

## Vivre à domicile ou en institution : effets d'âge, de santé, mais aussi d'entourage familial

Gérard Bouvier, Liliane Lincot, Chantal Rebiscoul\*

**En 2009, un peu plus de 600 000 personnes sont hébergées en établissements pour adultes handicapés, en établissements psychiatriques ou en établissements pour personnes âgées ou dépendantes. Ces personnes sont en plus mauvaise santé que les personnes du même âge vivant chez elles. Mais il est probable que leur état de santé ne soit pas le seul facteur qui explique leur hébergement en institution : ces personnes ont aussi plus souvent besoin d'aides techniques, qu'il s'agisse de prothèses, d'appareils destinés à faciliter la mobilité, ou d'aides aux soins et traitements, et semblent parfois socialement ou familialement relativement isolées. Entre 60 et 80 ans, chez les hommes notamment, cet isolement semble autant jouer sur le fait de vivre en institution que l'état de santé.**

En 2009, un peu plus de 600 000 personnes sont hébergées dans des institutions parce que leur situation de handicap ou leur état de santé le nécessite. Parmi elles, 90 000 personnes sont hébergées en établissements pour adultes handicapés et 33 000 en établissements psychiatriques. Les hommes y sont un peu plus nombreux que les femmes. Ce sont en très grande majorité des personnes de 20 à 59 ans. L'hébergement en institution à ces âges concerne une personne sur trois cents. Par ailleurs, 497 000 personnes vivent dans les établissements pour personnes âgées ou dépendantes, la plupart ayant plus de 60 ans. Avant 80 ans, vivre en institution reste encore rare : cela concerne une personne sur cent soixante de 60 à 64 ans, et une personne sur quarante de 75 à 79 ans (*figure 1*). Mais ce phénomène est plus fréquent aux grands âges : un quart des personnes de plus de 90 ans vivent en institution, et la moitié des plus de 97 ans. Les femmes y sont presque trois fois plus nombreuses que les hommes : les écarts d'espérance de vie mais aussi un hébergement en institution plus fréquent (  âge donné) expliquent ce chiffre.

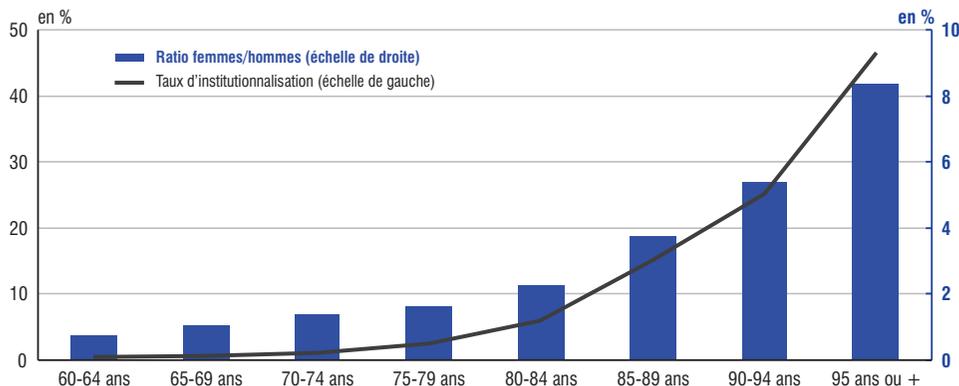
### Les personnes en établissements sont en moins bonne santé

Ces chiffres sont issus de l'enquête Handicap-Santé de 2008-2009 (*encadré 1*). Cette enquête confirme que les personnes hébergées dans ces trois types d'établissements sont en moins bonne santé que les personnes en ménage (c'est-à-dire vivant chez elles ou dans leur famille). Le différentiel de santé s'observe tout d'abord au travers des indicateurs de santé relativement généraux que sont l'état de santé général déclaré par la personne, l'existence de maladies chroniques<sup>1</sup> et son état de santé « fonctionnel ». L' tat de santé fonctionnel approche la santé par ce qu'une personne peut ou ne peut pas faire en raison de son état de santé. Il est ici mesuré de manière globale par l'existence de limitations d'activité dues à des problèmes de santé. Chacun de ces indicateurs mesure des aspects différents de la santé (ce n'est pas la même chose d'avoir une maladie chronique et d'être limité dans ses activités en raison d'un

\* Gérard Bouvier, Liliane Lincot, Chantal Rebiscoul, Insee.

1. Une maladie chronique est une maladie qui dure depuis plus de 6 mois.

## 1. Taux d'hébergement en établissements pour personnes âgées dépendantes et ratio femmes/hommes



Champ : France, personnes de 60 ans ou plus.

Lecture : 6 % des personnes de 80 à 84 ans vivent dans des établissements pour personnes âgées ou dépendantes (échelle de gauche). Pour cette tranche d'âge, il y a un peu plus de deux femmes pour un homme (échelle de droite).

Source : Insee, enquête Handicap-Santé 2008-2009.

### Encadré 1

#### L'enquête Handicap-Santé 2008-2009

L'enquête Handicap-Santé 2008-2009 succède aux enquêtes « Santé 2003 » et « Handicaps-Incapacités-Dépendance 1998-2001, HID » [Mormiche, 1998]. Pour la première fois, les thèmes de la santé et du handicap sont associés. L'enquête Handicap-Santé 2008-2009 comporte deux volets : l'un auprès des personnes vivant en ménages ordinaires, c'est-à-dire à leur domicile, l'autre auprès des personnes résidant durablement dans trois types d'établissements : les établissements psychiatriques, ceux pour adultes handicapés, et ceux pour personnes âgées ou dépendantes. La quasi-totalité des personnes vivant au sein des établissements pour personnes âgées ou dépendantes ont plus de 60 ans. La très grande majorité des personnes dans les établissements psychiatriques ou les établissements pour adultes handicapés ont entre 20 et 60 ans. C'est la situation de ces personnes qui est étudiée ici. Les personnes qui résident dans des centres d'hébergement pour réinsertion sociale font aussi partie de l'enquête mais elles ne rentrent pas dans le champ de cette étude. L'enquête est nationale (métropole et départements d'outre-mer) et a concerné 30 000 personnes de tous âges en ménages et 9 000 personnes en institution. Les personnes en situation de handicap sont surreprésentées dans l'échantillon

« ménages » grâce à une enquête-filtre préalable qui a permis de les repérer : l'enquête Vie quotidienne et santé 2007. Ce sont en priorité les personnes qui répondent au questionnaire ; quand leur état de santé ne le permet pas, c'est un tiers qui répond à leur place (par exemple quelqu'un du personnel de santé dans les établissements).

L'Insee a assuré la co-maîtrise d'ouvrage du projet, avec la Drees. Le groupe de conception associe des statisticiens à des chercheurs et des médecins spécialisés en épidémiologie, ainsi que des psychiatres. Ces personnes travaillent dans des organismes tels l'Ined, l'Inserm, la Cnav, le CTNERHI, l'Irdes, la Drees et la CNSA, outre l'Insee. Il y a eu des contributions des représentants des associations de personnes en situation de handicap (APF, Unafam, Unapei, etc.) et des représentants des financeurs de l'enquête. Le pilotage du projet assure la prise en compte de l'expérience d'HID.

Le financement d'Handicap-Santé est assuré d'abord par l'Insee puis la Drees, avec des participations de la CNSA, des Cnam, Cnav et Cnaf, de l'Agefiph, la FNMf et l'InVS.

De nombreuses informations sur l'enquête sont accessibles à partir de :

<http://www.sante.gouv.fr/handicap-sante.html>

problème de santé) mais sous chacun de ces aspects, la population vivant en institution est en plus mauvaise santé que celle vivant en ménage. Ce résultat est vrai à tout âge, et quel que soit le type d'institution hébergeant la personne [Mormiche, 1999 ; Dufour-Kippelen, 2001].

L'état fonctionnel peut être plus précisément mesuré par la présence d'« altérations » fonctionnelles : altérations motrices, sensorielles ou cognitives. Dans chaque cas, l'altération est définie par la conjonction d'une déficience déclarée (par exemple une déficience cognitive<sup>2</sup>) et d'une limitation associée<sup>3</sup>. Ces catégories recouvrent des problèmes de gravité plus ou moins sévère. Les altérations motrices vont des gênes dans la mobilité (problèmes articulaires) aux conséquences d'une amputation. Elles concernent une personne de 20 à 59 ans sur vingt, mais, au-delà de 80 ans, plus d'une personne sur deux<sup>4</sup>. Les altérations sensorielles (vue, audition) sont moins fréquentes, elles concernent moins de trois personnes sur dix après 80 ans. Les altérations cognitives, qui comprennent ici des altérations comportementales, psychiques ou encore des troubles de l'appareil locuteur, sont un peu plus fréquentes aux jeunes âges ; elles peuvent être apparues très tôt. Leur prévalence augmente avec l'âge ; au-delà de 80 ans, elles concernent une personne sur quatre. Ces différentes altérations peuvent être liées entre elles (altérations multiples) mais la conjonction des trois reste rare après 80 ans (une personne sur dix) et exceptionnelle avant 60 ans.

## **Les altérations cognitives sont fréquentes pour les personnes en établissements psychiatriques ...**

Les personnes en établissements psychiatriques ont logiquement beaucoup plus de problèmes cognitifs que les personnes vivant à domicile : 57 % des personnes de 20 à 39 ans ont des altérations cognitives contre 4 % des personnes en ménages aux mêmes âges (figure 2). Elles sont aussi plus nombreuses à déclarer des altérations motrices (trois fois plus), et des altérations sensorielles (presque trois fois plus). Enfin, elles déclarent également beaucoup plus souvent des altérations multiples.

## **... mais encore plus fréquentes pour les personnes en établissements pour adultes handicapés**

À âge donné, les personnes en établissements pour adultes handicapés déclarent plus d'altérations, y compris cognitives, que celles en établissements psychiatriques. Entre 20 et 39 ans, 77 % d'entre elles déclarent des problèmes cognitifs, et un tiers des altérations motrices. En revanche, ces personnes déclarent un meilleur état de santé global que les personnes en établissements psychiatriques. De façon paradoxale, de nombreuses personnes se déclarent en bonne santé (du point de vue de l'état général) alors qu'elles cumulent plusieurs déficiences<sup>5</sup> et sont de fait fortement limitées dans leurs activités quotidiennes. Cette perception assez « optimiste » de l'état de santé peut s'expliquer par le côté subjectif de la mesure : il est possible que ces personnes se comparent à des proches, donc d'autres pensionnaires, et qu'elles relativisent leur état de santé général par rapport à celui de leurs co-pensionnaires. Il est possible aussi qu'elles distinguent davantage que d'autres personnes ce qui relève des altérations plutôt que de l'état de santé général.

2. Une déficience cognitive se repère par exemple par des troubles de la mémoire importants, des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux.

3. Une limitation cognitive se repère par exemple par des difficultés dans les relations avec autrui, des difficultés d'apprentissage, de compréhension.

4. Ces chiffres sont calculés sur l'ensemble des personnes, qu'elles vivent à domicile ou en institution.

5. Le cumul des déficiences est une des caractéristiques de la situation des personnes en institution [Dufour-Kippelen, 2001].

## 2. Santé, besoin d'aide technique et entourage selon le lieu de vie

en %

	En établissements psychiatriques		En établissements pour adultes handicapés		En ménages	
	20-39 ans	40-59 ans	20-39 ans	40-59 ans	20-39 ans	40-59 ans
<b>Indicateurs généraux de santé</b>						
Santé déclarée, <i>état général</i> mauvais ou très mauvais	57	71	36	43	12	30
Santé déclarée, <i>état fonctionnel</i> mauvais ou très mauvais	68	80	69	69	11	25
Maladies chroniques	77	84	68	66	26	44
<b>Altérations fonctionnelles</b>						
Altérations cognitives	57	67	77	80	4	5
Altérations motrices	6	20	33	35	2	7
Altérations sensorielles	3	8	12	12	1	5
<b>Recours ou besoin d'aides</b>						
Prothèses	3	7	20	16	3	6
Mobilité	4	15	30	28	3	5
Soins et traitements	5	14	25	25	2	5
<b>Entourage</b>						
Compagnon	21	19	29	23	78	83
Parent	90	69	90	56	97	75
Enfant	14	38	2	5	49	87

Champ : France, personnes de 20 à 59 ans.

Lecture : 57 % des personnes âgées de 20 à 39 ans et vivant en établissements psychiatriques déclarent un état de santé général mauvais ou très mauvais.

Source : Insee, enquête Handicap-Santé 2008-2009.

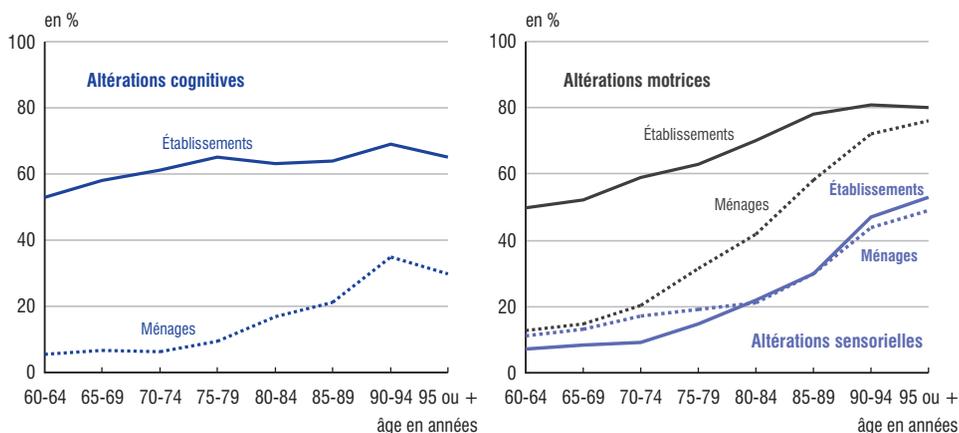
### Les altérations deviennent plus fréquentes avec l'âge, mais concernent encore assez peu les personnes de 60 à 80 ans vivant à domicile

Le taux d'hébergement en institution augmentant avec l'âge, les problèmes de santé sont plus fréquents parmi les pensionnaires des établissements pour personnes âgées ou dépendantes que parmi les personnes de plus de 60 ans vivant en ménages. En établissements, les altérations motrices et cognitives concernent, selon l'âge, entre la moitié et les deux tiers des personnes. Les altérations cognitives sont donc beaucoup plus fréquentes qu'en ménages (huit fois, *figure 3*).

La plupart des personnes ont au moins une maladie chronique après 60 ans. Seule une personne sur quatre (en ménages) et une sur six (en établissements) n'en déclare aucune. Au même âge, les personnes en établissements pour personnes âgées ou dépendantes se déclarent en moins bonne santé que les personnes à domicile, mais l'écart diminue avec l'âge. Ainsi, entre 60 et 64 ans, 64 % des personnes vivant en établissements déclarent ne pas être en bonne ou très bonne santé, contre 40 % des personnes vivant en ménages. En revanche, les proportions de personnes ne se déclarant pas en bonne santé sont proches parmi les 75 à 79 ans : 73 % des personnes en établissements, 71 % de celles en ménages.

À partir de 80 ans, c'est surtout l'état fonctionnel cognitif qui distingue les personnes en établissements de celles en ménages. Globalement, les octogénaires vivant à domicile se déclarent en meilleure santé qu'en institution. Les écarts sont surtout marqués sur le fonctionnement cognitif : les personnes en établissements déclarent deux fois plus souvent des problèmes cognitifs que celles vivant à domicile. Les situations avec altérations multiples deviennent aussi plus fréquentes.

### 3. Fréquence des altérations chez les personnes de plus de 60 ans selon leur lieu de vie



Champ : France, personnes de 60 ans ou plus.

Lecture : 53 % des personnes âgées de 60 à 64 ans, hébergées en établissements pour personnes âgées, déclarent une altération fonctionnelle cognitive.

Source : Insee, enquête Handicap-Santé 2008-2009.

## Les personnes en institution ont plus souvent besoin d'aides techniques et moins de possibilités d'aide de la part de leur famille

Les personnes en établissements sont donc en moins bonne santé que les personnes en ménages y compris à âge égal. Elles sont aussi plus souvent en situation de handicap. Une situation de handicap est une situation où la déficience de santé et la limitation d'activité qui en découle se traduisent, compte tenu de l'entourage et de l'environnement de la personne, par des restrictions dans sa participation sociale (*encadré 2*). Trois dimensions concourent à la définition d'une situation de handicap : l'état de santé fonctionnel de la personne, la dimension environnementale (les aides techniques, humaines, les aménagements du logement, ou l'accessibilité des lieux de vie de la personne, mais aussi les éventuelles attitudes discriminantes vis-à-vis de la personne), et la participation sociale. Celle-ci est mesurée à l'aune de la réalisation d'activités, des plus élémentaires (activités de la vie quotidienne) aux plus sophistiquées (travailler, accéder aux formations, avoir une famille, des amis, participer à la vie culturelle, associative ou encore politique).

Les personnes en établissements et en ménages ne sont pas à égalité dans la dimension environnementale du handicap. Plus précisément, on compare ici deux aspects de cette dimension environnementale : la possibilité de s'appuyer sur son entourage (en comparant l'étendue des réseaux familiaux et amicaux des personnes) et le besoin de recourir à des aides techniques. En revanche, on ne s'intéresse pas au recours à des aides humaines professionnelles, qui, par définition, sont systématiques en institution<sup>6</sup>. Les aides techniques sont différenciées selon trois catégories : les prothèses<sup>7</sup>, les appareils destinés à faciliter la mobilité<sup>8</sup>, et les aides aux soins et traitements<sup>9</sup>. L'entourage est caractérisé par la présence d'un conjoint, d'au moins un parent en vie, d'au moins un enfant, et d'indicateurs sur les contacts avec la famille ou avec les amis.

6. Cette aide est bien évidemment variable pour les personnes en ménages et de plus complexe à évaluer. Cet aspect sort du cadre de cette étude mais il est développé dans [Soullier, Weber, 2010].

7. Prothèses des membres ou autres parties du corps, appareillages de maintien. Il s'agit plutôt de compensations directes des déficiences.

8. Canes, béquilles, fauteuil roulant, etc., soit les compensations des limitations motrices. Cela comprend aussi les aides pour compenser les limitations sensorielles.

9. Sondes, appareils d'assistance respiratoire ou cardiaque, etc.

### Handicap et classifications

L'organisation mondiale de la santé (OMS) s'efforce de mettre en place des grilles d'analyses largement reconnues par les spécialistes. Ainsi, il existe une classification internationale des maladies (CIM). Ces classifications évoluent en fonction des progrès dans la connaissance des sujets. Pour le handicap, les classifications sont complexes et recueillent plus difficilement l'assentiment général. Toutefois, dès les années 1980, l'approche du handicap se fait largement selon le schéma de Wood. Cette approche se base sur un schéma linéaire. Une personne peut tomber malade ou avoir un accident : dans les deux cas, cela peut conduire à des déficiences. Les déficiences peuvent à leur tour être causées d'incapacités, c'est-à-dire de restrictions dans ce que les personnes sont capables de faire. Dernière étape, les incapacités peuvent être telles qu'elles placent la personne en situation de désavantage (dépendance par exemple).

À cet enchaînement, on associe des actions. Une maladie peut-être prévenue, guérie, ou moins favorablement, il sera possible de retarder une évolution, et donc l'apparition des déficiences. Les déficiences peuvent être compensées par exemple par des appareillages, et ne pas évoluer en incapacités. Enfin, un environnement au sens large (équipements, organisation sociale, politiques publiques) permettra à des personnes ayant

des incapacités d'être peu ou moins dépendantes, de pas être désavantagées.

Le handicap est donc une réalité plurielle et nécessairement complexe à mesurer [Mormiche, 2000]. De plus, sa perception sociale, et donc sa mesure, évoluent.

La classification internationale du fonctionnement (CIF) est validée au début des années 2000. L'approche se veut plus large. Elle est assurément plus complexe, avec au moins trois dimensions qui concourent à la définition d'une situation de handicap. La première est l'état fonctionnel de la personne, qui inclut les maladies, les déficiences, les limitations fonctionnelles (terme plus précis qu'incapacité), qu'elles soient modérées, fortes, voire absolues. La seconde est la dimension environnementale. Celle-ci inclut les aides techniques, les aides humaines, les aménagements du logement, l'accessibilité des lieux, etc. L'environnement comprend aussi en négatif les attitudes discriminantes des autres personnes. La dernière dimension est la participation sociale, soit la réalisation d'activités, des plus élémentaires (activités de la vie quotidienne) aux plus sophistiquées, (travailler, accéder aux formations, avoir une famille, des amis, participer à la vie culturelle, associative ou encore politique). La difficulté est ensuite de définir une situation « normale » pour ces états fonctionnels, capacités et activités.

## Moins d'entourage familial pour les personnes en établissements psychiatriques et celles en établissements pour adultes handicapés

Le recours ou le besoin d'aides techniques est peu fréquent parmi les personnes de moins de 60 ans vivant à domicile [Kerjosse, Weber, 2003]. De tels recours sont d'autre part loin d'être systématiquement associés à une altération fonctionnelle. En effet, certaines altérations (par exemple la plupart des altérations cognitives) ne peuvent être compensées par des aides techniques. D'autre part, les personnes peuvent ne pas ressentir le besoin de recourir à des aides techniques si l'altération qu'elles subissent a peu de conséquences sur les activités de leur vie quotidienne [Cambois, Robine, 2003]. En établissements psychiatriques, le recours aux aides techniques est à peine plus fréquent pour les adultes de 20 à 39 ans que pour ceux vivant à domicile (*figure 2*). Mais ce recours augmente ensuite rapidement avec l'âge, et l'écart avec les personnes vivant en ménages se creuse. Le recours à des aides techniques est en revanche beaucoup plus fréquent parmi les personnes vivant en établissements pour adultes handicapés, y compris les aides techniques aux soins et traitements.

Mais c'est surtout du point de vue de l'entourage familial que les situations sont contrastées. Les personnes vivant en établissements pour adultes handicapés ou en établissements psychiatriques sont beaucoup moins souvent en couple que celles en ménages aux mêmes âges. Elles ont aussi moins souvent un parent vivant, notamment pour celles âgées de 40 à 59 ans : c'est le

cas de 56 % des adultes en établissements pour adultes handicapés, contre 75 % des personnes vivant en ménages. Les personnes vivant en établissements pour adultes handicapés ou en établissements psychiatriques ont moins souvent eu des enfants. La parentalité ne concerne qu'un adulte handicapé en institution sur vingt contre plus de cinq personnes sur six en ménage pour les personnes de 40 à 59 ans.

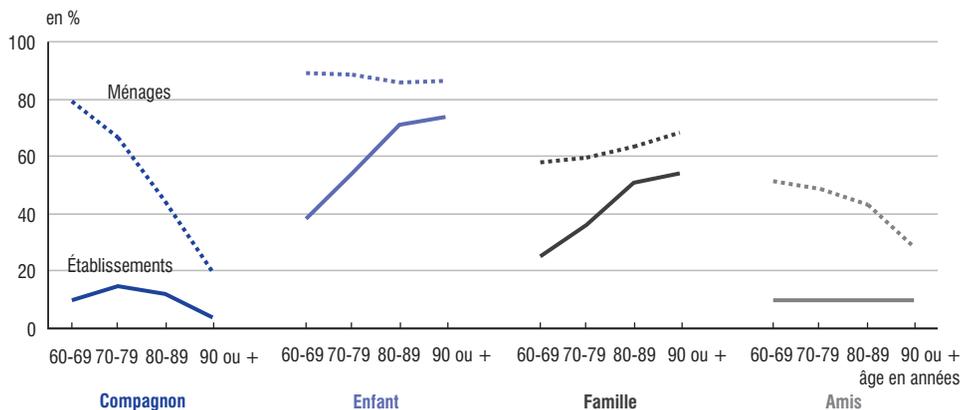
Être moins souvent parent ou en couple signifie être moins entouré, et signale potentiellement un défaut d'aide humaine. Mais ces situations s'interprètent aussi dans la grille de lecture du handicap comme des restrictions de participation sociale : ces personnes ont moins de possibilités d'accès à ces événements de la vie que sont la mise en couple ou la parentalité (encadré 2).

## Après 60 ans, les personnes à domicile sont mieux entourées et plus souvent en couple que celles en institution

Les personnes vivant dans des établissements pour personnes âgées ou dépendantes n'ont pas plus souvent de prothèses que celles vivant à domicile, quel que soit l'âge. En revanche, le recours à des aides facilitant les soins et traitements (sonde, appareils respiratoires, etc.) est beaucoup plus fréquent en établissements. Il augmente avec l'âge et concerne un septuagénaire en établissements sur deux. Les aides à la mobilité ou compensations d'altérations sensorielles sont de plus en plus utilisées au fur et à mesure du vieillissement des personnes. Les écarts, marqués entre les personnes de 60 à 69 ans vivant en institution et en ménage, s'estompent ensuite.

Les personnes en établissements pour personnes âgées ou dépendantes sont rarement en couple. Ainsi, 10 % des sexagénaires en institution ont un compagnon, contre 79 % des personnes du même âge vivant en ménage (figure 4). À cet âge, les personnes vivant en établissements pour personnes âgées ou dépendantes sont de surcroît peu nombreuses à avoir des enfants : il est possible que le fait de ne pas avoir d'enfant ait contribué à leur entrée en institution. Cet écart très marqué sur le fait d'être en couple reste vrai à tout âge, même si l'écart absolu diminue avec la généralisation des situations de veuvage. En revanche, les écarts de probabilité d'avoir un enfant vivant s'estompent : cela peut être le signe qu'à 90 ans, l'isolement n'est plus un facteur aussi important dans le fait de vivre en institution.

### 4. Entourage après 60 ans selon le lieu de vie



Champ : France, personnes de 60 ans ou plus.

Lecture : 10 % des personnes âgées de 60 à 69 ans hébergées en établissements pour personnes âgées déclarent avoir un compagnon.

Source : Insee, enquête Handicap-Santé 2008-2009.

La fréquentation des amis décroît avec l'âge, mais reste toujours plus forte pour les personnes en ménages que pour celles vivant en établissements pour personnes âgées ou dépendantes. Par rapport à un indicateur qui mesure le fait « d'avoir une famille », l'indicateur sur la fréquence des visites est plus complexe à interpréter : l'aide de proches (famille, amis ou voisins) est moins nécessaire en institution, et peut être plus difficile (en raison par exemple d'un certain éloignement). Il est donc complexe de faire la part de l'effet « le manque de réseau aggrave le risque d'être en institution », de l'effet causal inverse, « être en institution aggrave le risque d'être moins en contact avec sa famille ou ses amis » [Desesquelle, 2000].

## Problèmes de santé, défaut d'entourage, besoin d'aides techniques, etc. In fine, qu'est-ce qui explique qu'on vive en institution ?

Les réponses dépendent bien évidemment des situations, de l'âge des personnes et du type d'institution vers lequel elles sont orientées. Pour les personnes de moins de 60 ans, quand on compare les situations sous tous ces aspects simultanément, deux facteurs ressortent particulièrement : déclarer une altération fonctionnelle cognitive et l'absence de compagnon et de famille. Ce sont de ces deux points de vue que les situations des personnes à domicile et de celles en établissements (psychiatriques ou pour adultes handicapés) sont les plus contrastées. Les autres défauts d'entourage sont associés eux aussi à des risques élevés, mais dans une moindre mesure.

## Entre 60 et 80 ans, le défaut d'entourage humain pèse autant que l'état de santé pour l'hébergement en institution

L'analyse des facteurs pouvant expliquer la présence d'une personne de 60 à 80 ans en établissements pour personnes âgées ou dépendantes fait évidemment ressortir l'âge : le risque double à peu près tous les sept ans. On retrouve les résultats issus des comparaisons facteur par facteur : les défauts d'entourage humain, un état de santé dégradé, un usage ou besoin d'aides facilitant la mobilité et plus encore d'aides pour les soins et traitements sont plus fréquents pour les personnes vivant en établissements pour personnes âgées (figure 5).

### 5. Probabilité de vivre en établissements pour personnes âgées ou dépendantes, avant 80 ans et après

odds ratios

	60-79 ans			80 ans ou plus
	Hommes	Femmes	Tous	Tous
<b>Sexe</b>				
Homme			1,4	1,0
Femme			Réf.	Réf.
<b>Âge</b>				
60-64 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
65-69 ans	1,3	2,8	1,8	
70-74 ans	3,3	4,6	3,4	
75-79 ans	4,2	6,2	4,6	
80-84 ans				Réf.
85-89 ans				2,0
90-94 ans				2,3
95 ans ou plus				5,0
<b>Compagne/compagnon</b>				
Oui	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Non	17,1	6,1	10,0	5,9
<b>Enfants en vie</b>				
Oui	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Non	2,5	3,7	2,9	2,3

## 5 (suite). Probabilité de vivre en établissements pour personnes âgées ou dépendantes, avant 80 ans et après

	odds ratios			
	60-79 ans			80 ans ou plus
	Hommes	Femmes	Tous	Tous
<b>Visite famille</b>				
<i>Souvent</i>	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
<i>Moins souvent</i>	2,3	2,5	2,5	1,7
<b>Visite amis</b>				
<i>Souvent</i>	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
<i>Moins souvent</i>	3,2	6,3	4,7	4,2
<b>Nombre d'amis</b>				
<i>Beaucoup</i>	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
<i>Moins</i>	4,6	7,8	4,7	2,5
<b>Manque d'amis</b>				
<i>Oui</i>	1,4	3,1	2,3	2,2
<i>Non</i>	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
<b>Altération de l'état fonctionnel</b>				
<i>Motrices</i>				
<i>Oui</i>	2,0	0,8	1,1	1,1
<i>Non</i>	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
<i>Sensorielles</i>				
<i>Oui</i>	0,7	0,5	0,6	0,5
<i>Non</i>	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
<i>Cognitives</i>				
<i>Oui</i>	5,9	13,5	8,9	4,5
<i>Non</i>	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
<b>Indicateur de santé déclarée</b>				
<i>Générale</i>				
<i>Bonne</i>	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
<i>Moins bonne</i>	0,3	0,5	0,4	0,7
<i>Fonctionnelle</i>				
<i>Bonne</i>	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
<i>Moins bonne</i>	1,5	4,4	2,7	0,9
<i>Maladies chroniques</i>				
<i>Oui</i>	0,6	0,6	0,6	0,8
<i>Non</i>	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
<b>Usage ou besoin d'aides techniques</b>				
<i>Prothèses</i>				
<i>Oui</i>	0,6	0,5	0,5	0,8
<i>Non</i>	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
<i>Mobilité</i>				
<i>Oui</i>	1,7	2,2	1,9	1,8
<i>Non</i>	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
<i>Soins</i>				
<i>Oui</i>	2,2	4,6	3,2	3,3
<i>Non</i>	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.

Champ : France, personnes de 60 ans ou plus.

Lecture : la variable expliquée est le fait d'être en institution. Tous les odds ratio présentés sont significatifs au seuil de 1 %. Dans la colonne «Tous» pour les personnes de 60 à 79 ans, le premier odds ratio présenté (1,4) indique que la probabilité qu'une personne soit en institution si elle est un homme, mais qu'elle ne le soit pas si elle est une femme, est de l'ordre de 40 % supérieure à la probabilité de la situation inverse, toutes choses égales par ailleurs pour les variables prises en compte dans le modèle.

Source : Insee, enquête Handicap-Santé 2008-2009.

En importance relative, c'est le célibat (ou veuvage) qui ressort le plus chez les hommes, et les problèmes cognitifs chez les femmes.

Après 80 ans, le fait d'avoir une altération cognitive est toujours associé au fait d'être en institution mais le lien est moins fort. Les influences de l'environnement humain, bien que toujours vraies, s'atténuent également. Il est possible que l'hébergement en institution s'explique davantage par un cumul de difficultés (problèmes de santé, défaut d'entourage) que par un seul critère. ■

---

### **Pour en savoir plus**

Cambois E., Robine J.-M., « Vieillesse et restrictions d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels », *Études et résultats* n° 261, Drees, 2003.

Desesquelle A., « L'isolement des personnes âgées en institution, une réalité ? », Actes du colloque de l'AIDELF, p359-372, 2000.

Dufour-Kippelen S., « Les incapacités des personnes de 60 ans et plus en institution », *Études et résultats* n° 138, Drees, 2001.

Kerjosse R., Weber A., « Aides techniques et aménagements du logement : usages des personnes âgées vivant à domicile », *Études et résultats* n° 262, Drees, 2003.

Mormiche P., « Les personnes dépendantes en institution », *Insee Première* n° 669, 1996.

Mormiche P., « Le handicap se conjugue au pluriel », *Insee Première* n° 742, 2000.

Mormiche P., « L'enquête HID de l'Insee », *Courrier des statistiques* n° 87-88, Insee, 2003.

Soullier N., Weber A., « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », *Études et résultats* n° 771, Drees, 2011.

---