

# Les services de moyen séjour : une place essentielle dans la filière de soins des personnes âgées

Monique Rappy, Sylvie Baudu, Sylvie Deluchat, Marie-Annick Lascaux, Marie-France Habourdin, Nicole Lavoute, Élisabeth Thomas

DANS **GÉRONTOLOGIE ET SOCIÉTÉ** 1997/1 vol. 20 / n° 80 , PAGES 148 À 156  
ÉDITIONS **FONDATION NATIONALE DE GÉRONTOLOGIE**

ISSN 0151-0193

DOI 10.3917/gs.080.0148

Date de mise en ligne : 21/09/2021

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-1997-1-page-148?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Fondation Nationale de Gérontologie.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# LES SERVICES DE MOYEN SÉJOUR : UNE PLACE ESSENTIELLE DANS LA FILIÈRE DE SOINS DES PERSONNES ÂGÉES

Monique RAPPY \*, Sylvie BAUDU \*\*,  
Sylvie DELUCHAT \*\*, Marie-Annick LASCAUX \*\*  
Marie-France HABOURDIN \*\*\*, Nicole LAVOUTE \*\*\*\*,  
Élisabeth THOMAS \*\*\*\*

Si l'on se réfère à la loi hospitalière du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière, et plus particulièrement à l'article L. 711.2, « *les établissements de santé publics ou privés ont pour objet de dispenser [entre autres] : des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion* »<sup>1</sup>.

Soignantes dans des unités de moyen séjour, nous constatons qu'outre le but de réinsertion défini par la loi, nous sommes confrontées à d'autres missions : soins palliatifs, attente de règlement de problèmes sociaux et, quelquefois, désencombrement des services d'aigus.

La réflexion proposée retrace notre expérience.

## LES SERVICES DE MOYEN SÉJOUR DU CHU DE LIMOGES

### ● *Situation géographique*

Les services de moyen séjour sont répartis sur trois sites :

- hôpital Dr J.-B. Chastaingt,
- hôpital Le Cluzeau,
- hôpital Jean-Rebeyrol.

#### ● **Le devenir à l'issue de l'hospitalisation est :**

- retour à domicile : 47 %
- maison de retraite : 10 %
- « long séjour » : 19 %
- décès : 12 %
- autres : 12 %.

---

\* Cadre infirmier supérieur – Hôpitaux Jean-Rebeyrol et du Cluzeau.

\*\* Cadre infirmier.

\*\*\* Cadre infirmier supérieur – Hôpital du Dr J.-B. Chastaingt.

\*\*\*\* Cadre infirmier.

1. C'est nous qui insistons (les auteurs).

Comme l'indique la moyenne d'âge, nos services de moyen séjour accueillent des personnes âgées. Mais qu'entend-on réellement par personne âgée ?

• **La personne âgée**

« À partir de quel âge est-on une personne âgée ? On peut être "vieux" sans être âgé, âgé sans être "vieux" et être "vieux" et "âgé" » <sup>1</sup>.

« En fait, 60 ans devient le seuil admis, en particulier pour la plupart des données statistiques » <sup>2</sup>.

Pour nous, la définition de la personne âgée, au sens gériatrique du terme, a beaucoup plus tendance à s'orienter vers une **personne de 80 ans environ, polyathologique, dépendante ou risquant de le devenir.**

Enfin et surtout, « la personne âgée reste avant tout cet être auquel revient la capacité d'être un sujet de droit... Cet être dynamique, incomparable, avec une histoire propre ; cet être sensible, doué de sentiments qui ne s'éteignent pas avec l'avance en âge » <sup>3</sup>.

L'approche de la personne âgée doit donc être globale et dynamique.

Les unités de moyen séjour gériatrique accueillent donc des personnes âgées ou très âgées en rupture d'autonomie plus ou moins importante.

Cette aggravation de la dépendance est, en général, consécutive à un problème médical aigu ayant nécessité une hospitalisation dans un service de court séjour. Bien souvent, des difficultés d'ordre social et familial se rajoutent.

La priorité des services de moyen séjour gériatrique est la rééducation et la convalescence de la personne âgée dont le souhait essentiel est le retour dans son cadre antérieur de vie.

Après une prise en charge dans les services aigus de la maladie de la personne âgée, les unités de moyen séjour orientent leur spécificité sur la prise en charge de la personne âgée malade. Celle-ci est considérée dans sa globalité.

« En privilégiant l'approche globale, les soignants évitent le piège de se concentrer sur les aspects négatifs de cette période de la vie ou de ne traiter que des soins physiques à prodiguer aux personnes âgées selon un modèle médical ou pathologique » <sup>4</sup>.

## L'ACCUEIL DE LA PERSONNE ÂGÉE

Cet accueil doit être particulièrement personnalisé afin de valoriser l'identité de la personne.

• **Activité**

Le rapport d'activité des services de gérontologie clinique pour l'année 1996 nous donne un certain nombre d'indications quant à la population âgée soignée et à notre action à son égard.

- **La moyenne d'âge** de la population accueillie est de 81,5 ans.
- **La provenance** des personnes âgées est :
  - pour la région :
    - . essentiellement Limoges et ses alentours (79 %),
    - . hors secteur (19 %),
  - pour les services :
    - . orthopédie (CHRU : 16,5 %, cliniques : 18 %),
    - . neurologie : 6,9 %,
    - . hématologie-cancérologie : 16 %,
    - . divers : 46,5 %.

TABLEAU 1

	Hôpital Dr J.-B. Chastaingt	Hôpital Le Cluzeau	Hôpital J. Rebeyrol	Total
• Nombre de lits	54	40	20	114
• Nombre d'entrées	458	444	240	1 142
• Durée moyenne de séjour	39 jours	30,9 jours	28,4 jours	32,5 jours
• Taux d'occupation	91 %	93,7 %	94,4 %	93 %

Une connaissance approfondie de la personne se fait par des échanges avec elle-même et sa famille ou son entourage proche lors des divers entretiens avec les membres de l'équipe soignante et médicale.

À l'hôpital de Limoges, nous utilisons la conception de soins infirmiers de Virginia Henderson. Ce modèle conceptuel est basé sur les postulats suivants : « *Que la personne soit malade ou en bonne santé, elle a quatorze besoins fondamentaux à satisfaire. Elle tend vers l'autonomie et la désir. Si ses besoins ne sont pas comblés, elle ne peut être intègre, entière et autonome* ».

L'entretien d'accueil doit permettre une mise en confiance de la personne âgée afin que s'instaure une relation. Il sera axé sur les habitudes de vie, les ressources, les potentiels de la personne et ses incapacités (voir Annexe).

Le dossier de soins permet de centraliser l'ensemble des informations. Il est accessible à tous les partenaires devant intervenir auprès de et avec la personne âgée.

## LE PROJET DE SOINS

La mise en commun des données avec l'équipe médicale afin de déterminer les objectifs de soins à mettre en œuvre est réalisée lors de réunions de concertation, soit à l'arrivée de la personne âgée et/ou lors de réunions hebdomadaires.

L'analyse de l'ensemble des données recueillies permet de définir les interventions à entreprendre et de programmer de façon pertinente les actions des partenaires compétents. Il peut s'agir, par exemple, de prescriptions médicales de kinésithérapie ou d'orthophonie, de consultations diététiques, de prescriptions infirmières de prise en charge par des bénévoles pour une activité occupationnelle, d'encouragement auprès des familles à la participation aux soins.

En tenant compte des souhaits exprimés par la personne âgée, il faudra pondérer ceux-ci par une évaluation hebdomadaire afin de prendre en compte :

- les facteurs liés au vieillissement,
- les facteurs liés à la maladie,
- les facteurs liés à l'hospitalisation,
- les facteurs d'ordre psychologique et psychiatrique,
- les facteurs sensoriels,
- les facteurs sociaux,
- les facteurs familiaux.

D'une façon générale, le projet de soins sera orienté vers :

• **la conservation des ressources existantes** : laisser faire à la personne ce qu'elle peut faire seule,

• **l'amélioration ou la récupération des ressources existantes mais insuffisantes ou ignorées** (par exemple : stimulation à la marche, reprogrammation mictionnelle pour une récupération de la continence, réappropriation des soins de base, c'est-à-dire toilette, repas...),

• **l'aide à l'acceptation des déficits réels** : travail sur le deuil ; mise en place de moyens complémentaires humains et matériels nécessaires.

La mission de l'équipe soignante dans les unités de moyen séjour gériatrique est de permettre à la personne âgée d'être indépendante, capable de choix, acteur de son projet de vie.

Nos actions doivent faire en sorte :

- qu'elle puisse réaliser son souhait : le retour dans sa structure antérieure,
- qu'elle accepte son handicap en conservant sa dignité d'être humain,
- qu'elle puisse mourir « accompagnée ».

Le service de moyen séjour doit permettre à la personne âgée de **retrouver la place qui était la sienne** dans la société et dans la cité.

Ainsi, « retrouver sa place » signifie pour la personne âgée « regagner son domicile » et comme le dit un vieil adage « *un petit chez soi vaut mieux qu'un grand chez les autres* ». Cette maxime s'applique particulièrement aux personnes âgées chez qui la perte du cadre de vie habituel est un facteur de désorientation important.

Ainsi, à Limoges, en 1996, 47 % des patients sortant des services de moyen séjour ont pu regagner leur logement. Ce retour à domicile s'accompagne dans la majorité des cas d'aides mises ou remises en place et réadaptées aux besoins de la personne âgée. Ces aides sont de différentes natures, soins infirmiers de kinésithérapie, auxiliaires de vie, aides ménagères, portage des repas.

Lorsque le retour de la personne âgée s'avère impossible, il s'agit de lui trouver un toit mais un toit où elle dispose de services adaptés à ses besoins de santé. Dans ce cas, il s'agit de l'aider à déménager, de l'aider elle et sa famille à « trouver une place » dans la cité. Cette tâche est délicate et difficile car peu de personnes âgées ont envisagé ou réfléchi à cette éventualité, occultant l'idée de vieillir ou de mourir en institution, chacun souhaitant pour lui-même ou pour ses proches rester chez soi et y finir ses jours.

De plus, pour beaucoup de personnes de cette génération (de plus de 80 ans), les unités de soins de longue durée sont synonymes de « mouroir ».

La société a, certes, « prévu des places » pour les personnes âgées dans la cité mais, en l'an 2000, selon le rapport Limousin 2007, 40 % de la population du Limousin aura plus de 65 ans, les places en institution seront chères. Le placement en institution, que ce soient l'unité de soins de longue durée ou la maison de retraite, est onéreux pour la personne âgée et/ou sa famille, et, de plus, difficile quant au choix parmi les structures. Ainsi, selon un article de mai 1995 paru dans *Techniques hospitalières*, il n'y a, en Limousin, que 76 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.

Pour mener à bien cette **mission de réinsertion sociale**, le service de moyen séjour conjugue les talents de tous, agent de service hospitalier, aide-soignant, infirmier, cadre infirmier, médecin, assistant social, kinésithérapeute et bénévoles de différentes associations, cela avec la participation du patient et de sa famille sans qui rien ne serait possible.

De façon à harmoniser les tâches de chacun, différentes instances sont tenues régulièrement.

- **Le staff social** regroupe une aide-soignante, une infirmière, le cadre infirmier, l'interne, le kinésithérapeute, l'assistante sociale, le médecin responsable de l'unité.

Lors de ce staff, hebdomadaire, sont présentés le projet de la personne âgée, son souhait quant à son devenir, le souhait de la famille, l'environnement sanitaire et social dont dispose la personne ainsi que ses ressources ou incapacités physiques et/ou psychiques.

À la lumière de tous ces éléments, nous envisageons des actions à mener, actions qui seront présentées au patient et à sa famille pour que le projet puisse être mené en collaboration.

- **Entretien avec le patient** (quand son état le permet) **et sa famille.**

Sur la fiche de présentation du service remise à chaque patient lors de son admission dans le service, il est demandé aux familles de prendre rendez-vous avec le médecin du service et le cadre infirmier. Ces rencontres permettent de présenter et de négocier les solutions envisagées pour le devenir du patient, avec celui-ci et sa famille.

Beaucoup de ces entretiens sont liés au fait que le souhait de la personne âgée quant à son devenir ne correspond pas à celui de sa famille. Dans de nombreux cas, il s'agit d'informer les familles quant à la nécessité d'un placement en institution pour la personne âgée, cela de manière à ce que la famille, avec l'équipe soignante, prépare psychologiquement la personne âgée à changer de domicile.

## RÔLE DE LA FAMILLE

La présence de la famille joue un **rôle essentiel** pour la réadaptation de la personne âgée. Cela est lié à de multiples facteurs, à la stimulation supplémentaire apportée, au repère affectif qu'elle constitue et à la connaissance qu'elle a des habitudes de vie de la personne âgée.

Lorsque nous employons le terme famille, cela s'entend au sens large ; il peut s'agir du conjoint de la personne hospitalisée, de ses enfants, petits-enfants mais aussi de neveux ou voisins.

En Limousin, 60 % des personnes âgées de plus de 75 ans vivent en zone rurale et 90 % des personnes âgées de plus de 75 ans vivent à domicile.

Parmi ces 90 % qui vivent à domicile, 33 % d'entre elles vivent seules<sup>5</sup>. Ainsi, **67 % des personnes âgées de plus de 75 ans ne vivent pas seules à domicile** et résident donc avec un conjoint et/ou des enfants. Il est à noter qu'en zone rurale, plusieurs générations cohabitent encore sous le même toit. Dans ces cas-là, la famille redonne à la personne âgée la place qui était la sienne et assure les adaptations nécessaires du domicile.

La famille négocie les aides à domicile adaptées aux besoins de la personne âgée. De ce fait, les aides sont personnalisées. Ainsi, outre l'hôtellerie, la famille assure une surveillance permanente.

Dans les 33 % de cas où les personnes âgées vivent seules à domicile, les familles assurent une surveillance ponctuelle par des « passages » fréquents (lors du portage des repas ou lors de l'approvisionnement en denrées alimentaires, par exemple). Actuellement, un certain phénomène se dessine. Nous avons pu constater, à plusieurs reprises, qu'une petite-fille, généralement privée d'emploi, prend en charge l'aïeule à son domicile. Ainsi, grâce à la Prestation spécifique dépendance, la personne âgée peut employer un membre de sa famille.

Dans les cas où la personne âgée ne peut pas regagner son domicile, la famille la prépare à son entrée en institution.

Comme nous l'avons montré, les familles ont un rôle important à jouer, mais les conjoints ou les enfants des personnes hospitalisées sont, eux aussi, des gens âgés porteurs eux-mêmes de multiples pathologies et qui ont, eux aussi, besoin d'aide et de soutien.

La tâche de l'équipe soignante se trouve accrue. Outre la nécessité d'informer les familles, il faut s'assurer que l'information a bien été comprise et les accompagner, voire les guider dans leurs démarches.

## RÔLE DU CADRE INFIRMIER

Le cadre infirmier a un rôle très important auprès du patient et de sa famille. Il représente la personne référente quant au devenir de la personne âgée. Sa tâche sera **d'informer, d'écouter, d'expliquer, de rassurer, de déculpabiliser et d'accompagner**.

Le cadre infirmier informe les familles sur les différentes possibilités d'aides à mettre en place pour le retour à domicile, présente les conditions

d'admission en maison de retraite et en unité de soins de longue durée. Il oriente aussi vers l'assistante sociale.

Il est nécessaire d'écouter et de rassurer les familles qui expriment beaucoup de culpabilité et de souffrance lors d'une décision de placement en institution de l'aïeule. Beaucoup de familles réagissent avec agressivité car le coût d'un placement en unité de soins de longue durée engendre des choix familiaux : « *Mes enfants font des études. Qui doit-on privilégier ?* ».

Certaines familles ont un réel sentiment d'injustice face à des situations souvent tragiques. Ainsi, des enfants se retrouvent « obligés alimentaires » d'un parent qui les a abandonnés. Autant de situations, d'histoires de vie, de drames familiaux qui se rejouent lors de la décision d'entrée en institution.

## RÔLE DE L'ASSISTANTE SOCIALE

L'assistante sociale constitue le **lien** entre la structure hospitalière et l'extérieur. Elle représente le contact privilégié avec les maisons de retraite, les logements-foyers et les divers services à domicile.

Elle participe à l'**information** des patients et de leurs familles et reçoit, elle aussi, les familles en entretien.

Pendant la durée de l'hospitalisation, elle **gère** des situations administratives difficiles telles que l'absence de mutuelle, les problèmes bancaires, le règlement de factures. C'est elle qui rédige un rapport pour les mises sous tutelle.

## RÔLE DES BÉNÉVOLES

Différentes associations visitent les personnes âgées à l'hôpital. Ainsi, une association, qui emploie des personnes en contrats emploi-solidarité, assure une permanence de plusieurs heures par jour dans les services. Ces personnes organisent une certaine animation en incitant les personnes âgées à sortir de leur chambre, en les accompagnant pour des promenades. De plus, elles proposent une boutique ambulante permettant aux personnes âgées de « se servir » de leur porte-monnaie, un exercice à la consommation avant le retour à domicile. Elles rompent l'isolement de certains patients qui n'ont aucune visite.

## CONCLUSION

Les services de moyen séjour gériatrique sont un lieu intermédiaire entre l'hôpital (« court séjour ») et le domicile. C'est un passage décisif pour l'orientation et le devenir de la personne âgée.

L'équipe soignante se doit d'élaborer un projet où tous les partenaires hospitaliers agiront en considérant la personne dans sa globalité. Cette prise en charge implique la collaboration des partenaires libéraux, infirmières, médecins, kinésithérapeutes, assistantes sociales, afin que le projet élaboré puisse se concrétiser de façon optimale.

Dans une société qui idéalise la jeunesse, ce partenariat est la condition *sine qua non* pour que la personne âgée conserve sa dignité et retrouve sa place dans la cité.

## ANNEXE

Tampon UF	<b>EXAMEN INFIRMIER DES 14 BESOINS FONDAMENTAUX selon Virginia HENDERSON</b>	Étiquette du patient
DATE :		
RESSOURCES	INCAPACITÉS	
BF 1 Respirer		
BF 2 Boire et manger		
BF 3 Éliminer		
BF 4 Se mouvoir, maintenir une bonne posture		
BF 5 Dormir et se reposer		
BF 6 Se vêtir et se dévêtir		
BF 7 Maintenir la température du corps dans les limites de la normale		
BF 8 Être propre, soigné et protéger ses téguments		
BF 9 Éviter les dangers		
BF 10 Communiquer		
BF 11 Agir selon ses croyances, ses valeurs		
BF 12 S'occuper en vue de se réaliser		
BF 13 Se recréer		
BF 14 Apprendre		

## RÉSUMÉ

Les services de moyen séjour gériatrique sont un lieu intermédiaire entre l'hôpital (« court séjour ») et le lieu de vie (maison de retraite, long séjour et domicile).

Outre les objectifs qui lui sont assignés par la loi du 31 juillet 1991, ils sont confrontés à d'autres missions, telles que les soins palliatifs ou le désencombrement des services d'aigus.

La conception de soins du service de moyen séjour est basée sur le modèle conceptuel de Virginia Henderson. À partir de l'examen infirmier et de l'analyse de celui-ci, un projet de soin est mis en œuvre en concertation avec l'équipe médicale.

## SUMMARY

Medium-stay geriatric facilities represent an intermediate place between the hospital (short-term) and the patient's place of residence (retirement home, long-term hospitalisation and home).

Over and above their aims drawn up by the law of 31st July 1991, they are faced with other tasks such as palliative treatment or the taking over of patients from emergency units.

Short-term hospitalisation care is based on the Virginia Henderson model. According to the analysis of the nurse's examination a care programme is set-up in agreement with the medical team.

## NOTES

1. Béatrice Walter. Soigner en gériatrie : un art, une passion. Éditions Lamarre, 1991.
2. Notions de bases en géronto-psychiatrie. Éditions Lamarre, 1996, p. 78.
3. Béatrice Walter. Soigner en gériatrie : un art, une passion. Éditions Lamarre, 1991.
4. Louise Berger et Danielle Mailloux-Perrier. In « Personnes âgées une approche globale », p. VII, Éd. Maloine.
5. Selon : « Techniques hospitalières », n° 596, mai 1995.