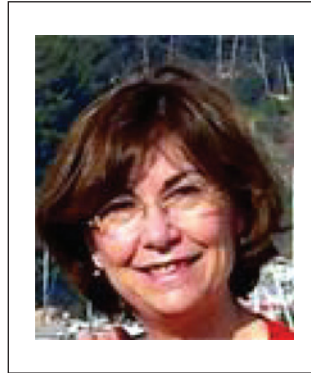


La gestion institutionnelle de la vieillesse au Liban

Dr. Charbel El Bcheraoui
est chercheur associé en anthropologie bio-culturelle au CNRS, Marseille, France au sein de l'équipe " Anthropologie du vieillissement " de l'UMR 6578. Il est chargé de recherche et d'enseignement à la Faculté de Médecine de l'Université Saint Joseph à Beyrouth et directeur de l'Unité de Soins et d'hébergement de longue durée de l'Asile des Vieillards Maronite à Beyrouth.



Dr. Nicole Chapuis-Lucciani
est chercheur en anthropologie bio-culturelle au CNRS, Marseille, France. Elle est responsable de l'équipe " Anthropologie du vieillissement " au sein de l'Unité Mixte de Recherche " Anthropologie bio-culturelle " UMR 6578 qui dépend du CNRS et de l'Université de la Méditerranée, à Marseille.

1- Introduction :

La gestion de la vieillesse n'est pas aussi récente que l'on pourrait le penser ; prendre soin des personnes âgées en dehors de l'enceinte familiale, dans des structures conçues à cette fin, remonte au 4^{ème} siècle, début de l'Empire byzantin, lors du transfert de la capitale de Rome vers Constantinople par l'empereur Constantin le Grand influencé par les concepts chrétiens (Lascaratos, 2004). Sainte Hélène, la mère de ce dernier, est la fondatrice de la première structure pour personnes âgées, sous le nom de " gerocomieia " (du grec : geros = grand âge et comein = soin) ou " gerotropheia " (du grec : geros et trephein = nourrir) et qui a été préservée jusqu'au XIV^{ème} siècle. Ces infirmeries étaient généralement construites à côté ou à l'intérieur des monastères. A partir du 5^{ème} siècle, une dizaine d'institutions était construite dans les Balkans, en Asie Mineure, dans les Iles Egéennes, en Syrie, en Palestine, en Egypte et à Chypre.

Une forme de médicalisation existait dans ces institutions puisque des infirmières, en relation avec des médecins extérieurs, étaient présentes dans les établissements ; de plus, des règles internes étaient établies concernant l'hygiène corporelle et le régime alimentaire.

Aujourd'hui, le vieillissement de la population implique une augmentation des besoins en lits en maisons de retraite et en longs séjours pour les personnes âgées (Doblhammer et Ziegler, 2006 ; Poulain, 2005). De nombreuses études concernent le taux d'équipements en termes de lits en

institutions pour personnes âgées dans de nombreux pays ; en Europe, on peut citer le projet FELICIE (Future Elderly Living Conditions In Europe) (Doblhammer et Ziegler, 2006).

Une étude parue en 1997 dans " la santé observée en France " (Anonyme, 1997) cite les pourcentages des personnes âgées de 65 ans et plus habitant dans des hébergements collectifs en Europe : les chiffres sont de 3.7% pour le Royaume Uni ; plus nous allons vers le Sud, et donc le pourtour méditerranéen, plus ce chiffre diminue. Ce chiffre diminue aussi pour l'Italie et il est de 1% pour la Grèce. En France, cependant, des chiffres plus récents basés sur le recensement de 1999 mettent en évidence un pourcentage moyen de 4.6% (Davin, 2003). Le degré d'institutionnalisation a un gradient Nord-Sud net résultant de différents fonds culturels avec des liens familiaux plus forts dans le Sud de l'Europe et des actions politiques plus fortes dans le Nord de l'Europe. Alors qu'au Nord de l'Europe, les sujets sans conjoints ou enfants aménagent généralement vers des institutions, d'autres solutions, comme vivre avec d'autres parents, sont plus probables au Sud de l'Europe (Doblhammer et Ziegler, 2006). Les résultats du projet FELICIE montrent qu'en 2000, l'Italie et la République Tchèque avaient le taux d'institutionnalisation le plus faible de l'Europe alors que la Finlande et la Hollande possédaient les taux d'institutionnalisation les plus élevés.

A l'intérieur de la France on retrouve le même phénomène puisque les hébergements collectifs sont plus répandus au nord qu'au sud. Si nous considérons un département du sud de la France, les Bouches-Du-Rhône, qui comptait 391 800 personnes âgées de plus de 60 ans au recensement de 1999, (soit un pourcentage de 21.3% de la population du département correspondant à la moyenne française), nous observons que 14700 d'entre eux vivent en institution, soit 3.7 pour cent (Davin, 2003).

En ce qui concerne les hébergements, en France, nous pouvons distinguer trois types d'hébergements collectifs pour les personnes âgées : les logements foyers (LF) : institutions sociales et médico-sociales ; immeubles regroupant des studios où les personnes vivent de façon indépendante, les maisons de retraite (MDR), et les unités de soins de longue durée (USLD) anciennement appelées " long séjour ".

Ce dernier type d'institution est généralement affilié à un hôpital ; il est surtout destiné à prendre en charge les personnes âgées les plus dépendantes. En 2003 la France disposait de 152900 places en LF, 436300 places en MDR et 79300 places en USLD; ce qui faisait donc une capacité d'accueil totale de 668500 places (Prévoit, 2007 ; Tugorès, 2005). Rapporté à la population de 60 ans et plus (soit 12 502 224 personnes correspondant à 20.7% de la population totale), le pourcentage d'accueil est donc de 5,3 pour ces classes d'âge. (informations INSEE en ligne)

*La transition démographique au Liban

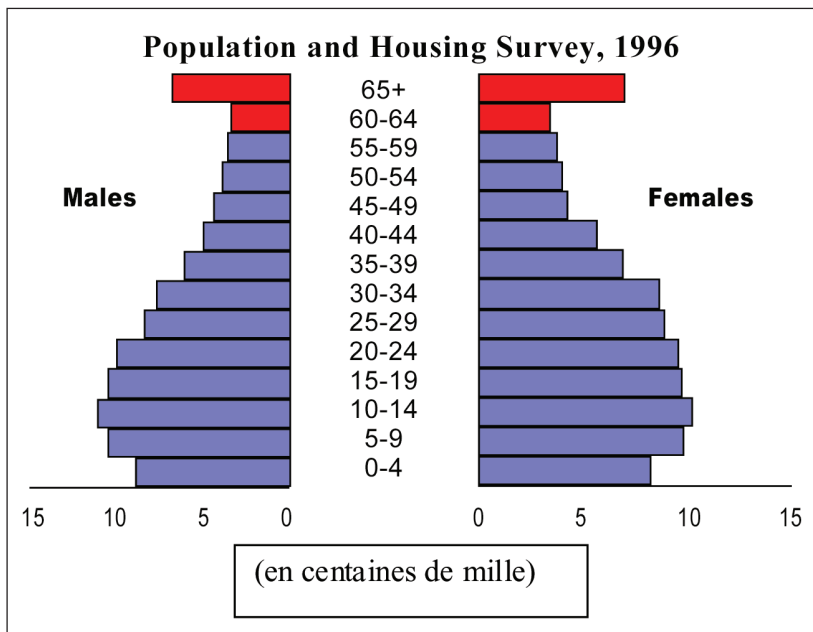


Figure1 : Pyramide des âges en 1996
(Source : recensement de la population et du logement, 1996)

Comme on le voit sur la pyramide des âges (cf. fig. 1), le pays est en phase de transition démographique, du fait de la baisse de la natalité et l'augmentation de l'espérance de vie. Cette dernière est passée de 63.1 ans pour les hommes et 67.1 ans pour les femmes en 1970 à 70.5 ans pour les hommes et 74 ans pour les femmes en 2005 (Mehio Sibai et al., 2004). D'autres estimations rapportées par Haub (Haub, 2006) donnent une espérance de vie encore plus élevée : 72 ans pour les hommes et 74 ans pour les femmes pour l'année 2006.

La population libanaise vieillit à l'instar de celle de la plupart des pays. Il existe peu de données démographiques sur le Liban. L'unique recensement effectué par Courbage remonte à 1970 ; le précédent datait de 1932 (Tabutin et Schumaker, 2005). Le dernier sondage remonte à l'année 1996 ; il a été réalisé par le Ministère des Affaires Sociales (" Sondage de la Population et du Logement 1996 ") et ses données ont été analysées depuis par quelques auteurs. Nous nous baserons sur ces analyses et sur les projections effectuées pour 2005 afin de situer l'état de vieillissement de la population libanaise.

D'après Mehio Sibai et collaborateurs (2004), le taux de personnes âgées de 65 ans et plus se situerait entre 7.2 et 7.7% en 2005 Selon les estimations de Courbage, cette même tranche d'âge comprendrait 8.3% de la population, soit 0.6% de plus que la limite supérieure de

l'intervalle présentée par Mehio Sibai (Aulagnier et Davin, 2004). Cette classe d'âge forme 8% de la population en 2006 d'après Haub (2006).

Cependant, même si ces projections diffèrent quelque peu, elles montrent que la société libanaise est en cours de vieillissement puisque que les chiffres proposés par les deux auteurs progressent dans le même sens : 4.9% en 1970 et 7.1% en 1995 pour Mehio Sibai et collaborateurs d'une part, 6.8% en 1995 et 7.4% en 2000 pour Courbage d'autre part. Notons, enfin, que la Direction Centrale de Statistiques (2000) estimait à 6.6% le pourcentage de personnes de plus de 65 ans en 2000.

Les prévisions pour les années à venir montrent aussi un vieillissement de plus en plus rapide de la société libanaise dont les chiffres seront plus proches des pays industrialisés que des pays dits " en voie de développement " : 8% pour 2015 et 9.95% pour 2025 (Mehio Sibai et al., 2004) ; 8.5% pour 2010, 8,7% pour 2015, 9,8% pour 2020 et 11.3% pour 2025 (Aulagnier et Davin, 2004).

Pour notre étude, nous nous baserons sur l'étude de Courbage car elle est la seule à se référer au nombre total d'habitants total du Liban.

D'après quatre sources dénombrant la population libanaise, Courbage choisit l'effectif le plus faible pour y baser ses analyses et projections. Cet effectif est de 3 556 000 personnes, dont 295 000 sont âgés de 65 ans et plus, soit 8.3% de la totalité de la population.

Concernant notre enquête, nous nous sommes intéressés aux personnes âgées de 60 ans et plus qui forment 11,25% de la population ce qui correspond à un effectif de 400 000 individus (Courbage, 2005).

*Gestion de la vieillesse au Liban

Comme nous l'avons vu précédemment, le Liban va vers un vieillissement de sa population ; il est donc important de mieux connaître l'état de la gestion institutionnelle de la vieillesse au Liban dans les différentes régions.

Les réalités liées à la prise en charge des personnes âgées nous incitent à nous interroger sur les maisons de retraite existantes en considérant certaines données

statistiques reflétant l'importance de ces institutions dans la société libanaise, leur capacité d'accueil, leur degré de médicalisation et certains repères que nous considérons essentiels tels que la prise en charge sociale et économique des résidents. Comme dans d'autres pays, la disponibilité de lits en institutions pour personnes âgées compte parmi les besoins prioritaires pour les populations vieillissantes (Poulain, 2005).

D'après Courbage (2005), on observe une répartition géographique de la population selon les confessions religieuses. La capitale, Beyrouth, comprend des chrétiens et des musulmans ; le Mont Liban est composé d'une majorité chrétienne ; le Nord est constitué essentiellement de Sunnites et de Chrétiens ; enfin la Bekaa et le Sud sont à majorité Chiite. Notons que dans la suite du document nous avons englobé la région de Nabatiyeh dans celle du Sud.

La première institution, le Foyer Saint-Georges, fut inaugurée en 1874, à Achrafieh, Beyrouth ; mais il fallut attendre 72 ans pour la construction de la deuxième maison de retraite, en 1946, l'année de la fin de la colonisation française au Liban. Depuis, ce mode d'hébergement s'est développé progressivement à raison de l'ouverture d'une institution en moyenne tous les deux ans. Ainsi, compte-t-on 33 maisons de retraite aujourd'hui au Liban.

Il faut cependant noter que les institutions les plus anciennes ont d'abord été construites pour les orphelins, les handicapés et les invalides de guerre avant d'être dédiées exclusivement aux personnes âgées. La société libanaise est devenue plus proche des sociétés occidentales et semble accepter la prise en charge des personnes âgées hors du milieu

2- Objectifs et Méthodes :

Durant les mois de janvier et février 2005, nous avons visité les 33 maisons de retraite existant au Liban. Nous avons pu localiser ces institutions d'après une liste fournie par le Ministère des Affaires Sociales qui indique l'année de fondation de chacune de ces institutions, le nombre de lits y existant, le nombre des résidents, l'adresse complète et les contacts correspondants. Par ailleurs, une étude datant de 1999 indique le nombre de résidents, le coût, les critères d'admission, le nombre de médecins pour 13 maisons de

retraite (Anonyme, 1999).

Pour notre enquête, nous nous sommes personnellement entretenus avec le directeur de chaque institution afin de recueillir les informations qui nous intéressaient à l'aide d'un questionnaire préétabli. Le but de l'enquête était de cerner la gestion de la vieillesse au Liban au niveau des institutions pour les personnes âgées, le degré de médicalisation de ces institutions, l'importance de ces institutions dans la société libanaise.

3- Resultats :

****Taux d'institutionnalisation des personnes âgées au Liban***

Parmi les 400 000 personnes âgées de 60 ans et plus vivant au Liban, nous avons recensé 2106 personnes actuellement logées en maison de retraite. Ce chiffre correspond à 0.52% des 11.25% de personnes âgées de 60 ans et plus.

Nous avons essayé de connaître l'évolution du nombre de résidents en institution en prenant comme référence 1991, année de la fin de la guerre, malheureusement toutes les maisons de retraite existantes à cette date n'ont pu nous répondre, nous pouvons juste affirmer qu'il y avait au moins 1295 personnes âgées institutionnalisées à cette époque.

****Institutions pour personnes âgées au Liban***

Nous avons utilisé les mêmes catégories qu'en France, en distinguant trois types d'hébergement collectifs au Liban. Nous avons principalement observé deux types d'institutions sur le territoire : les maisons de retraite (MDR) et les unités de soin de longue durée (USLD) ; nous n'avons dénombré qu'un seul logement foyer (LF). Nous avons attribué au premier groupe les institutions n'ayant pas un service médical permanent ni les équipements nécessaires pour un suivi médical continu. Leurs employés n'ont pas systématiquement suivi des formations spécifiques pour s'occuper professionnellement des personnes âgées. Appartiennent au deuxième groupe, les institutions affiliées à des hôpitaux ou ayant un personnel médical, paramédical et social pouvant s'occuper professionnellement des personnes âgées surtout dépendantes. Nous avons dénommé "logement foyer" la seule institution non médicalisée, ne recevant que des personnes autonomes ayant elles-mêmes choisi d'y passer leur retraite.

En 2005, le Liban dispose de 8 unités de soin de longue durée offrant 1046 places, de 24 maisons de retraite offrant 2504 places et d'un logement foyer offrant 60 places.

Si l'on ne prend en compte que les chiffres globaux, on remarque que la capacité de ces institutions est supérieure aux besoins puisque leur capacité maximale est de 3670 lits et le nombre des lits occupés de 2106. Or, certaines institutions sont en manque de résidents alors que d'autres sont totalement occupées et ont des listes d'attente plus longues que la liste des résidents. La disparité dans le taux d'occupation pourrait s'expliquer par la répartition géographique des institutions (cf Fig 2); celles qui ont les taux d'occupation les plus élevés se trouvent en milieu urbain (les régions les plus proches de la capitale) où l'idée de loger dans une maison de retraite est plus acceptée que dans les milieux ruraux.

*Confessions, régions et institutions

La répartition des résidents sur le plan confessionnel est la suivante : 6 des 33 maisons de retraite n'ont que des résidents chrétiens ; 20 sont occupées en majorité par des résidents chrétiens, 6 par des musulmans et une par des druzes ; enfin, une maison est réservée à des sœurs missionnaires âgées.

En ce qui concerne la répartition géographique, on observe que la majorité de ces institutions se trouve dans les régions où le pourcentage des chrétiens est le plus élevé.

La distribution de ces institutions n'est pas égale sur tout le territoire libanais. Dix-neuf maisons de retraite (58%) se situent au Mont Liban (Jabal Lubnan), 7 (21%) au Nord (Ash Shamal), 3 (9%) à la Bekaa (Al Bika'), 3 (9%) à Beyrouth (Bayrut) et enfin une (3%) au Sud (Al Janub).

La répartition de ces institutions est en concordance avec la distribution des personnes âgées au Liban puisque la majorité de ces personnes habitent au Mont Liban avec un pourcentage de 38.6%. Les 61.4% restant sont distribués ainsi : 18.5% au Nord, 17.4% à Beyrouth, 11.1% à la Bekaa, 14.6% au Sud (Sibai, 2004) (cf Fig. 2).

Cette distribution géographique des personnes âgées est corrélée à la distribution des confessions religieuses. En effet, au Sud et à la Bekaa où la majorité des habitants est de confession musulmane, les pourcentages des personnes âgées sont les moins élevés et les maisons de retraite moins nombreuses (4 au total).

*Taux de médicalisation des institutions

Ces institutions comportent 1090 chambres (dont 196 sont en USLD, 844 sont en MDR et 50 en LF) et présentent une moyenne de 2 résidents par chambre. Le nombre de résidents en chambres individuelles est de 301 (dont 56 sont en USLD, 223 en MDR et 22 en LF) et représente donc 14.29% de la totalité des personnes âgées institutionnalisées.

Soixante treize pour cent des résidents sont partiellement ou totalement dépendants ; 22% d'entre eux sont atteints d'Alzheimer. A titre de comparaison, en France, dans le département des Bouches-Du-Rhône, 57% des personnes âgées institutionnalisées sont dépendantes (Davin, 2003).

La répartition des chambres et des personnes dépendantes est présentée dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : répartition des chambres, des résidents atteints d'Alzheimer et des résidents dépendants selon le type d'hébergement

Type d'institution	Nombre de chambres	Nombre de chambres individuelles	Nombre de patients atteints d'Alzheimer	Nombre total de résidents dépendants
USLD	196	56	101	633
MDR	844	223	370	906
LF	50	40	0	1
Total	1090	301	471	1540

Le personnel soignant est réparti de la façon suivante :

- 200 aides-soignantes, dont 74 travaillent dans les USLD et 126 en MRD.

- 103 infirmières diplômées y sont aussi impliquées. Parmi elles, 51 sont en USLD, 51 sont dans les MDR et une en LF.
- 12 institutions (4 USLD et 7 MDR) ont recours à un physiothérapeute (ou kinésithérapeute).
- Toutes les institutions ont recours à différents médecins, surtout des généralistes, des médecins de famille et des cardiologues.
- 10 institutions (4 USLD et 5 MDR) emploient des psychiatres ou des psychologues.
- Enfin, cinq institutions (trois USLD et une MDR) ont recours à un gériatre.

En France, en 2003, les 640 000 personnes âgées institutionnalisées étaient encadrées par 32 365 infirmiers dont 19 671 en MDR, 11 285 en USLD et 1 409 en LF ce qui fait en moyenne un infirmier pour 20 résidents. Les résidents étaient pris en charge par 86 814 aides-soignants dont 55 409 en MDR, 26 620 en USLD et 4 785 en LF ce qui correspond à un aide-soignant pour 7 résidents (Tugorès, 2005).

Pour le Liban en 2005, d'après nos résultats, il y a en moyenne un infirmier pour 20 résidents ce qui est équivalent à la France ; en revanche le nombre d'aides-soignants par résident est inférieur puisqu'on en compte à peine un pour 10 au Liban.

Sur le plan économique, 18.7% des résidents financent eux-mêmes leur logement, en totalité ou au moins en partie. Le Ministère de la Santé prend en charge 767 résidents pour un coût de 15 000 L.L. (équivalent de 7.5 euros) par jour ; enfin, le Ministère des Affaires Sociales subventionne 149 résidents à hauteur de 4 800 L.L. (équivalent de 2.4 euros) par jour.

En ce qui concerne les relations sociales, notons que seulement 33% des résidents en maison de retraite reçoivent des visites de l'extérieur.

*Aide à domicile

Enfin, huit institutions, dont quatre dépendent de confréries religieuses, proposent une forme d'aide à domicile pour personnes âgées. Une seule institution privée présente des aides à domicile médicales (médecins, infirmières, aides-soignantes, physiothérapeutes) mais pas de services

ménagers. Les bénéficiaires de ces services sont des personnes dépendantes mais pas nécessairement âgées. L'Etat ne fournit aucune forme d'aide à domicile et l'on peut se demander si la famille, qui joue toujours un rôle dominant concernant ce sujet, a toujours les moyens suffisants de l'assumer correctement.

A titre de comparaison, en France, en plus des équipements d'hébergement pour les personnes âgées, l'aide à domicile, médicalisée ou ménagère, est très répandue. Cette aide est évaluée à plus de 40 heures hebdomadaires et concerne près de 15000 personnes âgées (soit 3.9% des personnes âgées de plus de 60 ans et vivant à domicile) dans le département des Bouches-Du-Rhône (Aulagnier, 2004 ; Davin, 2003).

4- Discussion

Bien que la société libanaise soit en cours de vieillissement, un très petit pourcentage des personnes âgées de plus de 60 ans (0.52%) vit en maison de retraite. Ce chiffre semble minime comparé à la proportion des personnes âgées libanaises qui accepteraient d'être institutionnalisés. Nous avons, dans une plus grande étude, essayé de cerner l'opinion d'un échantillon de personnes âgées libanaises vivant à domicile en ce qui concerne leur propre institutionnalisation (El Bcheraoui, 2007). Trente pour cent de l'échantillon étudié accepterait d'être institutionnalisé tôt ou tard. Cette différence est sans doute due au rôle toujours important de la famille libanaise, qui peut et doit assumer la prise en charge de ses aînés. Or, il serait essentiel de signaler que ces chiffres remontent à l'an 2005. La guerre de Juillet 2006 aurait sans doute mené à l'immigration et à la mort d'un grand nombre de jeunes adultes. Dès lors, la population libanaise aurait vieilli encore plus et les chiffres que nous venons de citer ne seraient plus valables pour le temps présent. De même, depuis notre enquête, le nombre des institutions pour les personnes âgées semble avoir augmenté d'une dizaine.

En revenant à nos données, la répartition des institutions est irrégulière sur le territoire libanais; la majorité d'entre elles se situe en milieu urbain ou périurbain, là où le mode de vie est plus proche de celui des pays occidentaux et où sans doute vivent plus de personnes isolées.

Les congrégations religieuses, en particulier chrétiennes, ont été à l'initiative de la création de ces institutions qui à l'origine accueillaient des orphelins et des invalides de guerre. La mutation vers une prise en charge gérontologique est récente et la création de maisons de retraites privées semble mettre en évidence un changement social au Liban. Ce changement, ne concerne pas seulement le Liban parmi les pays de la région. Une étude menée en 2001 aux Emirats Arabes Unis, décrit 3 institutions de soins de longue durée pour les personnes âgées dans l'un des Emirats, " Al-Ain ". En 1996, 1 à 2 % de la population (3080 à 6610 personnes) de cet émirat étaient âgés de 60 ans et plus. Pour cette période, 47 personnes, ce qui équivaut à 1.1 % de cette classe d'âge, étaient institutionnalisées. Ces institutions faisaient partie d'hôpitaux plus généraux et 16 des 47 personnes institutionnalisées avaient des bonnes personnes vivant avec elles (Margolis et Reed, 2001).

Notre enquête montre que la cause principale qui incite une personne âgée à vivre, volontairement ou involontairement, dans une institution est la dépendance physique ou mentale. En effet, le taux de personnes dépendantes dans les institutions libanaises est de 73% ; il nous paraît clair que c'est la dépendance qui détermine l'institutionnalisation en l'absence de toute forme d'aide à domicile. A titre de comparaison, en France, où l'aide à domicile existe, seulement 57% des résidents en institution sont dépendants. Le développement du secteur de l'aide à domicile, médicale, para-médicale et/ou ménagère, semble donc nécessaire actuellement au Liban.

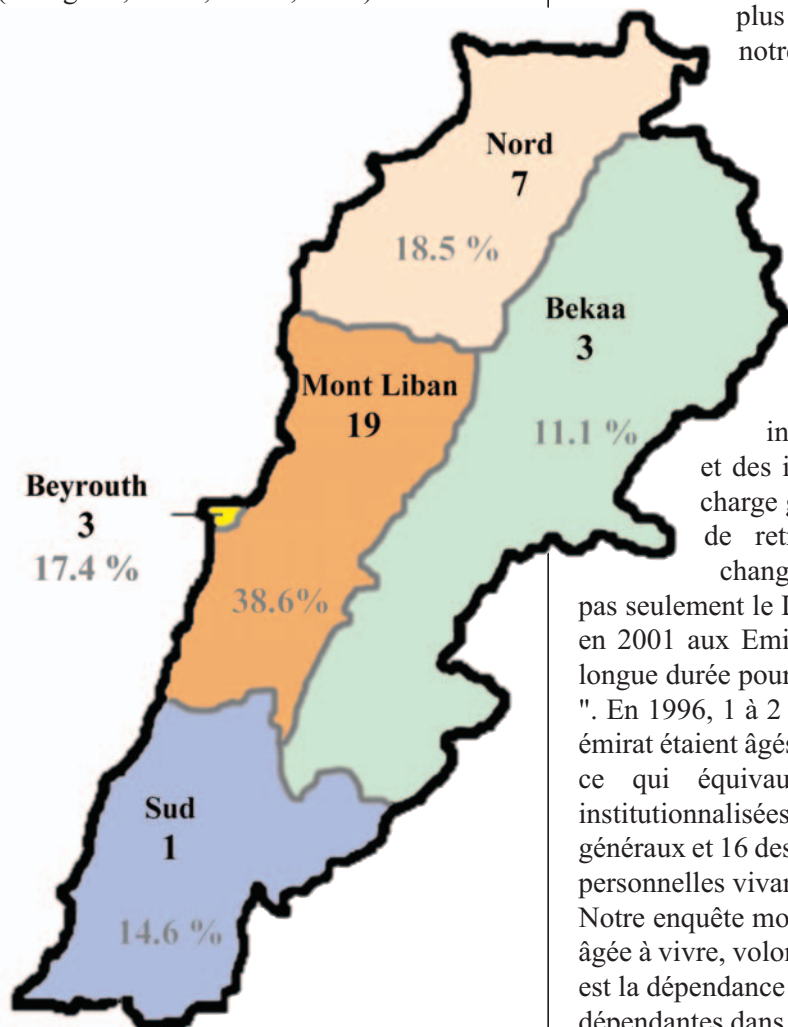


Figure 2: distribution des institutions sur les Mohafazat (chiffres en noir) en comparaison avec le pourcentage des personnes âgées de plus de 60 ans (chiffres en gris).

En Belgique, ce sont les personnes qui vivent seules, et en particulier celles qui n'ont pas de descendance directe, qui entrent prioritairement en institution (Poulain, 2005). Ce facteur est la deuxième cause d'institutionnalisation au Liban. En effet, après la dépendance, c'est le fait de vivre seul, ou de ne plus avoir de la famille, qui incite les personnes âgées à vivre en institution (notons que plus de 67% des personnes âgées libanaises institutionnalisées ne reçoivent pas de visites). Si l'on se réfère à l'article IV de la charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes, publiée en France par arrêté en septembre 2003, et préalablement établie par la commission " Droits et Libertés " de la Fondation Nationale de Gérontologie en 1986, on peut lire que " le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes ". On peut donc se demander si l'institution peut suppléer à ce manque de relations extérieures en recréant un réseau convivial au sein de l'établissement.

5- Conclusion

Nous suggérons de nouvelles études qui prendraient en compte les changements démographiques ayant suivi la guerre de Juillet 2006 et l'augmentation du nombre des institutions pour les personnes âgées au Liban.

En matière de santé publique, il faudrait planifier des études sanitaires afin de surveiller l'évolution de la santé fonctionnelle de la population libanaise et de prévenir les maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires et endocriniennes. Cela permettra aux personnes âgées de garder leur autonomie ou au moins de retarder l'entrée en dépendance, ainsi que le suggèrent Robine et Paccaud (2004).

Références bibliographiques :

Anonyme, 1997 . *Les équipements pour personnes âgées. La santé observée en France. Rapport de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (revue en ligne).*

Anonyme, 1999. *Caring Institutions in Lebanon. Al-Raida 16(85):35-38.*

Aulagnier, M. and Davin, B. 2004. '8 500 personnes âgées dépendantes supplémentaires en 2030 dans les Bouches-du-Rhône', *Sud INSEE, Volume: 1-4.*

Courbage, Y. 2005. *Demographic Scenarios in the Mediterranean Region. Paris: National Institute of Demographic Studies.*

Davin, B. 2003. 'Bouches-du-Rhône: 91 000 personnes âgées ont besoin d'aide à domicile', *Sud INSEE, Volume: 1-4.*

Doblhammer, G. and Ziegler, U. 2006. 'Future Elderly Living Conditions In Europe: Demographic Insights', in G. M. L. Backes, Vera; Reimann, Katja (ed.), *Gender, health and ageing: European perspectives on life course, health issues and social challenges, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.*

El Bcheraoui, C. 2007. 'Etude du vieillissement de la population libanaise vivant en milieu urbain, rural et émigrée au Sénégal.' *Faculté de Médecine de Marseille, 220. Marseille: Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II.*

Haub, C. 2006. '2006 World Population Data Sheet', *The Population Reference Bureau, Volume.*

Lascaratou, J., Kalantzis, G. and Poulakou-Rebelakou, E. 2004. 'Nursing homes for the old ("Geromeia") in Byzantium (324-1453 AD)', *Gerontology, Volume: 113-7.*

Margolis, S. and Reed, R. 2001. 'Institutionalized older adults in a health district in the United Arab Emirates...' *Gerontology, Volume: 161-7.*

Mehio Sibai, A., Sen, K., Baydoun, M. and Saxena, P. 2004. 'Population ageing in Lebanon: current status, future prospects and implications for policy.' *Bulletin of the World Health Organisation, Volume: 219-25.*

Poulain, M. 2005. 'L'Institutionnalisation en Belgique 1991-2000', *Gerontologie et Société, Fondation nationale de gerontologie, Volume: 25-48.*

Prevot, J., Tugores, F. and Bertrand, D. 2007. 'Les établissements d'hébergement pour personnes âgées activité et personnel au 31 décembre 2003', *DREES, Volume(106): 1-48.*

Robine, J. and Paccaud, F. 2004. 'La démographie des nonagénaires et des centenaires en Suisse', *Cahiers québécois de démographie, Volume(1): 51-81.*

Statistiques, D. C. d. 2000. *L'état des Enfants au Liban, 2000 . Beyrouth: Direction Centrale de Statistiques.*

Tabutin, D. and Schumaker, B. 2005. 'La démographie du monde arabe et du Moyen-Orient des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique.' *Population, Volume(5-6): 611-724.*

Tugores, F. 2005. 'Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2003', *Etudes et Resultats, Volume(379): 1-8.*