



TRANSITIONS
DEMOGRAPHIQUES
TRANSITIONS
ECONOMIQUES

La prise en charge de la perte d'autonomie : réflexion historique et perspectives d'évolution

7 mars 2024

Chaire TDTE

Lucien SAUDUBRAY
Chargé de Recherche

Résumé

La manière dont la société a pris en charge ses aînés a pris différentes formes au fil des siècles. À l'époque médiévale et sous l'Ancien Régime, la prise en charge s'effectuait à travers une sociabilité primaire, c'est-à-dire « qui lie directement les membres d'un groupe sur la base de leur appartenance familiale, de voisinage, de travail, tissant des réseaux d'interdépendance sans la médiation d'institutions spécialisées ». Cette prise en charge était également assurée par des institutions religieuses, incarnant la « charité chrétienne ». Les quelques institutions laïques qui s'occupaient des vieillards, telles que les dépôts de mendicité ou l'hôpital général, obéissent plutôt à une logique de mise à l'écart des indésirables plutôt que d'une véritable politique de gestion de la perte d'autonomie. Les images et représentations de la vieillesse étaient alors ambivalentes, mais principalement associées à la dégradation et à la répugnance du vieillard.

La Révolution française marque une rupture dans la représentation et la prise en charge des aînés, avec l'apparition de la notion de « dette sociale », définie comme l'obligation de l'État d'offrir assistance à « ceux qui, à cause de l'âge ou des infirmités, sont privés des moyens de subvenir à leurs besoins par le travail ». Les représentations de la vieillesse sont revalorisées, s'inspirant notamment des images antiques.

La Troisième République permet l'établissement d'une solidarité républicaine envers les personnes âgées, remplaçant la charité chrétienne. Les débats autour de « l'invalidité ordinaire » mènent à une assistance sociale obligatoire et nationale, reprenant le concept de « dette sociale » de la Révolution. La vieillesse des plus pauvres et la prise en charge de l'invalidité deviennent des sujets d'intervention de la collectivité. La création d'une assurance vieillesse basée sur la capitalisation est instaurée dans les années 1930. Cette même époque marque par ailleurs « l'âge d'or des hospices », où la qualité de vie dépasse celle de la plupart des individus.

Après la Seconde Guerre mondiale, le régime général de la sécurité sociale, système hybride, est créé et prend en charge de manière universelle un ensemble de risques, notamment celui de la vieillesse. L'apparition du « troisième âge » et la décohabitation des générations conduisent les hospices à évoluer en « hospices pour vieux ». Le rapport Laroque de 1962 pointe les défaillances de ces hospices, dont les conditions se dégradent. Une transition est alors amorcée pour repenser le lieu d'accueil, avec l'apparition des foyers-logements en 1957 et la longue conversion des hospices en maison de retraite puis en EHPAD de 1975 à 2002.

Ces dernières années ont été témoins de ruptures structurelles qui ont modifié notre conception de la prise en charge des aînés. La mise en place de l'APA en 2001 a facilité la prise en charge de la perte d'autonomie grâce à une aide financière permettant de couvrir les dépenses nécessaires notamment au maintien à domicile. La création du cinquième risque en 2020, géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, a permis de reconnaître officiellement l'autonomie comme une composante à part entière de la sécurité sociale. La reconnaissance progressive des aidants a marqué une rupture significative en officialisant le rôle indispensable des proches dans l'accompagnement des personnes âgées. Enfin, le scandale Orpea a conduit à



questionner le débat public sur la pertinence de la quête permanente du profit dans la prise en charge de nos aînés.

Les débats actuels sur la loi du Grand Age nous invitent à replacer cette question dans le temps long et à la mettre en relation avec les importantes ruptures en cours induites par la transition démographique. La nécessaire réforme ambitieuse de la prise en charge de la perte d'autonomie exige des moyens proportionnels au défi du vieillissement de la population. Les ruptures institutionnelles telles que la création du CNSA et de la cinquième branche constituent des outils pertinents pour appréhender cette transition, mais nécessitent davantage de moyens financiers. Le scandale d'ORPEA a entraîné une rupture dans la gestion des établissements d'accueil. Les EHPAD se tournent désormais vers des logiques plus humaines et inclusives. La mise en place de l'APA a marqué une rupture importante dans l'offre d'aide pour le maintien à domicile et pour permettre un vieillissement autonome chez soi. Cette évolution correspond au souhait d'une grande majorité des Français et nécessite donc d'être financée de manière plus conséquente. Enfin, la rupture légale que représente la reconnaissance des aidants est une étape cruciale qui doit être complétée par un plus grand soutien aux aidants et à leurs droits.

Tables des matières

Résumé	2
Introduction	5
I. Evolutions et ruptures passées	6
Vieillir sous l’Ancien Régime.....	6
Le tournant de la Révolution française.....	7
De la rupture des lois sociales de la Troisième République	8
L’après-guerre et l’essor de l’Etat providence.....	10
II. Les 4 grandes ruptures en cours.....	14
Vers un cinquième risque pleinement financé	14
Vers un virage domiciliaire	15
Vers des EHPAD à visage humain, inclusif et intergénérationnel.....	16
Vers une meilleure reconnaissance des aidants.....	17
Conclusion.....	19
Bibliographie	20

Introduction

Pour adopter des solutions cohérentes face au défi de la transition démographique, il est essentiel d'examiner les grandes avancées et les ruptures historiques dans la prise en charge des individus en perte d'autonomie. Cette note vise à comprendre, dans une perspective historique, les moyens et outils mis en place, ainsi que leur logique, afin de parfaire la construction d'une société attentive au bien-être des personnes âgées.

L'histoire de la prise en charge de la dépendance est marquée de ruptures qui ont affecté sur le long terme les institutions, les idées, les mœurs et les pratiques. Cette note explore l'évolution de la prise en charge de la perte d'autonomie et des perceptions de la vieillesse en France, depuis l'époque médiévale jusqu'à nos jours. En s'appuyant sur les travaux de chercheurs tels que Christophe Capuano, Élise Feller ou encore Philippe Ariès, nous présenterons une analyse des changements d'attitudes, de politiques et de pratiques à l'égard des personnes âgées.

Les grandes ruptures en cours soulignent une prise de conscience encore inachevée du vieillissement de la population et des défis de la transition démographique. La création de la cinquième branche de la sécurité sociale représente une rupture institutionnelle essentielle face à la perte d'autonomie, mais elle nécessite des moyens financiers proportionnels pour être pleinement efficace. La reconnaissance légale des aidants, une autre rupture significative, doit être complétée par un soutien adéquat à ces acteurs indispensables. La mise en place de l'APA constitue une rupture majeure, facilitant le vieillissement à domicile dans la dignité, mais cette approche doit être renforcée pour bénéficier à tous. Enfin, la transformation des EHPAD en structures non lucratives, marque une rupture nécessaire vers une prise en charge plus respectueuse et centrée sur le bien-être des résidents.

La nécessité d'une loi sur le grand âge, interministérielle et audacieuse, est plus urgente que jamais pour répondre aux enjeux de la dépendance. Bien qu'annoncée par plusieurs gouvernements successifs, cette réforme essentielle, qui vise à renforcer les moyens humains tant à domicile qu'en EHPAD, a été constamment reportée. Dans ces débats autour d'une loi sur le grand âge, il est crucial de comprendre les évolutions et les ruptures passées dans la prise en charge de la perte d'autonomie pour appréhender pleinement les enjeux présents et futurs.

I. Evolutions et ruptures passées

Vieillir sous l'Ancien Régime

Au Moyen-âge, la vieillesse était souvent perçue de manière dévalorisée, associée à l'inaptitude sociale. Les représentations de la vieillesse étaient diverses, allant du vieillard studieux, le « vieillard d'étude », symbole de sagesse et de savoir, au « vieillard dégradé », perçu comme un fardeau en raison de sa dépendance croissante. Malgré cette ambivalence, les personnes âgées jouaient souvent des rôles importants en participant aux travaux au sein de la famille et de la communauté du village. L'idée d'un « âge d'or » de la vieillesse caractérisé par une forte solidarité familiale avant l'ère industrielle doit être nuancée.

Les hospices médiévaux, initialement sous la responsabilité de monastères, jouaient le rôle d'hôpital et pouvaient prendre en charge les plus vulnérables, notamment les personnes âgées. Avec l'émergence des hôtels-Dieu à la fin du Moyen-âge, la distinction se marqua par la spécialisation des établissements. Dans les villes, les malades étaient généralement dirigés vers les hôtels-Dieu, tandis que les hospices accueillent les pèlerins, les voyageurs, les personnes démunies, ainsi que les vieillards non assistés et les incurables.

Exemple de la ville de Montpellier au Moyen-âge : Dans la ville de Montpellier¹ à la fin du Moyen-âge, la vieillesse était segmentée en deux phases distinctes : la *senectus* et le *senium*. La *senectus* était une période de retrait progressif mais actif, tandis que le *senium* était associé à un déclin mental et physique. Ces étapes de la vie étaient largement influencées par la culture et les perceptions subjectives de l'époque, avec des représentations allant du patriarche sage et respecté à la vieille femme isolée et astucieuse.

Les personnes âgées de Montpellier vivaient généralement au sein de ménages élargis et bénéficiaient du soutien de leur famille et de leurs proches. Les figures du *pater familias* ou de la matriarche tenaient des rôles prépondérants, assumant souvent la responsabilité de la famille élargie. En cas d'absence de proches ou de patrimoine, les personnes âgées continuaient à travailler pour subvenir à leurs besoins.

Sous l'Ancien Régime, tout comme au Moyen-âge, l'assistance aux personnes âgées relevait principalement de la sphère privée. Les individus vieillissent au sein de leur famille, tout en contribuant aux tâches quotidiennes et aux travaux domestiques par le biais d'une sociabilité primaire, c'est-à-dire « qui lie directement les membres d'un groupe sur la base de leur appartenance familiale, de voisinage, de travail et tissant des réseaux d'interdépendance sans la médiation d'institutions spécialisées »²

L'assistance publique pour les personnes âgées, à cette époque, était limitée et les aînés indigents, sans ressources ni soutien familial, se retrouvaient souvent délaissés. Diverses structures, tels les dépôts de mendicité et les asiles ont progressivement émergé pour prendre en charge ces

¹ Lucie Laumonier, « En prévision des vieux jours : les personnes âgées à Montpellier à la fin du Moyen Age »

² CASTEL Robert, 1995, « Les métamorphoses de la question sociale », Paris, Fayard, 490 p

populations vulnérables. Ces institutions comme l'hôpital général instauré en 1656 répondaient davantage à une logique de mise à l'écart et de contrôle des personnes considérées comme indésirables, comme les pauvres, les mendiants et les vieillards isolés plutôt que d'une volonté de réelle prise en charge de la perte d'autonomie³. Ces initiatives de l'Etat visaient à isoler et à confiner les groupes sociaux marginaux, y compris les vieillards sans famille.

Parallèlement, les hospices continuaient de remplir leur mission en apportant leur soutien aux personnes âgées dans le besoin, celles qui ne bénéficiaient pas de la protection de leur famille. Ces hospices incarnaient la charité chrétienne, une forme d'assistance basée sur un amour désintéressé envers son prochain, inspiré par l'amour divin. Cette philanthropie, exprimée à travers des actes volontaires, visait à soulager à la fois matériellement et spirituellement les personnes âgées en leur fournissant une mort conforme aux rituels chrétiens. Ces actes de bienfaisance n'étaient pas uniquement perçus comme une aide pour les bénéficiaires, mais aussi comme un moyen pour les bienfaiteurs d'atteindre leur propre rédemption.

L'image négative du vieillard perdure et reste la même qu'au Moyen Age, avec l'ambivalence entre l'image de la répugnance et celle du vieillard sage en retrait⁴.

Exemple de la Lorraine sous l'Ancien Régime : La situation des aînés dépendait largement de leur situation familiale en Lorraine⁵, en particulier dans un contexte où de nombreux individus vivaient dans la pauvreté. Les communautés villageoises jouaient un rôle essentiel dans le soutien des personnes âgées, notamment en l'absence de famille. Des arrangements étaient fréquemment conclus entre les personnes âgées et leurs enfants ou d'autres membres de la communauté pour assurer leur entretien, en échange de biens ou d'argent. Les veuves pouvaient également bénéficier d'un douaire, une forme de soutien financier tiré des biens du mari décédé, dont la quantité et les conditions étaient déterminées par les coutumes locales.

Le tournant de la Révolution française

La Révolution française constitue un moment charnière dans la prise en charge et la perception de la vieillesse. Marquée par des idéaux de fraternité et d'égalité, cette période voit la vieillesse s'ériger en préoccupation sociale et publique en opposition à la charité et la mise à l'écart de l'Ancien Régime. Les Constituants, animés par un esprit révolutionnaire, introduisent la notion de dette sociale, comme l'obligation de l'État d'offrir assistance à « ceux qui, à cause de l'âge ou des infirmités, sont privés des moyens de subvenir à leurs besoins par le travail ». Ce concept, profondément ancré dans les principes révolutionnaires, est réaffirmé dans le préambule de la Constitution de 1848, garantissant le droit à l'assistance pour les personnes âgées.

Dans ce contexte, les Constituants aspirent également à transformer radicalement les institutions charitables héritées de la monarchie. Leur vision est de remplacer les hospices, qui jusqu'alors

³ Michel Foucault, Histoire de la folie à l'âge classique, 1961, « Le grand renfermement »

⁴ « Une histoire de la vieillesse ? » Entretien avec Philippe Ariès. 1983

⁵ Guy Cabourdin, « La Vie quotidienne en Lorraine aux XVIIe et XVIIIe siècles »

mettaient à l'abri mais aussi marginalisaient les démunis, par des lieux d'accueil plus dignes et respectueux de l'individu. Ces nouveaux établissements seraient non seulement des refuges pour les nécessiteux, mais aussi des espaces de vie intégrés à la communauté, rompant avec l'idée de mise à l'écart des personnes âgées et infirmes. Cependant, malgré ces intentions progressistes, les Constituants se heurtent à des limites pratiques, ne parvenant pas pleinement à concrétiser cette nouvelle approche de la prise en charge. Les institutions créées sous l'Ancien Régime perdurent donc en France après la Révolution.

Cette période est également celle d'un changement de mentalité significatif. Si autrefois la vieillesse était souvent perçue négativement, la période post-révolutionnaire assiste à une revalorisation de l'image des personnes âgées⁶. La dignité et la sagesse du vieillard sont désormais valorisées, s'inspirant des représentations antiques du sage vieillard. La vieillesse devient synonyme d'expérience et de respectabilité, rompant avec les représentations antérieures plus dévalorisantes. La prise en charge de la vieillesse reste principalement dans le cadre privé de la famille au XIXe siècle. La responsabilité du soin aux personnes âgées incombe principalement à la famille.

De la rupture des lois sociales de la Troisième République

Au tournant du XXe siècle, la France connaît une rupture significative avec les politiques de la Troisième République, marquant un changement dans l'approche de la prise en charge des citoyens inaptes au travail. Cette période s'inscrit dans une volonté de créer une solidarité républicaine, visant à émanciper la société de la charité chrétienne traditionnelle pour se diriger vers un système plus étatisé.

La période de 1880 à 1914 est ainsi marquée par des débats autour de « l'invalidité ordinaire », incluant la vieillesse⁷. Ces débats aboutissent à l'établissement d'une assistance sociale, obligatoire et nationale. En 1893, un pas décisif est franchi avec la création de l'assistance médicale gratuite, un service public qui témoigne d'une volonté politique de répondre aux besoins des plus vulnérables. Puis, en 1905, la loi sur l'assistance obligatoire aux infirmes, malades incurables et aux indigents matérialise la renaissance du principe de « dette sociale » hérité de la Révolution française. Cette loi vient consacrer l'engagement de l'État envers ses citoyens les plus fragiles, leur garantissant une aide fondamentale. Cette loi, adoptée la même année que celle de la séparation des Églises et de l'État, symbolise la volonté de substituer la charité chrétienne par la solidarité républicaine, enracinant ainsi l'assistance aux personnes âgées dans le cadre de la République. En 1912, on constate que près de 22% des personnes âgées de plus de 70 ans bénéficient de cette assistance, ce qui illustre l'impact tangible de ces politiques sociales sur la vie des aînés. La loi de 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes, malgré ses limites et sa faible application, représente une avancée importante dans la prise en charge de la vieillesse.

⁶ « Une histoire de la vieillesse ? » Entretien avec Philippe Ariès. 1983

⁷ Capuano, Christophe. « Que faire de nos vieux ? Une histoire de la protection sociale de 1880 à nos jours »

La législation de 1905 a établi le cadre privilégié pour la prise en charge des personnes âgées et des individus en situation d'invalidité, la vieillesse des pauvres était alors devenue un sujet d'intervention de la collectivité. Cette loi de 1905 n'instaure pas un droit automatique à l'assistance, mais reconnaît une éligibilité au soutien pour les personnes âgées de plus de 70 ans sans moyens financiers. Les communes étaient chargées d'évaluer trois facteurs clés - l'âge, les ressources et le lieu de résidence - avant de dresser la liste des personnes devant être accueillies dans les hospices ou recevoir une aide à domicile.

Dans l'entre-deux-guerres, la question de la vieillesse perd de son importance dans le débat public et politique, étant éclipsée par les préoccupations liées à l'invalidité de guerre. Néanmoins, durant cette période, les hospices entrent dans ce qui est considéré comme leur « âge d'or »⁸, caractérisé par des améliorations notables des conditions de vie autour de 1920. Cette ère est marquée par un niveau d'hygiène et de confort remarquable dans ces établissements, surpassant souvent celui des logements privés, surtout en milieu rural. Les hospices se dotent de commodités modernes telles que lavabos, douches et électricité, offrant ainsi un cadre de vie bien plus avancé que celui accessible à la majorité de la population à cette époque. Cette même période est par ailleurs témoin d'un déclin de la recherche médicale sur les maladies des personnes âgées. C'est également à cette époque qu'Alfred Sauvy introduit la notion de « vieillissement de la population »⁹, posant les bases d'une prise de conscience des problèmes démographiques qui allait façonner les politiques sociales à venir.

En 1925, le Conseil supérieur de l'assistance publique ouvre les hospices à une plus grande population. Au-delà des vieillards sans ressources, les critères d'admission changent et permettent à des pensionnaires payants d'y entrer. L'hospice se constitue de plus en plus comme le lieu de vie collectif pour la prise en charge de la question de la vieillesse.

La fin des années 1920 et le début des années 1930 marquent une période charnière dans l'histoire de la protection sociale en France, avec la promulgation de lois cruciales qui réforment le système de couverture sociale. La loi du 5 avril 1928 inaugure une ère nouvelle en établissant une assurance vieillesse basée sur le principe de la capitalisation, ainsi qu'une assurance maladie, pour tous les salariés. La réforme se poursuit et s'élargit avec la loi du 30 avril 1930, créant ainsi le premier système complet et obligatoire d'assurance sociales, impliquant une couverture contre les risques maladie, de maternité, d'invalidité, de décès et de vieillesse. Ces lois marquent les premiers pas vers un système de protection sociale organisé, mais il est limité aux salariés et fondé sur un modèle de capitalisation, mettant de côté la question de la vieillesse assistée. Cette initiative marque un passage de l'assistance à une approche plus préventive de la sécurité sociale, basé sur un système d'assurance.

⁸ GUTTON Jean-Pierre, 1988, Naissance du Vieillard. « Essai sur l'histoire des rapports entre les vieillards et la société en France », Paris, Aubier, 281 p.

⁹ Bourdelais, Patrice. « Chapitre III. L'invention de la notion de vieillissement ». Dans L'âge de la vieillesse. (1993), 101-130.

L'après-guerre et l'essor de l'Etat providence

Dans l'après-guerre, la France entame une profonde transformation de sa politique sociale, particulièrement en ce qui concerne les personnes âgées. L'expansion de l'État-providence, amorcée dès la libération, englobe l'ensemble de la population française, active et retraitée. La prise en charge de la vieillesse est alors envisagée sous l'angle de la solidarité nationale.

À la Libération, le programme du Conseil National de la Résistance aspire à « un plan complet de sécurité sociale visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail ». Dans ce contexte, Pierre Laroque, mandaté par Alexandre Parodi, ministre du Travail de l'époque, est chargé de développer le projet de Sécurité Sociale envisagé par le programme du CNR. La Sécurité Sociale se concrétise avec les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945.

« Il est institué une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent. [...] »¹⁰

Ces ordonnances établissent des principes novateurs, notamment la généralisation progressive de la Sécurité Sociale à toute la population, financée conjointement par les cotisations des employeurs et des salariés. Ce système assure l'unité des institutions et la couverture universelle des risques, en instituant un régime unique et des caisses à compétence générale pour l'application des législations sociales. Ces ordonnances permettent la création d'un système hybride de sécurité sociale, refondant le système assurantiel des années trente. Ce modèle combine la gestion par les partenaires sociaux et le financement par les cotisations des employeurs et des salariés, tout en reconnaissant le rôle complémentaire des mutuelles. Ainsi, il associe protection universelle et gestion autonome par les représentants des salariés et du patronat. Le régime général couvre alors les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès et accidents du travail.

Dans l'immédiat après-guerre, l'assistance, perçue comme archaïque, se maintient mais se transforme en aide sociale en 1953. Cette évolution, destinée à un public légèrement moins démuné et s'adressant aux personnes aux « ressources insuffisantes », vise à être moins stigmatisante. Malgré ces changements, l'aide sociale continue de concerner un grand nombre de personnes, avec des dépenses en hausse (75 milliards de francs en 1950 à 129 milliards en 1955). Le décret du 29 novembre 1953 réforme les lois d'assistance, remplaçant les bureaux de bienfaisance et d'assistance par un bureau d'aide sociale unique par commune, chargé de traiter toutes les demandes d'aide sociale.

En 1948, conscient de l'importance croissante du vieillissement, l'Institut National d'Études Démographiques (INED) organise « Les Trois journées pour l'étude scientifique du vieillissement

¹⁰ Article 1 de l'Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale

de la population », signe d'une volonté d'appréhender scientifiquement ce phénomène. Durant les années 1950 et 1960, la demande pour les hospices connaît une forte augmentation, conséquence directe du vieillissement de la population et de l'évolution des structures familiales. La baisse des cohabitations intergénérationnelles n'illustre alors pas un déclin de la solidarité familiale, mais est davantage due à des facteurs tels que la mobilité géographique et l'allongement de la durée de vie.

En 1956, la France instaure le minimum vieillesse, conçu pour assurer un niveau minimal de ressources aux personnes âgées disposant de faibles revenus. Ce dispositif, premier du genre en matière de minima sociaux, bénéficie initialement à environ 2,5 millions de personnes. Au fil des années, ce nombre diminue progressivement, se réduisant d'un tiers quarante ans plus tard, grâce à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées par le système de retraite.

En 1958, le Code de la Santé a défini l'hospice, dont les rôles et les fonctions étaient encore multiples, mais qui était de plus en plus associé à la gestion de la vieillesse :

« Les hospices pouvoient à l'hébergement des vieillards, infirmes et incurables et leur assurent, le cas échéant, les soins nécessaires. Lorsqu'ils ne reçoivent que des vieillards, ces établissements sont dénommés maisons de retraite »¹¹

Dans les années 1960, les hospices sont clairement associés à la vieillesse, devenant ainsi « les hospices des vieux » plutôt qu'un simple lieu d'aide aux plus démunis. Cette période est marquée par une critique croissante de ces institutions, tant sur le plan des soins que de la qualité de vie offerte aux pensionnaires. En effet, en raison de moyens limités et de capacités insuffisantes, ces hospices symbolisent une forme de mise à l'écart des personnes âgées, soulignant les carences dans la prise en charge de la vieillesse. Les conditions de vie des « vieillards » dans ces hospices demeurent peu connues du grand public, souvent confrontées à des handicaps physiques ou psychiques et à des soucis financiers. Face à cette situation, la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, dite Commission Laroque¹², est créée en 1960 à la demande du Haut Comité consultatif de la population et de la famille et sous l'impulsion du général de Gaulle. Présidée par Pierre Laroque, cette commission a pour mission de concevoir et d'impulser une politique publique globale dans le domaine de la vieillesse. Elle aborde des aspects variés, tels que l'emploi, les revenus, et les conditions psychologiques et morales d'existence des personnes âgées, et organise des enquêtes, exploite des rapports et auditionne divers acteurs sociaux. Son objectif est de développer un contre-modèle social face à la déségrégation sociale de la vieillesse, promouvant le maintien à domicile et une approche plus inclusive du vieillissement.

Parallèlement, le Comité national de la vieillesse, créé en 1956, joue un rôle consultatif, présentant des idées novatrices sur les besoins physiques des personnes âgées et soutenant le principe du libre choix par la personne âgée de son lieu de vie. Ce comité accompagne les travaux de la commission

¹¹ Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière

¹² Capuano, Christophe. « Que faire de nos vieux ? Une histoire de la protection sociale de 1880 à nos jours »

Laroque, discutant de ses propositions et de leur mise en œuvre. De plus, le développement de la gériatrie, relancé durant cette même période, témoigne de l'attention nouvelle portée aux spécificités médicales du grand âge.

Le rapport Laroque marque une nouvelle phase dans la politique de la vieillesse. Il élargit le champ d'action de cette politique pour englober l'ensemble des personnes âgées, les considérant comme une entité unifiée plutôt que de se limiter uniquement aux plus démunies. Ce texte promeut une nouvelle représentation de la vieillesse et met en lumière la situation des personnes âgées en tant que citoyens à part entière, et non plus comme des particularités à assister par le biais de l'aide sociale. Les personnes âgées sont alors perçues comme des citoyens objets d'une politique publique à part entière et non plus uniquement comme des bénéficiaires d'assistance. Plutôt qu'une approche ponctuelle et curative jusqu'alors privilégiée, le rapport Laroque recommande une stratégie globale et préventive envers les personnes âgées. Il promeut leur intégration et le maintien dans leur environnement, soulignant que « dans l'intérêt de l'économie comme dans l'intérêt de l'équilibre physique et psychique des personnes âgées, tous les efforts doivent tendre à maintenir celles-ci dans leur milieu économique comme dans leur milieu social ». Le rapport indique également que « le maintien, à tous égards souhaitable, des personnes âgées dans un logement individuel doit nécessairement s'accompagner d'un important effort d'action sociale pour assurer à ces personnes des conditions matérielles et morales d'existence satisfaisantes ». La commission propose la mise en place d'un « ensemble coordonné de moyens et de services adaptés » aux besoins des personnes âgées. Ainsi, le document préconise la création de logements adaptés, la généralisation de l'aide-ménagère à domicile, l'établissement de services sociaux pour les personnes âgées et l'organisation d'activités de loisirs destinées aux aînés.

La création des logements-foyers, initiée par la loi du 7 août 1957, marque un tournant dans l'accueil des personnes âgées en France. Ces habitats, situés entre le domicile privé et les institutions traditionnelles, visaient à offrir aux aînés un cadre de vie adapté et autonome tout en assurant une prise en charge collective¹³. Encouragés par le rapport Laroque de 1962, ces foyers-logements ont répondu à une vision préventive et intégrée du vieillissement, privilégiant le maintien des personnes âgées dans leur milieu social grâce à des services et des soins adaptés. Conçus pour des individus préservant une autonomie relative, ils ont proposé une alternative aux hospices, favorisant ainsi un vieillissement digne et intégré.

La loi hospitalière du 31 décembre 1970, suivie de la loi du 30 juin 1975, marque un tournant dans l'histoire des soins aux personnes âgées en France, initiant la transformation progressive des hospices en Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Ce processus, qui s'inscrit dans un contexte de prise en compte accrue des droits des seniors, se déroule sur plusieurs décennies, reflétant les évolutions sociales et démographiques ainsi que les changements dans la perception des soins aux personnes âgées.

¹³ Simzac, Anne-Bérénice, 2017. « Le dispositif des logements-foyers : entre politiques publiques et trajectoires individuelles ».

En 1975, la loi prévoit initialement un délai de dix ans pour la transformation des hospices en maisons de retraite, médicalisées ou non. Cependant, il faudra près de 30 ans pour que cet objectif se concrétise avec la création des EHPAD en 2002. Les hospices, héritiers d'une tradition asilaire, ont longtemps été perçus comme des lieux de relégation, mais avec le temps, ils évoluent pour mieux répondre aux besoins des personnes en fin de vie, intégrant des soins médicaux à leur offre. La loi de 1975 marque également l'utilisation du terme « maison de retraite » dans le langage législatif, préféré maintenant au terme d'hospice devenu péjoratif. Elle ouvre la voie à la médicalisation, bien que celle-ci reste facultative pour les établissements. La loi de 1997, avec la prestation spécifique dépendance, révisé cette approche, introduisant une structure tarifaire tripartite et renforçant la médicalisation.

En 1973, le terme de « dépendance » émerge dans le lexique législatif français, remplaçant des termes plus anciens et souvent stigmatisants comme « grabataire ». La loi de 1975 marque une étape importante en distinguant « handicap » et « dépendance », reflétant une prise de conscience de la diversité des besoins liés à la perte d'autonomie. Enfin, la législation de 1997 introduit officiellement le terme de « personnes âgées dépendantes », confirmant l'intégration de cette réalité dans le cadre législatif et social français. Ces évolutions lexicales, autant que législatives, montrent une évolution dans la reconnaissance et la prise en charge de la perte d'autonomie. Le terme de « personnes âgées dépendantes » marque une évolution significative dans la perception et la prise en charge des aînés en France. Tout en reconnaissant spécifiquement les besoins des personnes âgées et en soulignant la distinction entre handicap et dépendance, elle aurait conduit à une forme d'âgisme¹⁴ où l'âge devient un critère central dans l'attribution de l'aide. Cette spécificité attribuée à la vieillesse aurait ainsi participé à une vision stéréotypée et souvent négative du vieillissement, où les personnes âgées en difficulté sont vues comme un fardeau pour la société.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a amené des changements dans la prise en charge des personnes âgées en France. Cette législation a transformé les maisons de retraite médicalisées en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), introduisant des normes qualitatives plus élevées et des rôles clés comme celui du médecin coordonnateur. Les EHPAD se distinguent par une meilleure prise en compte des droits des résidents, notamment à travers la mise en place de conseils de la vie sociale. Conçus spécifiquement pour accueillir des personnes âgées dépendantes, les EHPAD intègrent des soins médicaux et un accompagnement quotidien grâce à une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, d'infirmiers, d'aides-soignants, ainsi que de personnel psycho-éducatif.

¹⁴ Histoire d'une catégorie : « personnes âgées dépendantes », Bernard Ennuyer

II. Les 4 grandes ruptures en cours

Vers un cinquième risque pleinement financé

Le long processus de mise en place d'un cinquième risque dans la Sécurité sociale, traitant de la dépendance, remonte à la mission parlementaire Arreckx de 1979¹⁵. Cette proposition envisageait une assurance obligatoire contre la dépendance, indépendante de l'âge et basée sur les incapacités ou handicaps, financée par des prélèvements sociaux. Inspirée par le modèle allemand de 1994, la France a envisagé une assurance liée à l'assurance maladie, couvrant tous les salariés pour échapper à la pauvreté et l'aide sociale, tout en maîtrisant les coûts. Cependant, cette idée a été abandonnée en 1994 en raison de problèmes internes à la Sécurité sociale et du refus gouvernemental d'augmenter les prélèvements en période préélectorale. L'incertitude quant au nombre de personnes dépendantes et au rôle des aidants familiaux a joué un rôle dans cette hésitation, malgré une meilleure connaissance statistique des populations concernées et des coûts pour les finances publiques.

La critique de la prestation spécifique dépendance à la fin des années 1990 a relancé le débat, mais la création du cinquième risque a été remplacée par l'instauration de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) le 20 juillet 2001. Dans cette dynamique de réforme, le milieu des années 2000 a vu l'introduction du terme « perte d'autonomie » dans les textes législatifs qui a supplanté l'usage précédent de « dépendance », reflétant un changement dans la perspective sociétale par rapport à l'appréhension des besoins des personnes âgées et handicapées.

La canicule de 2003 a de nouveau relancé le débat sur le cinquième risque, mais sans aboutir à une décision claire. Le 30 juin 2004, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est créée, celle-ci joue alors un rôle limité et ne constitue pas encore complètement une agence nationale dirigeant la prise en charge de la dépendance. Malgré tout, cette création illustre la volonté institutionnelle de vouloir répondre au défi de la perte d'autonomie. La CNSA a alors pour mission de coordonner et de financer les mesures de soutien à l'autonomie.

La législation du 7 août 2020, relative à la dette sociale et à l'autonomie, permet la fin de cette longue attente et crée une nouvelle branche « Autonomie » au sein de la Sécurité sociale :

« La Nation affirme son attachement au caractère universel et solidaire de la prise en charge du soutien à l'autonomie, assurée par la Sécurité sociale. La prise en charge contre le risque de perte d'autonomie et la nécessité d'un soutien à l'autonomie sont assurées à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. »¹⁶

¹⁵ Capuano, Christophe. « Que faire de nos vieux ? Une histoire de la protection sociale de 1880 à nos jours »

¹⁶ 7 août 2020 : la loi organique n° 2020-991 et la loi n° 2020-992 entérinent la création de la branche Autonomie, dont la gestion est confiée à la CNSA.

Cette branche, gérée par la CNSA, marque la pleine reconnaissance de l'autonomie comme enjeu majeur et essentiel de la protection sociale. Elle confirme l'engagement de l'État dans le renforcement du soutien apporté aux populations fragilisées, en quête d'une meilleure coordination des politiques de santé et de solidarité, et souligne la volonté de répondre de manière adéquate aux besoins croissants liés à l'autonomie dans la société française.

Pour l'année 2023, le budget alloué à la branche autonomie s'élève à 38,6 milliards d'euros, reflétant l'ampleur de l'investissement dans ce secteur crucial. Ce budget est financé principalement par des sources telles que la contribution sociale généralisée (CSG), la contribution de solidarité autonomie, et la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa), ainsi que par des transferts entre organismes de sécurité sociale. Les allocations sont principalement destinées au financement des établissements sociaux et médico-sociaux, qui se voient attribuer environ 30,1 milliards d'euros, et aux prestations individuelles telles que l'allocation personnalisée d'autonomie, la prestation de compensation du handicap, et l'allocation journalière du proche aidant, pour lesquelles 6,3 milliards d'euros sont réservés. Cette répartition du budget souligne l'importance accordée à la prise en charge des besoins des personnes dépendantes et de leurs aidants, dans le cadre d'une approche globale et solidaire de l'autonomie.

L'effort financier nécessaire pour améliorer la prise en charge de la perte d'autonomie est conséquent, avec une projection des dépenses supplémentaires estimées à environ 20 milliards d'euros en 2030 et 30 milliards d'euros en 2040. Pour financer cette prise en charge, la Chaire TDTE suggère principalement deux solutions¹⁷. D'une part, l'introduction d'une assurance dépendance obligatoire dès l'âge de 40 ans, apportant un soutien financier significatif aux ménages en cas de dépendance. D'autre part, la valorisation du patrimoine des seniors par des mécanismes de solidarité intragénérationnelle, incluant la liquéfaction de patrimoine et des contributions sur les héritages élevés, afin de répartir équitablement les charges financières liées au vieillissement. Le financement pourrait alors être complété sans une plus grande contribution des jeunes actifs, préservant ainsi l'harmonie entre les générations.

Vers un virage domiciliaire

La prise en charge des personnes âgées par le maintien à domicile a été significativement renforcée par la mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en 2001, remplaçant la Prestation Spécifique de Dépendance (PSD). L'APA, effective depuis 2002, a été instaurée pour soutenir financièrement les seniors en perte d'autonomie, que ce soit pour couvrir les frais d'un EHPAD ou pour financer les aides nécessaires au maintien à domicile¹⁸. Dès son lancement, l'APA a connu une forte demande, avec un nombre de bénéficiaires augmentant rapidement, passant de 145 000 seniors initialement à environ 670 000 en 2003.

¹⁷ Villemeur, Alain, « Personnes âgées dépendantes : meilleur bien-être, nouvelles dépenses et nouveaux financements ». Revue d'économie financière numéro 152. 2023.

¹⁸ « L'APA couvre 80 % des frais de maintien à domicile des personnes âgées ». INSEE. Analyse Bourgogne-Franche-Comté. Numéro 106. Février 2023.

L'APA se décline en deux versions : l'APA à domicile et l'APA en établissement, toutes deux gérées par les Conseils départementaux. En 2014, l'APA représentait la majorité des aides sociales départementales en faveur des personnes âgées, avec environ 1 250 000 bénéficiaires. Les données de 2016 de la DREES indiquent que les bénéficiaires de l'APA ont reçu près de 5,5 milliards d'euros, reflétant l'importance croissante de cette allocation dans la politique sociale française, en réponse au vieillissement de la population.

Le remplacement de la prestation spécifique dépendance par l'APA constitue un progrès significatif dans la reconnaissance institutionnelle de la perte d'autonomie. Cette allocation vise à mieux répondre aux besoins individuels des personnes âgées en situation de dépendance, qu'elles soient à domicile ou en établissement, et symbolise une étape importante vers une politique plus personnalisée et plus juste, permettant à nos aînées de vieillir chez soi.

En partant du constat que près de 90 %¹⁹ des Français souhaitent vieillir chez eux, la Chaire TDTE²⁰ recommande le maintien à domicile pour les personnes classées en GIR 4, 5 et 6, et de permettre le maintien à domicile des personnes classées en GIR 3 uniquement si le coût de la réadaptation du logement reste raisonnable. Pour les personnes classées en GIR 1 et 2, il est préférable de les accueillir en établissement.

Vers des EHPAD à visage humain, inclusif et intergénérationnel

Le scandale Orpea, déclenché par la publication du livre « Les Fossoyeurs » en janvier 2022, a révélé des pratiques choquantes au sein des EHPAD privés lucratifs, soulignant une culture de maltraitance et une quête incessante de profits au détriment du bien-être des résidents.

Le scandale a ravivé le débat sur la pertinence du secteur privé lucratif dans la prise en charge de la dépendance. En 2020, près de 20% du marché des EHPAD était détenu par le secteur privé lucratif, contre 50% pour le secteur public et 30% pour le privé non lucratif. Le secteur privé lucratif affiche des tarifs en moyenne 50% plus élevés que ceux du public, sans nécessairement offrir un service de qualité supérieure. Les critiques mettent en avant que la mission d'accompagnement et de soins des aînés ne devrait pas être influencée par des objectifs de rentabilité. Le contrôle d'Orpea par la Caisse des dépôts en janvier 2023 représente une tentative de diriger l'entreprise vers une gestion plus éthique, ne mettant plus la rentabilité comme objectif premier :

« Nous pensons que l'on peut agir dans le cadre d'un capitalisme éthique et responsable. [...] Mais cette rentabilité est une conséquence, elle ne constitue pas l'objectif premier »²¹

¹⁹ Rapport Cour des comptes, 2016. « Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie ».

²⁰ Cheikh GUEYE, 2024. « Maintien à domicile des personnes âgées : l'analyse des coûts et l'impact sur le bien-être »

²¹ Intervention de Éric Lombard lors de la Commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire du mercredi 14 juin 2023.

Face à la problématique de la généralisation des mauvais traitements dans les EHPAD, la logique marchande ne semble pas favoriser une meilleure prise en charge. En effet, malgré des tarifs plus élevés, le secteur privé lucratif n'enregistre pas moins de plaintes que celles observées dans d'autres types d'EHPAD²². Ce constat impose une rupture dans l'approche actuelle, nécessitant le renforcement des cadres de surveillance et en envisageant des modèles alternatifs pour la gestion des EHPAD. Ces modèles, qu'ils soient publics, associatifs, ou non lucratifs, doivent garantir que la prise en charge des personnes âgées se fasse dans le respect et la dignité qu'elles méritent.

La Chaire TDTE propose de réinventer ces espaces en lieux de vie inclusifs et intergénérationnels, où le bien-être et l'autonomie des personnes âgées sont au cœur de l'approche²³. Ces nouvelles maisons de retraite ambitionnent d'intégrer pleinement les seniors dans la communauté locale, en promouvant des liens intergénérationnels et en coordonnant harmonieusement les actions des aidants, pour transformer la perception et la réalité de la vieillesse en perte d'autonomie.

Vers une meilleure reconnaissance des aidants

La reconnaissance du statut d'aidant s'est développée parallèlement à l'émergence du concept du « troisième âge » et à la tendance à la décohabitation des générations. La volonté des individus et du pouvoir politique de permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles a impliqué une présence et une prise en charge des enfants envers leurs aînés, cette prise en charge ne pouvant être entièrement encadrée par des professionnels.

Les initiatives en soutien aux aidants ont d'abord émergé du milieu civil et associatif, impulsées par des initiatives locales. La reconnaissance par l'État et la création de plateformes et d'institutions pour soutenir les aidants sont venues ensuite. Ainsi, dès les années 90, des actions de soutien aux aidants ont vu le jour dans la société civile, comprenant des accueils de jour, des séances d'accompagnement et des initiatives innovantes telles que les « Cafés des aidants » et les « Bistrot mémoires ». Bien que ces projets locaux étaient variés et non coordonnés à l'échelle nationale, ils ont représenté des avancées significatives pour répondre aux besoins des aidants et ont contribué à sensibiliser les autorités politiques à la question de la reconnaissance des aidants.

À partir des années 2000, la situation a évolué avec l'introduction de diverses réglementations juridiques, témoignant d'une reconnaissance accrue des aidants. Cette dynamique a été renforcée par la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) en 2005, en réponse aux leçons tirées de la canicule de 2003 et à la nécessité de renforcer les solidarités locales. La CNSA est devenue un acteur clé en finançant des mesures visant à soutenir l'autonomie des personnes âgées et handicapées, et par extension, à améliorer la situation des aidants.

²² La Tribune, « Le modèle lucratif des Ehpads sur la sellette ? », 6 février 2022.

²³ Chaire TDTE, note du 2 juin 2023. « Le bien-vivre en maison de retraite : vers un lieu de vie inclusif et intergénérationnel ! »

Cependant, c'est surtout la loi HPST de 2009 qui a confié à la CNSA la mission d'aider les aidants. La CNSA a alors développé toute une gamme de programmes et d'initiatives, comprenant la formation des aidants, le financement de la recherche et la promotion d'actions novatrices, soulignant ainsi l'importance des aidants dans le système de soins français. Elle a également joué un rôle crucial en finançant les plateformes d'accompagnement et de répit, ainsi que les structures d'accueil de jour, tout en s'engageant à formuler des recommandations pour améliorer le soutien offert aux aidants.

La loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) de 2015 a constitué une avancée significative dans la définition et le cadre juridique des aidants en France. Elle a réaffirmé le rôle de la CNSA et a officiellement reconnu les « proches aidants », élargissant leur définition pour inclure diverses formes de relations étroites et stables avec les personnes aidées. Cette législation a également introduit des mesures importantes telles que le droit au répit pour les aidants et une aide financière en cas d'hospitalisation de la personne aidée, renforçant ainsi leur reconnaissance et leur soutien.

« Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne »²⁴

Le congé de proche aidant, introduit en 2017, a remplacé le congé de soutien familial. Ce congé permet aux salariés de suspendre temporairement leur activité professionnelle pour s'occuper d'un proche en situation de dépendance, sous certaines conditions de lien familial ou de relation étroite.

La stratégie de mobilisation et de soutien aux aidants pour 2023-2027, lancée par le gouvernement, vise à améliorer la situation des aidants grâce au développement de solutions de répit et à l'amélioration de l'accès aux droits et services. Cette stratégie inclut le déploiement de plateformes de répit dans chaque département, l'ouverture de la validation des acquis de l'expérience aux aidants et des mesures spécifiques pour les jeunes aidants.

La Chaire TDTE propose d'élargir le soutien aux aidants en recommandant la création de centres de ressources pour leur accompagnement psychologique, la mise en place d'un plan d'aide spécifique pour les jeunes aidants, le renforcement des dispositifs existants tels que le relayage, et la rémunération au SMIC horaire pour ceux qui assistent les personnes âgées présentant une dépendance lourde. Ces mesures²⁵ ont pour objectif de valoriser le rôle crucial des aidants et de les positionner comme des acteurs incontournables dans le système futur de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

²⁴ Article 51 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

²⁵ François-Xavier Albouy, Jean-Hervé Lorenzi, Alain Villemeur, Sitara Khan, 2020. « Les positions de la chaire TDTE pour un accompagnement renforcé, optimal et solidaire des aidants »

Conclusion

Ce panorama des grandes évolutions autour de la prise en charge de la vieillesse doit nous éclairer sur les débats contemporains et replacer les problématiques d'aujourd'hui à la lumière des ruptures fondatrices passées. Les grandes ruptures en cours soulignent une prise de conscience encore inachevée du défi du vieillissement de la population. Les débats sur la loi du Grand Age nous invitent à mettre en perspective les évolutions actuelles avec les longues évolutions passées concernant la problématique de la perte d'autonomie. La nécessaire réforme ambitieuse de la prise en charge de la perte d'autonomie exige des moyens proportionnels au défi du vieillissement de la population.

Les ruptures institutionnelles telles que la création du CNSA et de la cinquième branche constituent dans un premier temps des outils pertinents pour appréhender la transition démographique, mais nécessitent davantage de moyens financiers. La mise en place conjointe d'une assurance chômage obligatoire et la valorisation du patrimoine des seniors constituent des pistes à privilégier pour terminer ce tournant.

La mise en place de l'APA a marqué une étape importante pour permettre le virage domiciliaire et le vieillissement autonome chez soi. Cette évolution correspond au souhait d'une grande majorité des Français et nécessite donc d'être mieux financée pour permettre une aide à domicile plus conséquente.

De l'hospice à l'EHPAD, en passant par la maison de retraite, les lieux d'accueil pour les personnes âgées ont connu de nombreux changements. Initialement servant de lieu de relégation, l'entre-deux-guerres a témoigné d'une époque où ces lieux offraient une qualité de vie supérieure à celle de la plupart des Français. Le scandale d'Orpea a initié une rupture qui nous amène à repenser le concept d'accueil des personnes âgées. Ces lieux doivent être envisagés comme des espaces d'aide et de soutien inclusifs et intergénérationnels, et non comme des entités répondant à des logiques de recherche constante de profit.

Enfin, la rupture que représente la reconnaissance légale des aidants est une étape cruciale qui doit être complétée par un plus grand soutien aux aidants et à leurs droits. La création de centres de ressources pour l'accompagnement psychologique, ainsi qu'une rémunération améliorée, doivent être des moteurs dans les décisions à prendre afin de permettre une prise en charge plus juste de la perte d'autonomie.

Bibliographie

- Ariès, Philippe, 1983. *Une histoire de la vieillesse ? Entretien avec Philippe Ariès*. Communication.
- Argoud, Dominique, 2020. *La politique de soutien aux aidants en France : une articulation non aboutie avec le milieu associatif*.
- Bourdelaïs, Patrice, 1993. *Chapitre III. L'invention de la notion de vieillissement*. Dans *L'âge de la vieillesse*. Pages 101-130.
- Cabourdin, Guy, 1984. *Chapitre IV. Vieillir, souffrir et mourir*. Dans *La Vie quotidienne en Lorraine aux XVII^e et XVIII^e siècles*. Pages 80-110.
- Capuano, Christophe, 2018. *Que faire de nos vieux ? Une histoire de la protection sociale de 1880 à nos jours*.
- Chaire TDTE, juin 2023. *Le bien-vivre en maison de retraite : vers un lieu de vie inclusif et intergénérationnel*.
- Cheikh GUEYE, 2024. *Maintien à domicile des personnes âgées : l'analyse des coûts et l'impact sur le bien-être*.
- Ennuyer, Bernard, 2003. *Histoire d'une catégorie : « personnes âgées dépendantes »*.
- Feller, Élise, 2017. *Du vieillard au retraité. La construction de la vieillesse dans la France du XXI^e siècle*.
- François-Xavier Albouy, Jean-Hervé Lorenzi, Alain Villemeur, 2020. *Les positions de la chaire TDTE pour un accompagnement renforcé, optimal et solidaire des aidants*.
- Garden, Maurice, 1982. *Le vieillissement : Les hospices de vieillards. Du comité de mendicité à la loi d'assistance obligatoire (1790 – 1905)*. Dans *Le Vieillissement*. Pages 103-107
- Gutton, Jean-Pierre, 1988. *Naissance du Vieillard. Essai sur l'histoire des rapports entre les vieillards et la société en France*.
- Laumonier, Lucie, 2015. *En prévision des vieux jours : les personnes âgées à Montpellier à la fin du Moyen Âge*.
- Le Bihan-Youinou, Blanche, 2015. *La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France. Vers la création d'un cinquième risque ?*
- Le Monde, 24 mai 2018. *Comment le vieillissement est-il devenu un enjeu majeur de solidarité nationale ? Entretien d'Élise Feller*.
- Le Monde, 24 mai 2018. *Vieillir, ce n'était pas mieux avant*. Entretien avec Philippe Ariès.
- Le Monde, mai 2023. *Vieillir du XIX^e siècle à aujourd'hui : comment les aidants familiaux sont-ils apparus ?*
- Rossigneux-Méheust, Mathilde, 2014. *Négocier sa mort. Le combat des vieillards en institution à Paris au XIX^e siècle*. Pages 98 à 123.
- Simzac, Anne-Bérénice, 2017. *Le dispositif des logements-foyers : entre politiques publiques et trajectoires individuelles*. Thèse de doctorat.
- Villemeur, Alain, 2023. *Personnes âgées dépendantes : meilleur bien-être, nouvelles dépenses et nouveaux financements*. Revue d'économie financière numéro 152.