

Le vieillissement des personnes âgées à l'entrée en institution (1965-1987) vu à travers le cas de deux établissements de l'Ain

—
Agnès CATHERIN

Agnès CATHERIN
Groupement scientifique « Pratiques,
gestion et systèmes de santé », Lyon

I - PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE

Le vieillissement de la population en France et dans les sociétés industrialisées est un phénomène que l'on observe généralement à travers des indicateurs classiques tels que la proportion des plus de 75 ans, de 85 ans, voire même de 90 ans ou tels que l'espérance de vie du moment des hommes et des femmes (voir tableaux 1 et 2), indicateurs généraux que nous possédons sur une durée nous permettant de cerner une évolution et disponibles grâce aux recensements de la population et à l'exploitation de l'état-civil.

En dehors d'une information générale, les séries statistiques longues portant sur des groupes de population plus restreints, par exemple la population âgée en hébergement collectif, font souvent défaut alors que nous cherchons à expliquer une situation présente en nous référant à une évolution, afin de comprendre les changements et dif-

	1962	1968	1975	1982	1990
plus de 65 ans	11,8	12,6	13,4	13,9	14,75
plus de 75 ans	4,9	5,1	5,9	6,6	7,1
plus de 85 ans	0,9	0,97	1,12	1,36	1,8
plus de 90 ans	0	0,25	0,19	0,3	0,5

Tableau 1 : Evolution de la part des plus de 65 ans, de 75 ans, de 85 ans et de 90 ans en pourcentages d'après les derniers recensements

Source : recensements I.N.S.E.E.

Années	Sexe	
	masculin	Féminin
1965	67,5	74,7
1966	67,8	75,2
1967	67,8	75,2
1968	67,8	75,2
1969	67,4	75,1
1970	68,4	75,8
1971	68,3	75,9
1972	68,5	76,2
1973	68,7	76,3
1974	68,9	76,7
1975	69	76,9
1976	69,2	77,2
1977	69,7	77,9
1978	69,8	78
1979	70,1	78,3
1980	70,2	78,4
1981	70,4	78,5
1982	70,7	78,9
1983	70,7	78,8
1984	71,2	79,3
1985	71,3	79,4
1986	71,5	79,7
1987	72	80,3
1988	72,3	80,5

Tableau 2 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance en France de 1965 à 1988

Sources : I.N.S.E.E. - Division Mouvement de la population des études démographiques
Annuaire rétrospectif de la France 1948-1988

férences qui se sont produits. Le point de référence devient alors un temps passé plus ou moins facile à cerner et à analyser, du fait d'un rapport délicat avec les sources, notamment la nécessité de recherches en archives.

En ce qui concerne la population hébergée en institution, on considère presque couramment qu'il y a eu vieillissement à l'entrée de la population accueillie et qu'autrefois, les vieux venaient en établissement à un âge encore relativement jeune, plutôt pour un hébergement de type social mais que maintenant on y entre très âgé et dépendant. Cette idée de forte évolution de l'âge à l'entrée en institution est d'ailleurs clairement exprimée dans un ouvrage récent¹:

« Dans les maisons de retraite et les longs séjours, entre 15 et 20% des personnes de 75 ans et plus ont plus de 90 ans. Cette situation actuelle résulte d'un vieillissement considérable de la population en institution par l'effet du recul de l'âge à l'entrée en maisons de retraite ».

L'objet de cet article vise à étudier le vieillissement des personnes âgées entrant en institution entre 1965 et 1987, à travers deux institutions d'hébergement pour personnes âgées du département de l'Ain, en essayant de recomposer par une approche longitudinale tant le présent que le passé, afin d'arriver à cerner plus précisément une évolution

de l'âge à l'entrée et tenter de l'expliquer.

L'analyse longitudinale vise à suivre des groupes d'individus (cohortes ou générations) qui ont vécu ensemble un même événement sur une certaine période de temps afin d'étudier leur devenir, leur mouvement. Pour le cas des clientèles d'établissements, l'analyse longitudinale porte sur le suivi des entrants en institution.

L'approche transversale, la plus couramment utilisée, étudie quant à elle des « stocks » de population. Elle se compare à une photographie prise à un instant donné. Pour le cas de clientèles d'établissements, l'analyse transversale consiste à faire l'état des présents à une date donnée.

Les travaux que nous avons réalisés jusqu'à présent et que nous poursuivons actuellement² portent sur la construction d'une micro-analyse longitudinale de clientèle passée ou encore présente hébergée dans quelques institutions collectives pour personnes âgées.

La méthodologie consiste à reconstituer des cohortes de personnes entrées à différents moments en institution (cohortes d'entrants en 1965, 1966, 1967, cohortes d'entrants en 1975, 1976, 1977 et cohortes d'entrants en 1985, 1986, 1987), à étudier les caractéristiques des individus à ces différents moments (âge, sexe, état matrimonial, aide sociale, origine géographique) et leur mobilité (suivi des individus tout au long de leur durée de séjour dans l'établissement, analyse des raisons de départ) pour ensuite comparer les groupes entre eux et déceler une évolution dans le comportement des personnes âgées en institution, reliant clairement la connaissance des clientèles âgées actuelles à celles passées.

Dans un contexte de recherche où

l'on tient pour acquis un fort vieillissement des individus à l'entrée en institution, nous étudierons ici deux des caractéristiques de nos cohortes d'entrants : l'âge et le sexe en vue de savoir comment s'est opéré le vieillissement des personnes âgées à l'entrée en établissement entre 1965 et 1987, quelle a été l'importance de ce vieillissement et quelles en sont les raisons. Notre analyse se limite toutefois à deux cas concrets : les populations de deux établissements publics du département de l'Ain. Reposant sur un effectif faible d'individus, les résultats devront être interprétés plus comme une illustration de cas que comme une généralisation.

L'étude que nous présentons s'effectue à partir des deux établissements suivants :

– un établissement public autonome intercommunal (établissement A).

Cette maison de retraite était à l'origine un ancien hôpital fondé vers 1250 ayant pour mission de recevoir les passants. Au début du siècle, ce petit hôpital, qui subit la forte concurrence des hôpitaux plus modernes dont les thérapeutiques et les chirurgies nouvelles imposent de lourdes charges, va se consacrer à l'hébergement des vieux du canton et devient hospice en 1902 avec une capacité de 23 lits. Jusqu'en 1972, les soeurs de la congrégation de Sainte Marthe de Beaume en assurent la gestion, alors privée. En 1965, celui-ci à une capacité de 38 lits qui passe en 1972 à 42 lits. A partir de cette date, l'hospice devient un établissement de statut public dirigé par un directeur et un conseil d'administration. Il va subir une série de rénovations des locaux et de constructions nouvelles. La capacité d'accueil actuelle est de 65 lits. Auparavant organisée en deux sections, valide et invalide, la maison de retraite regroupe maintenant des lits de valides

2 - Thèse de démographie en cours sous la direction de Hervé Le Bras, Université Lumière Lyon 2, effectuée au G.S. Santé de Lyon.
Cf. *L'hébergement collectif pour les personnes âgées : analyse de quelques établissements des secteurs privé et public*, Université Lumière Lyon 2, D.E.A. de Démographie et Sciences sociales, 1990.

et de cure médicale. Cet établissement campagnard se situe à 10 kilomètres de Mâcon (Saône-et-Loire) et à 32 kilomètres de Bourg en Bresse.

– un établissement public annexe du Centre Hospitalier de Bourg en Bresse (établissement B).

Il s'agit d'une institution médico-sociale et sanitaire implantée en milieu urbain. Créé au XVII^e siècle, cet hospice était alors réservé aux pauvres et aux mendiants de la ville. Les premiers vieillards apparaissent en 1837. En 1953, il existe 124 places pour vieillards mais la population globale de l'hospice est hétérogène (orphelins, pauvres, filles-mères, malades, indigents, vieillards). Au début des années 1960 jusqu'en 1978, l'établissement va de plus en plus homogénéiser sa population pour ne plus accueillir que des personnes âgées. Vers 1965, l'établissement dispose d'une section valide, invalide et d'un service chronique. L'hospice s'organise en dortoirs regroupant 360 lits auxquels s'ajoutent 46 lits de section chronique. Au fil des années, l'institution subit une succession de transformations et d'améliorations des locaux (passage des dortoirs à des chambres de trois, quatre ou cinq lits, etc.). En 1982, l'établissement est transformé en maison de retraite avec cure médicale et un centre de long séjour, dont la capacité d'accueil se monte à 87 lits de maison de retraite, 95 lits de cure médicale et 125 lits de long séjour.

Le recueil de l'information dans l'établissement A a été réalisé à partir de l'exploitation du registre des entrées et des sorties où un relevé exhaustif des entrants pour les années concernées a été effectué. Trois cohortes ont été reconstituées.

Pour l'établissement B, le travail sur le registre des entrées et sorties était impossible du fait de lacunes trop

importantes. Nous avons donc dû nous référer aux dossiers individuels classés par année de sortie puis par ordre alphabétique. L'importance du nombre des sorties pour chaque année (environ 150) ne nous a pas permis de réaliser un dépouillement exhaustif des dossiers. Nous avons donc effectué un tirage aléatoire au un cinquième des dossiers des sortants pour les années comprises entre 1975 et 1989. Au sein de ce tirage, nous avons retenu tous les dossiers qui correspondaient à une entrée en 1975, 1976, 1977, d'une part, et à une entrée en 1985, 1986, 1987, d'autre part. Le temps trop long que demandait la reconstitution de cohortes d'entrants dans l'établissement B ne nous a pas permis de faire une recherche pour les années 1965, 1966, 1967. L'échantillon d'entrants que nous avons constitué correspond à une partie des entrants de un cinquième des dossiers des sortants entre 1975 et 1989.

Notre échantillon d'étude regroupe un total de 269 individus répartis dans les différentes cohortes, cohorte de 1965, 1966, 1967, de 1975, 1976, 1977 et enfin de 1985, 1986, 1987 (par convention et par simplification, les cohortes sont nommées par l'année du milieu : soit 1966, 1976, 1986).

Comme nous l'avons expliqué précédemment, nous n'avons pas pu recueillir de données dans l'établissement B pour former la cohorte de 1966. Pour les tableaux 8 et 9 concernant la cohorte 1966, nous avons repris les résultats de l'établissement A comme référence à la moyenne et la médiane des deux établissements, car l'enquête sur laquelle nous travaillons actuellement nous montre que les résultats concernant les établissements publics du Rhône sont proches de ceux de l'établissement A. Pour un établissement appartenant aux Hôpitaux de Lyon,

	Cohorte de 1966	Cohorte de 1976	Cohorte de 1986	Total	Capacité d'accueil
Etablissement A	49	78	44	171	65
Etablissement B		40	58	98	290
Total	49	118	102	269	

Tableau 3 : Effectif des cohortes par établissement
et capacité d'accueil des établissements
au 1er janvier 1989

Cohortes	Hommes	Femmes
Cohorte 1966	72,2	79,1
Cohorte 1976	69,8	80,6
Cohorte 1986	80,6	83,3

Tableau 4
Age moyen à l'entrée dans l'établissement A

Cohortes	Hommes	Femmes
Cohorte 1966		
Cohorte 1976	72,2	81,2
Cohorte 1986	80,4	84

Tableau 5
Age moyen à l'entrée dans l'établissement B

Cohortes	Hommes	Femmes	Les deux
Cohorte 1966	72,2	79,1	75,6
Cohorte 1976	71	80,6	76,4
Cohorte 1986	80,5	83,6	82

Tableau 6
Age moyen à l'entrée en institution, ensemble des deux établissements

Cohortes	Hommes	Femmes
Cohorte 1966	74	80
Cohorte 1976	73	82
Cohorte 1986	82	83

Tableau 7
Age médian à l'entrée dans l'établissement A

Cohortes	Hommes	Femmes
Cohorte 1966		
Cohorte 1976	73	82
Cohorte 1986	81	83

Tableau 8
Age médian à l'entrée dans l'établissement B

Cohortes	Hommes	Femmes	Les deux
Cohorte 1966	74	80	77
Cohorte 1976	73	82	77,5
Cohorte 1986	82	83	82,5

Tableau 9
Age médian à l'entrée en institution, ensemble des deux établissements

l'âge moyen à l'entrée en 1966 est de 71,8 ans pour les hommes et 78,4 ans pour les femmes. Pour un établissement public autonome situé à Mornant (à 30 kilomètres de Lyon), l'âge moyen à l'entrée en 1966 est de 73,5 ans pour les hommes et 80 ans pour les femmes. Nous avons fait l'hypothèse que l'hospice de Bourg en Bresse des années 1966 pouvait recevoir une clientèle ayant des caractéristiques proches de ces établissements publics comme de l'établissement A.

II- VIEILLISSEMENT DIFFERENTIEL A L'ENTREE EN INSTITUTION ENTRE HOMMES ET FEMMES

Avant d'entreprendre une analyse des résultats ci-dessus (tableaux 4 à 9), il a semblé intéressant de les comparer avec ceux du C.R.E.D.E.S. qui effectue des enquêtes globales et nationales. Nous prenons pour référence l'enquête réalisée en 1976-77, « *Relation entre handicaps et autonomie et analyse des durées de séjour* » ainsi que celle faite en 1987-1988 « *Personnes âgées en institution, démographie et dépendance* ».

Suivant la première enquête, l'âge à l'entrée en institution en 1976, prenant en compte (à l'instar du cas qui nous occupe) les personnes entrées et sorties en 1976 et les personnes entrées en 1976 et toujours présentes, est de 76,6 ans pour les hommes et de 81,7 ans pour les femmes.

Suivant la seconde enquête, le C.R.E.D.E.S. présente l'âge à l'entrée des présents d'une part (vision transversale qui n'est pas l'approche que nous avons choisie ici) et l'âge actuel à l'entrée qui considère uniquement l'âge à l'entrée des personnes âgées arrivées au cours des 12 derniers mois et encore présentes (c'est-à-dire non décédées, transférées dans une autre institution ou

retournées chez elles). Cet âge actuel à l'entrée s'élève à 77,8 ans pour les hommes et à 81,7 ans pour les femmes.

Faute de mieux, nous prenons pour référence du C.R.E.D.E.S., cet âge qui n'est pas l'âge à l'entrée tel que nous le concevons car il ne prend pas en compte l'âge à l'entrée des personnes sorties. Cet âge actuel à l'entrée a tendance à être sous-évalué par rapport à l'âge à l'entrée qui considère la totalité des entrants quel que soit leur devenir : les personnes sorties rapidement sont celles qui sont entrées dans un état de dépendance élevé et qui avaient aussi un âge à l'entrée élevé.

Les âges à l'entrée présentés par le C.R.E.D.E.S., pour respectivement 1976 et 1986, montrent qu'il n'y a eu aucune évolution significative entre les deux dates dans le vieillissement à l'entrée en institution.

La comparaison de nos résultats et de ceux du C.R.E.D.E.S. montre qu'il y a peu de différence entre les âges à l'entrée des femmes : écart de -1,1 an pour 1976 et +1,9 an pour 1986. Par contre, pour les hommes, les différences sont plus marquées : écart de 5,6 ans pour 1976 et +2,7 ans pour 1986.

A partir des tableaux ci-dessus, décrivant l'âge moyen et l'âge médian à l'entrée, une première remarque peut être formulée : il existe *un vieillissement différentiel à l'entrée en institution entre les hommes et les femmes de 1965 à 1987*.

On constate que les évolutions du comportement des populations ne sont pas très différentes entre ces deux établissements publics qui étaient vers 1966 et 1976 des hospices avec section valide et invalide mais qui ont subi des évolutions différentes suite à la loi du 30 juin 1975 : l'un s'est transformé en institution médico-sociale (section de valide et cure médicale) et l'autre en institution

médico-sociale et sanitaire (section valide, cure médicale et long séjour).

1- POUR LES FEMMES

L'âge à l'entrée a relativement peu varié entre 1966 et 1986. Il passe de 79,1 ans en 1966 à 83,6 ans en 1986. Pour l'âge médian, l'écart est encore plus faible, seulement de trois années.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, les femmes entraient déjà très âgées en institution dans le passé. Cela laisse sous-entendre, si l'on met en relation l'élévation de l'âge avec l'augmentation de la dépendance (le C.R.E.D.E.S. a montré l'existence de cette relation³) que les institutions d'accueil jouaient à peu près le même rôle vis-à-vis des femmes quelle que soit la période de référence. Vers 1966 et 1976, les femmes entraient en institution sans doute davantage parce qu'elles avaient besoin de soins médicaux ou de « nursing » (soins pour l'habillement, la toilette, etc.) que pour une raison de type social (bien qu'elles soient, du fait de leur veuvage, plus touchées par la solitude que les hommes). Elles sont par ailleurs plus aptes à se débrouiller seules à la maison.

Pour comprendre le vieillissement de la population, il faut tenir compte du fait qu'être vieux se signifie pas la même chose selon les époques. C'est dans cette perspective que Patrice Bourdelais⁴ a remarqué qu'il existe une similitude entre les 12% de personnes âgées de plus de 60 ans vers 1870 et les 13% de plus de 65 ans au cours des dernières années. Ce décalage de 5 ans, selon lui, montrerait partiellement les changements de capacité physique et intellectuelle intervenues entre les deux périodes et indiquerait que l'on serait actuellement à 65 ans (voire même à plus de 65 ans) au même niveau de santé qu'à 60 ans à la fin du XIX^{ème}

siècle et même plus en forme.

On pourrait tout à fait suivre le même raisonnement dans l'analyse du vieillissement à l'entrée en institution et tenir compte de la conjoncture du moment de chaque période (en 1986, les conditions de vie sont meilleures et la mortalité aux âges élevés moins forte qu'en 1966) et donc supposer que les femmes entreraient en 1986 dans un état de santé similaire à 81-82 ans par exemple à celui des femmes admises en institution en 1966 à 79 ans. En tenant compte de l'effet de conjoncture dû à chaque période, on aurait donc ainsi tendance à amoindrir le vieillissement (l'écart en années que l'on observe) entre 1966 et 1986. L'écart d'âge à l'entrée des femmes entre 1966 et 1986 nous apparaît donc, non pas dû principalement à un changement significatif dans le comportement des femmes à l'entrée en institution mais issu d'un effet de conjoncture démographique se traduisant par un gain d'années en meilleure santé. L'impact de ce décalage dû aux conditions du moment sur le processus du vieillissement reste toutefois à approfondir.

2- POUR LES HOMMES

L'âge moyen à l'entrée est resté pratiquement stable entre 1966 et 1976. Par contre, après 1976, il a évolué brutalement et s'est accru de 9,5 ans en 10 ans, atteignant 80,5 ans pour les entrants en 1986. L'évolution de l'âge médian va dans le même sens.

Deux raisons peuvent expliquer principalement ce brusque vieillissement récent des hommes à l'entrée en institution.

Comme précédemment pour les femmes, l'effet de conjoncture peut être invoqué. On peut le compléter par une réflexion sur les travaux de Jacques

3 - MIZRAHI (A) et SERMET (C), *Personnes âgées en institution, démographie et dépendance. Enquête nationale, France 1987-1988* Paris, C.R.E.D.E.S., 1989, p. 21.

4 - BOURDELAIS (P), "Vieillesse de la population ou artefact statistique", *Gérontologie et Société*, n° 49, 1989, p. 29.

5 LEGARE (J) et BOUR-GEAU (R), « L'amélioration des chances de survie et diminution de la sélection naturelle » dans A.E. IMHOF, *Le vieillissement, implications et conséquences de l'allongement de la vie humaine depuis le XVII^e siècle*, Lyon, P.U.L., pp. 27-36.

6 - LEGARE (J), « Une meilleure santé ou une vie prolongée. Quelle politique de santé pour les personnes âgées? », *Futuribles*, juin 1991, pp. 53-66.

7 - C.N.A.V.T.S., *Le prix de la dépendance*, Paris, La Documentation Française, 1990.

Legaré et Robert Bourgeau⁵ qui ont soutenu l'hypothèse suivante. L'existence d'un comportement différent de certaines générations provient de l'évolution de la mortalité elle-même, qui en étant sélective, laisse survivre, en les diminuant des êtres plus fragiles que la moyenne. Ainsi la diminution de la sélection aux âges jeunes provoquerait un surcroît de mortalité aux âges élevés (hypothèse qualifiée d'hypothèse génétique). Jacques Legaré a par ailleurs, présenté un article⁶ dans lequel il soulève la question de savoir combien d'années nous pourrions conquérir sur la mort et quel sera notre état de santé durant ce temps gagné. L'auteur a alors montré qu'une grande partie des années d'existence gagnées grâce aux progrès médicaux sont en réalité des années d'invalidité. En ce qui concerne notre étude, le recul de l'âge à l'entrée apparaît davantage comme la conséquence d'un meilleur état de santé des survivants masculins après 71-72 ans (gain de 9 ans environ). Les progrès médicaux, depuis ces dix dernières années, auraient davantage été bénéfiques aux hommes qu'aux femmes en considérant que le fait d'être hébergé à domicile est le signe d'un meilleur état de santé que d'être hébergé en institution collective où le degré de dépendance est plus élevé⁷. Les années gagnées en santé seraient des années de validité. Les hommes resteraient plus longtemps qu'avant à leur domicile avant d'entrer en institution, les femmes attendant davantage le dernier moment avant d'effectuer une entrée quelle que soit l'époque.

La seconde explication au recul de l'âge à l'entrée en institution viendrait d'un changement dans le comportement des hommes. Nous pouvons considérer que, jadis, les hommes entraient tôt en institution car ils recherchaient plutôt

une prise en charge sociale mais que maintenant, comme les femmes, ils attendraient le dernier moment pour effectuer leur entrée et viendraient pour une raison de dépendance médicale ou une nécessité d'aide et de surveillance quotidienne.

Mieux aidés que jadis grâce au soutien à domicile, à la présence de l'entourage familial, peut-être plus aptes à se prendre en charge s'ils vivent seuls, les hommes qui entraient autrefois en institution pour un hébergement social resteraient plus longtemps chez eux maintenant, retardant ainsi le moment de leur entrée en institution.

Le recrutement d'une population masculine plus âgée maintenant que dans les années 1976 et antérieures serait dû à l'efficacité des politiques d'assistance à domicile des personnes âgées. La politique de maintien à domicile, lancée dès 1962 avec le rapport Laroque, a commencé à se mettre en place dans les années 1970. Les propositions du rapport Laroque sont prévues dans les VI et VII^{èmes} plans quinquennaux de développement économique et social (1970-1974, 1975-1979). Le VI^{ème} plan a pour objectif d'éviter l'entrée en institution des personnes âgées grâce au développement des services de maintien à domicile. Bien qu'en 1983, les actions en faveur des soins à domicile soient freinées car l'objectif de l'Etat est alors la maîtrise des dépenses de protection sociale et qu'en 1988, tout en réaffirmant la priorité du soutien à domicile, le rapport Braun montre que son développement n'a pas donné lieu à la mise en oeuvre d'une politique globale et coordonnée à domicile, les efforts concentrés de la politique de la vieillesse en direction du soutien à domicile depuis les années 1960, la progression des services d'aide ménagère et de soins infirmiers, le développement

du portage de repas ont porté leurs fruits surtout dans les années 1980. Bien que le soutien à domicile concerne majoritairement une clientèle féminine, les femmes étant par ailleurs plus nombreuses aux âges élevés que les hommes, il permettrait à certains hommes de prolonger leur vie à leur domicile.

D'autre part, une augmentation des revenus des personnes âgées depuis 1965 a incontestablement eu pour effet de retarder ou d'éviter l'entrée en institution pour raison sociale.

**DEUX FACTEURS SUPPLÉMENTAIRES
PEUVENT EXPLIQUER LE VIEILLISSEMENT
À L'ENTRÉE DE LA POPULATION AUSSI
BIEN MASCULINE QUE FÉMININE**

La restructuration du secteur des personnes âgées par l'effet de la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales a surtout commencé au début des années 1980 avec la mise en place d'une nouvelle organisation par les créations de sections de cure médicale, les transformations de lits d'hospice en long séjour et les nouveaux modes de prise en charge financière. Elle se serait accompagnée en même temps d'une homogénéisation de la population des institutions en passant par l'accueil d'une population plus hétérogène que celle des hospices d'autrefois (admission de débiles légers jeunes, de cas sociaux en même temps que de personnes âgées venues pour des raisons variées) à une population exclusivement âgée, avec un acheminement des débiles légers, ne relevant pas de maisons de retraite, vers des institutions spécialisées. Ce phénomène a pu contribuer à une augmentation de l'âge à l'entrée mais il n'expliquerait pas pour autant le fort écart entre les sexes.

Le vieillissement à l'entrée pourrait

être partiellement imputable à un effet de génération. En effet, les classes creuses de 1914-1918, moins nombreuses à causes des naissances réduites durant la première guerre mondiale et de la forte participation des hommes de ces générations à la guerre de 1939-1945, sont moins nombreuses à faire leur entrée en institution que les générations précédentes. Ainsi, les générations d'hommes et de femmes des classes creuses qui sont entrées en institution en 1985, 86, 87 avaient entre 67 et 73 ans (âges à l'entrée jeunes). Une sous-représentation de ces âges dans la pyramide des âges des entrants de la cohorte 1986 aurait pour effet de provoquer une surévaluation de l'âge moyen à l'entrée en institution.

**III - VERS UNE
HOMOGENEISATION
DU COMPORTEMENT DES
HOMMES ET DES FEMMES
À L'ENTRÉE EN INSTITUTION**

L'écart d'âge moyen à l'entrée entre hommes et femmes, élevé dans les années 1966 et 1976 (de 7 ans), a fortement régressé en 1986 (chute à 3,1 ans). L'écart d'âge médian entre hommes et femmes de la cohorte de 1986 est encore plus faible que l'écart moyen, seulement de 1 an alors qu'il était de 9 ans en 1976 et 6 ans en 1966 et nous donne à penser que les hommes se comportent maintenant de manière semblable aux femmes. Il existe donc actuellement une homogénéisation du recrutement de la population à l'entrée, alors que dans le passé, il aurait été possible de parler d'un type de service pour hommes et d'un type de service pour les femmes au sein d'une même structure.

L'évolution des personnes très âgées (de 85 ans et plus) atteste aussi de

cette homogénéisation du comportement. La part des 85 ans et plus est représentée quasiment dans les mêmes proportions pour les hommes et les femmes en 1986 (respectivement 38,8% et 39,4%) alors qu'en 1976 elle était de 8,5% et 40,9% (voir tableaux 6, 7 et 8).

Il est paradoxal de remarquer que l'écart moyen et médian entre hommes et femmes a augmenté pour la cohorte d'entrants en 1976 par rapport à la précédente. Ce phénomène est lié à une baisse de l'âge moyen des hommes, de 72,2 ans en 1966 à 69,8 ans en 1976, dans l'établissement A. L'explication tient au fait que cet établissement a subi d'importantes transformations au milieu des années 1970 avec la modernisation de la maison de retraite et l'agrandissement de sa capacité d'accueil. Ainsi, lorsqu'une vingtaine de nouveaux lits sont mis en service, l'établissement doit recruter rapidement. Les hommes qui sont entrés étaient des pensionnaires « jeunes » : 15 avaient moins de 65 ans. Il faut également tenir compte d'un effet local, l'établissement s'inscrivant dans

un environnement campagnard propice au recrutement d'hommes célibataires.

IV- CONCLUSION

Dans un contexte de recherches où l'on considère comme acquis le vieillissement à l'entrée en institution, nous avons voulu, au cours de cet article, élaborer une réflexion sur l'âge à l'entrée et sur le vieillissement, en utilisant la méthode longitudinale qui vise à la reconstitution de cohortes d'entrants en institution à différents moments. De plus, notre souhait a été de relier une situation présente, en général bien cernée, avec son passé, qui l'est par contre beaucoup moins, en vue de fournir une évolution de l'âge à l'entrée qui soit plus fiable.

A travers l'étude de deux établissements publics du département de l'Ain, nous avons ainsi montré qu'il existait *un vieillissement à l'entrée en institution au cours du temps, différent selon les sexes*. La relative lenteur du vieillissement des femmes à l'entrée de 1965 à

Tranches d'âge	Nombre	Hommes %	cumulé	Nombre	Femmes %	% cumulé
Moins de 65 ans	5	17,2	17,2	1	5	5
De 65 à 69 ans	3	10,3	27,5	1	5	10
De 70 à 74 ans	8	27,6	55,1	0	0	10
De 75 à 79 ans	4	13,8	68,9	8	40	50
De 80 à 84 ans	9	31,1	100	6	30	80
De 85 à 89 ans				3	15	95
90 ans et plus				1	15	100
Total	29	100 %		20	100 %	

Tableau 10

Structure par âge et par sexe des entrants dans l'établissement A

1987 nous permet de dire qu'il existe une certaine constante dans leur recrutement à l'entrée et que le rôle de l'institution d'accueil vis-à-vis de celles-ci a peu évolué. En revanche, le recul de l'âge à l'entrée des hommes a été très brutal et récent alors que lors des 10 premières années de la période, l'évolution était négligeable; on assistait même à une baisse de l'âge à l'entrée.

Pour expliquer le vieillissement à l'entrée au cours du temps, quatre facteurs qui pouvaient agir sur lui ont retenu notre attention.

Tout d'abord, *l'effet de la conjoncture du moment sur le vieillissement*. En effet, les conditions de la vieillesse ne sont pas les mêmes à la fin du siècle dernier qu'en 1966 ou 1986 : au cours du XXème siècle, et plus particulièrement des cinquante dernières années, les progrès médicaux ont été considérables. De même, la mortalité progresse moins rapidement aux âges élevés maintenant qu'autrefois. Ainsi, l'écart d'âge à l'entrée des femmes, faible entre 1966 et 1986, ne paraît pas refléter un changement dans leur comportement vis à vis de l'institution mais semble dû à l'effet de la conjoncture démographique, qui, par un gain d'années supplémentaires en meilleure santé, provoque un recul de l'âge à l'entrée en institution. On pourrait être dans un état de santé similaire à 81 ans en 1986 qu'à 79 ans en 1966. Les progrès médicaux auraient été davantage bénéfiques aux hommes, surtout après le milieu des années 1970, retardant aussi considérablement leur âge à l'entrée.

Second facteur, *l'effet des politiques sociales et du développement du maintien à domicile*. Contrairement au cas des femmes, la forte évolution de l'âge à l'entrée des hommes entre 1976 et 1986 ne serait pas seulement provoquée par une amélioration de la santé mais aussi

Tranches d'âge	Nombre	Hommes	cumulé	Nombre	Femmes	% cumulé
		%			%	
Moins de 65 ans	17	36,2	36,2	3	4,2	4,2
de 65 à 69 ans	3	6,4	42,6	7	9,9	14,1
de 70 à 74 ans	11	23,4	66	1	1,4	15,5
de 75 à 79 ans	4	8,5	74,5	15	21,1	36,6
de 80 à 84 ans	8	17	91,5	16	22,5	59,1
de 85 à 89 ans	3	6,4	97,5	27	38,1	97,2
90 ans et plus	1	2,1	100	2	2,8	100
Total	47	100%		71	100%	

Tableau 11 Structure par âge et par sexe des entrants en 1976 dans les deux établissements

Tranches d'âge	Nombre	Hommes	cumulé	Nombre	Femmes	% cumulé
		%			%	
Moins de 65 ans	3	8,4	8,4	0	0	0
de 65 à 69 ans	1	2,7	11,1	1	1,5	1,5
de 70 à 74 ans	3	8,4	19,5	2	3	4,5
de 75 à 79 ans	3	8,4	27,9	13	19,7	24,2
de 80 à 84 ans	12	33,3	61,2	24	36,4	60,6
de 85 à 89 ans	12	33,3	94,5	14	21,2	81,8
90 ans et plus	2	5,5	100	12	18,2	100
Total	36	100%		66	100%	

Tableau 12
Structure par âge et par sexe des entrants en 1986 dans les deux établissements

par un changement de comportement influencé par le développement du maintien à domicile, par l'existence d'un meilleur entourage familial ou par une amélioration de la situation économique (augmentation des revenus).

Troisièmement, *l'effet de structure* caractérisé par la restructuration du secteur de l'hébergement collectif pour personnes âgées avec le passage d'une population hétérogène à une population homogène.

Finalement, *l'effet de génération* avec l'impact de l'arrivée des classes creuses de 1914-1918 sur le vieillissement à l'entrée en institution.

L'évolution de l'âge à l'entrée des hommes et des femmes apparaît comme le signe d'une *homogénéisation dans le comportement de la population à l'entrée*. Si antérieurement, l'institution avait un rôle d'accueil social pour les hommes, il semble que cette fonction tende à s'amoinrir et que l'institution remplisse maintenant le même rôle pour les hommes et les femmes. C'est-à-dire à prendre en charge une dépendance plus médicale que sociale.

Cette étude a porté sur un échantillon d'individus réduit, 269 individus, issu de deux établissements et réparti en sous-populations. Nos travaux futurs visent à travailler sur un nombre d'individus plus important (1380). Ils permettront de confirmer ou de rectifier les résultats présentés ici.

BIBLIOGRAPHIE

1 - BOUGET (D), TARTARIN (R), FROSARD (M), TRIPIER (P), *Le prix de la dépendance. Comparaison des dépenses des personnes âgées selon leur mode d'hébergement*, C.N.A.V.T.S., Paris, La Documentation française, 1990, 414 pages.

2 - BOURDELAIS (P), « Vieillesse de la population ou artefact statistique », *Gérontologie et Société*, n°49, 1989.

3 - BING (J) et PASNON (J), « La politique d'hébergement des personnes âgées à travers la transformation des hospices », *Revue Française des Affaires Sanitaires et Sociales*, janvier-mars 1985, pp. 113-124.

4 - CROZE (M), *Tableaux démographiques et sociaux 1975, supplément 1979, supplément 1982*, Paris, I.N.E.D., I.N.S.E.E.

5 - GUILLEMARD (A.M.), *Le Déclin du social. Formation et crise des politiques de la vieillesse*, Paris, P.U.F., 1986, 316 p.

6 - GOLLIER (X), « Quel avenir pour le maintien à domicile des personnes âgées », *Revue Française des Affaires Sanitaires et Sociales*, n°2, avril-juin 1986, pp 9-31.

7 - HENRARD, (J.C), ANKRI (J), ISNARD (M.C), « Le soutien à domicile des personnes âgées en France », *Revue Française des Affaires Sanitaires et Sociales*, n°4, octobre-novembre 1989, pp. 9-32.

8 - HENRY (L), « Passé, présent et avenir en démographie », *Population*, n°3, mai-juin 1972, pp. 383-396.

9 - IMHOF (A.E), *Le vieillissement, implications et conséquences de l'allongement de la vie humaine depuis le XVIIème siècle*. Lyon, P.U.L., 224 p. Chapitre de LEGARE (J) et BOURDEAU (R), *Amélioration des chances de survie et diminution de la sélection naturelle*, pp. 27-36.

10 - I.N.S.E.E., *Recensements de 1968, 1975, 1982, 1990*.

11 - I.N.S.E.E., *Annuaire rétrospectif de la France, 1948-1988*.

12 - LEGARE (J), « Une meilleure santé ou une vie prolongée, quelle politique de santé pour les personnes âgées ? », *Futurible*, juin 1991, pp. 53-66.

13 - MIZRAHI (A) et (A), *Relations entre handicaps et autonomie et analyse des durées de séjour des personnes âgées en institution*, Paris, C.R.E.D.O.C., 1978, 151 p.

14 - MIZRAHI (A) et SERMET (C), *Personnes âgées en institution, démographie et dépendance, enquête nationale, France 1987-88*, Paris, C.R.E.D.E.S., 1989, 187 p.

15 - MIZRAHI (A) et (A), « L'état de santé des personnes âgées à domicile s'est amélioré », *Gérontologie*, 1990-2, pp. 24-28.

16 - VALLIN (J), *La mortalité par génération en France depuis 1899*, Paris, I.N.E.D., Travaux et Documents n° 63, 1973, 483 p.

17 - VALLIN (J), « A long terme l'écart de l'espérance de vie entre hommes et femmes devrait diminuer », *Population*, n°6, 1986.