

# En dix ans, moins d'enfants handicapés mais davantage d'adultes parmi les résidents en établissements

Nathalie Dutheil, Nicole Roth (\*)

---

*Résider dans un établissement pour personnes âgées ou handicapées est une situation très rare avant 60 ans, qui devient ensuite de plus en plus fréquente, jusqu'à concerner 45 % des personnes de 90 ans ou plus. Actuellement environ 41 000 jeunes vivent cependant dans des établissements pour enfants et adolescents handicapés, au sens où ils y dorment le soir, au moins la semaine. Le recours à l'institutionnalisation des enfants et adolescents handicapés a diminué au fil du temps : ils sont plus fréquemment pris en charge par des services qui les accompagnent dans leur « cadre naturel de vie », du domicile à l'école, et plus souvent accueillis en tant qu'externes dans les établissements. Les personnes handicapées d'âge actif sont quant à elles environ 81 000 à vivre dans une structure pour adultes handicapés. À l'inverse des enfants, elles sont relativement plus nombreuses qu'il y a dix ans à résider en établissement, ce qui s'explique par la création de structures destinées aux personnes lourdement handicapées qui étaient auparavant hospitalisées ou sans prise en charge institutionnelle. Les résidents en établissements pour adultes handicapés sont de plus en plus âgés. Le vieillissement de la population ne s'est pas accompagné d'une augmentation comparable du nombre de résidents en institutions pour personnes âgées : ce dernier a augmenté trois fois moins en dix ans que celui des personnes âgées de plus de 75 ans. L'entrée en établissement est de plus en plus tardive et la clientèle vieillit : parmi les 484 000 résidents, près d'un tiers ont 90 ans ou plus ; ils étaient un cinquième dix ans plus tôt. Les résidents sont également plus affectés par la perte d'autonomie que par le passé.*

En France, les personnes âgées ou handicapées peuvent être prises en charge à leur domicile ou être accueillies ou hébergées dans des établissements médico-sociaux, généralement spécialisés selon l'âge des personnes, voire selon la spécificité que requiert leur handicap. Les établissements pour enfants handicapés sont ainsi spécialisés par type de handicap : établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels, pour

---

(\*) Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement et ministère de la Santé et des Solidarités, Drees.

enfants déficients moteurs, etc. Les établissements pour adultes handicapés sont, quant à eux, spécialisés selon la lourdeur du handicap : les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés reçoivent les adultes les plus lourdement handicapés, tandis que les foyers occupationnels accueillent les adultes handicapés qui ne sont pas en mesure de travailler, mais qui disposent d'une certaine autonomie physique ou intellectuelle et les foyers d'hébergement assurent l'hébergement des travailleurs handicapés. Enfin, les établissements médico-sociaux qui sont destinés aux personnes âgées sont principalement des maisons de retraite. Ces structures ont traditionnellement vocation à assurer l'hébergement complet des personnes âgées, même si elles commencent à proposer aussi d'autres prises en charge telles que l'accueil de jour, de nuit ou temporaire. Par ailleurs, les personnes âgées peuvent résider dans les unités de soins de longue durée (USLD), qui sont des structures médicalisées. Enfin, l'hébergement peut être assuré en logements foyers, formule intermédiaire se rapprochant des logements ordinaires, non retenue dans la suite.

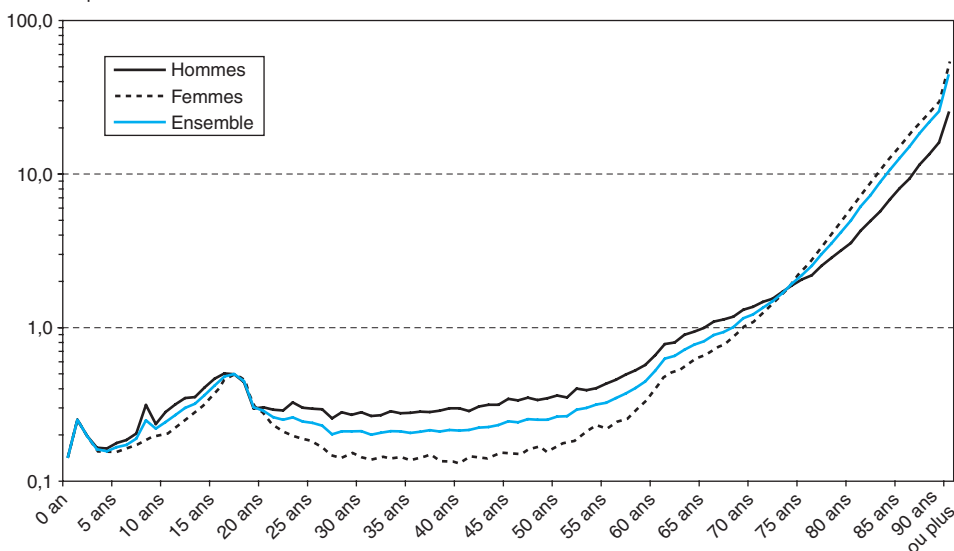
## Une proportion de personnes accueillies en institutions qui croît fortement avec l'âge

Résider en institution est une situation très rare avant 60 ans. Ainsi, si on retient les chiffres du recensement de la population de 1999 concernant les établissements pour personnes âgées ou handicapées ou pour personnes en difficulté sociale, cette situation concerne moins de 0,5 % des personnes à chaque âge (*graphique 1*). Elle devient plus

### Graphique 1

#### Proportion de personnes dans les établissements médico-sociaux à chaque âge (par rapport à la population du même âge)

Pour 100 personnes



Lecture : le graphique utilise une échelle logarithmique. À 85 ans, 8,1 % des hommes et 15,1 % des femmes vivent en institution.

Champ : France entière.

Source : Insee, recensement de la population de 1999.

fréquente à partir de 60 ans, mais jusqu'à 75 ans, moins de 2 % des personnes de chaque âge vivent dans un établissement (pour personnes âgées ou handicapées ou en difficulté sociale). Alors qu'avant 75 ans, les hommes résident plus fréquemment en institution que les femmes, cette situation s'inverse ensuite ; au-delà de 75 ans, la proportion de femmes en institution à un âge donné croît plus vite que celle des hommes. À 85 ans, ce sont ainsi 8 % des hommes et 15 % des femmes qui vivent en institution ; cette part augmente de manière exponentielle aux âges très élevés, la courbe relative à l'ensemble de la population tendant à épouser celle des femmes en raison du poids très majoritaire de ces dernières à ces âges. En effet, les femmes ont une espérance de vie plus élevée que celle des hommes : elle est de 83,8 ans à la naissance pour les premières et de 76,7 ans pour les seconds. Les écarts entre hommes et femmes diminuent légèrement avec l'âge, mais l'espérance de vie des femmes à 60 ans reste supérieure de cinq ans à celle des hommes.

L'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) menée par l'Insee en 1998-1999 confirme, sur un champ proche de celui identifié ci-dessus dans les recensements, que la vie en institution (en établissements pour personnes âgées, handicapées ou en établissements psychiatriques) varie fortement selon l'âge, et à travers lui, selon le niveau de handicap des personnes concernées.

L'un des apports importants de cette enquête, menée à la fois à domicile et en établissements, a été notamment de montrer que l'entrée en institution ne dépend pas uniquement de la nature ou de la sévérité du handicap ou de la perte d'autonomie dont souffrent les personnes. Elle dépend également de facteurs sociaux, comme le sexe, le fait d'être plus ou moins isolé ou le groupe social d'appartenance [7]. Les enfants de familles d'ouvriers se retrouvent six fois plus souvent en institution que les enfants de cadres, indépendamment du fait qu'ils sont de surcroît plus souvent atteints de déficiences. En outre, les enfants hébergés en institution dont les parents sont cadres ou exercent une profession libérale sont plus sévèrement atteints que les enfants d'ouvriers. Pour les atteintes les plus graves, une prise en charge institutionnelle s'impose ainsi dans tous les milieux sociaux ; en revanche, en deçà d'un certain seuil de sévérité des atteintes, les familles de cadres évitent l'entrée en institution plus souvent que les familles d'ouvriers [8]. S'agissant des personnes âgées, il apparaît également des différences sociales quant à l'entrée en institution. Ainsi, même si on neutralise les effets du sexe, de l'âge et du degré de dépendance, la situation conjugale joue un rôle déterminant : toutes choses égales par ailleurs, les personnes vivant en couple ont une probabilité dix fois plus faible de résider en institution que les personnes isolées, et avoir des enfants favorise également le maintien à domicile [4].

L'objet de cet article n'est pas de revenir sur ces différences de prise en charge des personnes handicapées ou en perte d'autonomie selon les critères sanitaires ou sociaux, résultats qui ont été établis à partir des nombreuses exploitations de l'enquête HID. Il ne s'agit pas non plus de dresser un tableau complet de la prise en charge de la dépendance ou du handicap, à la fois au domicile ou en établissement. L'objectif est ici, plus simplement, d'analyser comment a évolué la situation des personnes résidant en établissements au fil du temps, en lien avec l'offre de places et les politiques d'aide sociale. Pour ce faire, on utilisera essentiellement les enquêtes menées par la Drees auprès des établissements pour personnes âgées ou handicapées, en mettant en perspective les évolutions observées sur une dizaine d'années. La Drees réalise en effet des enquêtes administratives auprès des gestionnaires des établissements du secteur médico-social, afin de cerner d'une part les conditions de leur activité, et d'autre part, les caractéristiques des clientèles de ces établissements.

### Encadré 1

#### Les enquêtes Établissements sociaux (ES) et Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)

Ces deux enquêtes, réalisées par la Drees, sont effectuées auprès de tous les établissements. Les questionnaires sont adressés, par voie postale, aux gestionnaires d'établissements ou de services pour personnes handicapées pour l'enquête ES et aux gestionnaires d'établissements d'hébergement pour personnes âgées pour l'enquête EHPA.

Le lancement de ces deux enquêtes est effectué à partir du répertoire national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).

Les enquêtes ES et EHPA fournissent un état des établissements, une présentation des principales caractéristiques du personnel en place dans ces établissements, une description de la clientèle qu'elle soit hébergée ou non et une description des personnes sorties définitivement de ces établissements au cours de l'année de l'enquête.

Ces enquêtes s'adressent en effet à un champ plus large que les seuls résidents en établisse-

ments, puisque sont comptabilisées dans la clientèle non seulement les personnes qui résident dans ces établissements, mais aussi celles qui les « fréquentent » la journée seulement. Dans cette étude, on se limite à la population **résidant** dans ces établissements, au sens suivant : *pour les personnes handicapées, on considérera l'ensemble des personnes en internat, en incluant pour les enfants et adolescents, l'internat de semaine (il s'agit donc d'enfants et d'adolescents résidant la majeure partie de la semaine en établissement) ; pour les personnes âgées, on exclura, sauf mention contraire, les résidents des logements foyers, plus proches des logements ordinaires, ainsi que ceux qui relèvent de structures d'hébergement temporaire.*

Compte tenu de cette restriction au champ des personnes résidant effectivement dans ces structures, les effectifs et résultats peuvent ainsi différer de ceux habituellement présentés, qui s'appliquent à l'ensemble de la clientèle de ces établissements [6, 11, 12].

Dans la suite de cet article, on s'intéressera donc exclusivement aux personnes résidant en institutions pour personnes âgées ou handicapées, à partir des volets « clientèle » des enquêtes Établissements sociaux (ES) et Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de la Drees (*encadré 1*). Ces résidents ont le point commun d'être hébergés dans des établissements médico-sociaux au sein desquels tous les soins rendus nécessaires par leur perte d'autonomie sont dispensés.

### *Des seuils d'âges conventionnels, liés au fonctionnement du système de prise en charge*

En France, le secteur médico-social en faveur des personnes handicapées ou des personnes âgées établit une distinction importante tant en matière d'organisation des réponses aux besoins que de financement entre trois types de structures : les établissements pour enfants et adolescents handicapés, les établissements pour adultes handicapés et ceux destinés aux personnes âgées. Deux seuils d'âge constituent ainsi des critères de passage décisifs, l'âge de 20 ans pour les deux premiers types d'établissements, celui de 60 ans pour les deux derniers. L'existence de ces frontières d'âge entraîne en général, pour les jeunes adultes handicapés de 20 ans dont l'état de santé le nécessite, un passage d'un établissement pour enfants vers un établissement pour adultes handicapés.

Toutefois, parmi les résidents en établissements pour enfants et adolescents handicapés, certains ont plus de 20 ans, en raison de l'amendement Creton<sup>1</sup> qui permet le maintien en établissements pour enfants et adolescents de jeunes adultes de 20 ans ou plus. À l'autre extrémité, l'âge de 60 ans peut entraîner la sortie des établissements pour adultes handicapés et l'entrée dans les établissements pour personnes âgées. Environ 2 500 personnes de plus de 60 ans résident cependant dans les établissements pour adultes handicapés, et il existe une forte demande de structures adaptées aux personnes handicapées vieillissantes [3]. Même si ces limites d'âge pourront être revues progressivement, dans le cadre de la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées, elles restent pour l'instant prégnantes pour l'analyse du fonctionnement des systèmes de prise en charge en institution et, seule l'enquête HID, mais qui est ponctuelle, permet de s'en affranchir.

### *En dix ans, moins d'enfants et d'adolescents en établissement mais davantage d'adultes, en lien avec l'évolution des capacités installées*

Les capacités installées ont fortement évolué depuis le début des années quatre-vingt-dix, selon le type d'établissements. Le nombre de places en maisons de retraite a augmenté depuis le début des années quatre-vingt-dix, passant de près de 361 000 en 1990 à 399 000 en 1994 puis 407 000 en 2003. Le nombre total de places dans les établissements pour enfants handicapés, en internat ou externat, a également progressé : de 126 500 en 1991 à 131 000 en 2001, mais avec une recomposition au sein de ces places au profit des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) qui accompagnent les enfants handicapés dans leur « cadre naturel de vie », du domicile à l'école. Le nombre de places en Sessad est ainsi passé de 8 300 en 1991 à près de 23 000 en 2001. À l'inverse, le nombre total de places dans les établissements pour adultes handicapés, en internat ou en externat, a augmenté, passant de 63 300 à 99 100 entre ces deux dates, avec la création de places en foyers occupationnels, en maisons d'accueil spécialisées et en foyers d'accueil médicalisés. Quel que soit le public accueilli, les taux d'occupation de ces structures, c'est-à-dire le nombre de places occupées relativement au nombre de places installées, sont élevés (au minimum 94 %) et ces taux varient peu dans le temps.

Ces évolutions des capacités installées se traduisent directement sur le nombre de personnes accueillies, compte tenu de la stabilité des taux d'occupation. Toutefois, certaines personnes accueillies ne fréquentent l'établissement que le jour et ne sont pas résidentes dans l'établissement (*encadré 1*). En particulier, dans les établissements pour enfants handicapés l'internat devient de moins en moins fréquent. Au final, au début des années 2000 (fin 2001 pour les établissements pour personnes handicapées et fin 2003 pour les établissements pour personnes âgées), 80 900 personnes vivent dans des établissements pour adultes handicapés, 40 950 dans des établissements pour enfants et adolescents handicapés (dont 1 900 de plus de 20 ans qui y résident au titre de l'amendement

---

1. L'article 22 de la loi du 13 janvier 1989 permet ce maintien dans l'attente d'une solution adaptée, par décision conjointe de la commission départementale d'éducation spéciale (CDES), chargée de l'orientation des enfants handicapés, et de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep), chargée de celle des adultes handicapés.

Creton), et 484 000 personnes âgées vivent dans des institutions spécialisées, hors logements foyers.

Par rapport au début des années quatre-vingt-dix, ces effectifs sont en baisse pour les enfants handicapés et en hausse pour les adultes handicapés et les personnes âgées (tableau 1). En 1991, près de 52 000 enfants et adolescents vivaient en institution. Dix ans plus tard, ils sont 40 950, soit une baisse de 21 % qui s'est faite de manière régulière. Le recours à l'institutionnalisation des enfants et adolescents a donc décliné au fil du temps, s'expliquant par une plus grande prise en charge des enfants ou adolescents en « externat », par le biais notamment du développement des Sessad. À l'inverse, le taux d'institutionnalisation des personnes de 20 à 59 ans en établissement pour adultes handicapés a augmenté en dix ans ; il est passé de 1,7 à 2,4 résidents pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans. Un des facteurs explicatifs est la création de structures destinées aux personnes lourdement handicapées leur permettant une prise en charge dans le secteur médico-social au lieu d'une prise en charge sanitaire ou d'une absence de prise en charge institutionnelle. En effet, le taux d'équipement en structures destinées aux personnes les plus lourdement handicapées est passé dans le même temps de 0,3 place pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans à 0,7 place, soit une multiplication par plus de deux.

**Tableau 1**

**Nombre de personnes résidant en institutions pour personnes handicapées**

	1991	1995	2001
Établissements pour adultes	53 400	69 600	80 900
Taux d'institutionnalisation (pour 1 000, par rapport à la population de 20 à 59 ans)	1,7	2,2	2,4
Établissements pour enfants <i>dont amendement Creton</i>	51 950 <i>nd</i>	47 400 2 400	40 950 1 900
Taux d'institutionnalisation (pour 1 000, par rapport à la population de 0 à 19 ans)	3,2	3,0	2,6

Note : ces taux sont calculés à partir de la population au 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit l'enquête, les enquêtes étant relatives à la situation au 31 décembre.

Champ : résidents (internat) des établissements pour personnes handicapées, France entière.

Sources : Drees, enquêtes Établissements sociaux (ES) 1991, 1995 et 2001 et Insee.

Enfin, pour les personnes âgées, le nombre de personnes résidant dans les structures spécialisées a augmenté de 9 % entre 1994 et 2003, passant de 446 000 à 484 000. Toutefois, compte tenu de l'allongement de la durée de la vie et du fort vieillissement de la population au cours de cette période, cette évolution modérée des effectifs de résidents en institution correspond en fait à une forte diminution des taux d'institutionnalisation, calculés en rapportant cette population à la population totale de 75 ans ou plus : de 12,5 % à 10 %. En effet, la population totale des 75 ans ou plus a augmenté beaucoup plus rapidement entre 1994 et 2003 (de près de 34 %) que celle résidant en institution.

### **Davantage de garçons que de filles dans les établissements pour enfants et adolescents handicapés**

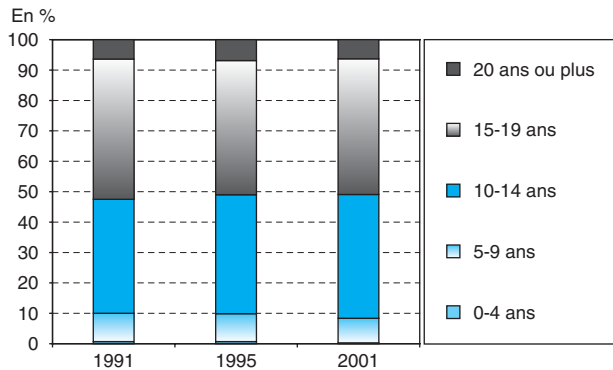
De façon structurelle, les garçons sont deux fois plus nombreux que les filles dans les établissements qui accueillent des enfants et adolescents handicapés (66 % contre 34 % fin 2001), et ce quel que soit le type de structure. Cette différence semble même s'ac-

centuer légèrement au fil du temps. Deux explications, corroborées par ailleurs par l'enquête HID, peuvent être avancées pour expliquer ce phénomène : les garçons semblent plus souvent que les filles atteints de déficiences, notamment psychiques, et ils sont plus souvent accueillis en institutions à situation de handicap donnée [9].

Près de la moitié des enfants et adolescents handicapés en institution ont entre 15 et 19 ans et quatre sur dix ont entre 10 et 14 ans (*graphique 2*). Ces derniers sont notamment très représentés dans les instituts de rééducation (61 % soit 5 700 enfants environ), qui ont vocation à prendre en charge des jeunes présentant des troubles notamment de la conduite, du caractère et du comportement et cela malgré des capacités intellectuelles normales ou quasi normales. Résider en institution est par contre beaucoup plus rare pour les jeunes enfants : ceux de moins de 10 ans représentent moins de 9 % des résidents en établissements fin 2001, cette proportion ayant d'ailleurs tendance à se contracter légèrement au fil du temps (ils étaient 10 % en 1991).

**Graphique 2**  
**Structure par âge des résidents en établissements pour enfants handicapés**

Champ : résidents (internat) des établissements pour enfants handicapés.  
Source : Drees, enquêtes Établissements sociaux (ES) 1991, 1995 et 2001.



## Des adultes handicapés qui vieillissent dans les établissements

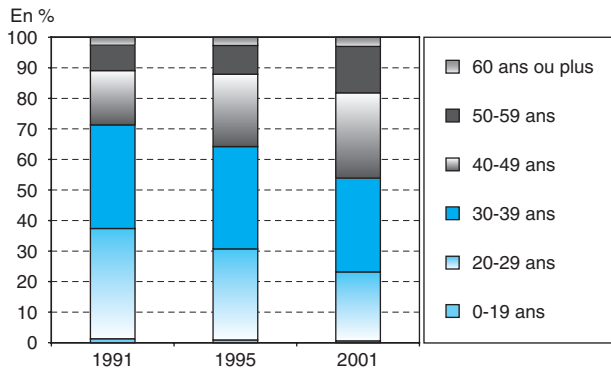
Dans les établissements pour adultes handicapés, les hommes sont également plus nombreux que les femmes, cette sur-représentation des hommes étant néanmoins moins marquée que dans les établissements pour enfants : « seulement » 57 % des résidents sont des hommes, et cette proportion semble stable au cours du temps.

En revanche, au cours des dix dernières années, on observe une évolution spectaculaire de la structure par âge des résidents de ces établissements (*graphique 3*) : fin 1991 près des trois quarts des résidents avaient moins de 40 ans ; ils ne sont plus que légèrement majoritaires fin 2001 (53,9 %). À l'opposé, la part des plus de 50 ans a presque doublé en dix ans, passant de 10,9 % en 1991 à 18,2 % en 2001, avec également une augmentation de la part des 60 ans ou plus (2 500 personnes en 2001), qui témoigne aussi de la difficulté de passer d'un type de structures (pour personnes handicapées) à un autre (pour personnes âgées). Par ailleurs, dans les établissements destinés aux plus lourdement handicapés, le décès ou la prise en charge sanitaire sont très fréquents pour les personnes âgées de plus de 45 ans.



**Graphique 3**  
**Structure par âge des résidents en établissements pour adultes handicapés**

Champ : résidents (internat) des établissements pour adultes handicapés.  
 Source : Drees, enquêtes Établissements sociaux (ES) 1991, 1995 et 2001.

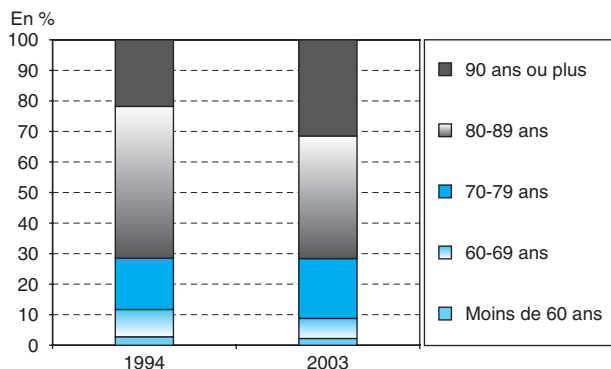


## Les femmes majoritaires dans les établissements pour personnes âgées

Dans les établissements spécialisés dans l'accueil des personnes âgées, les femmes sont à l'inverse trois fois plus nombreuses que les hommes : elles représentent ainsi les trois quarts des résidents en établissements pour personnes âgées, en raison notamment des différences de mortalité entre hommes et femmes. Comme pour les établissements pour adultes handicapés, la structure par âge s'est déformée de façon notable, avec un fort accroissement de la part des personnes très âgées, en raison d'une augmentation continue de l'espérance de vie sans incapacité et du développement de politiques de maintien à domicile : ainsi les personnes de 90 ans ou plus représentent près d'un tiers de la clientèle de ces établissements fin 2003, contre un peu plus d'un cinquième fin 1994 (*graphique 4*). Les moins de 70 ans voient ainsi leur part relative diminuer, passant de près de 12 % fin 1994 à un peu moins de 9 % fin 2003, ce qui résulte d'un âge à l'entrée de l'établissement plus tardif : 82 ans en moyenne en 1994 à 83 ans en 2003. Parmi les entrants en institution en 1994, un quart de la population âgée avait 88 ans ou plus. Dix ans plus tard, parmi ceux entrés en cours de l'année 2003, un quart d'entre eux étaient âgés de 90 ans ou plus.

**Graphique 4**  
**Structure par âge des résidents en établissements pour personnes âgées**

Champ : résidents des établissements pour personnes âgées (hors logements foyers et hébergement temporaire).  
 Source : Drees, enquêtes Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) 1994 et 2003.

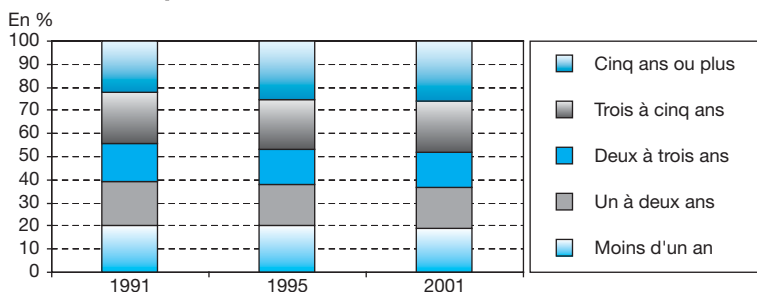




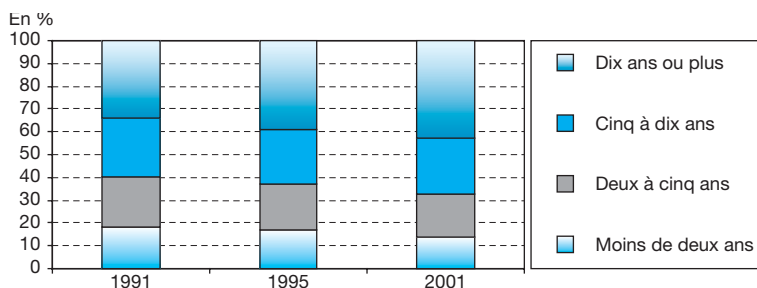
## Graphique 5

### Ancienneté des résidents en établissements...

#### ... pour enfants handicapés



#### ... pour adultes handicapés

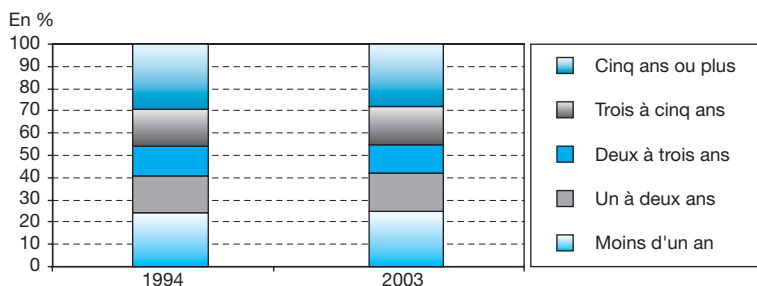


Lecture : en 1991, 22 % des enfants qui résidaient en établissement pour enfants handicapés étaient présents depuis cinq ans ou plus, 22 % entre trois et moins de cinq ans, 17 % entre deux et moins de trois ans, 19 % entre un et moins de deux ans et 20 % depuis moins d'un an.

Champ : résidents (internat) des établissements pour personnes handicapées.

Source : Drees, enquêtes Établissements sociaux (ES) 1991, 1995 et 2001.

#### ... pour personnes âgées



Lecture : en 1994, 29 % des personnes âgées qui résidaient en établissement étaient présentes depuis cinq ans ou plus, 17 % entre trois et moins de cinq ans, 13 % entre deux et moins de trois ans, 17 % entre un et moins de deux ans et 24 % depuis moins d'un an.

Champ : résidents des établissements pour personnes âgées (hors logements foyers et hébergement temporaire).

Source : Drees, enquêtes Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) 1994 et 2003.

Ce léger recul de l'âge à l'entrée dans les institutions pour personnes âgées n'a pas eu pour conséquence de diminuer la durée moyenne passée dans l'établissement<sup>2</sup>. En effet, leur temps de présence est resté constant depuis 1994. Toutefois, ces résidents en établissements pour personnes âgées connaissent des situations variées puisqu'un quart est dans l'établissement depuis moins d'un an et un peu plus d'un quart depuis cinq ans ou plus (*graphique 5*).

### ***Des durées de présence en établissement qui augmentent pour les adultes handicapés***

Ce sont les adultes handicapés qui connaissent le temps de présence le plus élevé au sein de leur établissement : plus de quatre sur dix sont présents depuis plus de dix ans. Les établissements pour adultes handicapés disposent en effet d'agrèments, c'est-à-dire d'autorisations administratives de fonctionnement, qui permettent en général la prise en charge à partir de 18 ou 20 ans et jusqu'à l'âge de 60 ans. Un quart de ces adultes handicapés sont dans la structure depuis au moins quinze ans. Les temps de présence au sein de l'établissement ont augmenté depuis le début des années quatre-vingt-dix : 60 % des résidents étaient depuis au moins cinq ans dans l'établissement et 67 % en 2001. Cette augmentation de la durée de présence traduit le vieillissement des adultes handicapés, leur espérance de vie augmentant régulièrement, à l'instar des évolutions observées en population générale [1].

Quant aux enfants et adolescents handicapés, un quart d'entre eux (26 %) sont dans leur établissement depuis au moins cinq ans. Ils étaient 22 % dans cette situation en 1991.

### ***Des résidents âgés qui présentent des problèmes de plus en plus lourds***

De façon usuelle, les situations de dépendance ou de handicap sont déclinées selon trois dimensions : les déficiences (les problèmes dans les fonctions organiques ou les structures anatomiques), les limitations d'activité (les difficultés qu'une personne peut éprouver dans l'exécution d'une tâche) et les restrictions de participation (les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour s'impliquer dans la vie réelle, scolaire, professionnelle ou sociale). Les deux premières notions peuvent être appréhendées en partie à partir des enquêtes ES et EHPA, soit en termes de déficiences (pour les personnes handicapées), soit en termes de limitations d'activité ou d'incapacités.

En 2003, près de neuf personnes âgées sur dix qui sont hébergées dans des institutions présentent au moins une dépendance psychique et/ou une dépendance physique (*tableau 2*). Trois niveaux de dépendance physique peuvent être définis, de la dépendance physique lourde qui contraint au confinement au lit ou au fauteuil et qui nécessite une aide pour tous les actes essentiels de la vie quotidienne, à une dépendance plus modérée, pour les personnes qui ont seulement besoin d'une aide pour sortir de l'institution (*encadré 2*). Par ailleurs, une personne est dite dépendante psychiquement si elle pré-

---

2. Il s'agit ici de la durée passée dans l'établissement où est enquêtée la personne et non pas de la durée totale tous établissements confondus.

**Tableau 2****Répartition des personnes âgées en établissement selon leur niveau de dépendance physique et psychique**

En %

	Confinés au lit ou au fauteuil		Dépendants pour la toilette et l'habillement		Aidés pour sortir de l'établissement		Pas ou peu de dépendance physique	
	1994	2003	1994	2003	1994	2003	1994	2003
Pas ou peu de dépendance psychique	4	6	13	16	11	9	22	13
Dépendance psychique	18	29	26	23	4	3	2	1

Champ : résidents des établissements pour personnes âgées (hors logements foyers et hébergement temporaire).

Source : Drees, enquêtes Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) 1994 et 2003.

sente des troubles du comportement ou des difficultés d'orientation dans le temps ou dans l'espace. Fin 2003, selon ces indicateurs, les personnes âgées vivant en institution sont 56 % à présenter une dépendance psychique (associée ou non à une dépendance physique) et 86 % à présenter une dépendance physique (associée ou non à une dépendance psychique). Elles sont 29 % à cumuler confinement au lit ou au fauteuil et dépendance psychique.

Les personnes âgées qui résident dans des institutions en 2003 présentent une dépendance plus importante que celle observée dix ans auparavant. En 1994, elles étaient 22 %

**Encadré 2****Mesure des dépendances physique et psychique dans l'enquête EHPA et des incapacités dans l'enquête ES**

Dans l'enquête EHPA, quatre groupes sont distingués pour évaluer la dépendance physique :

- les personnes confinées au lit ou au fauteuil,
- les personnes non confinées au lit ou au fauteuil mais qui ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillement,
- les personnes qui ont besoin d'aide pour sortir du domicile ou de l'institution où elles vivent (et qui n'appartiennent pas aux deux groupes précédents),
- les autres personnes.

Dans cette même enquête, les personnes qui présentent des troubles du comportement ou des difficultés d'orientation dans le temps ou dans l'espace sont considérées comme dépendantes psychologiquement. Deux groupes distinguent donc les personnes ayant une dépendance psychique et les autres. La combinaison de ces groupes permet de distinguer huit groupes qui correspondent à l'indicateur dit « EHPA ».

Un autre indicateur utilisé pour mesurer la dépendance des personnes âgées est la grille AGGIR. Elle mesure, pour 10 activités, la capacité des personnes à les réaliser seules ou non. Elle permet de classer les personnes en six groupes : des plus dépendantes aux personnes autonomes. Cette grille s'est imposée comme grille nationale d'évaluation de la dépendance depuis la loi du 24 janvier 1997 instaurant la prestation spécifique dépendance (PSD) remplacée depuis par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Dans cet article, l'indicateur EHPA a été privilégié car il est commun aux enquêtes EHPA 1994 et 2003.

Dans la dernière enquête ES, réalisée à la fin 2001, des variables sur les incapacités ont été introduites dans le questionnaire. Elles ont pour objectif de mesurer les difficultés des personnes handicapées à réaliser les principales activités de la vie quotidienne (déplacements, communication, hygiène...) et de compléter les informations sur les déficiences.

à n'avoir ni dépendance psychique ni dépendance physique. Elles ne sont plus que 13 % en 2003. Inversement, les personnes les plus dépendantes, qui présentent à la fois une dépendance psychique et qui sont confinées au lit ou au fauteuil, étaient 18 % en 1994 et représentent 29 % des résidents en 2003. Cette augmentation de la part des personnes âgées dépendantes dans les établissements peut être attribuée à différents effets, en particulier au développement du maintien à domicile. Ainsi, l'offre de services infirmiers et d'aide à domicile a fortement augmenté depuis les années quatre-vingt ; le nombre de places de services de soins infirmiers à domicile est par exemple passé de 47 000 places en 1992 à 71 000 places en 2002 [2]. De plus, la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2002 a conduit à une meilleure solvabilisation des besoins d'aide des personnes âgées. Cette allocation permet aux personnes âgées présentant une dépendance sévère ou modérée de rémunérer une personne qui les aide pour les différentes activités de la vie quotidienne, y compris à domicile, contribuant ainsi à différer le moment de l'entrée en établissement.

### *Pour les personnes handicapées en institution, les déficiences intellectuelles sont les plus fréquentes*

La moitié des enfants et adolescents ont en 2001, pour déficience principale, une déficience intellectuelle (se définissant par un quotient intellectuel inférieur à 70) et 30 % des déficiences du psychisme (des troubles du fonctionnement de l'appareil psychique) (tableau 3). Ce sont les deux mêmes déficiences principales dont souffrent les adultes résidant dans un établissement médico-social mais dans des proportions différentes : une déficience intellectuelle pour 68 % d'entre eux et une déficience du psychisme pour 14 %.

**Tableau 3**  
**Répartition des personnes handicapées selon leur type de déficiences**

En %

	Enfants handicapés			Adultes handicapés		
	1991	1995	2001	1991	1995	2001
Déficiences intellectuelles	50	49	46	66	66	68
Déficiences du psychisme	26	28	30	15	15	14
Déficiences du langage	1	1	1	1	0	0
Déficiences sensorielles	10	9	8	3	3	2
Déficiences motrices	7	7	7	8	8	7
Polyhandicap	6	6	6	7	8	6
Plurihandicap	-	-	1	-	-	2
Autres déficiences	-	-	1	-	-	1
<b>Ensemble</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Champ : résidents (internat) des établissements pour personnes handicapées.

Source : Drees, enquêtes Établissements sociaux (ES) 1991, 1995 et 2001.

Les déficiences peuvent occasionner pour les personnes qui en souffrent des incapacités à réaliser différentes activités. Fin 2001, près des deux cinquièmes des enfants et des adultes handicapés résidant dans des établissements médico-sociaux se mettent en danger par leur comportement et ont, par ailleurs, un comportement anormalement agressif (tableau 4). Ils sont aussi un sur dix à avoir besoin de l'aide d'un tiers pour se déplacer au sein de l'institution et entre 15 % et 25 % à avoir besoin d'aide pour communiquer.

**Tableau 4**  
**Incapacités des personnes handicapées en 2001**

En %

	Enfants handicapés	Adultes handicapés
Se mettent en danger par leur comportement	41	47
Ont un comportement anormalement agressif	37	41
Ont besoin d'aide pour communiquer	15	25
Ont besoin d'aide ou de stimulation pour faire leur toilette	23	46
Ont besoin d'aide pour se déplacer dans l'institution	12	14
Ne gèrent pas leurs ressources financières	nd	78
Courent un risque vital en l'absence d'aide technique et/ou humaine	22	50

nd : question non posée aux enfants.

Champ : résidents (internat) des établissements pour personnes handicapées.

Source : Drees, enquête *Établissements sociaux (ES) 2001*.

Toutefois, certaines incapacités concernent davantage les adultes que les enfants en établissements : un adulte sur deux court un risque vital en l'absence d'aide technique et/ou humaine, soit plus de deux fois plus que les enfants. Les adultes handicapés sont 46 % à avoir besoin d'aide ou de stimulation pour faire leur toilette, alors que seuls 23 % des enfants handicapés sont considérés comme ayant besoin d'une telle aide<sup>3</sup>.

Entre 1995 et 2001, la part des enfants en établissement présentant des déficiences intellectuelles a diminué légèrement (50 % à 46 %). Cette évolution traduit une diminution du nombre total d'enfants présentant une déficience intellectuelle accueillis dans les établissements médico-sociaux (en internat ou en externat) mais aussi une diminution de la part de ces enfants résidant en internat (21 % à 16 %), au profit d'une prise en charge en externat ou d'un suivi par un Sessad. À l'inverse, la part des enfants présentant des déficiences du psychisme a augmenté ce qui résulte avant tout d'une augmentation des effectifs des enfants présentant ces troubles. La part de ces enfants en internat est restée quasi constante par rapport à 1991 (10 % à 11 %).

### ***Pour les personnes handicapées, un accueil plus fréquent que par le passé dans le département d'origine***

Les enfants handicapés sont accueillis, pour les trois quarts d'entre eux, dans un établissement situé dans le département où habitent leurs parents et 17 % dans un département limitrophe. Les autres enfants (9 %) sont dans un établissement non limitrophe, donc en moyenne plus éloigné du domicile familial. En dix ans, les enfants handicapés en institution se sont rapprochés de leurs parents : en 1995, ils n'étaient que deux tiers à être accueillis dans leur département ; 13 % étaient internes dans un établissement situé dans un département non limitrophe et 21 % dans un département limitrophe. Les enfants handicapés franciliens sont parmi ceux qui sont le plus souvent internes dans un établissement localisé dans un département différent de celui du domicile familial. L'Île-de-France est cependant atypique à cet égard, compte tenu de l'organisation des transports qui permet de circuler plus facilement d'un département à l'autre au sein de la région. La région apparaît cependant moins dotée que la moyenne, avec un taux d'équipement

3. Cette proportion est calculée sur l'ensemble des enfants et adolescents, dont 8,4 % qui ont moins de 10 ans et pour lesquels le besoin d'aide pour la toilette peut être relié à leur jeune âge.

moyen régional inférieur à 6 places pour 1 000 jeunes de 0 à 19 ans, contre 8,4 en moyenne nationale [6].

Les trois quarts des adultes handicapés en établissements résident dans leur département d'origine, celui de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) qui les a orientés vers le type de structure adapté à leur handicap. Par contre, ils ne sont que 12 % à résider dans un établissement situé dans un département limitrophe à celui d'origine. Enfin, ils sont 14 % à vivre dans un département non limitrophe. À l'instar des enfants handicapés, depuis 1995 la part des adultes handicapés qui sont pris en charge dans un établissement localisé dans le département d'origine a augmenté (72 % seulement en 1995). La part des adultes accueillis hors de leur département a donc diminué : 16 % d'entre eux l'étaient dans un département non limitrophe et 12 % dans un département limitrophe.

La prise en charge des enfants et adultes handicapés hors de leur département d'origine traduit des disparités d'équipement en établissements entre les départements. La moitié des départements ont des taux d'équipement en établissements pour enfants handicapés compris entre 7,3 et 10,7 places (en externat et internat) pour 1 000 jeunes de 0 à 19 ans et des taux d'équipement en établissements pour adultes handicapés entre 2,6 et 4,7 places (en externat et internat) pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans. Les différents départements ne sont pas toujours équipés de l'ensemble des catégories d'établissements pour enfants ou adultes handicapés et, quand ils le sont, les capacités peuvent différer [10].

Pour les personnes âgées, la notion d'éloignement est plus complexe : d'abord, l'enquête ne permet de connaître que le lieu de résidence antérieur et non pas forcément le lieu du domicile d'origine. Ainsi, en 2003, l'entrée en maison de retraite en provenance du domicile personnel concerne 56 % des personnes âgées (57 % en 1994) ; 17 % étaient auparavant dans un service de soins de suite et de réadaptation d'un établissement de santé, 8 % dans une autre maison de retraite et 6 % dans un établissement psychiatrique ou un service psychiatrique d'un établissement de santé. Parmi les personnes âgées qui vivaient auparavant à leur domicile, 85 % d'entre elles sont entrées dans un établissement qui est localisé dans le département de leur ancien domicile. Pour les autres, 7 % vivent désormais dans un département limitrophe à celui d'origine et 8 % dans un département non limitrophe, et ces proportions apparaissent stables par rapport à 1994. Cet éloignement par rapport au domicile antérieur peut s'expliquer par le manque de places. Il existe en effet pour les établissements pour personnes âgées des disparités entre départements : alors qu'en 2002, le nombre moyen de places en maisons de retraite s'élève à 95 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, ce taux est compris entre 7 et 99 places pour 1 000 personnes âgées dans la moitié des départements les moins dotés, et il est compris entre 100 et 178 places pour 1 000 personnes âgées dans la moitié des départements les plus dotés [5]. D'autres raisons peuvent cependant expliquer ces mobilités, comme par exemple le souci de se rapprocher du domicile de ses enfants ou d'autres membres de sa famille. □

---

## Bibliographie

---

- [1] AZÉMA B., MARTINEZ N. (2005), « Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie – une revue de littérature », in *Revue française des Affaires sociales*, Drees, La Documentation française, n° 2, mars-juin.
- [2] BRESSÉ S. (2004), « Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002 », *Études et résultats*, Drees, n° 350, novembre.
- [3] COLVEZ A., VILLEBRUN D. (2003), « La question des catégories d'âge et des « charnières » entre les différents types de population », in *Revue française des Affaires sociales*, Drees, La Documentation française, n° 1-2, janvier-juin.
- [4] DÉSESQUELLES A., BROUARD N. (2003), « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution », in *Population*, Ined, n° 58.
- [5] MESRINE A. (2003), « Les places dans les établissements pour personnes âgées en 2001-2002 », *Études et résultats*, Drees, n° 263, octobre.
- [6] MONTEIL C. (2004), « Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés en 2001 », *Études et résultats*, Drees, n° 288, février.
- [7] MORMICHE P. (1999), « Les personnes dépendantes en institution », *Insee première*, Insee, n° 669, août.
- [8] MORMICHE P., BOISSONNAT V. (2003), « Handicaps et inégalités sociales : premiers apports de l'enquête HID », in *Revue française des Affaires sociales*, Drees, La Documentation française, n° 1-2, janvier-juin.
- [9] RAVAUD J.-F., VILLE I. (2003), « Les disparités de genre dans le repérage et la prise en charge des situations de handicap », in *Revue française des Affaires sociales*, Drees, La Documentation française, n° 1-2, janvier-juin.
- [10] TRÉMOUREUX C., WOITRAIN É. (2000), « Les établissements pour personnes handicapées entre 1988 et 1998 : réduction globale des disparités départementales », *Études et résultats*, Drees, n° 58, avril.
- [11] TUGORÈS F. (2005), « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel – Premiers résultats de l'enquête EHPA 2003 », *Études et résultats*, Drees, n° 379, février.
- [12] VANOVERMEIR S. (2004), « Les établissements pour adultes handicapés au 31 décembre 2001 », *Études et résultats*, Drees, n° 308, mai.
-



