

L'UNIVERSITE BABES-BOLYAI
La Faculté de sociologie et d' assistance sociale

Résumé de la thèse de doctorat

Le troisième âge entre l'autonomie et la vulnérabilité

Chef de doctorat
Prof Univ. Dr Mary Roth

Thésard
Marta - Roxana Muresan

Cluj-Napoca
2012

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
Le premier chapitre	
Le processus de vieillissement	
1,1. Brève histoire de la perception du vieillissement. Définition des concepts.....	16
1,2. Le vieillissement démographique au niveau global	19
1,3. Le vieillissement démographique en Roumanie	23
1,4. La mortalité en Roumanie	27
1,5. La projection démographique de la Roumanie jusqu'à' 2025	29
1,6. Le vieillissement démographique dans le département de Cluj	31
Le deuxième chapitre	
LES PREMISES DE LA VULNÉRABILITÉ AUX PERSONNES AGEES	
2,1. La vulnérabilité pour le troisième âge	36
2.2. Des théories sociologiques concernant le vieillissement	39
<i>Théorie du désengagement</i>	
<i>Théorie de l'activité et le vieillissement actif</i>	
<i>Théorie de la stratification de l'âge</i>	
<i>Théorie de l'échange social</i>	
<i>La théorie socio-économique</i>	
2,3. Le vieillissement biologique	44
2,4. Le vieillissement psychologique et des troubles des fonctions psychiques	47
<i>La dépression chez les personnes âgées</i>	
<i>Le suicide</i>	
<i>La démence</i>	

2,5. La violence contre les personnes âgées	52
2,6. Les besoins des personnes âgées	53
2,7. Le vieillissement social	55
2,8. Des mythes concernant le vieillissement	57

Le troisième chapitre

LE SYSTEME D'ASSURANCES SOCIALE CONCERNAT LE TROISIÈME ÂGE

3,1. L'embonpoint	61
3,2. Les assurances de santé	64
3,3. Les pensions des âgées. Les pensions comme déterminants du niveau de conditions de vie des personnes âgées	67
3,4. La réforme des pensions. Les pensions privées	72

Le quatrième chapitre

L'ASSISTENCE SOCIALE CONCERNANT LE TROISIEME AGE : LES SERVICES SOCIALE AU DOMICILE VERSUS LES SERVICES SOCIALES INSTITUTIONNALISEES

4.1 Des services sociaux pour les personnes âgées	77
4. Des institutions publiques et privées en Roumanie qui offre des services pour les personnes âgées et aux personnes adultes avec des handicaps	83
4.3 La description du service résidentiel pour les personnes âgées	91
4.4 L'institutionnalisation et ses effets	95

Le cinquième chapitre

LE TROISIEME AGE ENTRE L'AUTONOMIE ET LA VULNERABILITE. RECHERCHE.

5.1 Le but de la recherche	102
5,2. Le design de la recherche	104

La construction du questionnaire	
L'interview individuel structuré	
La présentation de cas	
5,3. L'échantillonnage et la structure de l'échantillon	106
5,4. L'état matrimonial.....	110
5,5. L'éducation.....	111
5,6. Le statut socioprofessionnel	114
5.7. Les Revenus	115
5,8. La nourriture	127
5,9. L'embonpoint	131
5,10. Le degré d'autonomie / dépendance	142
5.11.La participation à la vie sociale	145
5.12. Les conditions d'habitation	154
5.13. La satisfaction de la vie	155
5.14. La relation avec la famille	164
5.15. Les relations avec les amis/ la communauté	169
5.16 La présentation de cas.....	171
DES CONCLUSIONS	185
LA BIBLIOGRAPHIE.....	192
ANNEXES	
Annexe	
1. La grille nationale d'évaluation des besoins des personnes âgées	200
Annexe	
2. Questionnaire sur la qualité de vie des personnes âgées	203
Annexe	
3. Guide d'entrevue	213

Résumé

Des mots-clés: des personnes âgées, de l'autonomie, de la vulnérabilité, de la dépendance, des personnes institutionnalisées, des personnes non-institutionnalisées, la qualité de la vie.

Cette thèse de doctorat vise à aborder des problèmes, des processus et des phénomènes concernant l'autonomie et la vulnérabilité du troisième âge, un âge où les gens sont confrontés à un certain nombre de difficultés de toutes sortes, allant de celles inévitables, concernant la santé et continuant avec les difficultés socio-économique, de la qualité de la vie. Celles-ci peuvent être atténuées ou exacerbées par des facteurs objectifs ou subjectifs, par le niveau des politiques et des conditions nationales jusqu'à l'implication et les décisions des communautés locales ou les possibilités et les mentalités des familles dont les personnes âgées font partie.

Ces dernières années, en vertu de l'augmentation de l'espoir de vie et des certains problèmes de plus en plus complexes avec lesquels se confrontent les économies nationales, le vieillissement de la population est un problème social singulièrement important. La corrélation avec les tendances des processus démographiques et les prévisions pour les décennies suivantes augmentent les raisons d'impatience et nécessitent la découverte des solutions pour garder au moins les conditions de dignité pour passer les années de la vieillesse.

Au dessus de toutes les difficultés existantes, a émergé cette crise économique - financière des dernières années qui a aggravé la plupart des aspects. Malheureusement, ni la génération âgée n'a pu être protégée de ses effets. Parmi les mesures prises par plusieurs pays, y compris la Roumanie, il faut mentionner

l'austérité, par la congélation des pensions et l'augmentation de l'âge de retraite. Les effets de toutes ces mesures et celles des dispositions législatives du secteur des assurances de santé, des programmes de soin et d'assistance sociale pour les personnes âgées et des changements concernant les possibilités des familles se font sentir de plus en plus dans la vie quotidienne des personnes âgées.

La choix de la thème de doctorat a été déterminée par une série de questions dont les développements mentionnés ci-dessus nous oblige à approcher. Quelle est la relation entre les responsabilités familiales et les responsabilités de la société envers les personnes âgées? Quelles sont les besoins prioritaires dans la vieillesse, laquelle est prédominante et ce qu'il faut faire pour les satisfaire? Comment est-ce que les personnes âgées acceptent la perdre, même partielle, de l'autonomie et l'apparition d'une situation de dépendance à l'autre? Que peut-on faire pour assurer, par des nouveaux types d'activités, le sentiment de l'utilité, particulièrement important pour la santé et le prolongement de la vie? Pour toutes ces questions - et bien d'autres encore - la société cherche des réponses. Parfois on trouve des solutions appropriées, parfois non.

J'ai considéré important et nécessaire d'aborder cette thème aussi parce que, en plus de la petite quantité de recherche dans le domaine, la dynamique des changements est particulièrement prononcée. Par conséquent, toute contribution, tellement petite, à la connaissance des phénomènes qui se produisent au niveau de ce segment de la société, peut conduire à une interprétation objective des données et donner aux facteurs politiques-administratives les résultats, ainsi que les moyens possibles pour résoudre certains problèmes ou de correction de certains comportements vers la catégorie des personnes âgées.

Le travail, divisé en cinq chapitres désire, en base de sa bibliographie et de sa propre recherche, à révéler, particulièrement:

- L'évolution de l'approche théorique du processus de vieillissement et les tendances démographiques contemporaines;

- Les prémisses de la vulnérabilité chez les personnes âgées; l'approche des mythes concernant le vieillissement et des théories sociologiques concernant la maintenance de la dépendance;
- Le rôle d'assurer l'embonpoint et les politiques sociales pour la qualité de la vie des personnes âgées;
- Les caractéristiques des services sociaux pour le troisième âge: l'assistance sociale au domicile par rapport à l'institutionnalisation;
- Le troisième âge - entre l'autonomie et la vulnérabilité, recherche complexe sur un échantillon de plus de 600 personnes, à leur domicile ou institutionnalisées - 570 questionnaires, 30 interviews structurés et 10 études de cas.

À partir des prémisses énoncées et en suivant une parallèle entre les personnes au domicile et celles institutionnalisées, la recherche vise à connaître directement des personnes âgées les problèmes principales avec lesquelles celles-ci se confrontent, leur relation avec les autres, soit dans la famille soit dans un cadre institutionnel, les principaux déterminants des situations d'autonomie ou des situations de vulnérabilité.

Par ses conclusions, générales ou présentées au cadre du chaque chapitre, notre approche désire stimuler les préoccupations des autorités, des communautés et des familles pour aider la génération des personnes âgées à surmonter les difficultés de cette période de la vie plus facilement.

Le premier chapitre de la thèse, appelé **Le processus de vieillissement**, désire définir les concepts liés au processus de vieillissement et présenter un bref historique des perceptions de la société sur ce processus. Le chapitre présente aussi une image de l'accentuation du vieillissement démographique au niveau mondial, en mettant l'accent sur la Roumanie et une étude de cas concernant le département de Cluj. Pour un encadrement plus ample en temps et surtout pour avoir un soutien pour les conclusions quant à l'avenir, nous avons inséré, synthétiquement, les vues des chercheurs ou des organisations liées à la projection démographique de la Roumanie pour les décennies suivantes.

Cornelia Muresan (1999) fait une projection de la population roumaine d'ici à 2030. Selon le tableau 1, l'auteur a divisé la population de Roumanie, c'est-à-dire

les dates enregistrées le 1 Janvier 1997, en sous-groupes homogènes en âge et en sexe et a appliqués les conditions de mortalité et de fertilité spécifiques, observées dans l'année précédente (1996), puis elle a calculé les effectives de nouveau-nés selon les hypothèses sur les rates de fertilité et les structures des contingentes féminines fertiles. Selon ces projections, pour l'avenir, la diminution numérique de la population continuera.

Tableau 1. Population de la Roumanie projetée et ses structure démographiques, selon la variante de projection P1- mortalité et fertilité constantes dans l'année 1996

	1997	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Population totale (en milliers)	22 582	22 435	22 130	21 698	21 112	20 378	19 554	18 671
Pourcentage en 1997	100%	99,30%	98%	96,10%	93, 50%	90,20%	86,60%	82,70%
Naissances au cours de l'année (en milliers)	234	235	226	211	182	159	146	137
Jeunesse (0-19 ans) (en milliers)	6340	5850	5280	4602	4302	3997	3617	3236
Adultes (20-59 ans) (en milliers)	12 198	12 410	12 731	13 002	12 567	12 000	11 699	10 974
Ancien (6 0 ans et plus)	4044	4174	4120	4094	4243	4380	4238	4460
Pourcentage d'enfants (0-19 ans)	28,10%	26,10%	23,90%	21,20%	20,40%	19,60%	18,50%	17,30%
Pourcentage d'adultes (15-59 ans)	54%	55,30%	57,50%	59,90%	59,50%	58,90%	59,80%	58,80%
Pourcentage de personnes âgées (60 ans et plus)	17,90%	18,6% 0	18,60%	18,90%	20,10%	21,50%	21,70%	23,90%
Pourcentage de femmes	51%	51,10%	51,30%	51,50%	81,70%	51,80%	52%	52,20%
Pourcentage d'hommes	49%	48,90%	48,70%	48,50%	48,30%	48,20%	48%	47,80%

Source: Cornelia Muresan, 1999, pp212

Les résultats du recensement de 2011 ont infirmé, en quelque sorte, ces prévisions, mais la situation n'est pas pertinente, parce que la diminution de la population s'est passé par émigration et des évolutions futurs de la situation européenne peuvent provoquer l'inverse du processus.

Selon les données fournies par le Bureau Régional de Statistique Cluj (2011) dans le département de Cluj, ainsi que dans la Roumanie, la population est en baisse depuis 1990. Depuis 1990, elle s'est diminuée par une différence de 53,001 habitants, à partir de 744 049 en 1990 à 691 048 habitants en 2010. Et pour l'avenir, on préconise l'augmentation du nombre des personnes âgées dans le département de Cluj et la décroissance du nombre des personnes jeunes.

Tableau 2. La population dans le département de Cluj 1990-2010

Années 1990-2010	La population
Année 1990	744049
Année 1995	727656
Année 2000	719864
Année 2005	694511
Année 2010	691048

Source:.. INS, le Bureau Régional de Statistique Cluj, bases de données, 2011 **Note:** Selon les résultats du recensement de 2011, la population de Cluj est de 674,903 habitants.

Le deuxième chapitre- LES PREMISES DE LA VULNÉRABILITÉ AUX PERSONNES AGEES- aborde la problématique de la vulnérabilité de la troisième âge biologiquement, psychologiquement et socialement.

Le terme de *vulnérabilité* ou de fragilité est apparu dans le langage médical d'environ 20 ans, dans la dernière décennie du siècle dernier (P. Godea, 2002).

Avec l'âge, apparaît *le vieillissement biologique*, respectivement les changements dans tous les organes, la détérioration d'un système déterminant la détérioration d'un autre et favorisant ainsi l'apparition de la vulnérabilité. Une personne autonome peut devenir profondément dépendante et peut évoluer vers un

syndrome de glissement, vers une conclusion fatale. Pour décrire ces phénomènes en cascade, on a parlé de la *théorie du domino*, une métaphore conformément à laquelle l'affaiblissement d'une plaque implique l'affaiblissement successive de l'autre (P. Meir, 2000).

Tout qu'une personne tente, des changements apparaissent progressivement dans toutes les parties du corps et des organes (V. Donca, 2008). Si à la base du vieillissement biologique sont les modifications des divers organes et systèmes, certains événements survenus dans l'existence d'une personne âgée le précipitent, le vieillissement peut souvent être accompagnée d' une vulnérabilité accrue au niveau psychique, le *vieillissement psychologique* (H. Dumitrascu, 2006). Selon la théorie de E. Erikson (1968), la dernière période de la vie représente une intégrité en lutte avec le désespoir, mais chaque personne âgée perçoit les différents événements qui se passent dans sa vie et ça dépend de l'expérience de vie, de la situation matérielle ou des relations avec d'autres (E. Bocsa, 2003).

Au *vieillissement biologique* et au *vieillissement psychologique* on ajoute le vieillissement social parce que, malheureusement, la vieillesse est venue à être associée par les autres avec la maladie, l'impuissance, le conservatisme, le manque de jugement, l'irritabilité et la dépendance des autres. Les aînés sont souvent traités avec mépris et on oublie que, globalement, ils sont une richesse de la société (VM Bucur dans A. et J. Muntean Sagebiel, 2007).

La société associe souvent le vieillissement avec la perte des capacités sensorielles et les changements en mobilité, cependant, certains chercheurs ont montré que pour la plupart des personnes âgées, ces changements ne sont pas si lourdes, ni aussi évidentes que l'on pourrait imaginer (Miley KK, M. O'Melia, B. Dubois, 2006). Par conséquent, je considère comme importante l'analyse du façon dans lequel les personnes âgées perçoivent le vieillissement, spécialement le rapport entre leur désir de rester actives dans la vie sociale et le fait d'être soutenus par les autres en vue d'assurer leurs besoins.

La recherche de cette thèse montre que les théories sociologiques: *la théorie du désengagement, la théorie de l'activité, la théorie de la stratification d'âge, la théorie de l'échange social et la théorie socio-économique* sont les théories sociologiques qui expliquent le plus souvent le vieillissement socialement mais qui contiennent aussi des éléments qui constituent des prémisses pour l'action des facteurs impliqués à d'atténuer ou à retarder les effets du vieillissement.

Dans ce travail, parallèlement avec la présentation des interprétations différentes sur les étapes du vieillissement, y compris les questions clés que chaque étape implique et les théories psychologiques et sociales sur le vieillissement, ce chapitre donne une place considérable à approfondir les besoins des personnes âgées, à l'analyse des systèmes de pension et à la réforme des pensions et aussi aux politiques sociales sur la protection des personnes âgées.

Le troisième chapitre -LE SYSTEME D'ASSURANCES SOCIALE CONCERNAT LE TROISIÈME ÂGE- est constitué d'une étude sur l'embonpoint et sur le système des pensions et aussi sur la réforme dans ces deux domaines et sur les effets qu'elles exercent sur les personnes âgées en Roumanie .

La santé est un des aspects les plus importants des personnes âgées. Une bonne santé signifie une vie meilleure. Malheureusement, actuellement en Roumanie, le système de santé n'est pas suffisamment développé pour répondre aux besoins que la population, en particulier pour répondre aux besoins des personnes âgées.

Dans l'analyse de cette recherche, nous avons pris en compte les cinq domaines clés de l'embonpoint identifiés en 1996 par B. Spilker: la capacité physique et fonctionnelle, la condition et le bien-être psychologique, l'interaction sociale, les facteurs économiques / statut social et la condition religieuse aussi que la systématisation (D. Hahn et W. Payne, 1997) ; ces domaines correspondent aux *dimensions* de la l'embonpoint: *la dimension physique, la dimension affective, la dimension sociale, la dimension spirituelle et la dimension occupationnelle.*

Quoique la loi 220/2011 modifiant et complétant la loi n °.95/2006 sur la réforme de santé fournit un éventail de droits pour assurer la santé des personnes âgées, dans la pratique il ne trouve pas de correspondance.

Ni *Le système unitaire de retraites* (pension de vieillesse, pension anticipée, pension de retraite anticipée partielle, pension d'invalidité et la pension de survivant) n'assure pas, en moyenne, une vie décente aux personnes âgées. Parce que, dans la plupart des cas, les pensions ne font qu'aider les personnes âgées à vivre d'un jour à l'autre.

Il est montré que deux aspects importants, qui laissent une marque importante dans la vie des personnes âgées sont la santé et le revenu, et une solution pour une vie meilleure pourrait être la restructuration des systèmes de santé et des retraites, en tenant compte aussi des besoins réels de la population âgée.

Le quatrième chapitre- L'ASSISTENCE SOCIALE CONCERNANT LE TROISIEME AGE: LES SERVICES SOCIALE AU DOMICILE VERSUS LES SERVICES SOCIALES INSTITUTIONNALISEES -est dédié aux services sociaux pour les âges avancés et propose un parallèle entre l'assistance sociale au domicile et l'institutionnalisation.

Les services sociaux en Roumanie offertes aux personnes âgées ne sont pas suffisamment développées pour les besoins de la société. On parle ici du soin au domicile et du soin institutionnalisé.

Dans des conditions normales, la soin au domicile est la solution la plus souhaitable socialement, affectivement, financièrement, en termes d'éducation. Il est plus avantageux d'offrir des services à la clientèle que d'apporter la clientèle vers le service mais ce n'est pas toujours possible ou n'est pas dans le meilleur intérêt des personnes âgées. Il y a aussi des situations où la volonté et le désir doivent être remplacés par le professionnalisme et les possibilités. Cela signifie

l'institutionnalisation, à faire en respectant la loi, l'éthique et la morale. En fait, chaque cas doit être soigneusement pesée, si objectivement que possible, et prendre la meilleure décision pour la personne concernée, selon les possibilités de la famille et celles offertes par la société.

En Roumanie, en Mars 2011 étaient 375 centres pour des personnes âgées et handicapées, desquelles 322 centres résidentielles et centres de jour- 53 (PNDA, Bulletin statistique, Mars 31 décembre 2011). Rapporté au nombre des personnes âgées, le nombre des centres est très petit pour fournir les soins nécessaires aux personnes âgées.

Pour accroître la pertinence des dates de la recherche, j'ai focalisé l'analyse sur la situation du département de Cluj, où il y a 2 centres pour personnes âgées et 5 centres de soin et assistance qui offrent des services divers: de la socialisation, de soutien et d'assistance, de conseil, des activités culturelles et éducatives, des activités physiques , des activités de loisirs etc. Le numéro des demandes d'institutionnalisation dépasse de loin les possibilités des centres et le fait que dans le département fonctionnent 17 centres privés pour les personnes âgées et cinq associations accréditées (DGASPC, Cluj-Napoca, 2011) ne suffit pas pour que l'offre des services soit appropriée au nombre de personnes âgées qui ont besoin d'aide.

Actuellement, les ONG sont appelées de plus en plus à répondre aux nécessités du publique et surtout aux nécessités des personnes âgées. Dans le département de Cluj il y a cinq fournisseurs de services au domicile, offrant des services de nursing et de récupération - gymnastique médicale et physiothérapie.

Le cinquième chapitre - LE TROISIEME AGE ENTRE L'AUTONOMIE ET LA VULNERABILITE - représente la recherche appliquée et pratique pour ce travail et se compose d'une enquête sociologique chez les personnes âgées.

Le but de la recherche a été de comparer la qualité de vie des personnes âgées des établissements de soins et assistance avec la qualité de la vie de celles en dehors des institutions, étant donné la mesure dans laquelle chacune de ces situations, en conjonction avec d'autres facteurs, influence leur degré d'autonomie ou de dépendance et la proposition des solutions pour améliorer les conditions offertes pour préserver le degré d'autonomie des personnes âgées.

Ont été appliquées **570 questionnaires**- 320 pour les personnes au domicile et 250 aux personnes situées dans des établissements d'assistance sociale et **30 interviews** (15 pour ceux à la maison et 15 pour les institutionnalisés). Les sujets abordés par les questions des interviews ont été la suivante: l'évaluation des revenus par rapport aux besoins, l'appréciation des aliments en termes de quantité et de qualité, l'accès aux services de santé, la disponibilité d'un traitement médicamenteux, la relation avec la famille, les activités de loisirs et des propositions pour telles activités, la satisfaction concernant la qualité de la vie. En plus de cette enquête ont été menés **10 études de cas**, cinq pour les personnes à la maison et cinq autres pour les personnes dans des institutions.

Les critères pour la sélection de l'échantillon ont été d'avoir plus de 60 ans, de vivre dans des zones urbaines (Cluj, pour ceux à la maison), de ne pas souffrir de démence ou d'arriération mentale. Le choix des sujets a été fait selon la technique *boule de neige*, en gardant l'équilibre selon l'âge, selon les statistiques tirées de l'Institut National de Statistique - Direction Régionale de Cluj-Napoca. J'ai voulu que la part de ceux à la maison soit compatible avec les données fournies par l'institut.

Des 570 personnes interrogées, 56,8% sont des personnes à la maison et 43,2% sont institutionnalisées.

L'analyse des données a été effectuée sur des groupes d'âge: 60-64 ans, 65-69 ans, 70-74 ans, 75-79 ans, 80-84 ans, 85-89 ans, plus de 90 ans.

On présente, dans le présent résumé, quelques-unes des influences sur la qualité de vie des personnes âgées - à la maison ou dans des institutions - en termes de degré d'autonomie et de vulnérabilité, les facteurs suivants: les *revenus, la nutrition, l'auto-évaluation de l'embonpoint, la participation à la vie sociale, les conditions de logement, la satisfaction de la vie, les relations familiales et des relations avec des amis/ la communauté.*

Le rôle et les effets des revenus sur la qualité de la vie des personnes âgées.

Les informations de notre recherche confirment que, quand l'on parle de la qualité de vie on doit tenir compte d'un aspect très important, le montant du revenu. Une vie meilleure est dépendante d'un revenu supérieur ou au moins, un revenu qui assure une vie décente.

Dans le Tableau 3 on présente le montant des revenus des répondants de l'échantillon étudié.

Tableau 3. Le revenu des répondants

Revenu mensuel	Total - 500 répondants	Non-institutionnalisés	Institutionnalisés
Ron 0-300	4,9%	3,2%	7,2%
Ron 301-600	38,2%	30,2%	49,3%
Ron 601-1000	39,3%	40,5%	37,7%
Ron 1001-1500	14,4%	20,9%	5,4%
Plus de 1500	3,2%	5,1%	0,4%
Test du chi- carré			
p = 0,001			

Il résulte que, si seulement pour les repas quotidiens fournis par les statistiques, les Roumains devraient gagner au moins 750 lei, le revenu petite est l'un des facteurs les plus importants qui influent le degré de vulnérabilité des personnes âgées.

Pour tous les répondants dans les deux environnements (institution- à domicile), les résultats du montant sont pareilles, avec deux exceptions: le nombre de personnes avec un revenu entre 301 et 600 lei est plus élevé pour les

institutionnalisés, tandis que le nombre des personnes qui ont un revenu entre les 1001 et 1500 lei est plus élevé chez les non-institutionnalisés. Est un résultat attendu, si l'on tient compte du fait que dans les institutions il y a a nombreux cas sociales.

Le montant de la pension mensuelle moyenne pour les assurances d'état était en 2010 (quatrième trimestre) de 743 dans le pays et 798 lei dans le département de Cluj. La pension moyenne pour les agriculteurs était environ la moitié de la première: dans le pays était de 310 lei, dans le département de Cluj, 317 lei.

A cause des petits revenus, les personnes âgées sont incapables de collecter de l'argent (caisses de sécurité) pour faire face à des problèmes futurs. Ni moitié des personnes institutionnalisées (41,4%) ne réussit à collecter des fonds pour faire face aux problèmes futurs. Celles des institutions collectent de l'argent en proportion de 27%.

Parmi les 570 répondants, plus de 60% ont déclaré que leur revenu est insuffisant ou est suffisant seulement pour l'essentiel. Le tableau 4 montre une image de la situation.

*Tableau 4. L'appréciation des revenus par rapport aux besoins
(non-institutionnalisés + institutionnalisés)*

Comment évaluez-vous les revenus par rapport aux nécessités?	Pourcentage
ne sont pas suffisantes pour le nécessaire	12,5%
sont suffisantes seulement pour le nécessaire	48,2%
sont suffisantes pour une vie décente	35,1%
je réussis à acheter quelques choses plus chères, mais avec des efforts	3,3%
je réussis avoir tout ce que j'ai besoin, sans beaucoup d'effort	0,9%

Cet étude confirme la recherche réalisée par Simona Bodog (2009), un problème général de la population âgée étant représentée par la pauvreté ou des sacrifices .

En défalquant la groupe étudiée dans deux catégories: personnes institutionnalisées et non- institutionnalisées, une différence notable est représentée par le point *les revenus sont suffisantes pour une vie décente* où on constate que cette déclaration est faite de 46,9% des personnes institutionnalisées, comparativement à seulement 26,7% de celles non-institutionnalisées. C'est d'abord parce que dans les institutions on fournit tout le nécessaire pour vivre: nourriture, chaleur, vêtements, chaussures, etc.

Les résultats sont pareilles dans la section *les revenus sont suffisantes seulement pour le nécessaire*, 47,8% de ceux à la maison et 48,7% des établissements. Ces résultats sont statistiquement significatifs en vertu de l'utilisation du test chi- carré¹

Tableau 5. L'appréciation des revenus par rapport aux besoins

(non-institutionnalisés + institutionnalisés)

Comment évaluez-vous les revenus par rapport aux besoins?					
La qualité de la personne	ne sont pas suffisantes pour le nécessaire	sont suffisantes seulement pour le nécessaire	sont suffisant es pour une vie décente	je réussis à acheter quelques choses plus chères, mais avec des efforts	je réussis avoir tout ce que j'ai besoin, sans beaucoup d'effort
Non-institutionnalisées	19,2%	47,8%	26,7%	5,3%	0,9%
Institutionnalisées	3,1%	48,7%	46,9%	0,4%	0,9%
Test du chi- carré					

1 „ Le test chi- carre est utilisé comme teste de signification quand l'analyse implique une ou deux variantes nominales. Donc, les dates sont des fréquences. Le principe fondamental qui compose le test chi- carre est la comparaison entre les fréquences des cas des membres de l'échantillon avec les fréquences anticipées pour la population dont on a extrait les échantillons." (Dennis Howitt, Duncan Cramer, pp. 161-162)

p = 0,01

Les institutionnalisés doivent payer, conformément à la loi, une contribution de 602 lei par mois, et 482 lei- les personnes des chemins. Les résidents qui n'ont pas de revenus, ne paient rien. C'est pour ça que ces personnes considèrent que les revenus sont suffisantes pour le nécessaire.

D'autre part, pour les personnes institutionnalisées, la plus partie des argents est dépensée sur l'entretien% 64,4, 21,1% sur la nourriture, 8, 9% sur les médicaments et 0,9% sur d'autres choses (voir le tableau no. 6). Le test Chi- carré montre que les valeurs sont statistiquement significatives, $p = 0,01$, $p < 0,05$).

Tableau 6. Sur ce que vous dépensez le plus d'argent?

Sur ce que vous dépensez le plus d'argent?	entretien	nourriture	médicaments	autre
Total	64,4%	21,1%	8,9%	0,9%
Non-institutionnalisées	47,3%	35%	16,1%	1,6%
Institutionnalisées	96%	4%	0%	0%
Test du chi carré p = 0,01				

Les dates obtenues des interviews sont compatibles avec les données obtenues du questionnaire. La majorité des non-institutionnalisés se plaignent d'une petite pension après une vie de travail. En manque d'argent, ils ne peuvent pas se permettre de faire un certain nombre de choses dont ils ont rêvé dès qu'ils étaient jeunes.

Chaque fois que je vais faire des achats, je dois être très calculée avec l'argent. La pension que j'ai (540 lei) doit être suffisante pour l'électricité, l'eau, de gaz, la nourriture, et en plus, je dois acheter des médicaments de 100 lei. Si les enfants ne m'aidaient pas, je ne sais pas qu'est-ce que je ferais (RS, sexe F, 81 ans, gestionnaire).

Dans ma vieillesse, je voudrais aller dans des voyages et faire ce que je ne pouvais faire quand j'étais jeune. Quand j'étais jeune, je n'avais pas le temps, mais j'avais de l'argent,

maintenant j'ai le temps, mais pas d'argent (GM, F sexe, comptable).

Les personnes des institutions, bien qu'avec une petite pension, perçoivent les choses différemment de celles situées à la maison. Sans se soucier de l'avenir en termes des dépenses habituelles et des médicaments, même si certains d'entre eux sont frustrés qu'ils „ne sont pas à la maison " (les opinions diffèrent d'un cas à l'autre).

Ici, nous avons tout ce qu'il faut, mais parfois on peut avoir (en pensant) si on n'est pas dans ta maison avec ta famille ... Pour manger une croûte de pain, mais on sait qu'on est avec ta famille et non parmi des étrangers (MA, le sexe F, 72 ans, enseignante).

Je suis heureux ici. Je n'ai eu personne à la maison, je gagnais de l'argent en travaillant pour les gens du village. Suite à un accident (au champ) je ne pouvait pas travailler et j'étais privés de nourriture. J'en recevais dès voisins qui se sont sentis désolés pour moi. Et, avec leur aide, j'ai réussi à arriver ici, dans le centre où je suis si bien, le mieux de ma vie (FG, le sexe M, 62 ans, berger).

Nourriture

Une bonne alimentation, de bonne qualité, maintienne un bon fonctionnement du corps bonne. La détérioration de la balance, due au vieillissement, peut entraîner un certain nombre de maladies qui rendent les personnes âgées à devenir plus fragile.

De ce point de vue, 57,7% de l'échantillon estime que la nourriture est suffisante, 34,7%, que la nourriture est riche, et de 7,7%, sont ceux qui croient que la nourriture est insuffisante.

En faisant une comparaison entre les institutionnalisées et les non-institutionnalisées, on observe des différences concernant la façon d'apprécier la quantité et la qualité de la nourriture. Ceux à la maison - 76,7% estiment qu'ils s'alimentent suffisamment, alors que seulement 32,8% des personnes des institutions considèrent comme tel. En termes de manger riche, 64,8%, de ceux des institutions et 11,6% de ceux à la maison, sont d'accord avec cela. Le régime

alimentaire est considéré comme insuffisant par 11,6% de ceux à la maison vers les personnes des institutions. Les personnes institutionnalisées disent que la nourriture est faible en proportion de 2,5% (après appliquer des test du chi- carré, les résultats ne sont pas statistiquement significatives $p < 0,05$).

Tableau 7. Appréciation de la nourriture (institutionnalisées et non- institutionnalisées)

Appréciation de la nourriture	Insuffisante	Suffisante	Riche
non- institutionnalisées	11,6%	76,7%	11,6%
institutionnalisées	2,5%	32,8%	64,8%
test du chi carré p= 0,01			

Pour ceux des institutions, l'allocation de nourriture est établie par la décision du Gouvernement no. 729 de 2005 a 9 RON / assisté / jour. Le montant est faible, mais la nourriture est variée, adaptée à l'âge et a la maladie, parfois complétées par des donations.

Les données résultant des interviews, concernant l'appréciation de la nourriture

En termes d'évaluation de la nourriture pour *ceux à la maison*, cela n'est pas toujours suffisante (quantitativement et qualitativement). Habituellement, il faut prendre l'attention et prévenance pour ce qu'on achète et combien on achète, parce que les prix sont élevés par rapport aux pensions.

Je réussis acheter presque tous les types de nourriture, mais parfois il faut faire des économies. (DI, le sexe M, 64 ans, travailleur en construction)

Je fais comme je peux. Pendant la semaine je fais des pâtes, des légumes etc. Dans les week-ends je cuisine avec de la viande (LO, le sexe F, 73 ans, cuisinière).

Les personnes des institutions sont tout à fait satisfaits de la nourriture, en termes de quantité et de qualité.

J'ai été à la maison pour quelques jours, mais j'avais envie d'y retourner. J'entends mes collègues qu'elles sont très malheureuses et qu'elles voudraient être en mesure de cuisinier elles-mêmes. Mais lorsqu'il leur appelle dans la

cuisine à donner un coup de main, elles refusent. Je crois qu'on devrait être plus reconnaissantes (CN, le sexe F, 68 ans, couturière).

La nourriture est bonne et diversifiée. Chez nous, nous ne mangerions pas toutes ces spécialités (sourit) (CI, le sexe M, 84 ans, pilot).

L'auto-évaluation de l'embonpoint comme facteur influençant l'autonomie ou de dépendance

L'un des indicateurs les plus significatifs en matière de la qualité de vie des personnes âgées, c'est l'embonpoint. Il est clair que, si une personne âgée est confrontée à une mauvaise santé, celle-ci risque de perdre l'autonomie.

Il y a des personnes qui atteignent un âge très avancé avec un degré élevé d'autonomie, précisément parce qu'elle conserve leur état de santé. Mais la santé est influencée par un ensemble complexe de facteurs, de sorte que les individus et les familles et la société ont le devoir de veiller à la qualité de vie (et pas seulement pendant le vieillissement, mais à un jeune âge aussi).

Sur l'auto-évaluation de la santé, les personnes institutionnalisées apprécient dans un pourcentage plus élevé (52,1%) que ceux à la maison (48,4%) qu'elles ont un état de santé satisfaisant. Les institutionnalisées soutient aussi, à un taux de 26,5%, que leur santé est bonne, mais pour ceux non- institutionnalisées, ce pourcentage est de 22,5%. Les dates sont dans le tableau. Après avoir appliqué le test de chi carré, les résultats ne sont pas statistiquement significatives ($p = 0,112$).

Tableau 8. Auto-évaluation de l'embonpoint

L'auto-évaluation de la santé	Total - 500 répondantes	Non-institutionnalisées	institutionnalisées
très bonne	1,6%	2,2%	0,8%
bonne	24%	22%	26,5%
satisfaisante	49,2	47%	52,1%
mauvais	20,9%	24,3%	16,4%
très mauvais	4,4%	4,5%	4,2%
test du chi carré			
p = 0,112			

On peut conclure que ces différences sont dues au fait que dans le cadre institutionnel la surveillance médicale, l'observance et le traitement sont offerts 24

heures sur 24. Ainsi, l'impact de la maladie sur la personne est diminué en intensité et en importance. Pour ceux à la maison ce n'est pas possible, l'accès à un médecin de famille ou un spécialiste étant lourd. Pour cette raison, la perception de la maladie est différente.

Basé sur les données obtenues, la thèse présente les *coefficients de corrélation des rangs Spearman* entre la dépendance dans les activités de base et instrumentales, d'une part, et l'évaluation de l'état de santé et la satisfaction de la façon dont ils vivent, d'autre part, dans quatre groupes de personnes: *non-institutionnalisées mobiles, non-institutionnalisées immobiles, institutionnalisées mobiles, institutionnalisées immobiles*.

Sur l'accès aux médicaments, les personnes âgées ne peuvent pas se permettre en totalité les médicaments dont ils ont besoin. Ceux du maison réussissent en pourcentage de 57% à prendre tous les médicaments, pour ceux des institutions les choses sont différentes: l'institution offre aux bénéficiaires les soins médicaux (97,8%). Il y a aussi des cas où le bénéficiaire est doit contribuer avec un montant minimum pour certains médicaments qui ne peuvent pas être compensés.

Tableau 9. L'accès aux médicaments

Vous obtenez en totalité les médicaments dont vous avez besoin?				
La qualité de la personne	oui	communément	partiellement	non
Non-institutionnalisées	57%	22,6%	15,7%	4,6%
institutionnalisées	97,8%	1,8%	0%	0,4%
test du chi carré p = 0,001				

Participation dans la société

Malheureusement les retraités ne se rendent pas compte que les activités de leurs rêves pourront être faites à la retraite. Dans certains cas, la retraite a un impact négatif dans la vie des personnes âgées.

„ Peut-être la caractéristique la plus commune de la période de retraite est l'augmentation du temps de loisirs, fonctionnalité qui apporte à la fois des avantages et des difficultés pour les retraités. Les avantages sont liées au fait que le temps libre des retraités peut être utilisé pour des activités longtemps retardées.

Des situations problématiques sont liées du changement du rythme de vie et de la difficulté de s'adapter à la nouvelle allure aussi qu'à la manque d'un programme structuré de l'extérieur (comme la personne avait l'habitude de faire quand il devait se conformer aux heures du programme de travail, aux horaires des enfants, etc.) "(Deniz Gal, 2003, pp 109, 110).

Selon les résultats de la recherche, les activités quotidiennes des personnes âgées sédentaires sont différents, mais sédentaires: la plupart d'eux regarde la télévision - 81%, sans oublier les prières - 80,8%. Dans un pourcentage assez important ils écoutent la radio - 37%, suivie par la lecture du journal - 23,5 ou la lecture de certains livres - 17,2%. Ils reçoivent des visites 5,8%, 2,6% vont à visiter. À un taux de 6,4% ils fréquentent un club ou une association. Les dernières lieux impliquent assister à des spectacles (0,4%) ou faire du volontariat. (0,6%).

Tableau 10. Fréquence des activités quotidiennes (570 personnes)

activités entreprises Les non-institutionnalisés + les institutionnalisés	quotidiennem ent	1 à 2 fois par semaine	quelqu es fois par mois	annuelleme nt	Je ne fais pas cette activité
Je regarde la télé	81%	10,2%	4,1%	0,4%	4,3%
Écoute la radio	37%	11,7%	8,8%	2%	40,4%
Je visite des parents et des amis	2,6%	16,7%	31,1%	19,8%	29,9%
Je reçois des visites	5,8%	27%	42,9%	16,2%	8%
Je lis des livres	17,2%	15,4%	14,3%	11,5%	41,6%
Je lis des journaux	23,5%	19,3%	12%	4,2%	40,9%
Je vais à l'église	6%	42,4%	16,3%	8,9%	26,4%
Je prie	80,8%	11%	3,3%	1,1%	3,8%
Je vais aux spectacles	0,4%	0,6%	6,9%	22,6%	69,5%
J'assiste un club, une association	6,4%	10,1%	2,4%	0,7%	80,3%
Je fais du volontariat	0,6%	2,5%	0,4%	0,9%	95,7%

En comparant les personnes non- institutionnalisées et des personnes institutionnalisées en ce qui concerne la fréquence des activités de loisirs, on peut observer ce qui suit: ceux à la maison (85,7%) et ceux dans les établissements (74,9%) regardent la télévision, très souvent, la radio étant écoutée en particulier par ceux à la maison.

Ils reçoivent des visites et visitent des parents ou des amis dans un pourcentage plus élevé les non- institutionnalisées. Ces visites impliquent de l'argent et du transport, et ceux institutionnalisées ne peuvent souvent pas s'en permettre. Habituellement, les gens dans des institutions sont accompagnés par la famille, la famille leur amène pour ces visites à la maison ou chez des proches.

Les livres et les journaux sont souvent lus par ceux à la maison parce dans des institutions il y a plus de personnes sans éducation.

Ceux à la maison vont plus à l'église, mais pour ceux des institutions, le prêtre vient d'officier dans le centre. Et en ce qui concerne la prière, les pourcentages sont semblables dans les deux environnements. Beaucoup de personnes dans la vieillesse sont concernés de la religion.

En ce qui concerne la participation à un club / association, assister à des spectacles ou d'effectuer taux de bénévolat, le pourcentage est très faible. Nous croyons qu'une plus grande médiatisation de ces activités conduirait à une plus grande participation des personnes âgées.

La thèse de doctorat approfondie certaines des questions qui déterminent l'utilisation du temps de loisir différemment, le rôle de celui-ci dans le maintien d'un haut degré d'autonomie et présente les *coefficients de corrélation des rangs Spearman entre la dépendance dans les activités de base et celles instrumentales, d'une part, la satisfaction des activités de loisirs et l'appréciation de la vie comme intéressant, d'autre part*, sur quatre groupes de personnes: *non-institutionnalisées mobiles, non-institutionnalisées immobiles, institutionnalisées mobiles, institutionnalisées immobiles*.

De cette partie de la recherche il résulte qu'il faut une plus grande responsabilité et responsabilisation de la société concernant le prolongement de leur autonomie et la capitalisation de leur potentiel physique et intellectuel. L'autonomie fonctionnelle est influencée par l'exercice quotidien, mais aussi par le sens d'utilité. Si dans la famille on dit à un vieux que pour lui il n'y a rien à faire, les autres faisant ses activités, ce n'est pas prendre soin, mais condamnant à la diminution progressive de sa capacité. Il est donc important de créer les conditions et les activités appropriées. Il est également vrai mutuellement. Si l'âgé essaye de

capitaliser son potentiel spécifique, il attirera l'attention sur ce potentiel et déterminera sa demande de la part de la famille ou de la société. En d'autres termes, la participation à la vie sociale implique à la fois la famille, la société et les personnes âgées elles-mêmes, et entre cette participation et le maintien de l'autonomie fonctionnelle est une relation directe, importante et bénéfique.

Le logement

Le logement est un facteur important pour le confort de vie d'un homme et en particulier pour les personnes âgées, touchées par la vulnérabilité et par des besoins spéciaux. Si le niveau de vie fournit des paramètres sur l'espace d'une personne, en Roumanie ces normes sont respectées dans un certain pourcentage. Les conditions sont différentes et leur détermination aussi, et l'impact sur les satisfactions de la vie des personnes âgées est importante.

Les personnes institutionnalisées sont mal-contentes que l'établissement ne dispose pas de suffisante intimité. Ils aimeraient vivre avec moins de gens dans la chambre, parce qu'ils n'ont pas assez d'espace. Chaque personne institutionnalisée a un lieu personnalisé, mais il est trop petit pour se sentir comme chez lui, disent-ils.

Ceux à la maison sont satisfaits de leurs conditions de vie, sauf que l'hiver ils ne peuvent pas se permettre de la chaleur comme ils le voudraient.

La satisfaction de la vie

La bonne disposition est un point important en termes de qualité de vie. La question reflétant cela a été *combien de fois avez-vous passé par les expériences suivantes au cours de la semaine dernière? J'ai voulu savoir la bonne disposition que les personnes âgées ont eu une semaine avant l'enquête*. Des 570 personnes interrogées, près de moitié 49,2% étaient tristes *parfois*, tandis que 25,1% ont dit qu'ils n'étaient pas triste du tout.

Déprimés (parfois) étaient près de moitié (47,9%). Découragés (parfois) sont dans très fort pourcentage - 47,3% d'entre eux. En termes de solitude, 40,5% disent qu'ils ne se sentaient pas seuls, 39% ont dit qu'ils se sentaient seuls parfois, 15,2% souvent, presque toujours - 5,4%. Calme étaient presque toujours 44,5%, 50,2% ont dit qu'ils n'étaient pas du tout fâchés, un pourcentage assez important (65,9%) ont dit qu'ils étaient de bons humeur parfois, 9.8 disant que pas du tout.

En analysant les deux environnements (domicile, institution) on trouve que la bonne disposition embrasse des formes diverses, pratiquement en couvrant presque tous les états et les sentiments.

Bien que *la tristesse* soit commune dans les deux zones, ni le sentiment de *joie* n'est pas manquant. Au cours de la semaine dernière, ils ont eu de la joie aussi.

Calmes et tranquilles ont été dans un pourcentage beaucoup plus élevé ceux de l'institution que ceux de la maison. *La rage* est plus souvent trouvée chez ceux à la maison, ils ayant plus de responsabilités que celles des institutions.

Un sentiment qui est commun chez les personnes âgées est la *solitude*. La solitude est le triste cri de la plupart des personnes âgées. Nombreux sont les cas où les personnes âgées souffrent pas parce qu'ils ne sont pas soignées ou présentent des lacunes diverses, mais parce qu'ils sont oubliés par les parents et les amis. Il y a des gens qui se sentent abandonnés et qui ne demandent que d'être avec quelqu'un, de se faire entendre et de communiquer. La solitude peut être associée avec la vulnérabilité.

De notre recherche résulte que la solitude est commune dans tous les groupes d'âge et tend être plus fréquente avec l'âge. Ainsi, dans le groupe d'âge 60-64 ans, le pourcentage est de 13,9%, atteignant à la groupe d'âge 85-89 le pourcentage de 23,3%, même si conformément au test du chi carré, ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs ($p > 0,05$, $p = 0,012$).

La solitude est une autre condition commune dans la vieillesse. Et la tristesse est souvent associée à la dépression. Et cette condition est présente dans tous les groupes d'âge avec une tendance à augmenter à mesure qu'on vieillisse. Souvent triste est le premier groupe d'âge 60-64 ans, en pourcentage de 20,3%, à 28,9% 85-89 ans, bien que les données ne sont pas statistiquement significative selon le test de chi- carré ($p > 0,05$, $p = 0,175$).

Relation avec la famille

Selon l'auteur Barbara Larsen (1995) concernant la relation entre les personnes âgées et la famille, elle peut être vécue de différentes façons, mais souvent cette relation est caractérisée par ce que les sociologues appellent *l'intimité-la spatialité*, c'est à dire des vies séparées, mais pas loin.

Les gens en mauvaise état de santé sont plus vulnérables et dépendants, montrant ainsi beaucoup plus fort la besoin de rester avec les familles. Toutefois, il n'est pas rare que les différentes générations dans une famille eussent des difficultés à s'adapter à de nouveaux rôles induits par l'âge.

Il convient de noter qu'il y a généralement quatre modèles de familles: les familles harmonieuses avec des possibilités financières, des familles harmonieuses, sans des possibilités financières, les familles dysharmoniques et les personnes sans des familles. Dans les deux premières situations, le soutien la famille aide de manière soutenue le parent âgé avoir une vie bonne pour une période aussi longue. Les familles dysharmoniques pousse la personne âgée vers la dépendance par des motifs sociales ou par la violence et les abus qui déterminent aussi des affections médicales, invalidité. La manque de la famille est un facteur déclenchant de la vulnérabilité et la dépendance.

En termes de relations de famille, la majorité des répondants âgés ont une très bonne relation avec la famille - 44,2% ou bonne en pourcentage de 39,9%. Seulement 11,4% ont une relation satisfaisante, 3% ont une mauvaise relation et 1,5% ont une relation très mauvaise.

En comparant la relation de la famille de ceux qui sont à la maison et ceux dans les établissements, ceux à la maison ont une meilleure relation avec la famille que ceux de l'institution. Certaines personnes dans les établissements sont abandonnées par la famille. Et dans de nombreux cas on ne demande pas leur consentement sur l'institutionnalisation.

Tableau 11. Relation avec la famille

Comment est votre relation avec votre famille? (%)					
La qualité de la personne	très bon	bon	satisfaisant	mauvais	très mauvais
Total des répondants 570	44,2%	39,9%	11,4%	3%	1,5%
Non-Institutionnalisées	51%	40%	7,4%	1,3%	0,3%
Institutionnalisées	34,8%	39,7%	17%	5,4%	3,1%
test du chi carré					
p = 0,001					

Relations avec les amis ou la communauté

La plupart des répondants - 75,7% ont des amis et 91,2% restent en contact avec eux. Plus que moitié (53,2%) voient quotidiennement leur amis.

Il existe des différences entre les non-institutionnalisées et les institutionnalisées. Le pourcentage de ceux qui ont des amis est plus élevé chez les personnes au domicile (88,2%) que ceux dans les établissements (59,5%).

Beaucoup de ceux qui sont dans l'institution ont rompu les relations avec les vieux amis et ont construit des autres, avec des bénéficiaires situés dans d'autres centres.

En termes de participation de la collectivité dans le maintien de l'autonomie des personnes âgées, c'est minime. Pour avoir des chances réelles d'intervention de la communauté dans le maintien de l'indépendance des personnes âgées il devrait tout d'abord que les membres de la communauté eussent une vie bonne ou du moins décente et équilibrée. Lorsque les membres de la communauté ne seront pas obligés de penser et de trouver des solutions pour leur propre survie, alors ils seront probablement attentifs et ils penseront comment aider ceux dans le besoin et auront aussi la disponibilité nécessaire pour les aider.

Facteurs de la vie influent sur le degré d'autonomie / dépendance

Il est à noter que les facteurs conduisant à la perte d'autonomie, de manière implicite à une plus grande dépendance, sont essentiellement médicaux et sociaux. Les facteurs médicaux sont représentés par des affections des divers appareils et dispositifs systèmes et conduisent à un degré d'invalidité, et des facteurs sociaux sont rappelés la manque d'une habitation et l'insuffisance ou l'absence des revenus. Pour mesurer l'indépendance en termes de réalisation des activités quotidiennes, nous avons utilisé l'indice de l'indépendance Katz (tiré du rapport, *Étude comparative sur la situation des personnes âgées en Roumanie* en 2010).

Cet outil met l'accent sur les difficultés avec lesquelles les personnes âgées se confrontent. Les valeurs les plus basses signifient que les sujets interrogés sont indépendants et les valeurs les plus élevées signifient qu'ils sont dépendants. Les principales activités ont été utilisées par Katz et les activités instrumentales par Lawton en 1969, variante appliquée dans l'étude Canadian Study of Health and Aging (Ostbye et tous, 1997) et avec la version proposée par la décision du Gouvernement no. 886 de 2000. Les activités de base de la vie quotidienne sont: l'alimentation, le lavage (baigne, douche), la toilette personnelle, les vêtements, marcher à l'intérieur et utiliser le téléphone. Les activités instrumentales sont les suivants: faire du shopping, la cuisine / préparation de la nourriture, le nettoyage, le lavage des vêtements, le transport, les médicaments, le paiement des taxes, l'achèvement de divers formulaires.

En général, la population étudiée au cours de la recherche est indépendante. Nous notons qu'il y a des difficultés dans les activités instrumentales: le nettoyage, le lavage des vêtements, la préparation des aliments ou pour compléter les différents formulaires et le paiement des frais.

Les scores moyens pour les 2 groupes (non institutionnalisée et institutionnalisée) concernant la dépendance à l'égard des activités de base de la vie quotidienne est de 10,94 à 13,81 pour les personnes âgées non institutionnalisées et 13,81 pour les institutionnalisée (écarts-types étant 9,03 et 8,64) .

Le test T a une valeur de -3,801, ce qui signifie que la différence observée entre les moyennes des deux groupes est statistiquement significative au seuil de 0,001, alors que l'hypothèse de recherche est confirmée: le groupe des personnes âgées institutionnalisées montre une plus grande dépendance par rapport au groupe des personnes âgées non-institutionnalisées.

Tableau 12. Les différences entre les scores de l'indice des activités de base, entre les personnes âgées institutionnalisées et les personnes âgées non institutionnalisées

L'adhésion a l'institution	N	Note moyenne	Écart-type.	Valeur zone t	Sig.
Non-Institutionnalisées	313	10,94	9,03	-3801	0,001
Institutionnalisées	242	13,81	8,64		

En termes d'activités instrumentales, les médias pour les non-institutionnalisés est de 14,95, tandis que pour les personnes dans des institutions est beaucoup plus élevé - 30,62. Le test t est - 17,539 ce qui signifie que la différence entre les deux moyennes est significative, le niveau de signification est de 0,001. De grandes différences entre les deux zones se passent parce que dans l'institution, les personnes âgées ne déroulent pas des activités instrumentales que rarement.

Tableau 13. Les différences entre les scores de l'indice des activités instrumentales de la vie quotidienne entre les personnes âgées institutionnalisées et les personnes âgées non institutionnalisées

Adhésion a l'institution	N	Note moyenne	Écart-type. 2	Le t 3	Sig.
Non Institutionnalisées	308	14,95	11,50	-17539	0,001
Institutionnalisées	240	30,62	9,41		

Pour l'accomplissement des tâches auxquelles les personnes âgées ont des difficultés, ceux à la maison sont aides par les enfants, les parents ou des voisins, dans certains cas, ceux des institutions sont pris en charge par les soignants.

En ce qui concerne le degré de satisfaction de l'aide qu'ils reçoivent dans l'exercice des activités (de base ou instrumentale), on constate que ceux à la maison sont plus satisfaits que ceux dans des institutions. Ceci peut être expliqué par ce que beaucoup de personnes institutionnalisées considèrent l'institutionnalisation comme une obligation de la société, non pas comme une aide offerte dans une situation donnée.

Interprétation des résultats des études de cas

Nous avons étudié les cas de dix personnes, cinq des institutions et cinq à la maison. On a tenté que les données factuelles soit les mêmes pour les deux catégories, afin de comparer leur condition. Parmi les personnes institutionnalisées ont été élus deux femmes et trois hommes, âgés de 62 et 83 ans ; trois d'entre eux ont l'enseignement secondaire et deux universités, deux personnes de sexe féminine sont mobiles et trois personnes de sexe masculine- immobiles. De la maison ont été choisis deux femmes et trois hommes âgés entre 62 et 83 ans, trois d'entre eux ont l'enseignement secondaire et deux universités, trois personnes de sexe féminine sont mobiles et deux personnes de sexe masculine- immobiles.

Toutes les dix personnes ont des histoires de vie complexes, chacun passant par de nombreuses expériences, dont certaines belles et certaines lourdes. La vie leur a apporté des problèmes, situation difficiles ou des troubles. Ce qui est différent est principalement le style de vie, celui-ci en mettant sa marque sur le degré de dépendance ou d'indépendance dans la vieillesse. Il convient de noter que les personnes à la maison, les mobiles et les immobiles, se confrontent avec des problèmes communs. L'un c'est la solitude. Bien que les personnes indépendantes pourraient avoir un réseau social pour encourager les loisirs et leur engager dans des diverses activités, il n'en est rien. Pour les personnes non- institutionnalisées immobiles est plus difficile de créer des conditions sociales. Cela signifie des coûts plus élevés, le transport, aidé à mobilisations, personnes de compagnie etc. Comparativement aux personnes à la maison, celles des institutions (mobiles mais aussi immobiles), bien qu'elles sentent souvent la manque d'une famille, sont impliqués dans une série d'activités qui augmentent la satisfaction et l'estime de soi. Cependant, l'institutionnalisation n'est pas considérée comme une solution positive pour les personnes âgées. On confirme la déclaration de M. Marshall (1993) : institution peut être la dernière étape de la vie humaine. Mais parfois, les

personnes âgées ne sont heureux ni chez eux ou se sentent seules, et où qu'ils se trouvent, la dernière étape de la vie, la mort, n'exclut pas que ce soit. Dans les mots d'E. Goffman (2004), l'institution élève des barrières entre les individus et la société et conduit à la perte de soi. Mais étant donné les affirmations des personnes à la maison, ils se sentent plus seuls que celles qui se trouvent dans des institutions. Et donc, être chez soi et être autonome n'est pas suffisamment on n'est pas satisfaits de la vie que l'on a et si la satisfaction est faible.

CONCLUSIONS

Les conclusions générales, qui résultent à la fin d'une telle approche de recherche, par laquelle nous avons essayé d'apporter une modeste contribution à une meilleure compréhension de la vie des personnes âgées, s'appliquent également à ceux qui sont proches des personnes âgées, dans des familles ou dans des institutions, ceux qui font les lois et prennent les décisions concernant les personnes âgées, ainsi qu'aux personnes qui sont arrivés à un âge avancé, encore capables de faire beaucoup de choses pour embellir ou rendre leur existence plus facile.

Le vieillissement de la population dans la première moitié de ce siècle est, comme indiquent les prévisions basées sur les statistiques (Cornelia Muresan, 1999), une question de grande importance pour la société roumaine, qui nécessite une manipulation prudente et responsable de l'État, les collectivités, les institutions spécialisées, les familles et les citoyens eux-mêmes.

L'importance de cette thèse est de souligner et de démontrer, si possible, que les questions soulevées par *le vieillissement démographique souligne l'importance des recherches concernant la maintenance de l'autonomie, respectivement les réponses sociales concernant l'augmentation du degré de dépendance et de certaines catégories de personnes de plus en plus âgées, de vulnérabilité et enfin de dépendance des personnes âgées*. Ces aspects sont importants pour la personne mais aussi pour la famille et la société. La vulnérabilité est un phénomène qui ne doit pas être traitée après sa production, mais on doit l'éviter grâce à plusieurs méthodes et a un mode de vie qui commence tôt dans la vie et qui peut offrir une autonomie pendant longtemps et un vieillissement optimale. Je veux aussi que ce travail élimine les mythes concernant la qualité des soins résidentielles, parce que la recherche a constaté que la plupart des sujets dans des établissements sont

satisfaits de la vie qu'ils mènent.. Mais bien sûr, ça n'est pas suffisante pour préserver l'autonomie (aussi dans l' institution) pour avoir de la nourriture et bonnes conditions de vie s'ils ne sont pas impliqués dans des activités qui leur apportent plaisir et satisfaction pour les garder plus actives.

L'option pour ce sujet est due, d'une part, à mon domaine d'activité et d'intérêt pour ce groupe, et d'autre part, au fait que ce problème n'a pas été traité suffisamment dans la recherche et de la littérature du point de vue des personnes âgées.

Au-long de la thèse, j'ai visé deux questions clés: la première a été d'illustrer et de clarifier les concepts théoriques et les définitions concernant le processus de vieillissement, l'autonomie et la vulnérabilité des personnes âgées, les droits et les services sociaux dont ils disposent ou devraient bénéficier. La deuxième partie contient ma démarche de recherche propre à la compréhension de la vie concrète des personnes âgées, dans l'étape actuelle et les conditions actuelles, par une recherche personnelle, visant la formation d'un tableau véridique de la vie de cette catégorie de personnes et l'extraction d'une série de conclusions et de propositions liée à l'autonomie et / ou la vulnérabilité de ce segment social important.

Afin de soutenir les travaux scientifiques nous avons examiné la littérature existante, des travaux pertinents du domaine à lesquelles j'ai eu accès, des études réalisés par des instituts de recherche, des institutions d'état ou des associations et des fondations, des articles publiés dans des revues professionnelles. J'ai considéré nécessaires de se référer constamment à la législation en vigueur, pour les périodes et les plus récentes, avec les changements continus dans le domaine de l'aide sociale, des retraites, du système de santé, etc. Les données statistiques et l'information obtenus de l'Institut National de la Statistique ont été un soutien important pour la connaissance de la dynamique des de certains indicateurs, et la focalisation sur la situation de Cluj par l'intermédiaire des données du Centre de Statistique Cluj, ont permis la réalisation des études de cas avec de nombreuses aspects pertinentes pour la vie des personnes âgées. La combinaison de sources classiques et modernes, des matériaux et des informations trouvées sur les sites d'autorité et de confiance, comme les sites des ministères, ont permis dans de nombreux cas la mise à jour des données et la mise en œuvre des corrélations pertinentes sur un certain nombre d'aspects de la vie des personnes âgées.

Le plus scientifique du projet a été donné par la recherche propre et l'application de 570 questionnaires, la réalisation de 30 entrevues structurées et 10 la présentation de cas, ainsi que leur traitement, qui est un plus d'information et qui permet tirer des conclusions utiles et des *recommandations*. **Donc le**

vieillesse de la population devient une vulnérabilité nationale, car les personnes âgées devront être prises en charge quand ils deviennent dépendants et devront être aidés à conserver leur autonomie autant que possible.

On ne confirme pas le mythe du vieillissement comme santé déficitaire et sénilité, mais on soutient l'idée que les personnes âgées sont plus vulnérables aux difficultés, mais le vieillissement lui-même n'est pas une maladie (H. Cox, 1994). Il n'y a pas des raisons pour lier exclusivement la santé déficitaire avec le vieillissement. Ils apparentent, en effet, à cet âge, plusieurs maladies et incapacités que chez les jeunes, mais un bons soins élargie la santé. De notre recherche il résulte que 74,8% des répondants ont évalué leur santé comme satisfaisante, bonne ou très bonne.,La sénilité aussi 'est pas une dominante et dans la plupart des cas on confirme l' idées liées a la sagesse des personnes âgées, tout comme le romantisme de la jeunesse ne passe pas avec l'âge. Des réponses aux questionnaires il résulte que les personnes âgées sont différents dans leur mode de vie et dans la plupart des cas, ils ont de la prédisposition à l'adaptabilité.

On confirme aussi l'hypothèse selon laquelle la **vulnérabilité prédominante est donnée par les mauvaises conditions matérielles et par le sentiment de solitude.** Si le pourcentage de ceux qui considèrent (non-institutionnalisées + institutionnalisées) que *mes revenus ne suffisent ni pour mes nécessités ou mes revenus suffisent seulement pour mes nécessités* est de 60,7 %, est presque le même avec celui qui vise le sentiment de solitude respectivement 59,5% se sont senties *toujours, souvent ou parfois seuls.*

On confirme l'hypothèse selon laquelle la **manque de scolarisation et de l'éducation, en son temps, est un important facteur de risque pour la croissance de la vulnérabilité, dans la vieillesse** De notre recherche résultent *deux directions par lesquelles ce risque survient:* a) une scolarité réduite détermine des revenus plus petite dans la vieillesse, dans les deux catégories de sujets visées par la recherche, b) une scolarité et une éducation précaires, qui peuvent se perpétuer dans la famille, déterminent une prédisposition à l'institutionnalisation: chez les institutionnalisées, le pourcentage des personnes non-scolarisées est de 10,6%, avec l'école primaire 26,4 %, tandis que celui avec des diplômés d'écoles secondaires 30,9%, donc un total de près de 70 pour cent sont des gens sans instruction ou peu de scolarité, tandis que pour ceux à la maison le pourcentage des personnes sans école est seulement de 1,6% et les pourcentages

des personnes avec des études de l'enseignement secondaire, post-secondaire ou supérieur est beaucoup plus élevés .

Les recommandations visent les décideurs du domaine des politiques sociales nationales et locales, les familles et les institutions résidentielles qui composent le milieu de vie des personnes âgées :

Les décideurs politiques au niveau national:

Le maintien d'une valeur stable des revenus des personnes âgées, par la corrélation de l'indice de l'inflation avec celui d'indexation des pensions ; les politiques sociales pour les personnes âgées doivent respecter les décisions et recommandations des organisations internationales ou européennes: La Déclaration universelle des droits de l'homme (Assemblée générale des Nations Unies, 10 Décembre 1948), Les principes des Nations Unies pour les personnes âgées (Assemblée générale des Nations Unies, 16 Novembre 1991) Le Plan international d'action sur le vieillissement (Le Rencontre Mondiale concernant les Personnes Âgées, Juillet 26 Août-6, 1982), La Charte européenne des droits fondamentaux (2000), les prévisions du Traité fondamental et des documents de l'Union Européenne, Les systèmes de protection sociale et d'assurance de sante il faut fournir des conditions spéciales et des facilités plus prononcés pour les personnes âgées par: des économies financières à des services médicaux et des médicaments, un meilleur accès aux services, certains services gratuits à la maison.

Communautés

Assurer localement des facilités pour les personnes âgées: dans les hôpitaux, pour les transports urbains, l'accès aux institutions culturelles, le développement de clubs spécialisés, L'utilisation des fonds européens et des disponibilités locales pour développer des centres de soin et de soutien, des chemins de jour et d'autres établissements pour les personnes âgées, leur pourcentage rapporté a la population étant inférieur à la moyenne européenne; Initier et organiser des programmes éducatifs, couvrant à la fois la population des personnes âgées et les adultes, en termes d'une mode de vie propice à l'autonomie élargie.

Famille:

Garder les personnes âgées dans l'activité, pour ne pas ressentir la perte de la puissance et la futilité; La consultation des âgées dans certains problèmes, à la fois pour leur idées et leur expérience réelle et aussi pour ne pas sentir un

manque de respect, le *souci augmenté pour santé des personnes âgées* (les personnes âgées, pour des raisons matérielles ou pour ne pas déranger, ont une tendance de se négliger).

Les institutions de soin et d'assistance:

La couverture médiatique des services existants et des activités d'éducation de la société pour regarder les institutions comme une alternative correcte et pas comme une solution indésirable.

Donc, nous ne devons pas oublier que les personnes âgées ont besoin de quelqu'un près et qu'il faut faire tout pour assurer, autant que possible, leur santé et autonomie. Il s'agit d'un devoir moral de la famille et de la communauté, de la société dans son ensemble, de créer et de maintenir certaines conditions pour les personnes qui ont atteint un âge avancé, mais cette dette est à la fois la récompense et la contribution de la génération précédente à l'augmentation du dot matériel et spirituel apprécié par la génération actuelle. La manière dans laquelle nous réussissons à organiser un cadre social et institutionnel pour les personnes âgées d'aujourd'hui pourrait se constituer dans un modèle d'un futur cadre pour l'intégration sociale de notre propre génération.

BIBLIOGRAPHIE

Achenbaum, W., Bengtson, V., Re-engaging the disengagement theory of ageing: Of the history and assesment of theory development in gerontology, în The Gerontologist, nr.34 (6), 1994.

Albu, Emilia, Psihologia dezvoltării, Editura Napoca Star, Cluj-Napoca, 2008.

Anuarul Statistic al României, 2010.

Apahideanu, Octavian, Asistența socială a persoanelor de vârstă a III a, Editura Eftimie Murgu, Reșița, 2001

Autoritatea Națională a Persoanelor cu Handicap, Buletin statistic, 31 martie 2011

Barbu, Gheorghe, Mihăilescu, Adina, Prisăcaru, Corneliu, Caracteristici ale defavorizării la vârsta a treia, 1999, <http://www.iccv.ro/oldiccv/romana/revista/rcalvit/pdf/cv1999.1-2.a02.pdf>

Barker, L. Robert, The social work dictionary, NASW Press, USA, 1995.

Beauchamp T, Childress J., Principles of biomedical ethics, Oxford University Press, New York (1979, 1983, 1989, 1994) 2001.

Bell, Virginia, Troxel, D., Best Friends Approach to Alzheimer's Care, Health Professions Press, Baltimore 2003.

Benaim, C., Froger, J., Compan, B., Pélissier, J., Évaluation de l'autonomie de la personne âgée, [Annales de Réadaptation et de Médecine Physique Volume 48, Issue 6](#), Elsevier SAS 2005.

Blanchet, Didier, La démographie de la dépendance, Données européennes et principales questions, Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) Government of France, Paris, France, 2008.

Birch Ann, Psihologia dezvoltării, Editura Tehnică, București, 2000

Bocsa, Eva, Psihologia vârstelor, Editura Edyro, Petroșani, 2003.

Bonchiș, Elena, Secui, Monica, Psihologia vârstelor, Editura Universității din Oradea, Oradea, 2004.

Bodogai, Simona Ioana, Protecția socială a persoanelor vârstnice, Editura Universității din Oradea, Oradea, 2009.

Bogdan, Constantin, Elemente de geriatrie practică, Editura Medicală, București, 1992.

Bogdan, Constantin, Abuzul și violența contra persoanelor vârstnice în Zamfir, Elena,

Bădescu, Ilie, Zamfir, Cătălin (coordonatori), Starea societății românești după 10 ani de tranziție, Editura Expert, București, 2000.

Bălașa, Ana, Sănătatea - componentă esențială a calității vieții vârstnicilor, Calitatea Vieții, Editura Academiei Romane, Bucuresti, Anul 18, Nr 3-4, 2007, pag.62.

Boudon, Raymond, Tratat de sociologie, Editura Humanitas, București, 1997. Bradshaw,

Jonathan, A taxonomy of social need, New Society No. 496 (30 Mar): 640-3, 1972.

Bourgeois, Etienne și Nizet, Jean, Pression et légitimation, Presses Universitaires de France, Paris, 1995.

Bucur, Venera, Margareta, Asistența socială în fața vârstei a treia în Munten, Ana, Sagebiel, Juliane, Practici în asistența socială, Editura Polirom, Iași, 2007.

Cavanaugh, J.C., Blanchard-Fields, F. Adult Development and Aging (6th ed.). Belmont, CA: Wadsworth (2002)

Cernescu, Trăilă, Sociologia vârstei a treia, Editura Beladi, Craiova, 2004.

Ciocodeica, Vasile, Demografie și sociologia populației, Editura Universitas, Petroșani, 2007.

Cojocaru, Ștefan, Elaborarea proiectelor, Editura Expert Projects, Iași, 2003

Comisia Europeană, Report Active Ageing, September – November 2011, Publicat: ianuarie 2012, Special Eurobarometer 378.

Comisia Europeană, A statistical portrait of the European Union 2012, Active ageing and solidarity between generations, Eurostat – Edition 2012.

Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice, RAPORT privind activitatea desfășurată în anul 2010, http://www.cnpv.ro/raport_2010.php

Cox, Harold, Aging, The Dushkin Group, United States, 1994.

Crețu, Tinca, Psihologia vârstelor, Editura Polirom, Iași, 2009.

Cumming, Elaine, Henry, William, Growing old: The process of disengagement. New York: Basic Books, 1961

Dănăilă, Leon, Gheorghe, D., Mihai, Ploaie, Pătru, Boala Alzheimer, Editura Militară, București, 1996.

Dex, 2009.

Dicționar La Rouse, Editura Univers Enciclopedic, București, 1996.

Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Cluj-Napoca, 2011

Donca Valer, Suport de curs, Geriatrie și Gerontologie, Universitatea de Medicină și Farmacie, Iuliu Hașeganu, Cluj-Napoca, 2008

Dowd, James, Stratification among the aged, Brooks/Cole, Monterey, California, 1980

Dragomir, Manuela, Ghelase, Mugurel, Dinescu, Sorin, Sănătate publică: demografie și epidemiologie, Editura Medicală Universitară Craiova, 2005.

Dumitrașcu, Hanibal, Dezvoltare umană, Editura Fundației Axis, Iași, 2006.

Durkheim, Emile, (traducere de Dan Lungu) Regulile metodei sociologice, Editura Polirom, Iași, 2002

Durkheim, Emile (traducere Mariana Tabacu), Sinuciderea. Studiu sociologic, Editura Antet XX Press (1930, Presses Universitaires de France), 2005.

Edwards, Richard L, June Hopps, Gary, Encyclopedia of Social Work, Ediția 19, NASW Press, Washington, DC.

Fontaine, Roger, Psihologia îmbătrânirii, Editura Polirom, Iași, 2008

Gabos Grecu, Iosif, Depresia și bolile psiho-somatice, University Press, Târgu Mureș, 2009

Gal, Denizia, Dezvoltarea Umană Clujană, Presa Universitară Clujană, Cluj Napoca, 2001

Gal, Denizia (coord.), Vine o zi, Eseuri pe teme gerontologice, Presa Universitară Clujană, 2001.

Gal, Denizia, Asistența socială a persoanelor vârstnice, Editura Todesco, Cluj-Napoca, 2003.

Gârleanu Șoitu, Daniela, Vârsta a treia, Editura Institutul European, Iași, 2006.

Ghețau, Vasile, Declinul demografic și viitorul populației României, O perspectivă din anul 2007 asupra populației României în secolul 21, Editura Alpha MDN, Buzău, 2007.

Ghețau, Vasile, Câți pensionari ar putea avea România până în 2030?, Revista de Asistență Socială, anul X, nr. 3/2011, pag. 115 – 136.

Godeau, Pierre, Vulnérabilité et vieillissement : comment les prévenir, les retarder ou les maîtriser? Vulnerability and aging: can they be prevented, delayed or controlled? Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, 2002

Gonthier, R., Le concept de fragilité : pourquoi est-il essentiel ? La Revue de Gériatrie, Tome 25, n°3 mars 2000.

Goffman, Erving, Aziluri, Polirom, Iași, 2004.

Hahn, Dale, Wayne Payne, Transparency masters to accompany Focus on health, Brown and Benchmark, 1997.

Hampton, F, Roy, M.D și Russell Charles, The Encyclopedia of aging and the elderly, New York, Oxford, 1992.

Harbert, Anita, Ginsberg, Leon, Human services for older adults: concepts and skills, University of South Carolina, 1990

Havighurst, Robert James, și Albrecht, Ruth. Older people, Longmans Green New York, 1953.

Heinisch, Renate, Proiect de aviz al Secțiunii pentru ocuparea forței de muncă, afaceri sociale și cetățenie privind consecințele îmbătrânirii populației asupra sistemelor de sănătate și de protecție socială, Bruxelles, 2010

Hickey, T., Douglas, L.R., Neglect and Abuse of Older Family Members: Professional's Perspectives and Case Experiences, in *The Gerontologists*, nr.21

Hooyman, Nancy, R. și Kiyak Asuman H., *Social Gerontology. A multidisciplinary perspective*, Editura Allyn and Bacon, 1998.

Howitt, Dennis, Cramer, Duncan, *Introducere în SPSS pentru psihologie*, Editura Polirom, Iași, 2010.

Iluț, Petru, *Abordarea calitativă a socioumanului: concepte și metode*, Editura Polirom, Iași, 1997.

Ioncu, Deme Sanda, *Boala Alzheimer*, Editura Mirton, Timișoara, 2002.

Larsen, Barbara, , *Le guide des seniors actifs*, Association des consommateurs test-achats Bruxelles, 1995.

Loo, Henri, Loo, Pierre, *Depresia*, Editura Corint, București, 2003.

Lebel, Paule SIPA Research Program, Solidage Research Group, McGill University-Universite de Montreal Research Group on Frailty and Aging, 1999

Lucuț, Grigore, Rădulescu, Sorin, *Calitatea vieții și indicatorii sociali: teorie, metodă, cercetare*, Editura Luminale, București, 2000.

Mardare, Iulia, Suportul social și starea de sănătate, *Revista de Asistență Socială*, nr. 3/4, Editura Polirom, Iași, 2005, pag.109-124.

Marina, Lucian, *Rămânerea în societate*, Editura Emia, Deva, 2003.

Marshall, Mary, *Asistența socială pentru bătrâni*, Editura Alternative, Iași, 1993.

Matei, Gheorghe, *Protecția socială în România*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 2007.

Maslow, Abraham, *The forther reaches of human nature*, New York:Viking 1971

Mândrilă, Carmen Gabriela, *Procesul de îmbătănire din perspectiva asistenței sociale*, Editura Tehnopress, Iași, 2005.

Mândrilă, Carmen Gabriela, *Violența în familie. O realitate dramatică*, Editura Universității Alexandru I. Cuza, Iași, 2009.

Meire Ph, *La vulnerabilite des personnes agees*, Louvain médical 119, Bruxelles, 2000.

Miley, Karla Krogsrud, O'Melia, Michael, DuBois, Brenda, *Practica asistenței sociale*, Editura Polirom, Iași, 2006.

Monod, S, Sautebin, A, Vieillir et devenir vulnérable, Revue Médicale Suisse, 5, 2009

Muntean, Ana, Psihologia dezvoltării umane, Editura Polirom, Iași, 2009.

Mureșan, Cornelia, Evoluția demografică a României. Tendințe vechi, schimbări recente, perspective (1870-2030), Editura Presa Universitară Clujană, Cluj Napoca, 1999.

Mureșan, Cornelia (coord), Ancheta pilot Generații și Gen la Cluj, Presa Universitară Clujană, Cluj Napoca, 2005.

Mureșan, Cornelia (coord), Situația vârstnicilor din România, Fundația Principesa Margareta, București, 2009.

Kemp P, Rendtorff JD, Mattsson N. Bioethics and biolaw Vols 1 and 2. Copenhagen : Rhodos, 2000.

Kuflik, Arthur, The inalienability of autonomy, Philosophy & Public Affairs, Vol. 13, No. 4, California, SUA 1984.

Panaitecu, Romeo, Probleme de memorie și boala Alzheimer, 2005

Pană, Luminița, Psihologia vârstelor, Editura Eurostampa, Timișoara, 2009

Papalia Diane E, Olds Wendkos Sally, Human development, McGraw-Hill Book Company, third edition.

Platon, Opere, vol. V, Editura științifică și enciclopedică, București, 1986.

Pitkala KH, Routasalo P, Kautiainen H, et al., Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness : A randomized, controlled trial. [Oxford Journals The Journals of Gerontology: Series A Volume 64A, Issue7](#), 2009

Pop, Luana, Miruna, Dicționar de politici sociale, Editura Expert, București, 2000.

Popa, Liviu, Boli cronice, Suport de curs, Cluj-Napoca, 2005.

Popescu, Livia, Protecția socială în Uniunea Europeană, Presa universitară Clujană, Cluj Napoca, 2004.

Popescu, Livia, Serviciile de îngrijire a sănătății în Preda, Marian, Riscuri și inechități sociale în România, Editura Polirom, Iași, 2009.

Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2007). World Population Prospects: The 2006 Revision. New York: U N, 2007, <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/English.pdf>

Precupețu, Iuliana, Preoteasa, Ana-Maria, Pop, Cosmina, Politici sociale și fiscale, în Revista Calitatea Vieții, An XVIII, Nr.3-4, Editura Academiei Române, București, 2007.

Puwak, Hildegard, Încetinirea ireversibilității, Editura Expert, București, 1995.

Radulescu, Sorin M, Sociologia problemelor sociale ale vârstnicilor, Editura Lumina Lex, București, 1999.

Rebeleanu-Bereczki, Adina, Politicile în domeniul sănătății în contextul reformei sociale din România, Presa Universitară Clujană, Cluj Napoca, 2007.

Roșca, Dan, Introducere în sociologia populației și demografie, Ediția a IV-a, Editura Fundației România de Măine, București, 2007.

Rotariu, Traian, Demografie și sociologia Populației, Editura Polirom, Iași, 2009.

Rotariu, Traian, Studii demografice, Editura Polirom, Iasi, 2010.

Rotariu, Traian, Studiu comparativ asupra situației persoanelor vârstnice din România. Cazul Podișului Someșan. Raport de cercetare, Cluj-Napoca, 2010

Roth, Maria, Copii și femei victime ale violenței, Editura Presa Universitară Clujană, Cluj-Napoca, 2005.

Roth, Maria, Rebeleanu, Adina, Asistența socială. Cadru conceptual și aplicații practice, Editura Presa Universitară Clujană, Cluj Napoca, 2007.

Sassu, Ana, Raluca, Psihologia dezvoltării, Editura Universității Lucian Blaga, Sibiu, 2006.

Sălăgean, Viorel, Asigurările sociale și pensiile între sistemul public și cel privat în România, Editura Limes, Cluj-Napoca, 2009.

Săucan, Doina-Ștefana, Liiceanu, Aurora, Micle, Mihai Ioan, Abordarea psihosocială a sinuciderii ca formă particulară a violenței, Institutul Național de Criminologie , 2005, <http://www.criminologie.ro>, văzut la data de 26.05.2011

Schröder-Butterfill Elisabeth and Marianti Ruly, Understanding Vulnerabilities in Old Age, Volume 26, Aging & Society, [Cambridge University Press 2006](http://www.cambridge.org/9780521875211).

Sorescu, Maria, Emilia, Asistența socială a persoanelor vârstnice, Editura Tipografia Universității din Craiova, 2005

Sorescu, Maria, Emilia, Bătrânețea între binecuvântare și blestem, Editura Tipografia Universității din Craiova, 2008

Stanciu, Mariana, Demografie, ocupare și consum în spațiul european, în revista Calitatea Vieții - Revistă de politici sociale, anul XIV, nr.2, 2003.

Șchiopu, Ursula, Psihologia modernă, către o teorie generală a vârstelor, Editura Press, București, 2008

Spilker, Bert, Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials, Lippincott-Raven, Philadelphia, 1996

Stark, Evan, Flitcraft, Anne, Woman at risk : Domestic Violence and Women's, Thousand Oaks, CA, Sage publications.

Teșliuc, Mihaela, Cornelia, Pop, Lucian, Teșliuc, Daniel, Emil, Sărăcia și sistemul de protecție socială, Editura Polirom, Iași, 2001.

Țarcă, Mihai, Tratat de demografie, Editura Junimea, Iași, 2008

Țarcă, Mihai, Țarcă, Viorel, Țarcă, Mihaela, Elemente de demografie, Editura Junimea, Iași, 2006

United Nations Principles for Older Persons, Adopted by General Assembly resolution 46/91 of 16 December 1991, <http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/olderpersons.pdf>

Verza, Emil, Psihologia vârstelor, Editura Pro Humanitate, București, 2000.

Vlăsceanu, Zamfir, Dicționar de sociologie, Editura Babel, București, 1993.

Wallace Claire, Abbott Pamela, From quality of life to social quality: relevance for work and care, in Europe Quality of life, XVIII, nr 1-2, 200

Wenger NS, Solomon DH, Roth CP, et al. The quality of medical care provided to vulnerable community-dwelling older patients, [Annals of Internal Medicine](#), 2003.

Yapko D. Michael, Hypnosis and the treatment of depressions: strategies for change, Hardbound w/DJ, 1992

Zamfir, Elena, Preda, Marian (coordonatori), Diagnoza problemelor sociale - studii de caz, Editura Expert, București, 2000.

Loi 292 du 20 Décembre 2011 concernant le système national d'assistance sociale, publié dans la Gazette officiel n °. 905 du 20 Décembre 2011

Loi n ° 19 du 17 Mars 2000 sur le système des pensions publiques et autres droits d'assurances sociales, publié dans la Gazette officiel n °. 140/1 Avril 2000.

La loi n °. 17/2000 du 6 Mars 2000 sur l'aide sociale aux personnes âgées, publié au Journal officiel n ° 104 de Mars 9, 2000.

Loi 220 de 2011 sur la réforme de santé, publié dans la Gazette officiel n °. 851, du 30 Novembre, 2011.

Loi 263/2010 sur le système unitaire des pensions publiques, publié au Journal officiel, Partie I, nr.852, Décembre 20, 2010.

Loi 448 de 2006 sur la protection et la promotion des personnes handicapées, publié au Journal officiel de Décembre 18, 2006 Nr.1006.

Nr.705/2001 la loi sur le système national d'assistance sociale, publiée au Journal officiel, Partie I / nr.814 du 18.12.2001.

la décision du gouvernement. 886 de Octobre 5, 2000, pour approbation de la Grille Nationale d'évaluation des besoins des personnes âgées

la décision du gouvernement Nr.829 du 31 Juillet 2002 relative au plan national de lutte contre la pauvreté et promotion de l'inclusion sociale, publié dans la Gazette officiel n °. 662 du 6 Septembre, 2002

la décision du gouvernement. 539 du 9 Juin 2005, pour l'approbation du Nomenclateur des institutions d'assistance sociale et de la structure orientatrice de personnelle, le règlement-cadre de l'organisation et le fonctionnement des institutions sociales et des normes pour l'application de l'Ordonnance du Gouvernement no. 68/2003 sur les services sociaux

Décision du Gouvernement 729 du 14 Juillet 2005 relative à la fixation de l'indemnité de nourriture quotidienne pour le consume collective des institutions publiques d'assistance sociale , publié au Journal officiel du 21 Juillet 646 2005

Décision du Gouvernement 1389 du 28 Décembre 2010 approuvant l'accord-cadre sur les conditions d'octroi de l'assistance médicale dans le système d'assurance sociales de sante pour la période 2011-2012, publié au Journal officiel du 30 Décembre 895 2010

Ordonnance du Gouvernement 68/2003 sur les services sociaux publié dans la Gazette officiel n °. 619 du 30.08.2003.