



HAL
open science

L'institutionnalisation comme élément de mobilité résidentielle et processus de disqualification sociale. Le cas des personnes âgées.

Catherine Gucher

► **To cite this version:**

Catherine Gucher. L'institutionnalisation comme élément de mobilité résidentielle et processus de disqualification sociale. Le cas des personnes âgées.. L'Année Gériatrique, 2005, 19 (tome I), pp.202-214. halshs-00371947

HAL Id: halshs-00371947

<https://shs.hal.science/halshs-00371947>

Submitted on 30 Mar 2009

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.

**L'institutionnalisation comme élément de mobilité
résidentielle et processus de disqualification sociale.
Le cas des personnes âgées.**

Gucher Catherine
Maître de Conférences en sociologie
Centre Pluridisciplinaire De Gérontologie
Université Pierre Mendès France- Grenoble.

L'institutionnalisation comme élément de mobilité résidentielle et processus de disqualification sociale.

Le cas des personnes âgées.

Résumé.

L'entrée en institution statistiquement importante, des personnes âgées de plus de 85 ans est aujourd'hui le plus souvent justifiée par des données concernant l'allongement de l'espérance de vie, le maintien prolongé de ces personnes à leur domicile et le niveau de leur dépendance.

Toutefois, il importe de ne pas sous-estimer les raisons macro-sociales de ces parcours d'institutionnalisation. : évolution des politiques de la vieillesse à partir des années 80 dans le sens du développement des structures d'accueil institutionnelles, inégale répartition sur le territoire de l'offre de services à domicile, et aussi les caractéristiques sociales individuelles des personnes concernées : faible réseau relationnel, faibles ressources économiques et culturelles...

Toutes les personnes âgées de 85 ans, à dépendance équivalente, ne sont pas également concernées par l'entrée en institution.

Nous tenterons ici de mettre en évidence les déterminismes sociaux de l'institutionnalisation des plus âgés et de montrer en quoi ces parcours d'institutionnalisation peuvent correspondre à un processus de disqualification sociale.

Mots clefs :

Institutionnalisation- Déterminismes sociaux- Mobilité résidentielle-
Disqualification sociale.

Institutionnalisation : regard sociologique.

L'institutionnalisation comme élément de mobilité résidentielle et processus de disqualification sociale. Le cas des personnes âgées.

En 1998, selon les enquêtes EHPA et HID, 13 % de la population des plus de soixante-quinze ans et 27 % de celle des plus de 85 ans vivait en établissement dont 5 % en foyer-logement, 19 % en maison de retraite et 3 % dans les Unités de Soins de Longue Durée des hôpitaux. On observe que ce pourcentage de vie institutionnelle croît avec l'avance en âge : la proportion de personnes résidant en maison de retraite ou en service de soins de longue durée passe de 4% pour les 75-79 ans à 17 % pour les 85-89 ans et 33 % pour les 90 ans et plus.¹

La dépendance² est invoquée comme le facteur justifiant cette entrée en institution et les données statistiques concernant d'une part l'élévation de l'âge moyen d'entrée et les handicaps des personnes qui sollicitent cette entrée, semblent légitimer cette explication.

Se contenter de ces chiffres et de ce lien de causalité établi comme d' évidence amènerait à sous-estimer les raisons sociales de ces parcours institutionnalisants. L'absence d'études récentes concernant les caractéristiques socio-démographiques des personnes demandeuses d'entrée en établissement ne devrait pas permettre de conclure à l'absence d'influence de ces éléments sur les entrées³. Par ailleurs, il n'est sociologiquement pas envisageable d'occulter les liens qui existent nécessairement entre une offre de services et la consommation de ces services, en l'occurrence l'existence et la multiplication de création d'établissements spécialisés et l'orientation des personnes vers ces établissements. De plus, un autre facteur joue sans doute un rôle essentiel dans ces orientations institutionnelles : la détermination symbolique qui pèse sur l'avenir des plus âgés. Les politiques de la vieillesse et les experts qui y contribuent ne favorisent-ils pas l'émergence d'un schéma type idéal de trajectoires de prise en charge qui aboutissent toutes à l'hébergement institutionnel et qui exercent une pression coercitive sur les modes de vie des retraités ?

Il est indéniable que la fin de la vie est souvent synonyme de mobilité résidentielle, de déplacement pour les vieilles personnes. Mais cette mobilité résidentielle, souvent liée à une mobilité géographique revêt des caractéristiques particulières à cet âge de la vie puisqu'elle s'appuie sur un support institutionnel. Or, l'espace géographique – et qui plus est lorsqu'il s'agit d'un espace clos, voire en marge comme l'institution- ne peut être appréhendé sans lien avec ce qu'il comporte de dimension sociale. La mobilité des gens âgés dans l'espace, le processus de déplacement-placement qui les concerne peut ainsi également être analysé comme changement de position sociale.

« Si l'on considère que « toute trajectoire particulière doit être comprise comme une manière particulière de parcourir l'espace social constitué par l'ensemble des positions liées par des relations déterminées de compatibilité ou d'incompatibilité, de domination ou de subordination, etc., qui sont théoriquement susceptibles d'être occupées par un agent quelconque ou, plus précisément, par un agent appartenant à la même classe », le

1 DREES n°40, novembre 1999.

2 Entendue ici comme nécessité d'avoir recours à l'assistance d'un tiers pour accomplir les actes de la vie quotidienne tels se lever, manger, se laver...

3 Les dernières études sur ces questions remontent à 1977 : A. et A. Mizrahi et D. Moyse, Les personnes âgées vivant en institutions. Caractères socio-démographiques, autonomie et handicaps, CREDOC, juin 1977. On trouve précédemment une étude sur la région parisienne : Thérèse Locoh, « L'entrée en maison de retraite. Etude auprès d'établissements de la région parisienne », Population, T.27, n° 6, 1972.

vieillesse sociale des personnes âgées hébergées apparaît comme l'ultime vieillissement, celui qui précède immédiatement l'agonie et fait corps avec elle, dans la mesure où il est la dernière (au double sens du terme) position susceptible d'être occupée, le dernier rameau, sans bifurcation, de cet arbre aux innombrables branches mortes qui figure une carrière. »⁴

Mais les données disponibles susceptibles de permettre cette analyse sont à ce jour peu nombreuses. Différents éléments statistiques nous informent sur l'origine des personnes qui demandent une entrée en EHPAD⁵, et plus précisément sur leur lieu de résidence antérieur mais en aucune façon les motifs d'entrée ne sont au niveau national analysés. Seuls quelques départements dans le cadre de l'élaboration de leur schéma gérontologique départemental ont travaillé à recenser les motifs justifiant une demande d'entrée en institution. Or les motifs de l'entrée semblent de toute évidence comporter une dimension sociale importante puisqu'il est aujourd'hui établi que le maintien à domicile d'une personne ne peut perdurer sans l'intervention et la présence d'une famille ou d'un tiers extra-professionnel. Par ailleurs, nous disposons de quelques données statistiques concernant les transferts de population entre différentes structures d'accueil, les sorties d'établissement mais là encore les motifs de ces transferts restent relativement opaques. Cependant, à partir de ces éléments dont nous disposons, il paraît possible d'appréhender les mouvements de population âgée et d'esquisser une analyse de ces processus de placements-déplacements.

I. Une augmentation croissante du pourcentage de personnes hébergées en établissement : imposition symbolique de modes de vie ?

La situation des entrants en établissement en 1968 dans la région parisienne telle que nous la décrit M.T. Locoh témoigne du faible pourcentage de personnes en établissement et de leur situation sociale spécifique dans le sens d'une surdétermination des milieux modestes et des femmes. «La population des maisons de retraite et hospices, d'après le recensement de 1968 représente environ 3 % de la population âgée en France ».⁶ « Les personnes qui entrent en maison de retraite constituent un sous-groupe particulier de la population âgée. On peut dire très grossièrement qu'elles se recrutent essentiellement parmi les plus âgées, les plus malades, les plus démunies sur le plan financier. Ceux qui choisissent cette solution de façon délibérée par commodité ne représentent qu'une minorité. »⁷ On observe parmi les entrants 4 femmes pour 1 homme; l'âge moyen d'entrée est de 78,4 ans pour les femmes et de 77,7 ans pour les hommes. 7% des femmes entrant sont considérées comme invalides et on trouve chez les hommes 13 % d'invalides. 51 % des hommes et 33 % des femmes entrent à la suite d'une hospitalisation.⁸

Si l'on se réfère aux études HID et EHPAD de 1999 citées plus haut, on observe donc en 27 ans une évolution sensible de la situation qui se traduit **par une élévation nette du pourcentage de personnes âgées résidant en établissement (de 6 à 13%)** et également **une élévation de l'âge moyen de ces personnes**. On observe également **une proportion**

4 Bourdieu P., « L'invention de la vie d'artiste » in Actes de la recherche en sciences sociales, n°2, mars 1975.

5 Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

6 Mayen M. : « La population des hospices et maisons de retraite », Population, 1972, n°1.

7 Locoh M.T., « L'entrée en maison de retraite. Etude auprès d'établissements de la région parisienne », Population T. 27, n° 6, 1972.

8 Locoh M.T., « L'entrée en maison de retraite. Etude auprès d'établissements de la région parisienne », Population T. 27, n° 6, 1972.

beaucoup plus élevée de personnes dépendantes appelées en 1968 invalides. De 90 % de personnes valides entrant en établissement en 1968 en région parisienne, on passe à 41, 5 % de personnes n'ayant pas ou peu de dépendance physique en 1994 pour l'ensemble de la population séjournant en établissement d'hébergement pour personnes âgées (hors USLD) en France⁹. Même si les données de 1968 concernent l'entrée en établissement et les données de 1994 les personnes séjournant en établissement, sachant que la durée de vie moyenne en établissement d'hébergement pour personnes âgées est de deux ans et demi, on peut imaginer une comparaison possible.

Tout se passe donc comme si l'institutionnalisation en 1968 ne concernait qu'une frange « défavorisée socialement » de la population âgée alors qu'elle concerne aujourd'hui une population beaucoup plus nombreuse officiellement caractérisée par son âge et ses handicaps marqués plutôt que par son origine sociale. Le handicap et la dépendance -et plus particulièrement la dépendance psychique- fonctionneraient donc aujourd'hui comme processus discriminatoire comme ont pu l'être les caractéristiques sociales en 1968.

Néanmoins, pour passer d'une situation où seuls les plus démunis étaient dirigés vers les institutions à une situation où une population plus large¹⁰ accède à l'institutionnalisation, différents mécanismes sociaux ont dû être mis en oeuvre pour opérer des changements de mentalité et des changements d'images. Passer d'une situation où l'hospice se présente comme un mouvoir et une relégation des plus pauvres à une situation où l'établissement d'accueil pour personnes âgées se présente comme la situation « normale » de vie pour les plus âgés - donc les plus dépendants - implique en effet une mutation de sens et une manipulation symbolique forte qui tend à occulter la réalité du placement-déplacement en tant que mobilité géographique mais aussi sociale dans le sens d'une disqualification.

- **La modification des structures sociales comme élément de légitimation de ces placements-déplacements.**

La généralisation de l'entrée en établissement avec l'avance en âge repose également sur une modification des structures sociales. En effet, si la cohabitation entre les générations était une situation habituelle au début du siècle et encore jusqu'à la deuxième guerre mondiale, cette pratique a progressivement presque totalement disparu avec le développement de l'urbanisation et du travail des femmes. Seuls des milieux très ruraux conservent ce mode de vie qui repose sur l'interdépendance des générations se traduisant par une proximité dans l'espace social sous des formes différentes : cohabitation sous le même toit, coexistence dans le même village ou résidence dans des villages très peu distants.

L'émergence de l'autonomie comme une valeur socialement reconnue et partagée a contribué à valider une certaine forme d'autonomisation généralisée des générations les unes vis à vis des autres. Même si la solidarité entre les générations reste très forte et se manifeste par des échanges de services divers, la mobilité géographique des jeunes générations due en partie à leurs ascension sociale et à la difficulté de trouver à proximité des emplois correspondant aux nouvelles qualifications rend la cohabitation des générations quasi inexistante et en tout état de cause non souhaitée et non souhaitable. Ainsi, l'entrée en institution des plus âgés apparaît

9 Ministère de l'emploi et de la solidarité, SESI, Annuaire des statistiques sanitaires et sociales, 1998.

10 l'hypothèse selon laquelle l'absence de données socio-démographiques concernant la population résidant en institution révèle l'absence de caractéristiques particulières de cette population devrait être vérifiée, ce qui n'est pas possible en l'absence d'études pertinentes et actualisées.

comme la solution la plus appropriée aux exigences d'indépendance des générations, qui se manifestent très clairement dans le discours des anciens qui refusent de peser sur leurs enfants et qui semblent se soumettre aux injonctions qui leur sont faites de s'assumer de manière autonome.

- **La diversification et la multiplication de l'offre d'établissements au détriment du développement des structures intermédiaires encore rares entre le domicile et les institutions semble valider un idéal de prise en charge institutionnelle de la vieillesse.**

Les solutions d'hébergement temporaire ou d'accueil de jour qui permettent aux personnes de faire face à des difficultés temporaires sans pour autant envisager un changement définitif de résidence sont encore rares en France et certains départements en sont totalement démunis. 566 établissements proposaient un accueil de jour en 1996 sur les 9222 du territoire français. 7 départements en étaient totalement dépourvus et 21 d'entre eux ne proposaient qu'un ou deux centres pour l'ensemble du territoire départemental. 2483 établissements d'hébergement proposaient de l'hébergement temporaire sans avoir de places réservées à cet effet. Seules 162 résidences d'hébergement temporaire offrent environ 3000 places. De même, l'hospitalisation à domicile reste encore rare : 68 établissements en 1999 offraient environ 4000 places dans seulement 48 départements sur 100.¹¹

Plus généralement, on peut observer que le nombre de places en soins à domicile est de 58 452 en 1997 pour 565249 places en établissements en 1996. Le détail de ces chiffres fait apparaître 368999 places en établissements publics à mettre en rapport avec les 58452 places de SAD¹² publics et 4000 places d'HAD soit un rapport approximatif de 6 pour 1.

Ces données semblent traduire une orientation des politiques publiques dans le sens de l'institutionnalisation des plus âgés. Le recentrage des politiques de la vieillesse sur la question de la dépendance et l'institution de la loi sur la Prestation Spécifique Dépendance en janvier 1997 ne semblent pas de nature à contrecarrer ce mouvement institué depuis de longues années qui s'ancre sans doute dans des représentations socialement construites de la bonne prise en charge des âgés passant nécessairement par l'hébergement définitif. La campagne de sensibilisation menée au printemps 2000 autour de la maladie d'Alzheimer va dans le même sens : elle consiste principalement à déculpabiliser les familles quant au placement institutionnel de leurs parents atteints de cette maladie sans insister sur les alternatives à l'institutionnalisation. Il semble donc que le mode de vie reconnu pertinent par les autorités publiques dans le grand âge est le mode de vie institutionnel. Le déplacement, la mobilité résidentielle des plus âgés semblent donc bien légitimés et impulsés par les pouvoirs publics.

2. Une mobilité résidentielle qui s'effectue au détriment de l'autonomie des personnes concernées.

S'il est évident qu'en 1968, seules les personnes qui y étaient obligées entraient en institution, qu'en est-il aujourd'hui. Même si le consentement à l'entrée en institution fait partie des règles de droit et s'inscrit plus largement dans une mouvance visant à réaffirmer les droits des personnes âgées, à leur restituer leur autonomie et leur citoyenneté, il n'en reste pas moins

11 DREES, n°40, nov. 1999. Ministère de l'emploi et de la solidarité.

12 Soins à Domicile

qu'on peut s'interroger sur la réalité de la décision prise par la personne concernée lorsqu'on regarde d'une part les caractéristiques des personnes entrant en institution et d'autre part les filières d'accès aux institutions. Ces interrogations semblent d'autant plus justifiées lorsqu'il s'agit d'unités de soins de longue durée qui accueillent exclusivement des personnes présentant de graves pertes d'autonomie et d'indépendance.

- **Des placements institutionnels comme point d'aboutissement de trajectoires de prise en charge.**

Au 31 décembre 1994, 67 % des personnes qui entrent en établissement viennent de leur domicile (soit 73,7% pour les EHPAD et 17,6% pour les USLD). 20,9% viennent d'un hôpital soit 15,8% pour les EHPAD et 60,7% pour les USLD. 8,5 % viennent d'un autre établissement soit 7,8% pour les EHPAD et 13,6% pour les USLD.¹³ En conséquence près de 33 % des personnes entrant en établissement ont fait l'objet précédemment de prises en charge institutionnelles. Lorsqu'on sait par ailleurs que sur l'ensemble des personnes à leur domicile, la moitié sortent des services pour une hospitalisation et 7 % sortent pour une entrée en établissement, le pourcentage des personnes faisant l'objet de transactions professionnelles est sûrement bien supérieur à ces 33 % évoqués plus haut. Ce qui signifie que ces personnes ayant fait l'objet de prises en charges professionnelles ont été soumises au regard de ces professionnels sur leur vie, se sont confrontées aux références soignantes et à leurs exigences de sécurité, d'hygiène, de bonne santé. Les représentations de ces professionnels –la plupart du temps soignants- quant au bon mode de vie dans la vieillesse ont influé sur le propre regard que ces gens âgés portent sur leur vie. Près de 300 entretiens menés dans le cadre d'activités de consultants auprès de résidents en institutions¹⁴, ont permis de mettre en évidence le faible pourcentage de personnes consentantes à leur entrée en institution. La décision a été prise par d'autres – familles inquiètes ou professionnels du maintien à domicile au bout de leurs possibilités d'intervention- dépassés par la charge physique et psychologique liée à l'accompagnement de la dépendance, et soucieux de garantir soins de qualité et surtout sécurité des personnes concernées. C'est la politique du moindre risque entendu le plus souvent comme risque vital qui détermine alors le placement et le changement de lieu de résidence. L'établissement d'hébergement est alors investi d'une demande de risque zéro et peut devenir ainsi un lieu de mise à l'abri des aléas et des dangers de la vie, espace clos, totalement différencié de tout ce qui fait les caractéristiques habituelles de domicile.

Les schémas départementaux de deux départements (Meurthe et Moselle et Cantal) viennent confirmer ces données, même si des variations importantes sont à noter d'un département à l'autre. L'entrée en établissement intervient là encore suite à une autre forme de prise en charge professionnelle de la vieillesse et de la dépendance.

	Meurthe et Moselle- schéma 1998	Cantal - schéma 97-2000
--	--	--------------------------------

13 DREES, op cit.

14 c

lieu de vie antérieur	sur 893 entrées depuis le 1 03 1993	sur 822 demandes au 1 09 1996
domicile	49,47 %	52,44 %
famille	5,96 %	16,59 %
accueil familial		2,20 %
foyer-logement	1,64 %	4,51 %
Maison de retraite	8,77 %	22,2 %
USLD	6,78 %	
hôpital	23,74 %	
CHS	3,74 %	

Des hypothèses peuvent être formulées en ce qui concerne les différences observées : le Cantal est un département plus rural où les solidarités familiales et la cohabitation entre les générations semblent encore vivaces, les établissements d'accueil sont susceptibles de présenter des caractéristiques différentes – en termes de limites dans les capacités de prise en charge- qui peuvent expliquer une plus grande mobilité entre les établissements, de même la situation financière des résidents peut nécessiter des sorties d'établissement...

- **L'effritement du réseau familial comme facteur déterminant de ces trajectoires de mobilité résidentielle.**

La présence familiale dans l'entourage proche de la personne âgée (conjoint ou enfants) est un élément indispensable pour assurer l'organisation et la pérennité du soutien à domicile. Il apparaît ainsi que les personnes seules sont fragilisées dans leur souhait de rester chez elle et qu'elles constituent un fort contingent des résidents en institution. Même si les données à cet égard traduisent une évolution au fil des ans, il n'en reste pas moins qu'on retrouve aujourd'hui en établissement une forte proportion de célibataires notamment dans la tranche des moins de 75 ans et des moins de quatre-vingt-cinq ans et une forte proportion de veufs ou veuves chez les plus de quatre-vingt cinq ans.

situation matrimoniale	moins de 75 ans	75-84 ans	85 ans et +	ensemble
célibataire homme	71	45	16	44
marié homme	3	4	4	4
veuf	10	43	77	43
divorcé ou séparé	16	8	3	9
célibataire femme	48	22	13	20
mariée	2	2	1	1
veuve	40	71	82	75
divorcée ou séparée	10	5	4	4

* source : enquête HID, 1998.

Par ailleurs, quatre résidents sur 10 n'ont pas ou plus d'enfants en vie et une personne hébergée sur cinq déclare ne pas avoir de familles proche. ¹⁵

15 DREES, n° 35, octobre 1999.

Il semble donc que dans ces situations d'isolement familial ou social, l'entrée en établissement s'impose comme le seul possible. La mobilité résidentielle devient alors la résultante d'une situation de carence en termes de ressources sociales (absence de soutien familial, absence de voisinage aidant...). L'absence ou la perte du conjoint apparaît comme un élément de fragilisation des personnes qui les conduit à remettre en cause leur mode de vie et à envisager un autre lieu de vie. Tout se passe comme si la dissolution ou l'absence de cellule conjugale venait mettre en cause la continuité de la vie et impliquait la recherche d'un autre environnement plus sécurisant, plus contenant. L'établissement se caractériserait alors par l'illusion communautaire, l'illusion familiale qu'il est de nature à procurer. Il se présenterait alors comme un territoire non situé dans sa réalité géographique et institutionnelle mais paré des attributs imaginaires de la communauté villageoise traditionnelle.¹⁶ La vérité du lieu est alors masquée et l'établissement devient un territoire plus symbolique que réel. La mobilité résidentielle qui caractérise le placement institutionnel devient alors non seulement un déplacement d'un lieu de domicile à une autre mais plus encore un passage entre la réalité du monde et une virtualité symbolique.¹⁷ Liée à l'éclatement du réseau familial, elle devient également le stigmate d'une situation de désinsertion sociale.

- **Les sorties d'institutions révèlent également cette réalité du déplacement disqualifiant.**

Les statistiques du SESI mentionnent la sortie au 31 12 1994 de 205710 personnes hébergées en établissement sur un total de 600357 soit un tiers¹⁸. La majorité des personnes sortantes sont des femmes dans une proportion moyenne de 2/3 pour 1/3 d'hommes mais ces proportions varient selon le type d'établissement de résidence. C'est dans les maisons de retraite des hôpitaux sans section de cure médicale que le rapport homme/ femmes chez les sortants est le plus équilibré : 36,8% d'hommes pour 63,2% de femmes.

On observe aussi une variation du taux de sortie selon la tranche d'âge des résidents. C'est chez les plus de 85 ans que le taux de sortie est le plus élevé quelque soit le type d'établissement : il s'agit ici majoritairement de sorties par décès. Chez les plus jeunes moins de 65 ans, le taux de sortie est de 3 % environ, tous établissements confondus.

Trois destinations semblent très importantes en dehors des décès qui représentent 44 % des sorties tous établissements confondus : le domicile qui représente 21 % des sorties tous établissements confondus; un autre établissement d'accueil pour personnes âgées pour 9,4 % de la population sortante et les USLD pour 6,7 %.

La répartition du pourcentage des sortants varie selon la durée de séjour dans l'établissement. 30,5 % des sorties se passent dans les trois premiers mois. Il peut s'agir là de la manifestation d'un refus de vivre dans l'établissement qui peut se traduire, dans l'ordre d'importance par un retour à domicile pour 52,9%, par un décès dans l'établissement pour 19,1%, par un autre

¹⁶ Certains établissements ont été d'ailleurs conçus ces dernières années sur l'idée d'une reproduction architecturale des caractéristiques d'un village : on trouve alors à l'intérieur même de l'établissement ce qui se présente comme la place du village, la promenade et les bancs qui la longent, les rues....

¹⁷ Tout se passe comme s'il s'agissait véritablement d'un « passage de l'autre côté du miroir », d'un passage au-delà qui préfigure le dernier passage du monde des vivants à celui des morts.

¹⁸ Documents statistiques, n° 250, La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées, situation au 31 décembre 1994, SESI.

EHPA pour 9,4 %.

C'est ensuite dans la période de 1 à 3 ans que 27,1% des sorties s'effectuent. Dans ce cas de figure, les destinations varient par rapport à la première situation : la première cause de sortie est le décès dans l'établissement pour 36,1% suivie de près par le retour à domicile pour 17,9 % des sortants et par le décès à l'hôpital pour 15,4 % des sortants. La réorientation sur d'autres EHPA concerne 12,4 % et les USLD 7,2 %.

Les personnes ayant une durée de séjour de 4 ans et plus représentent 22,1% des sorties. 52,2 % décèdent dans l'établissement, 22,7 % décèdent à l'hôpital et 9,3 % sont orientés vers des USLD. Le pourcentage de ces sortants retournant à domicile n'est là que de 2,8 %.

On voit donc bien ici que l'hébergement institutionnel n'est pas toujours définitif et que des sorties peuvent s'envisager. La mobilité résidentielle découle ici le plus souvent si l'on en croit les statistiques, d'un processus de disqualification des personnes devenues trop dépendantes pour leur institution d'accueil, trop « lourdes » au regard des capacités de prise en charge des professionnels. Seules peut-être, les sorties qui interviennent dans les trois premiers mois et qui peuvent signifier que l'établissement choisi ne correspond pas aux attentes de la personne et les retours à domicile qui représentent dans l'ensemble 21 % des sorties tous établissements confondus témoignent de l'autonomie de la personne, de sa difficulté à accepter la vie institutionnelle.¹⁹

Conclusion : Mobilité résidentielle et disqualification sociale ?

Ces éléments montrent que malgré les évolutions des caractéristiques des entrants, la résidence en institution, est la résultante d'une ensemble de facteurs fragilisants aujourd'hui encore mal pris en compte : isolement, pauvreté du réseau familial, dépendance et perte d'autonomie au sens premier du terme. Les stigmates de la dépendance, de la pauvreté du soutien familial restent donc bel et bien attachés à cette mobilité résidentielle des plus âgés. Le placement-déplacement est alors non seulement le résultat d'un processus de disqualification sociale esquissé tout au long du parcours d'avance en âge mais majore également le caractère disqualifiant de ces trajectoires. En effet, l'institution reste un lieu de mise en marge dans l'imaginaire collectif malgré tous les efforts d'ouverture sur l'extérieur qui ont été développés ces dernières années.

Par ailleurs, il apparaît que cette généralisation du mode de vie institutionnel repose sur les orientations de politiques publiques en faveur du développement de structures d'hébergement. Au-delà de ces faits bruts, il semble que le « bon mode de prise en charge » aujourd'hui politiquement promu et socialement reconnu est la prise en charge institutionnelle.

La mobilité résidentielle des personnes âgées ne correspond donc pas seulement - et rarement - à des choix de vie définis de manière autonome mais bien plus encore à une définition sociale de ce que doit être la place des vieux dépendants dans l'espace géographique et social.

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées est donc l'espace marginal dévolu aux dernières années de la vie. Lieu de mise à distance sociale de la vieillesse, il est également le

¹⁹ Documents statistiques, n° 250, La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées, situation au 31 décembre 1994, SESI.

lieu de la perte de distance sociale. Les vieilles personnes qui y résident n'existent en effet le plus souvent que comme collectif agrégé où l'un ne se distingue plus de l'autre que par le mode de prise en charge qu'il requiert. La distance physique entre elles est fortement réduite du fait de la dimension architecturale très « rassemblée » de ces structures.

Tout se passe comme si la vieillesse venait gommer des différences de positions sociales qui fondent la vie en société et chacun se trouve ramené à cette seule position, commune et communément partagée, d'être soumis au pouvoir soignant. A travers la mobilité résidentielle, c'est donc bien une mobilité sociale descendante intragénérationnelle, qui à la fin de la vie vient disqualifier certains groupes d'âge et générations.

Bibliographie :

Bourdieu P., « L'invention de la vie d'artiste » in Actes de la recherche en sciences sociales, n°2, mars 1975.

Locoh M.T., « L'entrée en maison de retraite. Etude auprès d'établissements de la région parisienne », Population T. 27, n° 6, 1972.

Locoh M.T., « L'entrée en maison de retraite. Etude auprès d'établissements de la région parisienne », Population T. 27, n° 6, 1972.

DREES, n° 35, octobre 1999

DREES, n°40, nov. 1999.

Mayen M. : « La population des hospices et maisons de retraite », Population, 1972, n°1.

SESI, La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées, situation au 31 décembre 1994, Documents statistiques, n° 250.

SESI, La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées, situation au 31 décembre 1994, Documents statistiques, n° 250.