

**Colloque international Habitats et Personnes âgées – du 22 au 24 mai 2013.  
Université de Tours.**

Nom : M'ZALI

Prénom : Kamel

Statut professionnel : Doctorant/ Enseignant.

Adresse professionnelle :

\*Laboratoire EA134 Centre de Recherche de l'Institut de Démographie de l'Université Paris 1 (CRIDUP)

90 rue Tolbiac 75634 Paris Cedex 13.

\*Lycée Henri Matisse – 55 Rue de Montfort Trappes.

Courriel : kam.mzali@laposte.net

## **Titre : La résidence à l'hôpital et son évolution à la fin d'un séjour hospitalier.**

*Toutes les statistiques le démontrent : la plupart des personnes âgées vivent à domicile.*

*Cependant, à cause de l'installation des maladies et des incapacités, la probabilité de quitter son domicile pour séjourner à l'hôpital augmente au fil de l'âge. Ce séjour, dont la durée est tributaire de l'importance des soins à recevoir, provoque généralement, une rupture dans les habitudes de vie de la personne âgée qui affectionne les repères stables. Aussi, outre la recherche de la reconstitution d'un autre « chez soi », ce changement de lieu de vie se conjugue parfois avec la formation souvent non spontanée d'un autre « entre soi ». (Point 1)*

*Par ailleurs, la rupture due à l'hospitalisation n'est que temporaire pour une majorité de personnes âgées car une grande part d'entre elles retourneront à domicile à la fin de leur séjour hospitalier.*

*A travers une analyse des sorties d'hospitalisation d'un grand hôpital parisien (Hôpital Corentin Celton d'Issy- Les- Molineaux), nous avons recherché les facteurs favorisant ce retour à domicile. Les résultats de cette étude (point 2) peuvent nous aider à cerner le profil sociodémographique des résidents potentiels des habitats intermédiaires.*

## **1. La résidence à l'hôpital.**

### **1.1 La perte du « chez soi ».**

Pour beaucoup de personnes, le domicile qui constitue, souvent, le lieu dans lequel sont investies les économies de toute une vie, est le symbole de la réussite, notamment pour les générations âgées, qui sont, majoritairement, propriétaires. Il représente ainsi le centre autour duquel s'articule le quotidien.

Cependant, il arrive, qu'à cause de l'âge qui a entraîné des pathologies et des incapacités sévères, le maintien à domicile devient difficile. Quitter ce « chez soi » chargé de souvenirs et de rituels devient alors inévitable. Ceci est souvent vécu comme un arrachement, surtout si la personne âgée n'a pas été consultée dans le choix de son nouveau lieu de vie.

Quitter son domicile, même temporairement, comme c'est le cas lorsqu'une hospitalisation s'impose, constitue ainsi une phase difficile à vivre quel que soit l'état psychologique de la personne âgée.

### **1.2 Le choc de l'admission à l'hôpital.**

L'admission à l'hôpital n'est un événement heureux pour personne. Chez la personne âgée, elle réactive ou accentue certaines angoisses qui pourraient mettre en péril son équilibre affectif et psychologique, déjà fragilisé par l'âge et la maladie.

En effet, un séjour à l'hôpital est souvent vécu par la personne âgée comme un événement angoissant, à l'issue incertaine car il peut déboucher sur un placement en établissement d'hébergement. Et généralement, c'est le degré de la gravité de sa situation qui est au centre de ses préoccupations. Ainsi, de l'avis de plusieurs gériatres et psychologues, pour une personne âgée, être envoyée par son médecin traitant à l'hôpital signifie pour elle que son état est devenu sérieux et relève alors d'une technique que la médecine « normale », c'est-à-dire celle de son médecin de ville, ne maîtrise pas.

En outre, l'entrée à l'hôpital réactive plus chez la personne âgée que chez une personne jeune, l'angoisse de la mort : elle peut ainsi penser, en ces moments précis, aux amis, aux proches et voisins décédés à l'hôpital, comme elle pourrait appréhender d'éventuels décès de voisins de

chambre auxquels elle ne voudrait pas assister. Cette situation pourrait atteindre son équilibre affectif fragile.

### **1.3 La difficile recherche de nouveaux repères.**

Pour une personne âgée, intégrer l'hôpital comme un nouveau lieu de vie est souvent une décision imposée par la nécessité de recevoir les soins que requiert son état de maladie. Par conséquent, elle a rarement le choix de l'établissement d'accueil, de la chambre, des voisins ou des soignants.

Il faudrait alors, notamment s'il s'agit d'un séjour long, s'approprier les lieux afin de retrouver de nouveaux repères qui lui permettront de former un nouveau « chez soi ».

Cependant, la baisse des capacités cognitives (capacités d'adaptation, de mémorisation...) qui caractérise la personne âgée et les contraintes que présente la résidence à l'hôpital rendent difficile la reconstitution de nouveaux repères. Ainsi, l'uniforme imposé (chemise de nuit ou pyjama, pantoufles...), les horaires de réveil, de coucher et de repas, ainsi que la soumission aux visites médicales et aux examens, qui ne tiennent que rarement compte de ses désirs, de sa fatigue, ou des visites des parents et enfants venus de loin, peuvent l'affecter, si on ne s'efforce pas de les adapter à ses particularités et besoins. Une mission difficile à réaliser complètement, vu le manque de personnel médical et soignant.

Retrouver le sentiment de « chez soi » lors d'un séjour hospitalier peut aussi être freiné à cause de considérations qui tiennent à la volonté de la personne âgée elle-même. En effet, contrairement à l'intégration d'un habitat intermédiaire, qui se fait par choix et où le sentiment de « chez soi » peut se reformer aisément, la volonté de s'approprier sa chambre d'hôpital par la personne âgée pourrait buter sur le refus affiché de celle-ci d'oublier son domicile en nourrissant l'espoir de le rejoindre à la fin du séjour hospitalier.

### **1.4 Le sentiment d'entre soi au cours d'un séjour en gériatrie.**

Résider à l'hôpital peut inciter la personne âgée à vouloir s'approcher d'autres patients âgés.

Deux différences importantes avec d'autres types de résidents méritent, néanmoins, d'être soulignées à cet égard.

En effet, contrairement aux habitats intermédiaires, qui accueillent des personnes ayant choisi ce mode de résidence parfois dans le but de s'approcher d'autres personnes âgées, à l'hôpital, se retrouver entre soi se fait par décision médicale, voire administrative, d'où la difficulté de la spontanéité du rapprochement des autres.

Par ailleurs, contrairement à ce que l'on observe chez la majorité des patients jeunes, pour rompre l'isolement, pour avoir quelqu'un avec qui discuter, et aussi pour pouvoir compter sur lui en cas de malaise ou de chute, certains patients âgés préfèrent partager leur chambre avec un autre patient.

Cependant, il reste que cette situation d'hébergement en chambre double, surtout si elle est imposée, peut être douloureusement vécue par certains patients âgés, notamment par les personnes supportant difficilement la promiscuité.

## **2. Le devenir des patients âgés à la fin de leur séjour hospitalier – cas de l'unité de soins de suite et de réadaptation (SSR) de l'hôpital Corentin Celton – Issy les Moulineaux.**

Une grande majorité de patients âgés retrouvent leur domicile à l'issue de leur séjour hospitalier. Cependant, ce retour dans le lieu de vie habituel semble, à la lumière des résultats que nous exposons ci-après, influencé par certaines dimensions démographiques, notamment l'âge.

Avant d'aborder les résultats de l'étude que nous avons menée sur le suivi de la destination des patients âgés hospitalisés entre 2005 et 2007 dans l'unité SSR de l'hôpital Corentin Celton d'Issy les Moulineaux (région parisienne), il convient de situer la place de cette unité dans l'hôpital.

### **2.1 L'unité SSR dans le paysage hospitalier.**

Occupant une place intermédiaire, les unités de soins de suite et de réadaptation (SSR) jouent un rôle de maillon fort entre deux autres types d'hospitalisation. Et ce, en accueillant des patients, ayant transité généralement par le court séjour afin de poursuivre les soins qui y étaient entamés et les préparer à un retour au lieu de vie habituel. Celui-ci peut être le domicile ou, quand il s'agit d'une personne âgée, un établissement d'institutionnalisation (unités de soins de longue durée maison de retraite ou)

### **2.2 L'influence des caractéristiques sociodémographiques sur le devenir des patients à la fin d'un séjour en SSR.**

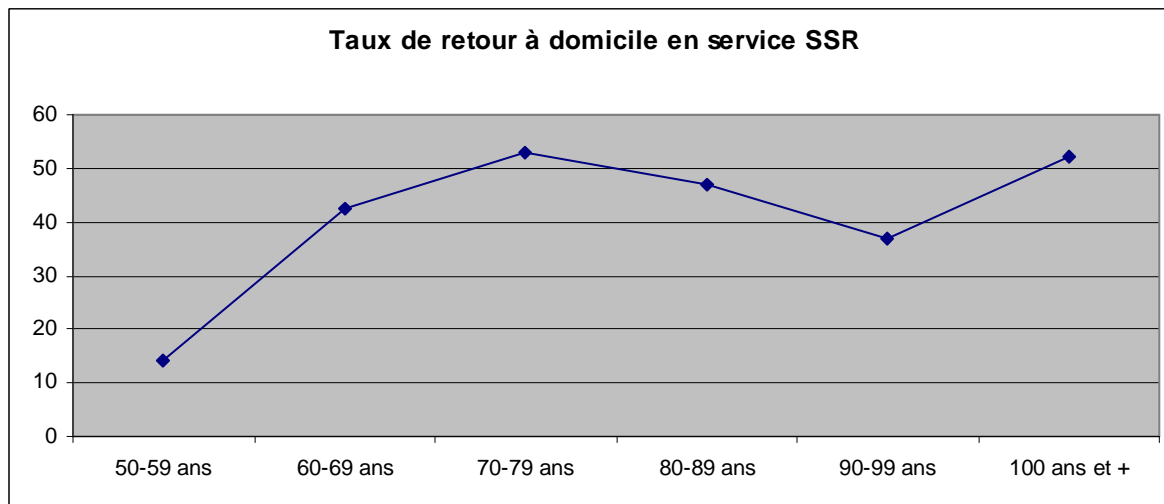
#### **2.2.1 L'influence de l'âge.**

##### **2.2.1.1 Le retour à domicile décline avec l'avancée en âge.**

On constate que, généralement, plus les patients avancent dans l'âge, moins est la proportion de ceux qui retournent à domicile. L'âge semble donc être un facteur discriminant, et fait que le nombre de patients espérant être concernés par ce mode de sortie diminue au fil de l'âge. (cf. Figure 2)

Cela confirmerait, la difficulté de maintenir à domicile des personnes très âgées, mais surtout l'entrée tardive des Français en établissement d'institutionnalisation (maison de retraite, notamment) et leur préférence pour les solutions de maintien à domicile. En effet, d'après les résultats de cette étude, près de la moitié des 80-89 ans retournent encore à domicile.

**Figure 2 : L'évolution du retour à domicile des hospitalisés en unité de soins de suite et de réadaptation en fonction de l'âge- Hôpital Corentin Celton (2005-2007).**



**Source :** l'auteur.

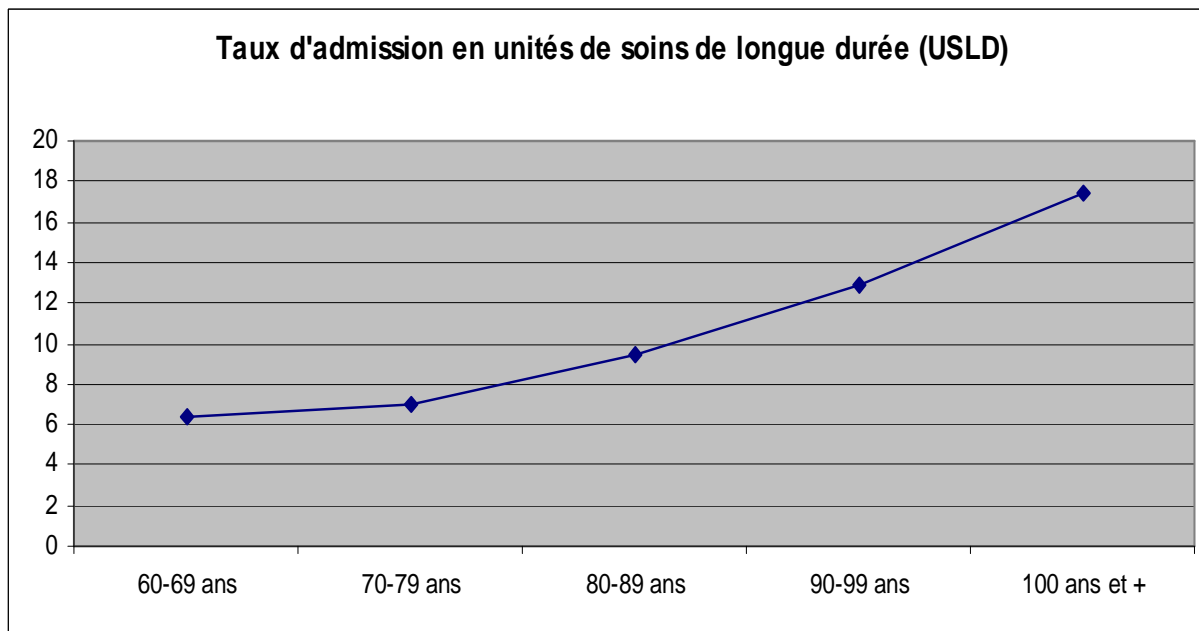
**Remarque :** Les effectifs des 50-59 ans et des 100 ans et plus n'étant pas importants, leurs taux sont à prendre avec beaucoup de précaution.

### 2.2.1.2 L'augmentation de l'admission en unités de soins de longue durée avec l'âge.

Au-delà de l'âge de 70 ans, on remarque que le nombre de patients admis en unités de soins de longue durée prend de plus en plus de l'importance. Les taux des 90-99 ans représentent le double de ceux des 60-69 ans. Ainsi, au terme de leur séjour en unités de soins de suite et de réadaptation, plus les patients sont âgés, plus grand est le nombre des patients qui se dirigent vers les unités de soins de longue durée (cf. Figure 3).

A cet égard, compte tenu du rapport entre « âge avancé », « dépendance » et « poly-pathologie », les résultats exposés ici sont conformes à nos attentes qui prévoyaient que plus les patients étaient âgés, plus ils se dirigeaient vers un établissement d'institutionnalisation (unités hospitalières de Long séjour ou maisons de retraite).

**Figure 3.** L'évolution de l'admission en unités de soins de longue durée des hospitalisés en unité de soins de suite et de réadaptation en fonction de l'âge- Hôpital Corentin Celton (2005-2007).



**Source :** l'auteur.

### 2.2.1.3 Maison de retraite rime avec âge avancé.

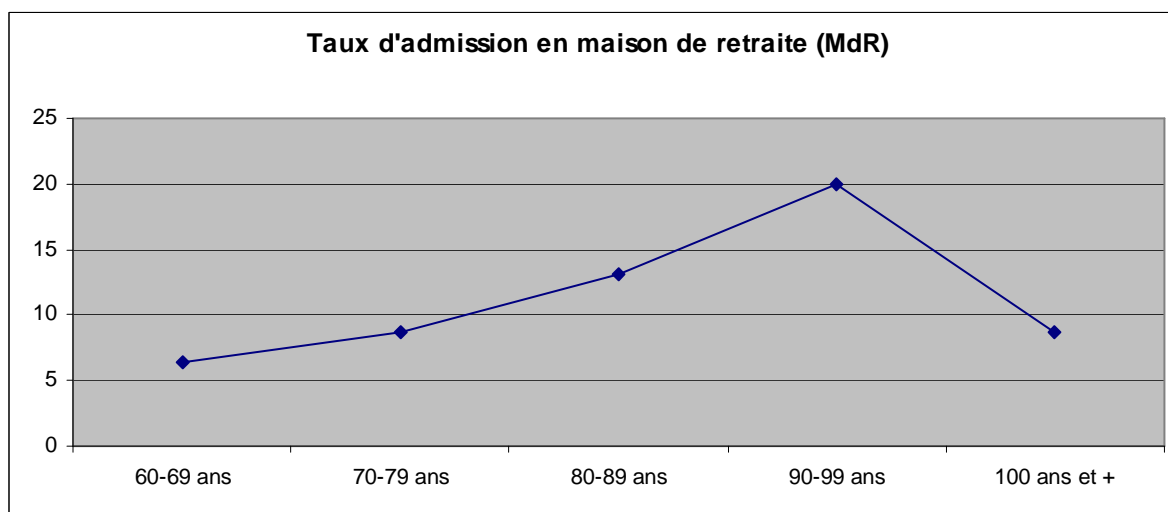
A l'instar des patients se dirigeant vers les USLD, à partir de l'âge de 70 ans, le nombre de patients intégrant une maison de retraite devient de plus en plus important.

En pourcentage, la variation est considérable entre le groupe dit des « jeunes âgés », c'est-à-dire les 60-69 ans, et le groupe des « très âgés », ou les 90-99 ans. Ces derniers sont trois fois plus nombreux à se diriger vers une maison de retraite que les premiers (cf. Figure 4).

Ces résultats corroborent les données nationales en matière d'entrée des Français dans un lieu d'institutionnalisation.

En effet, l'entrée est de plus en plus tardive grâce, entre autres, à l'évolution de l'espérance de vie sans incapacités et au développement des outils du maintien à domicile.

**Figure 4.** L'évolution de l'admission en maison de retraite (MdR) des hospitalisés en unité de soins de suite et de réadaptation en fonction de l'âge- Hôpital Corentin Celton (2005-2007).



**Source :** l'auteur.

## 2.2.2 L'influence du genre.

### 2.2.2.1 L'afflux des femmes vers les structures d'institutionnalisation.

A l'observation de la *population totale* du service SSR, il ressort du suivi de la destination des femmes et des hommes, qu'à la fin de leur séjour, les premières sont plus nombreuses que les deuxièmes à intégrer une maison de retraite ou une unité de soins de longue durée.

Ce constat est plus marquant s'agissant des patients se dirigeant vers une maison de retraite : durant les trois années d'observation, les femmes représentaient entre 14 et 15% des patients quittant les unités SSR pour une maison de retraite, tandis que les hommes affichaient un taux compris entre 10 et 11,5%.

### 2.2.2.2 Une surreprésentation féminine à l'image de la population âgée française.

Les femmes représentaient dans *les populations des patients ayant été admis en unités de soins de longue durée ou en maison de retraite* les trois quarts (ou 75%) des patients, alors qu'elles n'en constituent que les sept dixième (ou 70%) dans la population totale du service SSR.

Ce constat s'explique par la relation qui lie l'avancée en âge d'un côté, au sexe des « survivants », d'un autre côté.



Ainsi, plus on avance dans la pyramide des âges, que ce soit celle de la population totale ou de la population hospitalière, plus le poids des femmes est important.

Des femmes qui, à cause d'un écart d'espérance de vie en leur faveur, se retrouvent aux âges élevés de la vie, majoritairement veuves. Celles-ci, vivront, pour une grande part d'entre elles, en institution d'hébergement.

### **2.2.3 L'influence de la situation matrimoniale sur le devenir des patients.**

Les résultats tirés de l'étude mettent en exergue, au-delà des considérations purement médicales, l'importance de la composition du foyer social du patient âgé dans la décision que prend le corps médical quant au retour à domicile.

#### **2.2.3.1 Le retour à domicile majoritaire chez les patients en couple.**

Généralement, ce sont les patients *mariés* qui ont bénéficié de ce mode de sortie. A contrario, sur les trois années de l'étude, les patients qui ont le moins rejoint le domicile étaient les *célibataires*.

#### **2.2.3.2 L'admission en unités de soins de longue durée domine chez les foyers fragiles.**

L'admission en long séjour (USLD) se fait sur décision concertée du corps médical. Les unités de soins de longue durée accueillent des patients dépendants ayant besoin d'une surveillance médicale continue.

L'analyse des situations familiales des patients ayant été admis dans ces unités en 2007, 2006 et 2005, nous apprend que les plus concernés par un transfert en Long séjour étaient les *célibataires*, suivis des *veufs*.

#### **2.2.3.3 L'admission en maison de retraite sous l'influence de la composition du foyer.**

De tous les patients ayant quitté le service SSR, quelle que soit l'année considérée, les patients *célibataires* étaient les plus nombreux à intégrer une maison de retraite, suivis des *veufs* (ves).

A l'inverse, les patients *mariés* enregistraient, quant à eux, les taux d'admission en maison de retraite les plus faibles.

#### 2.2.3.4 La ressemblance dans les destinations des veufs et des célibataires.

##### 2.2.3.4.1 Les admis en long séjour et en maison de retraite : même profil ?

La dualité *veufs/célibataires* (les plus concernés par une institutionnalisation), d'une part, et *divorcés/mariés* (les moins concernés par une institutionnalisation), d'autre part, est reproduite dans les toutes les courbes des taux d'admission en maison de retraite et en unités de soins de longue durée et ce, quelle que soit l'année d'observation (cf. Figures 5 et 6).

##### 2.2.3.4.2 Les facteurs explicatifs.

A cause du lien avéré entre l'avancée en âge d'un côté, la dépendance, la maladie et le veuvage, d'un autre côté, le facteur « âge » pourrait expliquer l'afflux des patients *veufs* vers les structures d'institutionnalisation. En effet, d'une part, ils sont les plus âgés de tous les patients hospitalisés, et d'une autre part, les moyennes d'âge des patients se dirigeant vers les structures d'institutionnalisation figurent également parmi les plus élevées (cf. Tableau 1 et 2)

Concernant les *célibataires*, le fait qu'ils soient, plus que les autres, concernés par une institutionnalisation pourrait être dû à la fragilité de leur « foyer/couple » qui, à cause de l'absence de conjoint(e) devient une source de solitude et même de danger dans les situations où la personne âgée est dépendante (1). Ils se sont dirigés plus vers des maisons de retraite que vers les unités de Long séjour (respectivement 16,3 % et 8,1 %, en 2007)

**Tableau 1 : Age selon la situation matrimoniale des hospitalisés en unité de soins de suite et de réadaptation- Hôpital Corentin Celton (2005-2007).**

Situation matrimoniale	âge
Divorcés	81,3 ans
Mariés	81,7 ans
Célibataires	82,0 ans
Veufs	86,3 ans

**Tableau 2 : Age selon le mode de sortie des hospitalisés en unité de soins de suite et de réadaptation- Hôpital Corentin Celton (2005-2007).**

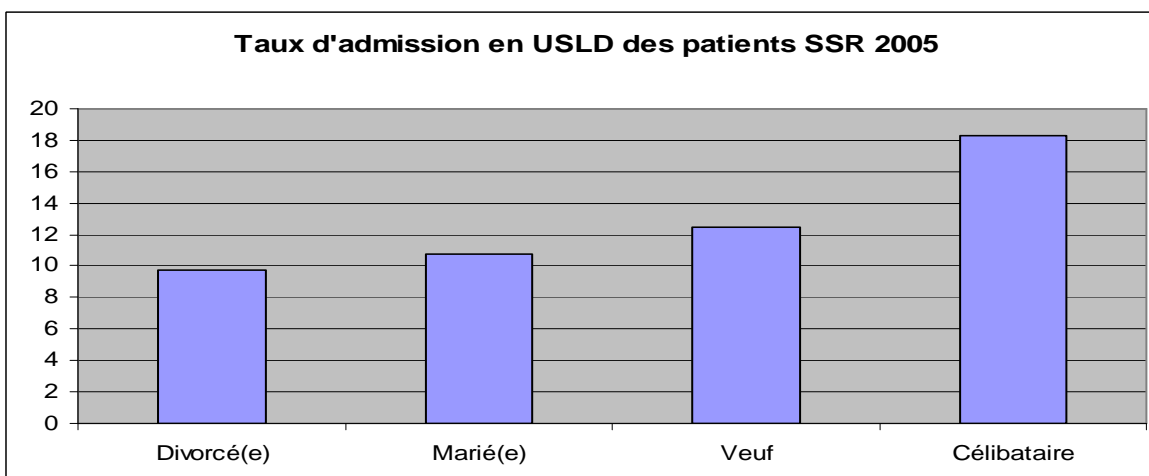
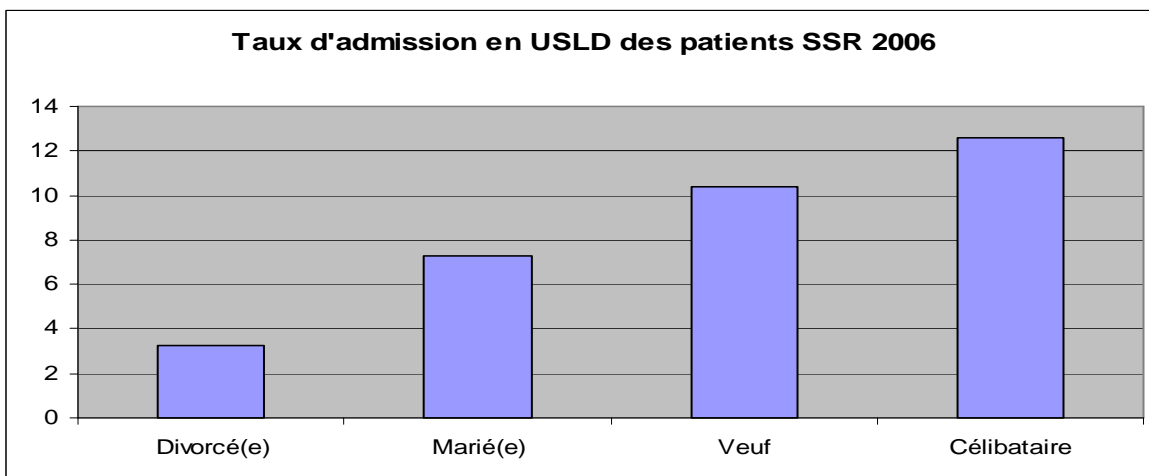
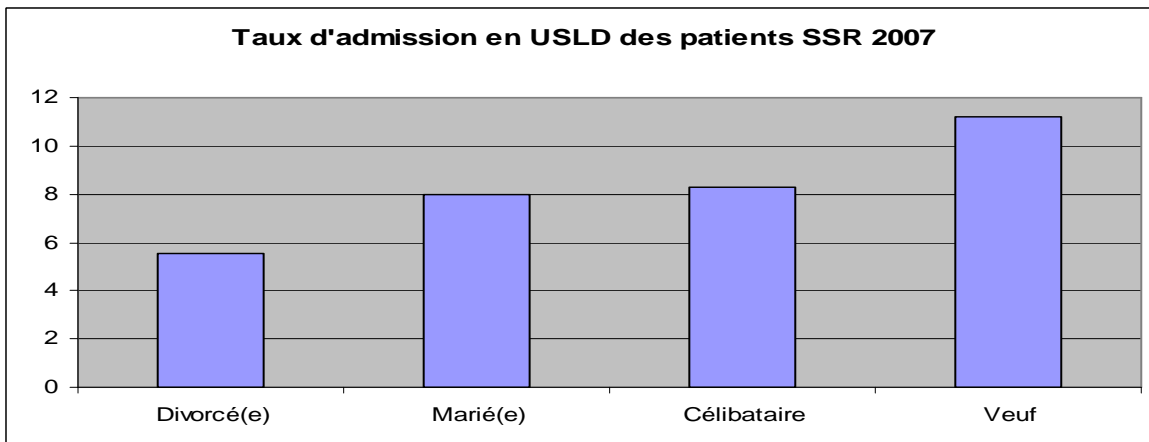
Mode de sortie	âge
Ayant rejoint le court séjour	82,5 ans
Ayant rejoint le domicile	83,4 ans
Ayant rejoint les soins de longue durée	84,8 ans

Décédés	85,5 ans
Ayant intégré une maison de retraite	85,9 ans

**Source :** l'auteur.

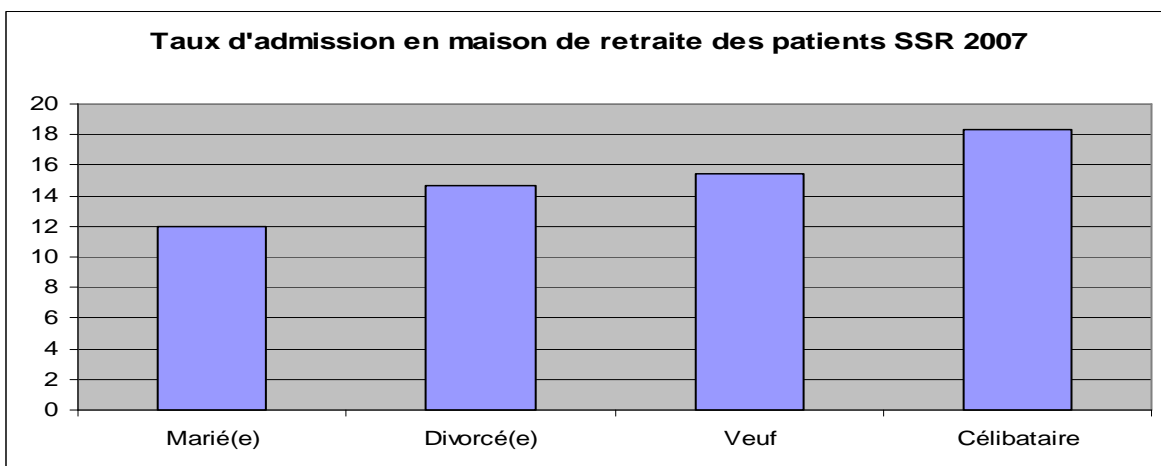
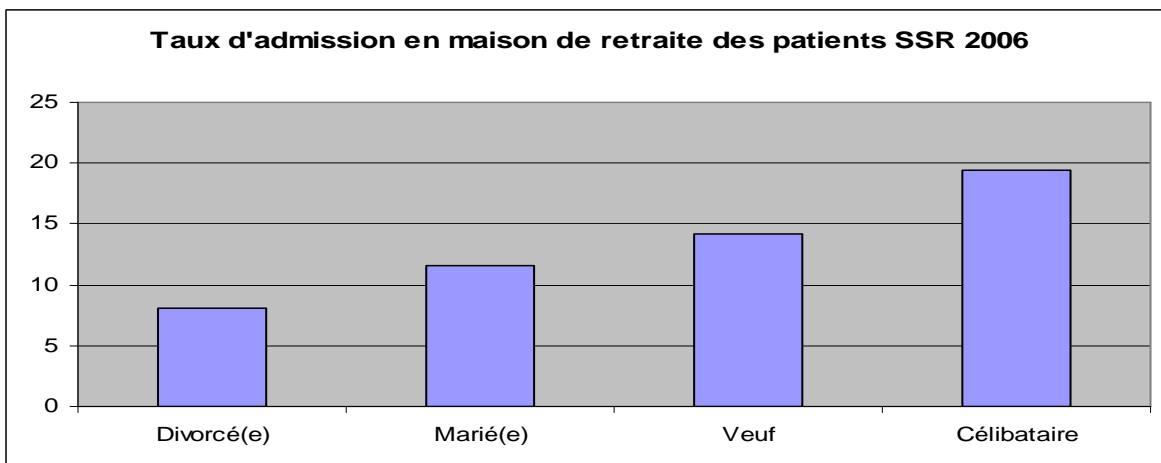
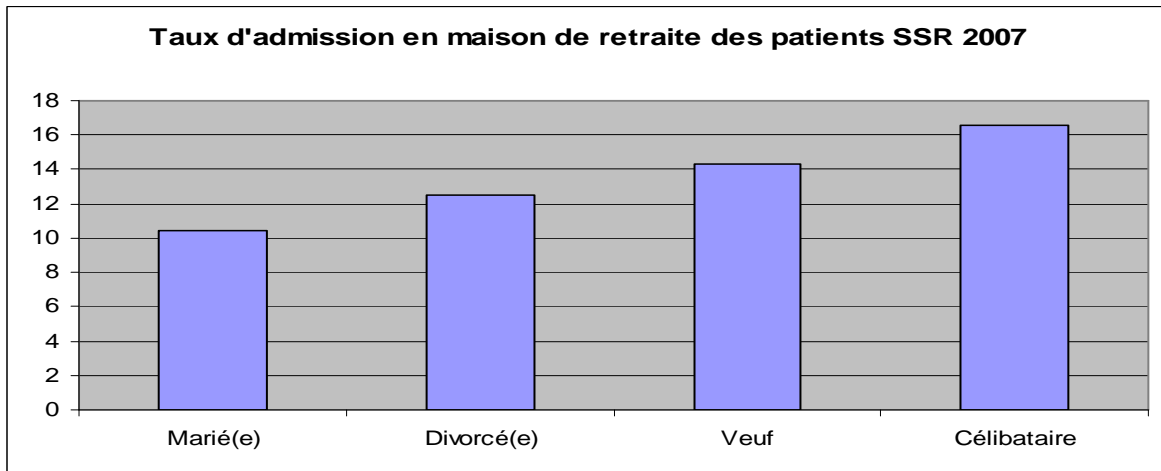
(1) En 2000, un quart des 100 patients âgés fragiles, vivants seuls, qui ont été suivis après la fin de leur séjour dans l'unité SSR de l'hôpital Les bateliers de Lille, ont rejoint une maison de retraite ou une unité de Long séjour soit le jour de sortie d'hospitalisation ou dans les jours suivants.

**Figure 5 :** Taux d'admission en Long séjour (USLD) selon la situation matrimoniale des hospitalisés en unité de soins de suite et de réadaptation- Hôpital Corentin Celton (2005-2007).



**Source :** l'auteur.

**Figure 6 : Taux d'admission en maison de retraite (MdR) selon la situation matrimoniale des hospitalisés en unité de soins de suite et de réadaptation- Hôpital Corentin Celton (2005-2007).**



**Source :** l'auteur.

## Références bibliographiques.

PASQUIER-NAGA F., DAVID J.P., DIMENZA C. (2002), Description comparative des patients adressés en maisons de retraite ou en soins de longue durée à l'issue d'une hospitalisation en SSR, *La revue de gériatrie*, Tome 27, n° 1, p 10.

CARADEC Vincent (2012), *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, éd. Armand Collin, 128 p.

FILOL Clémence, ITTAH-DESMEULLES Hélène, BOURDILLON Françoise, LAMBERT Jérôme, VERNY Marc, BOUCHON Jean-François (2006), Durée de séjour et orientation des personnes hospitalisées âgées de 80 ans et plus dans un CHU parisien, *La revue de Gériatrie*, Tome 31, n° 6, p. 405-413.

Auteurs, EVANS Anne (coordinatrice générale) (2003), Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003, *Ouvrage collectif de la Drees*, Drees, 339 p.

MOUQUET Marie Claude, OUBERLIN Philippe (2008), *L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030. Etudes et résultats*, n° 654, 8 p.

MAILLET-VERITE Virginie, SAVIDAN (2010), *Tout savoir sur les personnes âgées*, Paris, Delagrave éditions, 142 p.

MIETIEWICZ M-C, PENIN F., CUNY F, le vieillard et les dangers d'une hospitalisation en court séjour, *Psychologie médicale*, 1983, pp 123-126.