

Les déterminants de l'entrée en institution des personnes âgées

Pprès de 250 000 personnes âgées entrent en institution en France pour une année donnée. Quel est le profil socio-démographique et médical de ces personnes et quelle est son évolution récente ? Dans quelles circonstances et selon quelles modalités ces entrées en institution ont-elles été décidées ? Que sait-on enfin des situations qui conduisent plus probablement à opter pour une vie en établissement d'hébergement collectif ? Les enquêtes disponibles sur le sujet nous renseignent de manière inégale sur ces questions.

Un modèle simple fondé sur le degré de dépendance ?

Les trajectoires de prise en charge de la dépendance répondraient à un modèle simple dans lequel le maintien à domicile cède le pas à l'hébergement collectif au-delà d'un certain degré de dépendance ; ce processus concernerait une population de plus en plus âgée. Deux idées très répandues que les enquêtes existantes invitent à nuancer.

Certes, les personnes qui entrent dans une institution sont pour la plupart déjà touchées par la dépendance : les résidents interrogés en 1998 déclaraient souffrir de cinq incapacités en moyenne lors de leur entrée dans l'établissement. Cependant, il faut souligner la diversité des situations : d'une part, un quart d'entre eux ne déclaraient aucune incapacité lors de l'entrée dans l'institution, d'autre part l'apparition des incapacités

peut s'être faite à des rythmes très différents [34] (plus rapide et plus tardif pour les femmes, en particulier).

Par ailleurs, il est vrai que l'âge moyen à l'entrée dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées est élevé et recule : environ 83 ans pour les personnes entrées en 2003, soit près d'un an de plus qu'en 1994 (données EHPA) [62]. Il dépasse même 84 ans pour les femmes, qui sont les plus nombreuses (70 % des personnes entrées dans l'année). Cet âge moyen reflète essentiellement des départs d'un domicile, celui du résident ou celui d'un proche : en 2003, c'était le cas de 2/3 des résidents. Mais il reflète aussi des trajectoires plus complexes où l'entrée dans l'établissement s'est faite depuis un autre établissement pour personnes âgées (10 % des résidents en 2003), depuis un établissement psychiatrique (4 %) ou depuis un service de soins de suite et de réadaptation (c'est le cas pour plus du tiers des personnes hébergées en unité de soins de longue durée par exemple).

Une décision complexe et malgré soi

Le tableau de l'entrée en institution se complexifie encore lorsqu'on se penche sur ses circonstances et modalités.

On est tout d'abord frappé par le caractère heurté des trajectoires de prise en charge. L'entrée en institution est souvent rattachée à un événement déclencheur qui aurait déstabilisé l'équilibre fragile d'une vie à domicile : la

Solène Billaud

Sociologue, centre Maurice Halbwachs

Agnès Gramain

Maître de conférence en sciences économiques, université Paris Dauphine

Méthode

Très peu d'études portent sur les déterminants de l'entrée en maison de retraite. La plupart des études reposent en effet sur une comparaison des populations selon leur mode de prise en charge et ne donnent donc qu'une information indirecte. D'un point de vue statistique, on distingue en effet les facteurs associés à l'entrée en maison de retraite de ceux associés au fait d'être en maison de retraite. Repérer les déterminants de l'entrée en maison de retraite suppose d'observer le devenir de personnes vivant initialement à leur domicile et de comparer les caractéristiques des personnes entrées en maison de re-

traite à celles des personnes encore à leur domicile à la fin de la période d'observation. Un exemple fictif permet d'éclairer cette distinction. Supposons qu'il y ait autant de femmes que d'hommes dans la population exposée au risque d'entrer en maison de retraite, qu'hommes et femmes aient la même probabilité d'entrer en maison de retraite une année donnée, mais que, une fois entrés, les femmes y restent en moyenne trois ans, tandis que les hommes n'y restent qu'un an. Une enquête en coupe à une date donnée touchera trois « cohortes » de femmes en maison de retraite pour une seule cohorte d'hommes. Supposons main-

tenant que le différentiel de mortalité soit moins fort à domicile (trois cohortes de femmes pour deux d'hommes) : les femmes ont bien une probabilité de vivre en maison de retraite plus forte car elles y restent relativement plus longtemps, mais elles n'ont pas pour autant une plus forte probabilité d'y entrer. Si les données réelles sont moins tranchées, cette distinction reste malgré tout pertinente : si les hommes représentent 25 % des résidents en maison de retraite, ils sont 30 % parmi les personnes entrées dans l'année (enquête EHPA).



Les personnes âgées en situation de dépendance

détérioration de l'état de santé, l'apparition de nouvelles incapacités, mais aussi l'obtention d'un diagnostic, le veuvage, le départ d'un enfant ou même une baisse rapide des ressources financières — due au chômage d'un enfant, par exemple. Il semble alors que ce soit dans l'urgence que l'on cherche une solution alternative, même lorsque les personnes concernées sont déjà dépendantes.

L'entourage joue en outre un rôle important, tant en termes de prise de décision et de conseils, que pour les démarches et la mise en œuvre : dans un tiers des cas, les résidents en maison de retraite déclarent que leur famille (conjoint ou enfants) a participé à leur demande d'entrée en institution, et ce quelle que soit la structure d'hébergement. La décision semble alors prise au nom d'une logique de compétence sanitaire : on délègue aux professionnels faute de pouvoir faire aussi bien qu'eux, dès lors qu'il y va de la sécurité physique et morale du parent [44]. Certes, la détérioration de l'état de santé et les besoins de prise en charge médicale qu'elle induit sont mis en avant par les personnes résidant en institution elles-mêmes : dans l'enquête EHPA 2000, plus de la moitié des résidents les mentionnent parmi les raisons de leur entrée en institution, dans une proportion stable quel que soit le milieu social, et d'autant plus forte que l'établissement est plus médicalisé [61]. Mais des études aussi bien qualitatives que statistiques suggèrent de voir le recours à cet argument médical, qui décharge les membres de la famille du poids de la décision de l'entrée en institution, comme une réponse à la force des normes en matière de solidarité familiale.

Les déterminants statistiques de l'entrée en institution

L'exploitation statistique de données longitudinales permet de repérer, indépendamment des scénarios perçus ou reconstruits, les caractéristiques associées objectivement à une plus forte probabilité d'institutionnalisation [39, 48]. Elle confirme que la dépendance joue un rôle majeur en matière d'institutionnalisation, mais qu'elle est loin de tout expliquer.

L'impact de la dépendance sur l'institutionnalisation est aujourd'hui mesuré de manière assez fine. Tout d'abord, plus qu'un degré de dépendance ou un nombre d'incapacités, ce sont certaines atteintes qui paraissent discriminantes (état mental, incontinences...). Ensuite, l'ordre d'apparition des problèmes de santé semble avoir son importance : ainsi la présence de troubles mentaux, marqueur de risque très systématiquement mis en évidence, semble jouer d'autant plus qu'elle apparaît avant que les personnes ne soient physiquement diminuées. Enfin, outre des atteintes objectives, les données subjectives, telles que les limitations ressenties ou leurs répercussions sur l'entourage, ont aussi leur importance.

À côté de cette logique de besoin, les effets d'offre, pris au sens large, jouent aussi un rôle majeur. L'en-

tourage familial est ainsi un élément clef, sa composition comptant, semble-t-il, plus que son ampleur : avoir un conjoint en vie, ou avoir des enfants lorsqu'on est veuf, diminue la probabilité d'entrer en institution, tandis que l'existence de parents éloignés change peu la donne. Lorsque la dépendance est élevée, la présence d'une famille proche devient d'ailleurs presque indispensable pour vivre à domicile. Les différences de recours entre milieux rural et urbain peuvent recouvrir des effets d'offre, de prise en charge professionnelle cette fois¹. Mais l'opposition peut aussi s'interpréter du point de vue de la demande. On observe en effet que le recours à une prise en charge institutionnelle est marqué socialement : les catégories sociales les moins aisées, en particulier les salariés (moins nombreux en milieu rural), ont, à dépendance et configuration familiale données, un risque plus élevé de vivre en institution. Opposition liée au rôle du patrimoine, ou plus grande capacité des classes aisées, plus habituées au personnel de maison, à organiser l'intervention d'aides professionnelles à domicile ? Les mécanismes en jeu sont pluriels, c'est certain. Ils sont aussi économiques : pour les personnes lourdement dépendantes, une prise en charge professionnalisée s'avère souvent plus onéreuse à domicile qu'en institution. La situation est particulièrement tendue pour celles qui souffrent de troubles du comportement et nécessitent donc une surveillance quasi constante, alors même qu'elles sont encore alertes physiquement.

Les enquêtes représentatives dont on dispose aujourd'hui (enquêtes EHPA et HID) permettent une bonne connaissance de la population qui entre en institution. Mais pour ce qui est de l'analyse des mécanismes qui freinent ou favorisent l'entrée en institution, les résultats disponibles sont fragiles, soit qu'ils concernent des populations particulières et restreintes, soient qu'ils reposent sur des hypothèses hardies. On peut cependant retenir que si l'aggravation des incapacités, et en particulier l'apparition précoce de troubles du comportement, joue un rôle majeur, c'est avant tout mise en regard des ressources dont disposent les personnes touchées pour y faire face : solidité et disponibilité de l'entourage familial, mais aussi ressources économiques. La politique de financement public engagée pour doter les personnes âgées de ressources autonomes induira donc certainement des modifications dans le recours aux prises en charge institutionnelles. Avec quelle force, sous quelles formes, il est encore trop tôt pour le dire. (C)

1. Les comportements de sélection de la part des établissements sont peu envisagés. Ils sont évoqués par exemple dans Martinet [46].