

## BOIRE DE L'ALCOOL EN INSTITUTION

Un privilège témoin de maintien de la citoyenneté ?

Oliver Saint-Jean *et al.*

Fond. Nationale de Gérontologie | *Gérontologie et société*

2003/2 - n° 105  
pages 151 à 160

ISSN 0151-0193

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2003-2-page-151.htm>

Pour citer cet article :

Saint-Jean Oliver *et al.*, « Boire de l'alcool en institution » Un privilège témoin de maintien de la citoyenneté ?, *Gérontologie et société*, 2003/2 n° 105, p. 151-160. DOI : 10.3917/gs.105.0151

Distribution électronique Cairn.info pour Fond. Nationale de Gérontologie.

© Fond. Nationale de Gérontologie. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# BOIRE DE L'ALCOOL EN INSTITUTION

*Un privilège témoin de maintien de la citoyenneté ?*

**OLIVIER SAINT-JEAN\*, DOMINIQUE SOMME\*,  
MATTHIEU DE STAMPA\*, HÉLÈNE THOMAS\*\***

\* SERVICE DE GÉRIATRIE, HÔPITAL EUROPÉEN GEORGES POMPIDOU  
ET FONDATION NATIONALE DE GÉRONTOLOGIE

\*\* CSU UNIVERSITÉ PARIS XIII  
ET FONDATION NATIONALE DE GÉRONTOLOGIE

*L'enquête EHPA permet de mettre en évidence des facteurs favorables à l'autonomie sociale des résidents âgés, à leur possibilité de conserver certaines activités de la vie courante et de maintenir une citoyenneté active. Ces facultés dépendent en grande partie de leur autonomie propre mesurée par leur capacité à s'habiller ou faire seul leur toilette, variable selon le type d'établissement. Les logements-foyers, maisons de retraite, unités de soins de longue durée, accueillent dans cet ordre des personnes de plus en plus dépendantes. Mais l'état de santé n'est pas la seule explication des variations observées. Des analyses multivariées mettent en évidence l'importance de l'environnement institutionnel sur la gestion personnelle des ressources et la possibilité de consommer de l'alcool. Selon que l'établissement se rapproche d'une maison de retraite commerciale ou d'une unité de soins de longue durée, le résident voit ses choix personnels plus ou moins pris en compte. Les caractéristiques socio-démographiques et culturelles des résidents jouent aussi un rôle important. D'avoir exercé une activité, en particulier comme cadre, favorise la préservation de l'autonomie sociale et la disposition de soi.*

## DRINKING OF ALCOHOL IN INSTITUTIONS:

A privilege and proof of remaining a fully fledged citizen  
An EHPA survey points to factors favouring elderly residents social autonomy, to the possibility of preserving certain activities of normal life and active citizenship. These factors depend mainly on their individual autonomy, which is measured by their capacity to wash and dress themselves, and vary according to the type of establishment. ?????, retirement homes and long-term care units cater, in that order, for increasingly dependent people. Multi-variable analyses highlight the importance of institutional environment on individual management of resources and the possibility of taking alcohol. According to the nature of establishments, private retirement homes or long-term care units, residents' personal choices are more or less catered for. Residents' socio-demographic and cultural characteristics also play an important part. The fact of having had an activity, especially of having been an executive, favours the preservation of social and self autonomy.

Ce travail a fait l'objet d'une convention de recherche entre la Fondation Nationale de Gérontologie et la DREES.

L'entrée en institution implique souvent pour les personnes âgées une rupture avec le mode de vie antérieur et l'arrivée dans un monde clos. Aussi la vieillesse en institution a-t-elle été souvent décrite sinon en termes de « mort sociale » (Guillemard, 1972) du moins en termes de « relégation » (Bernand, 1975) et de « désinsertion » (Thomas, 1996). Peu de travaux ont été consacrés récemment à ce sujet, et le plus souvent sous forme de monographies descriptives et qualitatives (Dupré Levêque, 2001) ou d'enquêtes auprès des établissements sur les conditions de vie de leurs pensionnaires. Mais l'on dispose de peu de données quantitatives sur la façon dont se déroule, **du point de vue des intéressés**, la vie quotidienne des résidents. L'enquête EHPA permet, pour la première fois, à travers certaines des questions posées aux résidents, de mettre en évidence les facteurs liés à l'expression d'un sentiment d'autonomie sociale et de maintien d'une citoyenneté pleine et entière, notamment en cas de limitation de l'autonomie physique ou psychique.

Pour ce faire, ont été étudiées les questions posées aux résidents dans lesquelles ils affirment ou infirment la possibilité de conserver (ou non) une autonomie de disposition de soi au quotidien et d'être ouverts sur le monde extérieur. Dans cet article la notion d'autonomie sociale renvoie à la possibilité de poursuivre certaines activités de la vie courante dans un environnement institutionnel. L'analyse est conduite en tenant compte des attributs socio-démographiques et d'état de santé individuel des résidents, ainsi que des caractéristiques de leur environnement.

Aux dires des résidents leurs marges de choix dans la vie quotidienne restent aujourd'hui restreintes par les contraintes liées à la vie de l'institution, mais les attributs socio-démographiques, la représentation sociale des « malades » âgés jouent également un rôle dans cette restriction. A cet égard la perception de la liberté de boire de l'alcool par les résidents s'avèrera un excellent témoin de cet état de restriction.

## MÉTHODOLOGIE

L'enquête EHPA menée en 2000 a porté sur 750 établissements pour personnes âgées et 3 500 résidents de ces établissements. Le point de vue et les perceptions des résidents sont exprimés en réponse au questionnaire résidents de l'enquête EHPA. Ceux-ci

---

ont été tirés au sort dans chacun des établissements enquêtés. Il y a tout lieu de penser que les réponses recueillies témoignent valablement de la réalité de leurs perceptions des institutions enquêtées dans la mesure où ils ont répondu en face à face avec l'enquêteur sans la présence d'un tiers à 92 %. Cependant certaines personnes sélectionnées et estimées trop dépendantes psychiquement ou hors d'état de répondre aux questions par la direction de l'établissement ont été remplacées sur la liste des tirés au sort, ce qui conduit à une sous représentation des personnes les plus dépendantes (GIR 1).

Des variables descriptives de la préservation de l'autonomie sociale ont été sélectionnées au sein du questionnaire résident. Ce maintien de l'autonomie sociale peut être approché par deux groupes de questions : celles qui attestent de la préservation des marges de choix individuel dans la vie quotidienne et celles qui témoignent de l'indépendance effective de disposition de soi.

La préservation des marges de choix dans la vie quotidienne :

- le fait de déclarer avoir obtenu de changer le plat principal au menu ;
- le fait de pouvoir boire de l'alcool à table ;
- le choix de la tenue vestimentaire quotidienne ;
- l'autonomie de disposition de soi ;
- la capacité reconnue de gestion de ses ressources ;
- le libre accès à l'automédication antalgique ;
- la réponse au questionnaire en l'absence d'un tiers.

Pour chacune des variables une analyse descriptive a été réalisée. Les variables ont été croisées avec les variables descriptives de l'environnement et de la personnes âgée elle-même. Les variables d'environnement concernent le statut juridique de l'établissement (notamment le caractère commercial), son type (foyer-logement (FL), maison de retraite (MDR), unité hospitalière de soins de longue durée (USLD)) et sa taille (moins de 50 lits, de 0 à 100 lits, plus de 100 lits). Ont été regroupés les FL publics et associatifs (FL publics) et les MDR publiques et privées associatives (MDR non commerciales). Les variables liées aux résidents sont l'ancienne catégorie socio-professionnelle (inactive, actif non cadre, actif cadre) et le degré d'autonomie physique. L'autonomie physique est décrite selon la capacité à gérer la toilette et l'habillement.

**LA PRÉSERVATION DES MARGES DE CHOIX  
DANS LA VIE QUOTIDIENNE RESTE LIMITÉE**

Les caractéristiques de l'établissement et celles du résident influent considérablement sur la préservation des choix dans la vie quotidienne. Par exemple le changement de plat, qui fait pourtant partie des points essentiels de la « *Charte des Droits et Libertés des personnes âgées vivant en établissement* », n'est pas possible dans plus d'un établissement sur deux (Tableau 1). Il en va de même pour la possibilité de boire de l'alcool. En revanche le choix de la tenue du jour est possible dans la plupart des institutions, mais seuls deux résidents sur trois en USLD déclarent choisir eux mêmes.

**Tableau 1**  
Préservation de la marge de choix selon le type d'établissement

	FL privé	FL non commercial	MDR commercial	MDR non commercial	USLD
Changer de plat	48,4	39,4	42,7	32,4	22,6
Droit de boire de l'alcool	42,0	44,9	35,9	27,7	14,4
Choix de la tenue	94,8	97,1	89,7	85,7	66,9

NB : tous les % des tableaux porte sur l'échantillon « résidents » non redressé de l'enquête EHPA. Exprimé en % d'établissement où le choix est possible. Dans les foyers logements privés 48,4% des résidents déclarent pouvoir obtenir un changement de plat. Ils sont respectivement 39,4% à l'obtenir dans les foyers logements non commerciaux, 42, 7% dans les maisons de retraite commerciales, 32,4% dans les maisons de retraite non commerciales et seulement 22,6% dans les unités de séjours longue durée.

Source : Enquête EHPA 2000 DREES.

Le caractère commercial de l'établissement améliore ces résultats en FL ou en MDR pour la possibilité de changer de plat. Il est vraisemblable que l'origine hôtelière de certains groupes d'investisseurs contribue à envisager les résidents comme des clients qu'on cherche à satisfaire. Le changement de plat n'a pu être obtenu que par un résident sur quatre dans les USLD traduisant probablement en partie la culture hospitalière et de restauration collective de ces établissements.

Les variations selon la taille de l'établissement sont moins nettes. Si dans les établissements dont la taille est plus réduite les résidents déclarent choisir leur tenue et boire de l'alcool en proportion plus importante que dans ceux de moyenne et grande taille, en revanche ils déclarent nettement moins obtenir un changement de plat, peut être parce que les infrastructures ne permettent pas de proposer aux résidents des menus personnalisés (Tableau 2).

**Tableau 2**

Préservation de la marge de choix selon la taille de l'établissement

Taille en lits	< 50	50 - 100	> 100
Changement de plat	27,6	36,1	36,5
Autorise l'alcool	37,0	30,0	26,0
Autorise le choix de la tenue	89,1	87,6	83,1

Source : Enquête EHPA 2000 DREES.

Il semble de surcroît que l'exercice de marges de choix sur certains aspects de la vie quotidienne est d'autant plus faible que le résident a perdu son autonomie physique : l'écart est important pour chacune des variables lorsque que l'on compare les résidents autonomes pour la toilette et/ou l'habillement à ceux qui ne le sont pas (Tableau 3).

**Tableau 3**

Préservation de la marge de choix pour les plus lourdement dépendants (dépendance toilette et/ou habillement) selon le type d'établissement

	FL commercial	MDR commercial	FL non commercial	MDR non commercial	USLD
Changer de plat	47,5	41,8	37,8	31,4	20,5
Droit de boire de l'alcool	37,8	34,1	46,8	21,0	9,6
Choix de la tenue	84,0	79,5	90,5	74,1	56,1

Source : Enquête EHPA 2000 DREES.

Enfin à autonomie physique équivalente ainsi mesurée, le poids du statut socio-éducatif est déterminant. Les anciens cadres préservent bien mieux leur capacité de choix dans la vie quotidienne que les non-cadres ou les inactifs (Tableau 4).

**Tableau 4**

Préservation de la marge de choix selon la catégorie socio-professionnelle et le niveau de handicap

	CSP cadre	CSP non cadre	Inactif	CSP cadre	CSP non cadre	Inactif
	dépendant toilette/habillement			indépendant toilette habillage		
Changer de plat	37,1	32,3	30,3	41,6	35,6	35,6
Droit de boire de l'alcool	28,3	25,6	21,2	51,4	34,5	20,8
Choix de la tenue	75,1	73,9	72,7	98,6	97,1	97,7

Source : Enquête EHPA 2000 DREES.

Une analyse multivariée a porté sur la réponse positive à la question « pouvez-vous boire de l'alcool ? » On peut ainsi mettre en évidence les différentes variables dont le pouvoir explicatif est significatif. (Tableau 5).

**Tableau 5**

Analyse multivariée « être autorisé à boire de l'alcool »

Puissance 0,0001, p explicatif 70 %

	OR	IC 95 %
Actif cadre	2,16	1,4 – 3,20
En FL public	1,62	1,12 – 2,36
Autonome pour la toilette et l'habillement	1,5	1,19 – 1,89
En établissement taille 50 à 100	0,67	0,5 – 0,92
En MDR non commerciale	0,668	0,49 – 0,92
De sexe féminin	0,39	0,31 – 0,52
EN USLD	0,27	0,16 – 0,46

Source : Enquête EHPA 2000 DREES.

Les variables explicatives liées au résident, notamment le sexe et la catégorie socio-professionnelle, traduisent la rémanence de traits sociaux antérieurs à l'entrée en institution et appartenant aux caractéristiques de la population générale de cet âge. Les anciens cadres, de sexe masculin, autonomes pour la toilette et l'habillement semblent ainsi plus souvent maintenir leurs habitudes communes antérieures. A l'autre bout de la distribution, les résidentes en USLD déclarent plus rarement pouvoir consommer de l'alcool, peut être parce qu'elles sont plutôt considérées et se voient plutôt comme des patientes que comme des résidentes.

## L'AUTONOMIE DE GESTION DE SOI ENTRAVÉE

La possibilité de disposer de soi a été ici envisagée sous trois aspects particuliers, qui ne reconstituent pas une vision globale de l'autonomie, mais forment un faisceau d'indices. Ces aspects sont analysés à partir des réponses des résidents à trois questions portant sur la gestion des ressources, l'accès à l'automédication antalgique et le fait d'avoir répondu seul au questionnaire.

Dans leur très grande majorité les résidents des FL déclarent gérer leurs biens seuls ou avec l'aide du conjoint. Le taux est considérablement plus bas dans les MDR (trois résidents sur dix) et surtout dans les USLD (moins de deux sur dix).

Le résultat doit toutefois être mis en perspective avec un nombre plus important dans les USLD de résidents placés sous protection juridique (curatelle ou tutelle) ou sans patrimoine.

Concernant la variable renseignée par l'enquêteur, qui précise si le résident a répondu seul, seulement deux-tiers des résidents interrogés en USLD, contre plus de 80 % dans les autres structures, ont répondu à l'enquêteur hors de la présence de tiers, plus présents auprès des personnes âgées considérées comme peu autonomes physiquement ou psychologiquement et donc socialement (Tableau 6).

**Tableau 6**  
Autonomie de gestion de soi selon le type d'établissement

	FL commercial	FL non commercial	MDR commercial	MDR non commercial	USLD
Gérer ses biens	52,7	78,2	41,2	28,8	17,7
Accès aux médicaments anti douleur	68,0	82,0	73,4	76,0	77,2
Seul pour l'entretien	84,0	82,2	83,5	78,9	68,0

Source : Enquête EHPA 2000 DREES.

En revanche l'accès aux médicaments et à l'automédication antalgique est finalement assez large, sans grande différence selon le type d'établissement à l'exception des USLD. Dans certains cas, les résidents déclarent qu'ils doivent voir un médecin avant ; il est vraisemblable que les infirmières ne délivrent pas d'antalgiques sans prescriptions préalables du médecin.

La taille de l'établissement n'influe pas de manière significative sur ces variables à l'exception de la première où dans les établissements de plus de 100 personnes, les résidents déclarent gérer leurs biens dans 40,7 % des cas contre 53 % dans les autres (Tableau 7).

**Tableau 7**  
Autonomie de gestion de soi selon la taille d'établissement

Taille en lits	< 50	50 - 100	> 100
Gérer ses biens	53,6	52,1	40,7
Accès au médicaments anti douleur	80,2	79,6	78,3
Seul pour l'entretien	86,7	83,8	82,5

Source : Enquête EHPA 2000 DREES.



Cela s'explique vraisemblablement en partie par une dotation plus abondante en postes administratifs, qui veillent à la comptabilité et à la gestion dans les établissements de grance taille et en partie par le nombre de résidents sous régime de protection juridique.

La disposition de soi est négativement corrélée au niveau de dépendance. Elle est beaucoup plus faible chez ceux des résidents qui ont perdu leur autonomie pour l'habillage et la toilette pour la gestion de leurs ressources comme pour le fait de répondre seuls à l'enquêteur ou même pour l'accès aux médicaments antalgiques (Tableau 8).

**Tableau 8**  
Autonomie de gestion de soi selon la CSP et la dépendance

	CSP cadre	CSP non cadre	Inactif	CSP cadre	CSP non cadre	Inactif
	dépendant toilette/habillage			indépendant toilette habillage		
Gérer ses biens	48,2	28,0	48,0	62,0	47,0	74,0
Accès au médicaments anti-douleur	76,0	80,4	76,0	81,6	79,9	86,3
Seul pour l'entretien	78,1	80,5	78,1	88,8	88,1	91,1

Source : Enquête EHPA 2000 DREES

Comme pour la préservation des marges de choix, le niveau socio-éducatif est déterminant pour le maintien de la gestion des ressources. Cela est vrai quelle que soit l'autonomie physique en matière de toilette et d'habillage.

L'analyse multivariée de la gestion par le résident lui même de ses ressources confirme l'influence des variables explicatives liées au statut social antérieur, à l'autonomie physique et au type d'établissement (Tableau 9). Cette analyse confirme l'importance des variables qui tiennent à l'environnement institutionnel sur le fait de déclarer continuer à gérer seul ses ressources. Vivre en FL public et dans une moindre mesure en FL commercial sont des circonstances très favorables. Mais les variables d'environnement recouvrent pour partie des caractéristiques individuelles. En effet dans ces structures les personnes autonomes pour la toilette et l'habillage, anciennement actives non cadres sont plus nombreuses que les autres plus dépendantes. A l'inverse le fait de résider dans une USLD ou une MDR non commerciale sont à eux seuls des facteurs très défavorables et renvoient à d'autres propriétés sociales et d'état de santé des personnes.

**Tableau 9**  
Analyse multivariée pour la variable « gérer ses biens »  
Puissance 0,0001, p explicatif 70 %

	OR	IC 95 %
Etre en FL public	6,17	4,50 – 8,47
Actif cadre	3,04	2,26 – 4,17
Etre en FL commerciale	2,57	1,81 – 3,57
Colvez 3-4	2,28	1,94 – 2,70
Etre actif non cadre	1,60	1,25 – 2,03
Etablissement taille supérieure à 100	1,35	1,05 – 1,75
Etre en MDR non commerciale	0,57	0,46 – 0,71
Etre en USLD	0,37	0,27 – 0,52

Source : Enquête EHPA 2000 DREES.

Les résidents vivant en établissement ont des marges de choix et d’organisation dans leur vie quotidienne d’autant plus limitées qu’ils séjournent dans des établissements médicalisés organisés pour tout ou partie sur une logique de fonctionnement de type médicale et encore souvent hygiéniste. Lorsque les personnels prennent soin d’eux en les abordant plutôt comme des patients que comme des usagers ou des clients, la liberté de disposer de soi se restreint. Les situations sont également contrastées selon le type d’établissement (commerciaux ou non commerciaux, maisons de retraite ou USLD). Même si la dépendance envers les professionnels pour certains actes de la vie quotidienne joue également pour accentuer la limitation de l’autonomie sociale dans le mode de vie et la gestion de soi pour ceux qui en sont affectés, l’état de santé n’est pas, loin de là, le seul facteur d’explication des variations des indicateurs que nous avons étudiés. Les variables sociales, économiques et culturelles semblent, elles aussi, déterminantes pour la conservation de l’autonomie sociale en collectivité et la protection de la citoyenneté sociale des résidents, comme si, au total, quand on est institutionnalisé, l’on demeurerait ce que l’on est ou ce que l’on a été.

La vie en institution semble prolonger assez nettement les différences de statut des personnes âgées avant qu'elles n'y soient entrées. La capacité à boire de l'alcool en institution en semble un excellent marqueur. ■

## BIBLIOGRAPHIE

---

**BERNAND C. (1978).** *Les vieux vont mourir à Nanterre*, Paris, Ed du Sagittaire.

**DUPRÉ LEVÈQUE D. (2001).** *Une ethnologue en maison de retraite*, Paris, EAC.

**GUILLEMARD A.-M. (1972)/** *La retraite : une mort sociale*, Paris, Mouton.

**THOMAS H.** *La décision d'entrée en institution : rationalité du choix et intime conviction du praticien*, *Revue Laënnec* Paris, mars 1998.

**THOMAS H. (1996).** *Vieillesse dépendante et désinsertion politique*, Paris, L'Harmattan.