

# **RISES**

**« Réseau Interdisciplinaire Santé, éthique et société »**

**Compte-rendu séminaire du 1<sup>er</sup> avril 2004**

## **« LE VIEILLISSEMENT »**

Intervenants :

**Catherine PERROTIN, Responsable du Centre Interdisciplinaire d’Ethique, Faculté Catholique de Lyon:**

*« Le vieillissement : un processus et des représentations : des questions pour l’éthique »*

**Gérard RIBES, Psychiatre, Professeur associé du laboratoire de J. Gaucher « Psychologie de la santé et du développement » :**

*« Vieillesse et résilience »*

**Christian CHAPITEAU, Directeur de l’Hôpital des Charpennes à Lyon :**

*« La prise en compte des personnes âgées au sein des HCL : situation actuelle et perspectives »*

Responsable : Monsieur J-J. WUNENBURGER

Secrétaire : Christine Blaize

Poste : 04 78 78 72 96

## **LISTE DES MEMBRES PRESENTS**

**BANENS M., CED Lyon 2.**

[maks.banens@univ-lyon2.fr](mailto:maks.banens@univ-lyon2.fr)

**BANTERLA-DADON I., Directeur d'hôpital à Lyon, DU Philosophie du vivant Lyon 3.**

[Isabelle.banterla@chu-lyon.fr](mailto:Isabelle.banterla@chu-lyon.fr)

**BLEIN M., Cadre de santé, DU Philosophie du vivant Lyon 3.**

[Cds.reeduc@ch-montdor.fr](mailto:Cds.reeduc@ch-montdor.fr)

**CALLU M-F., IFROSS Lyon 3.**

[Marie-France.callu@univ-lyon3.fr](mailto:Marie-France.callu@univ-lyon3.fr)

**CHAPITEAU Ch., Directeur de l'hôpital des Charpennes à Lyon.**

[christian.chapiteau@chu-lyon.fr](mailto:christian.chapiteau@chu-lyon.fr)

**DESSERTINE D., Ingénieur de recherche CNRS, LARHA (RESA EMIS).**

[Dominique.dessertine@ish-lyon.cnrs.fr](mailto:Dominique.dessertine@ish-lyon.cnrs.fr)

**DUEZ B., Professeur Lyon 2, Psychopathologie et psychologie clinique.**

[Bernard.duez@univ-lyon2.fr](mailto:Bernard.duez@univ-lyon2.fr)

**FABRE M., Infirmière bloc, DU Philosophie du vivant Lyon 3.**

[Fabre.castel@wanadoo.fr](mailto:Fabre.castel@wanadoo.fr)

**FIERS-DIDELOT M-M., Ingénieur INSERM.**

[Fires@cervi-lyon.inserm.fr](mailto:Fires@cervi-lyon.inserm.fr)

**LANNE J-C., Professeur Responsable section Russe Lyon 3.**

[Jeanclaude.lanne@9online.fr](mailto:Jeanclaude.lanne@9online.fr)

**MARMILLOUD L., Infirmière, DU Philosophie du vivant Lyon 3.**

[l.marmilloud@libertysurf.fr](mailto:l.marmilloud@libertysurf.fr)

**OROBON F., Doctorant Lyon 3.**

[fredorobon@aol.com](mailto:fredorobon@aol.com)

**PARROCHIA D., Professeur de Philosophie des sciences Lyon 3, Directeur centre de recherche philosophique Lyon 3.**

[Daniel.parrochia@wanadoo.fr](mailto:Daniel.parrochia@wanadoo.fr)

**PERROTIN C., Responsable du Centre Interdisciplinaire d’Ethique, Université Catholique Lyon.**  
[Cie@univ-catholyon.fr](mailto:Cie@univ-catholyon.fr)

**RIBES G., Psychiatre, Professeur associé du laboratoire de J. Gaucher « Psychologie de la santé et du développement ».**  
[gerard.ribes@univ-lyon2.fr](mailto:gerard.ribes@univ-lyon2.fr)

**VON BUELTZINGSLOEWEN I., Maître de conférence Histoire contemporaine Lyon2, LARHA.**  
[Isavonb@club-internet.fr](mailto:Isavonb@club-internet.fr)

La séance a débuté directement avec l'intervention de Catherine PERROTIN sur la question du vieillissement et la nécessité de « *nous réapproprier des éléments d'approche du vieillissement comme ce qui nous concerne chacun, avant d'en faire une catégorie* ».

### CATHERINE PERROTIN

Responsable du Centre Interdisciplinaire d'Ethique, Faculté Catholique de Lyon

**"Le vieillissement: un processus et des représentations; des questions pour l'éthique"**

*Le vieillissement en effet n'est pas un état, une catégorie, mais « un processus qui dit une évolution en train d'intervenir », le processus qui nous mène vers la vieillesse comme un état. C'est un moment du processus d'inscription dans la temporalité qui a pour corollaire une perte de l'homéostasie, une perte d'adaptabilité à l'environnement. Cependant, du fait de la singularité des individus, « la question du vieillissement nous amène à pointer ce constat d'un processus commun avec de grandes variabilités », tant sur le plan physique que cognitif et psychologique. C'est une durée au cours de laquelle se produit l'expérience de l'usure, mais aussi de la bonification, et qui peu à peu nous amène vers l'échéance de la mort. L'expérience irréversible du vieillissement est une expérience de changement. Par un événement tragique ou bénin, se produit une prise de conscience, survient « la perception intérieure que désormais, ce ne sera plus comme avant ». Il y a une « crise du vieillir qui remet en cause la structuration du sujet », d'autant plus que le vieillissement s'identifie d'abord chez l'autre, celui que l'on ne reconnaît pas, celui en qui l'on ne veut pas se reconnaître : s'il n'y a pas de psychologie unique du vieillissement, parce que chaque individu vit singulièrement le temps qui passe en lui et hors de lui, on observe souvent une réticence à ce déclin de soi, qui engendre alors soit un lâcher-prise sur le monde qui entoure pour chuter dans la dépression, soit un déploiement d'énergie pour se permettre de dire que l'on est encore jeune. Accepter le processus du vieillissement, c'est accepter la fragilité inhérente à l'être humain, et sa finitude constitutive, "parce que le « plus tard » n'existe plus" ; il y a une réduction du champ des possibles. Or ceci est difficile dans la mesure où très souvent, le vieillissement est*

*assorti de la maladie, du handicap. Il atteint la capacité narcissique du sujet et interroge sa représentation qu'il a de lui-même, et les représentations que lui fournissent son environnement. Ici, le rôle de l'entourage est alors prépondérant : en ne réduisant pas la personne qui vieillit à ses défaillances, mais en continuant de la considérer comme autrui, c'est-à-dire comme sujet capable d'échange, il peut lui permettre de réinvestir le présent. La réduction de la personne à ses défaillances se rencontre par exemple lors de l'évaluation de la perte d'autonomie de la personne par le système de la grille AGGIR<sup>1</sup>. De plus, si d'un point de vue économique et surtout productif la personne âgée n'a plus réellement d'utilité sociale, il reste essentiel « qu'elles sont pour nous les témoins qu'il est possible de traverser des épreuves dans la vie sans en mourir » ; il y a une portée anthropologique de la vieillesse, qui permet aux acteurs de tous âges de se repositionner au sein du temps qui passe, au sein de l'ordre générationnel. Ainsi ce mode de présence va faire émerger des représentations de la vie, tributaires de la culture dans laquelle nous nous trouvons. Les problèmes liés au vieillissement sont de l'ordre de la coïncidence entre la trajectoire individuelle et la vie collective. Le vieillissement dépend à la fois de l'intériorité, de la subjectivité de son appréhension, mais aussi de l'extériorité, de la manière dont la société considère le vieillissement<sup>2</sup>. Une personne isolée vieillit plus rapidement ; le vieillissement est donc « un processus multifactoriel ». Le défi de nos sociétés actuelles est de réussir à caractériser le processus physiologique du vieillissement sans incapacité, c'est-à-dire que les outils au service de l'ajustement des soins ne doivent pas servir à catégoriser et ainsi contribuer à séparer, à dissocier la personne qui vieillit du corps social. Les échelles d'estimation qui évaluent le vieillissement au regard de la perte des critères qui définissent la qualité de vie « ne peuvent répondre à la question du sens ». Il est donc nécessaire d'apprendre à faire avec toutes les générations, car la prise en compte du vieillissement n'est pas facultative : elle interroge le corps social sur sa capacité à être solidaire, sur sa capacité à accorder une attention particulière aux personnes fragiles dans le corps social<sup>3</sup>.*

---

<sup>1</sup> La grille AGGIR: une méthode d'évaluation de la perte d'autonomie.

Le modèle AGGIR (Autonomie gérontologique groupes iso-ressources) permet d'évaluer l'expression de la perte d'autonomie de la personne âgée tant à domicile qu'en institution. Elaboré par une équipe pluridisciplinaire et choisi sur proposition du syndicat national de gérontologie clinique, ce modèle permet une description individuelle et qualitative de la perte d'autonomie, mais aussi une classification en groupes d'individus ayant des caractéristiques communes. La grille AGGIR est constituée de dix variables discriminantes se rapportant à la perte d'autonomie physique et psychique, et de sept variables illustratives se rapportant à la perte d'autonomie domestique et sociale. L'évaluation se fait en fonction de la capacité de la personne à faire certains actes définis dans les variables. Ainsi est rendue possible une classification par groupe des personnes selon des profils de pertes d'autonomie significativement proches.

<sup>2</sup> Voir: CCNE Rapport sur le vieillissement n°59 du 25 mai 1998 [www.ccne-ethique.fr](http://www.ccne-ethique.fr)

<sup>3</sup> Geneviève Laroque, Présidente de la Fondation Nationale de Gérontologie, *Les cahiers du CCNE*, n°18, 1999: "Tous les travaux des démographes, des médecins, des observateurs de tous ordres font apparaître un vieillissement de presque toutes les populations de la terre, vieillissement plus accentué dans les sociétés développées. (...) comme le remarque le CCNE, "l'amélioration de l'état de santé vient largement compenser le vieillissement de la population" (...) (mais) malgré ces perspectives positives, l'allongement de la longévité, de même que la survie prolongée de personnes frappées plus jeunes, voire dès la naissance, de graves déficiences, posent à cette société nouvelle (...) la question de

L'intervention de Gérard RIBES a suivi aussitôt en interrogeant « *la pertinence du concept de résilience dans le domaine des personnes âgées* ».

### **GERARD RIBES**

Psychiatre, Professeur associé du laboratoire de J. Gaucher "Psychologie de la santé et du développement", Université Lumière Lyon 2

#### **"Vieillesse et résilience"**

*La question de la résilience (concept que l'on trouve largement développé par Boris Cyrulnick), pose celle des conditions d'une vieillesse réussie.*

*En 1979, Kobassa étudie ce qu'il nomme "la robustesse psychique", à savoir la capacité d'engagement actif dans la vie (la capacité d'avoir le sens des responsabilités et de l'attribution des responsabilités), celle de donner un sens aux événements qui surgissent (qui développe l'idée de pouvoir avoir une action sur ce qui advient), et celle de vouloir relever les défis (qui renforce l'estime de soi).*

*En 1996, Baltesse étudie le "mode d'action des ressources individuelles chez les personnes âgées". Il distingue 3 modes d'action qui permettent de gérer la vieillesse: la sélection, qui consiste en la réduction des objectifs en vue de la focalisation de l'énergie sur les priorités, l'optimisation, qui cherche à accroître les ressources dont l'individu dispose afin d'atteindre au mieux les objectifs fixés, et la compensation, qui minimise les pertes et maximise les potentiels.*

*Une étude portant directement sur la notion de résilience au cours d'une vie a été réalisée sur une durée de 30 ans par Werner. L'étude a été menée sur une sélection de 200 enfants sur 700 enfants choisis initialement, issus de population pauvres et défavorisées, qui possédaient "tous les éléments pour mal finir". Il est ressorti de cette étude (qui s'est déroulée sous la forme d'un entretien avec*

---

*l'accompagnement familial, social, médical des grands vieillards fragilisés et des personnes handicapées vieillissantes ou vieilles. Il est nécessaire d'apprendre véritablement à "faire avec et pour" cette population (...) la solidarité qui peut, doit se déployer autour d'elles ne les concerne pas seules (...) la solidarité envers ces groupes consolide l'ensemble de la société dans la mesure où celle-ci n'est pas que rationalité économique, mais complexes interrelations".*

chacun des 200 enfants une fois par an seulement, afin d'éviter la prise en charge) que 70 enfants sur les 200 (environ 30%) ont eu une vie sans problème et dans laquelle ils se sont réalisés.

Une autre étude montre que 95% des enfants maltraités deviennent des parents non-maltraitants.

De ces diverses études ressort le fait que ceux qui ont une vieillesse heureuse sont ceux qui ont eu une jeunesse difficile.

La question de la résilience se pose face à des patients qui, porteurs de pathologies graves, ne présentent cependant pas de problèmes dans la gestion de ces pathologies. On rencontre chez ce type de patients des "processus résilients", à savoir qu'ils présentent une estime de soi, une conscience de leur efficacité, un sentiment de sécurité interne: ils ne se sentent pas déficients. Des études ont montré que chez ce type de patients, de grandes ruptures se sont produites dans l'enfance, avec par exemple l'importance de la tuberculose, de la (des) guerre (s), le phénomène d'immigration. De ces ruptures émerge dans le présent la capacité à créer un espace de représentations internes (cf travaux de Winnicott sur la capacité à être seul en présence d'autrui) parce que se développe un fort sentiment d'appartenance (au pays, à la patrie, à la famille...) qui peut participer à la construction de ces représentations internes. Ils utilisent et intègrent l'Autre comme auxiliaire; les patients n'hésitent pas à utiliser le soignant sans pour autant qu'il devienne constitutif: il est un auxiliaire. Ils développent une capacité à utiliser l'Autre sans intrusion, et la résilience signifie la capacité de reprendre un développement après un traumatisme.

Le problème apparaît lorsque l'invalidité causée par la pathologie implique l'entrée en institution, univers dans lequel le patient ne peut pas se forger de représentation interne; il se produit une sorte de suspension de la pensée due à la destruction du lien antérieur et surtout à l'effraction, à l'attaque de l'intimité. En effet, plus l'on vieillit, plus l'on devient un personnage public par la perte d'intimité (aide, institution...) et moins l'on décide. Il ressort donc une difficulté de gestion de l'intimité car on la perd. Il s'agit alors pour les soignants d'aider le patient à travailler sur une restructuration privé-public. Parce que le corps est omniprésent dans la vieillesse avec la douleur comme marqueur de vie, il s'agit pour les soignants comme pour les soignés de gérer le rapport à l'intime. Le monde de la vieillesse semble alors un monde auquel il est impossible d'appartenir car l'on ne s'appartient plus soi-même. Il s'agit alors de travailler sur un axe historique, d'inclure la personne âgée dans son histoire ainsi que dans l'histoire de la société par l'interaction avec les populations plus jeunes.

L'intervention de Christian CHAPITEAU s'est développée autour de la question des moyens que la société met en œuvre sur Lyon pour la prise en charge des personnes âgées : il s'agit d'en étudier la situation actuelle ainsi que les perspectives.

**CHRISTIAN CHAPITEAU**

Directeur de l'Hôpital des Charpennes à Lyon

**"La prise en compte des personnes âgées au sein des HCL: situation actuelle et perspectives"**

*Les données tirées du rapport d'activité des établissements de gériatrie pour l'année 2002 mettent en avant que sur les 15 établissements hospitaliers lyonnais, 8 concernent les personnes âgées. Ils représentent une capacité de 1449 lits, dont :*

- 208 lits de soins de courte durée (médecine)
- 24 lits de soins palliatifs
- 424 lits de soins de suite
- 793 lits de soins de longue durée.

*Sur 9643 consultations internes et externes en évaluation gériatrique ou en suivi après hospitalisation réalisées en 2002,*

- 4553 en interne
- 5090 en externe.

*Places d'hôpital de jour implantées dans deux établissements :*

- 34 places
- 5008 séances réalisées en 2002.

*Compétences médicales mises en œuvre :*

- 22 ETP (équivalents temps plein) de PU-PH et de PH titulaires
- 10 PH contractuels
- 28PH attachés
- 34 internes et résidents

*Compétences non médicales :*

*1703 ETP de personnel non médical dont :*

- 1352 soignants (Infirmiers, aides soignants, agents de service)
- 36 médico-techniques
- 88 administrateurs
- 227 logistiques et techniques

*Dépenses de fonctionnement:*

- Dépenses de personnel médical et non médical: 75 millions d'euros.
- Dépenses médicales et pharmaceutiques: 3,7 millions d'euros.
- Dépenses hôtelières et d'entretien: 9,9 millions d'euros.

*Soit un total de: 83,8 millions d'euros (Budget global des HCL: 1,1 milliard d'euros).*

*Activité de très bon niveau:*

*Sur le total de 1449 lits, est réalisée l'activité suivante:*

- 7675 entrées dans l'année de référence
- soit pour chacun des établissements de gériatrie: un taux d'occupation supérieur à 85%

*La population prise en charge:*

*Soins de courte durée:*

- 3997 patients pris en charge avec une moyenne d'âge de: 83,2 ans
- 68,7% de femmes
- Durée moyenne de séjour: 18 jours.

*Soins de suite et de réadaptation:*

- 3015 patients pris en charge avec une moyenne d'âge de: 86,6 ans
- 71,7% de femmes
- Durée moyenne de séjour: 6,3 semaines.

*Soins de longue durée:*

*763 patients pris en charge*

*Durée moyenne de séjour: 686 jours.*

*Ce type d'hospitalisation se caractérise par l'admission de malades de plus en plus âgés, de plus en plus dépendants, et porteurs de pathologies lourdes.*

*Les questions actuelles.*

*L'arsenal hospitalier est-il en mesure de faire face à la demande des personnes âgées?*

*La localisation géographique des établissements aux HCL montre un déséquilibre dans l'implantation géographique des établissements gériatriques:*

*1 établissement sur l'est de Lyon: l'hôpital des Charpennes.*

*1 établissement sur le nord: le Centre de Cuire*

*3 établissements sur l'ouest dont 1 à 40 minutes de Lyon.*

*Il est donc difficile d'hospitaliser les malades à proximité de leur domicile et/ou de leur famille.*

*On note en outre une insuffisance des structures d'hospitalisation des personnes âgées en Rhône-Alpes:*

*- Pour 417 lits de courts séjours en Rhône-Alpes, 205 lits (soit 49%) sont aux HCL; d'où un recours important au CHU.*

*Une morbidité forte chez les personnes âgées:*

*- Les plus de 65 ans représentent 30% des séjours hospitaliers dans la région.*

*- En 2002, les HCL ont réalisé 41,20% (soit 22 512 séjours) des hospitalisations du Rhône pour les personnes de 75 ans et plus.*

*- Les séjours de personnes âgées de 75 ans et plus représentent 17% des séjours (133 000) réalisés aux HCL.*

*- Entre 1999 et 2002: + 3,04% de séjours pour les 75 ans et plus aux HCL.*

*Insuffisance des structures d'aval à l'hospitalisation:*

*Insuffisance des structures d'aval à l'hospitalisation pour les personnes dépendantes:*

*- Insuffisance des structures médicalisées (unité de soins de longue durée)*

*- Insuffisance des places d'hébergement: augmentation des places plus lente que l'augmentation des personnes de plus de 75 ans (de 1992 à 2002: + 16% de places et + 22% de population).*

*En 2002, 1 065 établissements en Rhône-Alpes dont:*

- 585 maisons de retraites (peu ou pas médicalisées)*
- 339 foyers logements*
- 141 unité de SLD*

*Soit un total de 66 194 places dont 57% en maisons de retraite.*

*Evolution importante du nombre de personnes âgées dépendantes:*

- 67 000 personnes âgées dépendantes de plus de 65 ans en Rhône-Alpes*
- 29% de progression au cours des vingt prochaines années notamment chez les plus de 80 ans.*

*Cas particulier: la population atteinte de la maladie d'Alzheimer est en forte augmentation:*

- 39 000 cas recensés ET une progression estimée à 10 000 nouveaux cas par an.*

*En conséquence: un travail en réseau difficile:*

- Les personnes âgées prises en hospitalisation dans le CHU sont le plus souvent dépendantes (moyenne d'âge supérieure à 83 ans)*
- Les places d'aval augmentent moins vite que la population considérée*
- L'état de dépendance des personnes âgées augmente avec l'âge et avec le développement de la maladie d'Alzheimer.*

## **DISCUSSION**

La discussion s'est amorcée par une question à Christian Chapiteau sur la canicule de 2003, à laquelle il a rétorqué que le nombre de décès à la fin septembre 2003 a été inférieur au nombre de décès fin septembre 2001 et 2002 sur le Val d'Azergues. Le problème de la canicule est aussi celui de la solidarité.

Bernard Duez revient sur la question de l'appartenance qui, avec l'intimité, sont deux déclinaisons de la même chose: le rapport intériorité/extériorité par rapport à l'observation. Lors d'un traumatisme, la constante est que le sujet ne sait plus à qui il va s'adresser, ce qui met le

médecin en position de contre-transfert, et ce sera à lui de fournir au patient des lieux où aller. Une solidarité entre les groupes apparaît alors comme nécessaire<sup>4</sup>.

A la question de Mme Blein sur le développement possible de l'hospitalisation à domicile afin d'alléger les structures hospitalières, et l'implication de la famille dans le soin, Ch. Chapiteau répond que la présence familiale n'est pas évidente, et qu'il existe un problème d'organisation de la société, qui, en dépit de nombreuses initiatives, souffre d'un manque de cohésion entre les acteurs sociaux: il est difficile de mettre en réseau le médecin libéral avec le milieu hospitalier. Il est donc nécessaire que les structures sociales qui participent à cette prise en charge soient en interaction. Dans le cas de l'hospitalisation à domicile, M-F. Callu explique que souvent, c'est l'Autre du couple qui va développer des pathologies souvent plus lourdes et à évolution plus rapide que le conjoint initialement malade. G. Ribes parle des risques de l'hospitalisation à domicile en prévenant d'être vigilant à ne pas transformer la famille en soignants. Pour B. Duez, si l'entrée en institution est un choc, elle peut être aussi ce qui soigne.

I. Banterla fait alors remarquer que le thème du séminaire est "Le vieillissement", et que l'on est passé du processus à la vieillesse dans ses questions de prise en charge, d'organisation structurelle des soins. Un glissement s'est opéré du processus du vieillissement à la personne âgée. C. Perrotin développe en expliquant que vieillir, c'est rencontrer son corps, et que c'est la façon dont le corps social aborde le corps qui provoque le pathologique. La philosophie comme inspiration personnelle de vie est utile à cet endroit là.

En retour sur la question du soin à domicile, Ch. Chapiteau explique qu'une crainte fréquemment rencontrée chez la famille est de voir la personne hospitalisée revenir à la maison; il y a une réelle peur de la vieillesse. C. Perrotin explique alors que, dans l'hospitalisation à domicile, on touche des limites à cause de l'inversion des liens filiaux, à savoir qu'au lieu d'un père qui s'occupe de ses enfants, ce sont ses enfants qui vont le prendre en charge et s'occuper de lui à la manière d'un enfant, ce qui peut être profondément déstabilisant et touche non seulement à l'intimité de la personne malade, mais aussi l'intimité de la famille qui soigne. En effet, parce qu'il n'y a pas de distance mais au contraire une histoire commune, cette inversion des rapports est une intrusion directe dans l'intimité des deux parties. G. Ribes complète en disant que la pathologie implique un effondrement de l'entourage.

M-F. Callu termine sur le constat de la notion de vulnérabilité induite par la pathologie, tant pour la personne atteinte que pour l'entourage, ainsi que sur la fragilité du lien social.

---

<sup>4</sup> Voir sur ce point : *Souffrance et psychopathologie du lien institutionnel*, Bernard Duez, ss dir. R. Kaës, Paris, Dunod, 2000.

## BIBLIOGRAPHIE VIEILLISSEMENT

Réalisée grâce à l'aimable collaboration de M-F. Callu (IFROSS) et C. Perrotin (CIE).

*Travailler auprès des personnes âgées*, Jean-Jacques Amyot, avec la collab. de Francis Robert, 2e éd, Paris, Dunod , 1998

*Alzheimer au quotidien*, Eliane Aubert, Paris, l'Harmattan , 1999

*Vieillesse et psychomotricité*, sous la dir. de Eric Aubert & Jean-Michel Albaret, Marseille, Solal , 2001

*Retentissement du vieillissement de la population carcérale sur la prise en charge sanitaire des détenus*, Barelet P., Desmartin-Bert A., Thèse Médecine Lyon 1 Université Claude Bernard, 2003.

*Chronopsychologie des personnes âgées*, Noureddine Bouati, préface Gérard Poussin Éditeur Paris, Harmattan , 1999

*L'âge de la vieillesse : histoire du vieillissement de la population*, Patrice Bourdelais Édition Nouv. éd. Paris, O. Jacob , 1997

*Le nouvel âge de la vieillesse : histoire du vieillissement de la population*, Patrice Bourdelais Paris: O. Jacob, Collection Histoire, 1993

*Une saison de plus, handicap mental et vieillissement*, Nancy Breitenbach, Desclée de Brouwer, 1999.

*Les personnes handicapées vieillissantes*, CCAAH – technologie de l'action sociale, Paris, L'Harmattan, 2001.

*La maladie d'Alzheimer : mémoire et vieillissement*, Denis Brouillet, Arielle Syssau, Paris, PUF, Collection Que sais-je ? n° 3227, 1997

*Le vieillissement cognitif normal : vers un modèle explicatif*, Denis Brouillet, Arielle Syssau, Bruxelles, De Boeck Université , Collection Neurosciences et cognition, 2000

*Mémoire et oubli : apports de la psychologie cognitive au vieillissement*, Denis Brouillet, Arielle Syssau Éditeur Saint Martin d'Hères, PUG , 2000

*Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Vincent Caradec, sous dir. de François de Singly, Paris, Nathan, 2001

*Quand meurent les neurones*, William Camu, Nicolas Chevassus-au-Louis, préf. de Axel Kahn, Éditeur Paris, Dunod , 2003

*Personnalité et vieillissement : introduction à la psychogérontologie*, Michel Cariou, Neuchâtel : Delachaux et Niestlé , Collection Actualités pédagogiques et psychologiques, 1995

- Le crépuscule de l'Occident : dénatalité, condition des femmes et immigration*, Jean-Claude Chesnais, Hachette, 1996
- Les retraites : genèse, acteurs, enjeux* : collectif édité en hommage à Edgard Andréani, sous dir. de Bernard Cochemé, Florence Legros, A. Colin, 1995
- Santé et vieillissement : approche psychosociale*, Geneviève Coudin, Geneviève Paicheler, Paris, Armand Colin , 2002
- De la vieillesse à la mort : point de vue d'un usager*, Henri Danon-Boileau, Paris, Hachette Littératures Collection Pluriel psychanalyse, 2002
- La France malade du vieillissement*, Conseil économique et social, rapport présenté par Michel Garibal, Economica, 1991
- Parler et communiquer chez la personne âgée : psychologie du vieillissement*, Feyereisen P., Hupet M., Paris, PUF, 2002.
- Les aspects psychologiques du vieillissement pathologique : approche clinique des changements exo et endopsychiques et de leurs régulations*, Jacques Gaucher, Lyon : Université de Lyon 2, 1982
- Le boom des seniors*, Serge Guérin, Economica, 2000
- L'âge de l'emploi : les sociétés à l'épreuve du vieillissement*, Anne-Marie Guillemard, Paris, A. Colin, 2003
- Les défis du vieillissement : la vieillesse n'est pas une maladie !* Jean-Claude Henrard, Paris, la Découverte , 2002
- Vieillesse, grand âge et santé publique*, Jean-Claude Henrard et Joël, Rennes, Ecole nationale de la santé publique , 2003
- Vieillesse normale et maladie d'Alzheimer*, [dir. par] Michel Isingrini et Roger Fontaine, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble , 1997
- L'explosion démographique : un exposé pour comprendre, un essai pour réfléchir*, Albert Jacquard, Flammarion, 1993
- Les horloges biologiques : histoire naturelle du vieillissement : de la cellule à l'homme*, Ladislav Robert, Flammarion, 1996
- Le vieillissement cognitif* , Patrick Lemaire, Paris, Presses universitaires de France , Collection Que sais-je n° 3486, 1999
- Mutations socio-spatiales et vieillissement des zones littorales sous l'effet de migrations de populations âgées : comparaison France – Angleterre*, Mme Frédérique Loew-Pellen sous la dir. de M. Pascal Buléon , 2001
- La recomposition du réseau de sociabilité lors du passage à la retraite*, Fabienne Marmier-Grigis, sous dir. de Yves Grafmeyer, Thèse doctorat Sociologie.Anthropologie Lyon 2, 2000

- Le vieillissement et la mort*, Roger Mehl, Paris, PUF
- Comprendre la personne âgée*, Charlotte Mémin, Paris, Bayard , 2001
- Vieillesse et droit à la lumière du droit français et du droit américain*, Marie Mercat-Bruns, préf. de Antoine Lyon-Caen, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 2001
- La personne âgée n'existe pas : une approche psychanalytique de la vieillesse*, Jack Messy, Paris, Rivages, 2002
- Le vieillissement : une approche psychosomatique*, Emiléa Nkayé, préf. de M. Sami-Ali, Paris, l'Harmattan , 2000
- La dynamique de la retraite : une menace pour l'Europe*, Didier Pène, Economica, 1997
- Le déclin de la vie psychique : psychanalyse de la démence sénile*, Marion Péruchon, Paris, Dunod , 1994
- Le droit de vieillir*, Bernadette Puijalon, Jacqueline Trincaz, Paris, Fayard , 2000
- Psychogérontologie*, sous la dir. de Jacques Richard, Erlijn Dirks, Paris, Masson, Collection Collection Médecine et psychothérapie, 1996
- Parcours de la reconnaissance*, Paul Ricoeur, Paris, Stock, 2004.
- La vieillesse des nations*, Alfred Sauvy Autre auteur préf., textes choisis, prés. et annotés par Jean-Claude Chesnais, Paris, Gallimard , 2001
- Gérontologie préventive : éléments de prévention du vieillissement pathologique*, Sebag-Lanoë R., Trivalle C., Paris, Masson, 2002.
- Population et société françaises*, Nicole Sztokman, Dunod, 1998
- Vieillir et mourir au XVIIIe siècle : longévité et vie sociale à Haveluy*, Guy Tassin, préf. de Michel Vovelle, Paris, l'Harmattan , 1998
- Le vieillissement cérébral*, Nitza Thomasson, Paris, Presses universitaires de France , Collection Que sais-je ? n° 3570, 2000
- Territoire et vieillissement*, Jean-Pierre Thouez, Paris, Presses universitaires de France , Collection Médecine et société territoires et économie de la santé, 2001
- Le droit de vieillir*, Trincaz J. et Puijalon B., Paris, Fayard, 2000.
- Dépendance et vieillissement*, Veysset B., Paris, L'Harmattan, 1989.
- Le nouveau troisième âge : une société active en devenir* , Claude Vimont, Economica, 2001
- Le pouvoir gris : sociologie des groupes de pression de retraités*, Jean-Philippe Viriot Durandal, Paris, Presses universitaires de France, 2003

*Handicap mental et vieillissement*, G. Zribi, J. Sarfaty, Ariane Vienney, sous la dir. de G. Zirby, J. Sarfaty Éditeur Vanves : Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, Paris, PUF , 1990

## COLLECTIFS

*Activité professionnelle et vieillissement*, INSEE, Liaisons sociales, DARES Éditeur Paris : Groupe Liaisons S.A , Collection les dossiers thématiques n°19-2001, 2001

*Autonomie et dépendance : 11. Prévention du vieillissement et préservation de l'autonomie, 12. Autonomie et dépendance*, Secrétariat d'État chargé des personnes âgées, Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale Éditeur Paris : Secrétariat d'État chargé des personnes âgées, Collection Rapports des groupes de travail nationaux, 1983

*Des réformes pour une société vieillissante*, OCDE, Paris, OCDE , 2000

*2005, le choc démographique, défi pour les professions, les branches et les territoires*, Commissariat général au plan, président Michel Amar, rapporteurs Christine Afriat, Jean-Marc Grando, Robert Pierron, ... <et al.> Paris, la Documentation française, 2002

*Éthique et recherche biomédicale : rapport 1998*, Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, La documentation française, 2001

*Handicap et vieillissement : politiques publiques et pratiques sociales*, INSERM, Paris, Éd. INSERM , 1996

*L'avenir de l'espérance de vie : actes d'un séminaire... Paris, 13 septembre 1991*, [organisé par] la Société internationale de démographie, économie et sociologie médicales Autre auteur éd. par Jacques Vallin Éditeur Paris : Institut national d'études démographiques, Collection Congrès et colloques.12, 1993

*La fin de la vie : qui en décide ?* Forum Diderot, Paris, 1996, organisé par le Centre d'études du vivant et l'Association Diderot, Paris, Presses universitaires de France, 1996

*La vie dans notre société des personnes âgées devenues dépendantes*, Revue Réadaptation, n°40, décembre 1996.

*Le vieillissement : implications et conséquences de l'allongement de la vie humaine depuis le XVIIIe siècle*, actes de la Table ronde, Paris... 24-26 octobre 1979, organisée par la Freie Universität, Berlin ; le Centre de recherche historique, Paris ; le Centre Pierre Léon, Lyon ; publ. sous la dir. de A.-E. Imhof... et al., Presses universitaires de Lyon, 1982

*Les défis de l'âge. Vol. 1, Les conséquences du vieillissement de la population*, Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Ile-de France, 1998.

*Les défis de l'âge. Vol. 2, Les conséquences du vieillissement de la population*, Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Ile-de France, 1999

*Les aspects financiers du vieillissement de la population : mars 2001*, Conseil national du crédit et du titre, Conseil national du crédit et du titre, 2001

*Les migrations et l'inégal vieillissement des régions françaises Emploi et chômage des "non-qualifiés" en France Les bas revenus agricoles en France...* [éd. par le] Ministère de l'économie, Institut national de la statistique et des études économiques, INSEE, 1994

*Neuroendocrinologie des démences : hormones, plaisir, vieillissement*, XIIIe Journées du Groupe de recherche sur l'Alzheimer, Marseille, 26, 27 et 28 janvier 2000, sous la dir. de B.F. Michel, J. Epelbaum, M. Heim... [et al.], Marseille, Solal, Collection Monographies du Groupe de recherche sur l'Alzheimer, 2001

*Travail, santé, vieillissement : relations et évolutions : Colloque des 18 et 19 novembre 1999*, Paris / {organisé par le CREAPT), Bernard Cassou, Claude Buisset, Dominique Brugère... <et al.>, Ed. Octarès, 2001

*Vieillesse et vieillissement au Moyen-Âge* : actes du 11e Colloque du CUERMA, Aix-en-Provence, février 1986, publ. du CUERMA-Université de Provence, 1987

*Vieillir dans la dignité*, ASH n°2264 du 24 mai 2002.

*Vieillesse démographique et droit : vers un droit de la vieillesse ?*, actes du colloque, 26 mars 1999, Paris, organisé par la Cour de cassation et l'Université René-Descartes, Paris V ; avec les contributions de Hélène Albert, Louis-Étienne Albrand, Jean-François Burgelin... et al. ; sous la dir. de Jean-François Burgelin, Jean-Pierre Gridelj, Dalloz, 1999

*Vieillesse et handicap : après les constats, les solutions*, Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (CREAI Rhône-Alpes), CREAI 2002.

*Vulnérabilité et vieillissement : comment les prévenir, les retarder ou les maîtriser ? : can they be prevented, delayed or controlled ? = Vulnerability and aging*, Actes d'un colloque organisé par l'Institut Servier, Paris, Elsevier, 2002

## TEXTES OFFICIELS

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relatif à la perte d'autonomie.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Décret 99-316 et 317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes.

Décret 2001-388 du 4 mai 2001 modifiant le décret 99-316 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes.

## ARTICLES

« *La France vieillit dans l'insouciance* », Le journal du Centre, 10/10/98.

« *Nécessité d'un enseignement de gériatrie* », Le généraliste, 16/10/98.

« *Vieillesse : quand l'éthique s'en mêle* », Le Bien public, 9/10/98.

« *Vieillir ne doit plus être un naufrage* », Le Figaro, 9/10/98.

« *Vieillissement : l'urgence d'un véritable « plan » à long terme* », L'Est éclair, 10/10/98