnateurs dans une position de dépendance à leur égard.

Face à cette situation, les médecins coordonnateurs enquêtés mettent en place plusieurs stratégies pour utiliser au mieux de leurs intérêts les outils standardisés et limiter les difficultés rencontrées dans leur travail. Ayant peu de leviers d'action, nos enquêtes comptent principalement sur ce qu'on peut nommer *le tri* des futurs usagers pour mieux s'en sortir. Complétant la littérature sur la sélection des usagers, qui met l'accent avant tout sur la logique financière (Bacache-Beauvallet, 2006 ; Bevan et Hood, 2006 ; Belorgey, 2011), notre enquête révèle une pluralité de registres de raisonnement dans les comportements de tri des futurs résidents. Nous mettrons en lumière les deux principaux.

D'une part, la grande majorité des médecins coordonnateurs enquêtés sélectionnent des futurs résidents selon leur médecin traitant. Cela leur permet de mieux faire face à la position de faiblesse dans laquelle ils se trouvent au sein des rapports de pouvoir avec les médecins libéraux, ce qui améliore leurs propres conditions de travail et facilite l'obtention d'un meilleur score Pathos. Par exemple, l'un des médecins coordonnateurs enquêtés travaille depuis 2006 dans un EHPAD de 84 lits. Le nombre de médecins libéraux y intervenant était de 45 il y a quelques années. Il raconte : « *J'ai réussi à réduire ce nombre de 45 à 26, soit par le choix des familles, soit par la sélection au moment de l'admission [...] Avant d'accepter un résident, je regarde qui est son médecin traitant* »⁸. Une autre enquêtée développe la même stratégie, mais également en prévision du score Pathos : « *Je n'accepterai pas un résident si je sais que son médecin traitant ne va pas être collaborateur* »⁹.

D'autre part, nos enquêtés sélectionnent les futurs résidents selon leur profil de santé. En effet, les médecins coordonnateurs semblent chercher à concilier plusieurs objectifs et contraintes : le manque d'effectifs, la volonté d'augmenter les financements tout en diminuant la quantité de travail demandée aux équipes soignantes, une meilleure qualité de prise en charge pour les résidents. Pour cela, nos enquêtés donnent une forte préférence à l'acceptation de personnes en GIR 4, c'est-à-dire suffisamment peu dépendantes pour ne pas trop demander de travail aux équipes, mais suffisamment dépendantes pour être finançables par l'argent public, ce qui permet d'équilibrer les charges de travail et l'aspect financier de l'EHPAD. Certains enquêtés donnent une priorité aux GIR 4 qui présentent des troubles cognitifs au détriment des personnes âgées dépendantes physiquement, comme le témoigne notre entretien avec un médecin coordonnateur :

« *On n'a pas beaucoup d'aides-soignantes, du coup quand je choisis des GIR 4, je choisis quand même beaucoup de gens avec des troubles cognitifs [...] Mais ils marchent seuls. [...] Voilà, il faut choisir.* »¹⁰.

Dans leur discours, on remarque que nos enquêtés justifient leur sélection des résidents à la fois par le souci des conditions de travail des aides-soignants (par exemple, « *C'est triste, et difficile à vivre pour les aides-soignants, elles n'ont pas le sentiment d'avoir fait du bon travail* »), mais également par un souci de qualité des services rendus auprès des résidents (par exemple « *quand il faut que certains résidents mangent en 10 minutes chrono, c'est pas normal d'infliger ça à une personne* »). Autrement dit, pour ces derniers, accepter les personnes âgées en GIR 4 mais physiquement autonomes est à la fois profitable aux soignants et aux résidents eux-mêmes, comme le montre la discussion avec un autre médecin coordonnateur :

« *Quand chaque aide-soignante doit faire 17 toilettes le matin, c'est pas une prise en charge bienveillante et bientraitante pour les résidents. [...] Une personne pour 25 toilettes le samedi matin, comment tu veux, tu laves juste les mains et le visage et le derrière à changer. [...] C'est les aides-*

⁸ Entretien avec le Dr Monin, le 13 février 2015.

⁹ Entretien avec le Dr Bourbon, le 20 mars 2015.

¹⁰ Entretien avec le Dr Martin, le 13 février 2015

soignants, donc j'essaie un peu de les préserver. Je choisis donc des gens qui marchent, qui font les transferts, et qui mangent seuls. [...] Et après, du coup, si j'accepte qu'ils marchent et qu'ils mangent seuls, pour qu'ils n'aient pas un GIR 5 ou 6, il faut qu'ils aient des troubles cognitifs. »¹¹

Dans les discours de ce médecin coordonnateur comme de nos autres enquêtés, nous pouvons donc identifier trois types de raisonnement qui coexistent : un raisonnement financier (obtenir un bon score GMP pour plus de financements publics), un raisonnement gestionnaire (préserver autant que possible les aides-soignantes des mauvaises conditions de travail) et un raisonnement en termes de qualité des soins et de la prise en charge (garantir un certain niveau de qualité de service pour les résidents). Notre enquête suggère que les médecins coordonnateurs ont bien endossé un rôle de gestionnaire. Ils cherchent à optimiser le résultat de l'évaluation par l'outil pour rendre plus acceptables le travail et la vie dans les établissements dont ils sont salariés, en comptant surtout sur la sélection des futurs résidents. Néanmoins, quelle que soit la logique de sélection qui prédomine, le tri des futurs usagers produit et reproduit des inégalités pour les personnes âgées dépendantes. Implicites et inconnus des futurs résidents, les critères utilisés défavorisent ceux qui sont suivis par un médecin traitant perçu comme « non collaborateur » ou qui sont très dépendants. Derrière le jeu avec les indicateurs et outils de tarification publique se jouent donc des enjeux essentiels d'équité d'accès aux soins pour les personnes en ayant besoin.

IV. Quelles conséquences sur les budgets familiaux ?

Et cela, d'autant plus que viennent s'y ajouter, du côté des résidents et de leurs familles, des disparités de budget disponible pour payer le séjour en établissement. En effet, les questions relatives au système de co-financement des EHPAD ne se posent pas qu'en termes d'accès aux services de soins et d'hébergement, ou de qualité de services rendus, mais également de solvabilisation : comment les gens paient-ils leur séjour en EHPAD ?

Selon les données de l'enquête CARE (DREES), fin 2016, la moitié des personnes âgées vivant en EHPAD devait payer un "reste à charge" (c'est-à-dire la somme à payer chaque mois par le résident) d'au moins 1 850 euros, après perception des allocations et des contributions des obligés alimentaires (Besnard et Zakri, 2018). Selon les mêmes sources, au moins un tiers des résidents ne pouvait s'acquitter de cette somme avec ses seuls revenus et déclarait avoir déjà dû puiser dans son épargne pour financer son séjour. Dans ce cas, la loi française prévoit la possibilité de demander l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées, attribuée par les conseils départementaux, qui complète la somme si elle n'est toujours pas atteinte après sollicitation de l'obligation alimentaire auprès des descendants¹². Notre enquête de terrain, menée par entretiens multiples auprès d'une vingtaine de familles dont les parents âgés résidant en EHPAD n'avaient pas un revenu suffisant pour payer la facture mensuelle, a montré que cette aide sociale était sous-sollicitée par ses potentiels bénéficiaires, qui préféraient tenter de s'arranger en famille plutôt que de déposer une demande et devoir demander une contribution aux descendants selon les règles légales et administratives.

Notre enquête a porté sur des personnes âgées issues de milieux populaires ou des "petites classes moyennes" à faible patrimoine, ce qui représente les milieux sociaux les plus impactés par la problématique du paiement de l'EHPAD, car ils n'étaient ni capables de payer intégralement par leurs revenus, ni complètement démunis ou complètement contraints de demander l'aide sociale puisqu'ayant des descendants au moins partiellement solvables. Nous avons ainsi analysé « l'économie morale » du paiement de l'hébergement en établissement dans ces familles, afin de comprendre les arrangements mis en place par les résidents et leur entourage hors de tout recours administratif ou légal.

Notre enquête a montré que les enquêtés adoptent des pratiques convergentes pour payer leur séjour en EHPAD, suivant un ordre bien établi de mobilisation des ressources disponibles : d'abord payer avec

¹¹ Entretien avec le Dr Avery, le 20 mars 2015.

¹² Pour plus de détails, voir : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficiaire-daides/les-aides-en-ehpad-et-en-usld/laide-sociale-lhebergement-ash-en-etablissement>

leurs revenus, c'est-à-dire les retraites et les prestations sociales qu'ils reçoivent ; puis, si c'est insuffisant, puiser comme une évidence dans leur(s) compte(s) bancaire(s).

Jeanette, institutrice à la retraite de 58 ans, est chargée de manière informelle de la gestion des finances de sa mère, Mme Alamy, dont elle est la troisième fille. Elle déclare :

« Elle a un peu moins de 1000 euros tout compris. Heureusement, pour l'instant il y a de l'argent sur son compte bancaire, papa aussi avait réussi à mettre de côté – tu te demandes un peu comment, mais bon... »¹³

Notre enquête dans le service du département chargé d'attribuer l'aide sociale a également montré qu'un grand nombre de demandes étaient déposées après avoir épuisé l'épargne bancaire des personnes concernées, plus ou moins rapidement en fonction de la différence plus ou moins importante entre leurs revenus et le montant de la facture. Parmi nos enquêtés par entretiens, lorsque l'épargne bancaire de la personne âgée touchait à sa fin ou qu'elle était jugée insuffisante pour protéger les obligés alimentaires à long terme, la vente du patrimoine immobilier (souvent l'ancienne résidence principale laissée vacante) était une solution très fréquemment choisie. Le but affirmé était de produire des liquidités, afin de continuer à payer l'EHPAD sans peser sur le budget courant des descendants, quitte à amputer en revanche leur futur héritage. C'est, par exemple, ce que raconte Mme Brain, 94 ans, veuve d'un cantonnier municipal :

« [Mes enfants] ont été sages de dire, 'tu ne l'es pas en ce moment, mais si un jour tu deviens complètement dépendante, il faudra que tu paies plus cher. Alors quand faut réclamer de l'argent aux enfants, ça marche pas toujours bien, donc tu auras l'argent nécessaire pour jusqu'à ta mort', et ça, je sais que je ne serai jamais à leur charge. »¹⁴

Ainsi, dans les familles enquêtées comme dans les dossiers de demande d'aide sociale que nous avons étudiés, les enfants et petits-enfants¹⁵ n'étaient sollicités qu'en tout dernier recours, alors que la loi prévoit de les faire contribuer avant même la ponction sur l'épargne ou le patrimoine des résidents. Ce recours le plus tardif possible à l'aide sociale s'explique aussi par la connotation négative que celle-ci revêt pour un grand nombre de nos enquêtés. Catherine, 57 ans, sage-femme retraitée et fille de Mme Saulnier qui réside en EHPAD, réagit ainsi :

« Ah non ! Pas l'aide sociale ! On n'est quand même pas à la rue, et puis Maman [et Papa], c'étaient des gens économes, ils savaient tenir leur budget ! »¹⁶.

Le marquage (Zelizer, 2005) de cet argent public n'est donc pas le même que celui d'autres financements comme l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, ou encore les subventions des caisses d'assurance maladie. Il s'agit ici, pour les enquêtés, d'une aide qu'il faut éviter de percevoir plutôt que de solliciter.

L'analyse de ces pratiques et de ces modes de raisonnement des résidents de milieux modestes et leurs familles permet de mettre en avant leurs logiques particulières de qualification et de hiérarchisation des ressources disponibles, qui expliquent leurs choix de financement du séjour en EHPAD. On a constaté que les résidents comme leurs enfants accordent une grande importance à l'idée d'indépendance financière du parent âgé. Les enquêtés insistaient beaucoup sur la capacité du résident à "payer seul" ses frais de séjour, c'est-à-dire avec ses propres biens et argent, alors même que les conditions de possibilité en étaient construites en famille. Les résidents, quant à eux, mettaient un point d'honneur à ne pas "peser" financièrement sur leurs enfants, qui ne désavouaient pas ce positionnement. L'indépendance financière du parent âgé familialement construite apparaissait ainsi comme un facteur de pacification des relations, au contraire de la sollicitation des contributions alimentaires des descendants, réputée exacerber les tensions familiales.

¹³ Entretien du 17 octobre 2007.

¹⁴ Entretien du 04 mai 2006.

¹⁵ Les Règlements Départementaux d'Aide Sociale peuvent être plus favorables que la loi nationale. Ainsi, certains départements sollicitent uniquement les enfants, alors que d'autres sollicitent l'ensemble des descendants au titre de l'obligation alimentaire envers les ascendants.

¹⁶ Extrait du journal de terrain du 15 décembre 2006.

Face à ce risque de devoir répartir le paiement au niveau familial, et peut-être créer ou accentuer certaines tensions, les décisions à propos de la gestion du patrimoine et des “affaires” du résident pour qu’il paie ‘seul’ sont le plus souvent prises d’un commun accord au sein des familles enquêtées. Les arguments des enfants insistent sur l’indépendance financière entre générations, déjà évoquée, mais aussi sur d’autres logiques plus pragmatiques, comme la recherche d’une rentabilisation maximale du ou des biens immobiliers pour éviter qu’ils ne se dégradent et perdent de leur valeur marchande.

Enfin, l’enquête montre une priorité d’allocation des ressources familiales vers les générations descendantes : dès que possible, plutôt que d’aider financièrement leur parent âgé, les enfants des résidents privilégient les transferts financiers vers leurs propres enfants. Madame Brain explique ainsi, en parlant de Monique, l’une de ses filles :

« Elle dit : ‘avec l’argent de ta maison, ça servira pour ses études’ [de son fils cadet]. Alors j’ai dit, si c’est pour son avenir, fais ce que tu voudras avec ton argent ! »¹⁷

Au final, notre enquête sur les logiques de financement du séjour en EHPAD par les résidents de milieux modestes et leurs familles dévoile un processus de désépargne marqué, s’agissant de personnes âgées appartenant à une génération ayant fréquemment pu acquérir la propriété de son logement principal grâce à un contexte historique favorable et à un mode de vie peu dépensier. Les enquêtés âgés semblent accorder une grande valeur symbolique à ce bien immobilier, souvent en l’associant à une progression de leur statut social conquis grâce au travail de toute une vie. Alors qu’ils auraient souhaité transmettre ce bien aux générations suivantes, tant dans sa valeur marchande supposée que dans sa valeur symbolique, ils se retrouvaient contraints de vendre leur logement pour pouvoir financer le séjour en EHPAD sans solliciter l’obligation alimentaire (jugée plus dure encore à vivre), et à ne plus posséder en fin de vie que les liquidités restantes de la vente. Cependant, comme l’exprimait Mme Brain, ce regret s’efface généralement derrière le soulagement d’avoir évité à leurs descendants de payer pour l’obligation alimentaire et, au-delà, d’avoir ainsi évité des tensions dans les relations familiales.

Comme on le voit, du côté des résidents et de leurs familles, le financement du séjour en EHPAD est peu sensible aux sommes d’argent public dépensées pour les subventionner ainsi qu’aux manières dont ce financement fait l’objet de stratégies et de négociations entre l’administration publique et les personnels de direction des établissements, qui leur demeurent très largement invisibles. De leur côté, le coût de la vie en EHPAD est avant tout celui qui est inscrit sur la facture mensuelle qu’ils reçoivent. Pour les personnes ne pouvant pas en payer la totalité mais ayant des recours au niveau familial, les stratégies se concentrent alors sur les manières d’articuler différents types de ressources afin d’affecter le moins possible le fonctionnement préalable des relations entre proches. Pourtant, les manières dont ces personnes mobilisent ou non leur épargne, la vente de leurs éventuels biens, l’obligation alimentaire ascendante ou encore l’aide sociale départementale fait partie intégrante du système de co-financement actuel des EHPAD en France. Et, alors que les résidents recevant une retraite suffisante pour couvrir ces coûts voient leur épargne et leur patrimoine peu affectés par une fin de vie en EHPAD, il en est tout autre pour les familles de milieux modestes. Pour ces dernières, le paiement du “reste à charge” a pour conséquence un nivellement par le bas des acquis patrimoniaux et financiers. *In fine* - et les enquêtés en ont bien conscience - cela est loin de concerner seulement les personnes terminant leur vie en EHPAD : on peut supposer, à travers l’impact différencié sur un héritage déjà lui-même inégal, un appauvrissement des familles modestes (et une atteinte symbolique aux transmissions familiales) là où les personnes plus aisées sont moins impactées.

Conclusion

Le croisement entre la question des inégalités sociales et celle de la fin de vie en EHPAD à travers les problématiques de financement semble avoir attiré peu d’attention des sociologues dans les dernières décennies. Le champ du financement public et de sa régulation et celui du financement privé du séjour en EHPAD par les résidents ont souvent été traités comme relevant de domaines sociologiques séparés.

¹⁷ Entretien du 04 mai 2006.

Pourtant, en croisant nos recherches respectives portant sur la régulation publique des EHPAD et sur la solvabilisation des frais de séjour par les résidents, ce chapitre a proposé une réflexion originale portant sur les conséquences des modes de financement à la fois sur l'accès au séjour en EHPAD et sur les choix et les conditions d'existence des résidents et leurs proches. Notre travail montre qu'un phénomène du cumul des inégalités sociales existe bien dans le financement des EHPAD, qui réduit grandement les choix disponibles pour les personnes concernées et leur impose plus de contraintes, que ce soit sur un plan moral ou sur un plan financier. Nous constatons que ce cumul touche notamment deux populations. D'une part, sont concernées les personnes très dépendantes, qui représentent un profil « non rentable » pour les EHPAD, et dont la partie la moins aisée peut difficilement supporter les frais d'hébergement dans le secteur privé à but lucratif (où la sélection des résidents se fait plutôt par la capacité à payer que par le degré de dépendance), et même dans certaines parties du secteur public ou associatif. Ces personnes, pourtant très dépendantes, risquent ainsi d'être privées de la possibilité d'entrer en EHPAD via le tri des dossiers, alors même que leur maintien à domicile est coûteux et compliqué, notamment pour les familles rencontrant plus généralement des difficultés socio-économiques. D'autre part, cela concerne les personnes issues des « classes populaires stables » ou petites classes moyennes, qui, bien qu'elles puissent trouver une place en EHPAD si elles ne sont pas trop dépendantes, la financent au prix d'une liquidation de leur patrimoine et/ou d'une contribution financière de leur famille (obligation alimentaire formelle ou « arrangée en famille »). Ces choix impliquent le budget à court terme des proches autant que celui du résident, et modifie les stratégies d'accumulation et de transmission de patrimoine à plus long terme, au risque de (ré)activer des tensions familiales et de procurer aux personnes vieillissantes un sentiment amer quant à la fin de leur vie.

L'enjeu de notre rapprochement n'est donc pas seulement de croiser deux angles de vue. Il s'agit maintenant d'approfondir notre travail commun pour analyser toutes les conséquences de nos constats : conséquences sur les finances des personnes âgées et de leurs familles, et sur les inégalités d'accès à une diversité de prise en charge au grand âge ; conséquences sur le fonctionnement du travail des EHPAD, et sur leur organisation financière à long terme.

Nous avons souhaité poser ici les premières bases de notre réflexion. Nous souhaiterions, au-delà du décloisonnement des objets d'étude, inviter à un dialogue interdisciplinaire : la discussion avec des collègues historiens ou juristes sur nos questions serait bienvenue pour réaliser ce nouveau travail.

Références bibliographiques

Andrew ABBOTT, *The system of professions: an essay on the division of expert labor*, Chicago, London, The University of Chicago press, 1988.

Anne-Marie ARBORIO, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Économica, 2001.

Stéphane BEAUD et Florence WEBER, *Le guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La découverte, 2010.

Nicolas BELORGEY, « “Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences”. Une entreprise de “réforme” d'un service public et ses effets sociaux », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 189, n° 4, 2011, p. 16-33.

Xavier BESNARD et Malika ZAKRI, « Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ? Premiers résultats de l'enquête CARE-Institutions », *Études et Résultats*, n°1095, Drees, 2018.

Gwyn BEVAN et Christopher HOOD, « What's Measured Is What Matters: Targets and Gaming in the English Public Health Care System ». *Public Administration*, vol. 84, n° 3, 2006, p. 517-538.

Solène BILLAUD, « Financer le vieillissement en institution par le patrimoine en milieu modeste », *Retraite et société*, n°1, 2012, p. 105-125.

Solène BILLAUD, *Partager avant l'héritage, financer l'hébergement en institution. Enjeux économiques et mobilisations familiales autour de personnes âgées des classes populaires*, Thèse de doctorat, Paris, EHESS, 2010.

Denis BOUGET (Ed.), *Le prix de la dépendance : comparaison des dépenses des personnes âgées selon leur mode d'hébergement*, Paris, La documentation française, 1990.

Isabelle BRUNO et Emmanuel DIDIER, *Benchmarking : l'État sous pression statistique*, Paris, Zones, 2013.

Jean-Sébastien EIDELIMAN et Séverine GOJARD, « La vie à domicile des personnes handicapées ou dépendantes : du besoin d'aide aux arrangements pratiques », *Retraite et société*, vol. 53, n° 1, 2008, p. 89-111.

Everett Cherrington HUGHES et Jean-Michel CHAPOULIE, *Le regard sociologique : essais choisis*, Paris, École des hautes études en sciences sociales, 1996.

INSEE, *Tableaux de l'économie française, ed. 2018* - INSEE Références, 2018.

Marie-Ève JOËL et Sibille Romain, « Les directeurs d'EHPAD : contraintes, marges de manœuvre et diversité des pratiques », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 2016.

Iris LOFFEIER, *Panser des jambes de bois ? La vieillesse, catégorie d'existence et de travail en maison de retraite*, Paris, Presses universitaires de France, 2015.

Isabelle MALLON, *Vivre en maison de retraite : le dernier chez-soi*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2004.

Maya BACACHE-BEAUVALLET, « How Incentives Increase Inequality », *Labour*, vol. 20, n° 2, 2006, p. 383-391.

Valentine TRÉPIED, *Devenir dépendant : approche sociologique du grand âge en institution*. Thèse de doctorat, Paris, EHESS, 2015.

Florence WEBER, Loïc TRABUT et Solène BILLAUD, *Le salaire de la confiance : l'aide à domicile aujourd'hui*, Paris, Éditions Rue d'Ulm, 2014.

Pierre-Édouard WEILL, « Le droit au service des personnes défavorisées : Les effets pervers de la mise en œuvre du droit au logement opposable », *Gouvernement et action publique*, n°2, 2013, p. 279-302.

Jingyue XING, *Dynamiques des groupes professionnels et New Public Management : l'introduction des instruments d'action publique dans la tarification des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)*, Thèse de doctorat, Paris, École Normale Supérieure, 2018.

Viviana ZELIZER, *La signification sociale de l'argent*, Paris, Seuil, 2005.