

Dépendance liée à l'âge : une réflexion qui nous concerne tous



uni3

Université des seniors – Genève
COMMISSION SANTÉ

Dépendance liée à l'âge : une réflexion qui nous concerne tous

UNIZ UNIVERSITÉ DES SENIORS – GENÈVE

COMMISSION SANTÉ



Introduction

Vulnérabilité, dépendance, atteinte au sentiment de dignité, autant de craintes évoquées avec l'avancée en âge. A la fin de l'année 2020, un sondage Uniz sur la démence révélait que la perte d'autonomie était la plus grande crainte exprimée par les participants.

Même si la liberté et l'autonomie sont au cœur des valeurs de notre société, en fait nous sommes tous dépendants, vivant dans un monde globalisé et des sociétés complexes, dont tous les acteurs sont interdépendants. Cette dépendance «sociale», qui est une condition nécessaire de l'existence, est à différencier de la dépendance liée à l'incapacité de réaliser les diverses activités de la vie quotidienne sans recourir à une aide.

Avec la dépendance, nous abordons un thème qui nous touche toutes et tous à un moment ou un autre de notre vie, que ce soit comme personne dépendante ou comme proche aidant. Nous sommes des êtres fragiles et dépendants les uns des autres, de différentes manières et à différents moments de l'existence. Ainsi avons-nous cette nécessité de «prendre soin» les uns des autres.

La Commission Santé d'Uniz vous propose quelques pistes de réflexion sur ce sujet.

1. Les multiples dimensions de la dépendance du grand âge

Les personnes vulnérables sont celles dont l'autonomie, la dignité, et l'intégrité sont menacées.¹

Que signifie le terme de «**dignité**», aussi souvent utilisé que rarement défini? Selon l'Encyclopédie philosophique (2017)², la dignité «désigne la valeur intrinsèque d'une personne, ce qu'elle vaut par elle-même, par opposition à sa valeur d'utilité, c'est-à-dire ce qu'elle vaut pour autrui. Ce concept reste formel en ce qu'il ne dit pas *en quoi* consiste cette valeur, mais on considère généralement qu'il est attaché à toute personne humaine par le fait même qu'elle est humaine. La dignité est donc inaliénable, même si elle est souvent violée, par exemple dans l'esclavage ou sous la torture (les deux violations paradigmatiques de la dignité humaine). Il ne faut pas confondre cette dignité avec celle qui caractérise les actes et le comportement de quelqu'un (il peut se comporter de manière digne ou indigne), ou avec le sentiment de dignité ou d'indignité, qui dépend surtout de la manière dont on est traité et qui, comme tout sentiment, peut être justifié ou non».

La dépendance fonctionnelle est définie par une incapacité à réaliser des activités physiques ou mentales nécessaires à la vie quotidienne. Elle engendre une *dépendance à autrui*. Or, l'accès du soignant à l'intimité de la personne (nudité lors de la toilette, gestion d'une incontinence urinaire ou fécale par exemple), de même que la *profonde asymétrie de la relation soignant-soigné* en termes de connaissance et de pouvoir, peuvent porter atteinte au sentiment de dignité et d'intégrité de la personne, la rendant vulnérable au sens de la définition éthique proposée plus haut. Le patient, en position de dépendance, ne peut que s'en remettre à la bienfaisance du soignant.

L'autonomie¹ est la capacité à choisir de son propre chef, sans se laisser influencer par une autorité extérieure. La perte de son autonomie rend la personne vulnérable, en la privant de la faculté d'agir par elle-même, et en lui imposant des décisions prises par autrui. La perte de la capacité de discernement est un cas particulier de perte d'autonomie, qui prive la personne de sa faculté d'agir par elle-même. Mais un handicap grave de mobilité peut aussi priver une personne de sa capacité à décider seule de ses déplacements.

Il convient encore de distinguer la «dépendance – lien social» ou **interdépendance** par rapport à la «dépendance fonctionnelle» définie plus haut. Les mots *dépendance* et autonomie renvoient aux modes de relations entre les individus dans notre société. Souvent écartelé entre individualisme et solidarité, l'individu est à la fois dépendant et autonome (B. Ennuyer 2013)³. On ne peut pas concevoir d'autonomie sans dépendance (Edgar Morin). À **la vision médicale fonctionnelle** de la dépendance, telle qu'elle est envisagée dans le milieu des soins aux personnes âgées ou handicapées, on peut opposer une **vision relationnelle**, proposée par Albert Memmi⁴ «La dépendance est une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin». La dépendance, ajoutait-il, est le fait de la condition humaine, une relation réciproque, et même un lien trinitaire entre le dépendant, le pourvoyeur, et l'objet de pourvoyance. En ce sens notre capacité de choix de mode de vie, notre «autonomie», dépend largement de ceux qui nous entourent et des indispensables soutiens que sont les innombrables structures collectives de la

société. Cette dépendance-lien social n'est donc en aucune manière propre à la vieillesse, mais l'âge nous amène peut-être à en prendre davantage conscience.

2. Le difficile apprentissage de la dépendance

L'apprentissage de la dépendance fonctionnelle présente des phases qui ressemblent à celles d'un deuil car il s'agit d'une perte importante: tout d'abord le déni, puis la réorganisation avant l'acceptation. On dit bien «faire le deuil de son indépendance». Cependant, si le processus d'acceptation implique dans les deux cas compétences et adaptation, la **dépendance s'inscrit dans la vie**, la perte n'est pas totale, la personne peut encore vivre des moments heureux, participer aux événements, nouer des relations...

En général, le désir de continuer à vivre amène les personnes concernées à faire des concessions, à comprendre qu'une aide extérieure améliore leur vie et diminue les risques d'accident. Mais elles le font souvent au compte-goutte! Pour préserver leur sentiment de dignité. Toute nouvelle concession ressemble à une défaite.

Un autre aspect de la dépendance est le poids qui pèse sur les proches. Beaucoup de personnes devenues dépendantes en souffrent, parfois elles choisissent d'entrer en EMS pour épargner leurs enfants.

Mais, pour beaucoup, l'EMS fait peur. On doit abandonner tout ou presque pour se retrouver dans une chambre. Il n'y a plus guère de choix. C'est la fin du voyage. Déprimant!

Et pourtant, certaines personnes s'y trouvent bien, heureuses qu'il y ait du monde autour d'elles (elles n'en avaient pas autant avant!) et que les soignants soient sur place.

Un moyen d'apprendre à mieux vivre en EMS est d'être placé parfois dans **une institution de jour**. On y rencontre d'autres personnes et découvre la vie communautaire. Pendant ce temps le proche aidant peut vaquer à ses propres occupations.

Où trouver la force d'assumer son état et de faire face au regard des autres?

Le regard des autres fait mal. Même quand ceux-ci ont de bonnes intentions. Citons cet homme atteint de la maladie d'Alzheimer qui disait: «Il n'y a plus que mon

chien qui me regarde comme avant!». Ou cet homme mal voyant de naissance qui m'a dit, alors que je lui demandais s'il avait besoin d'aide: «Comment croyez-vous que je fais quand vous n'êtes pas là!»

Ce qu'elle lit dans le regard des autres peut pousser une personne qui perd sa mobilité à prendre des risques. Par exemple en marchant avec une canne parce qu'elle juge qu'un déambulateur est trop dégradant.

Le désir de continuer à vivre va jouer un grand rôle. Il est comme la colonne vertébrale, il nous tient debout. Pour s'adapter, on doit faire preuve d'imagination, développer ses compétences sociales et humaines. Une personne à mobilité réduite ou en chaise roulante peut apporter un réconfort à un parent ou ami pourtant valide. L'expérience de vie reste une richesse à partager.

Pour assumer son état, il faut d'abord l'avoir accepté. Ce qui ne signifie pas qu'il faille abandonner toute dignité! Ainsi on peut continuer à vivre comme avant: «C'est différent, mais c'est toujours moi! Ce qui compte, c'est ce que je fais et non pas comment je le fais».

3. Aides et proches-aidants

Les proches sont les premiers concernés et peuvent mettre en place des agencements qui facilitent la vie de la personne concernée. Par exemple en utilisant un déambulateur ou une chaise roulante qui redonne une liberté de mouvements et permet de sortir seul ou accompagné. De plus, on peut faire appel à un centre d'aide et soins à domicile. Il est fréquent qu'une personne dépendante préfère que ce soit une aide à domicile qui s'occupe de son intimité plutôt que l'un de ses enfants.

Enfin, il y a l'aspect psychologique. Pour éviter un repli sur soi, il faut que la personne dépendante puisse s'exprimer, dire ce qu'elle désire ou ressent. Souvent un des soignants ou un des intervenants reçoit les confidences, les craintes devant l'évolution de la dépendance et la menace d'être mise en institution.

Les proches aidants

Un proche aidant est une personne qui vit et agit dans l'entourage immédiat d'une personne malade, souffrante, ou en perte d'autonomie. Elle assure un soutien non professionnel, régulier ou irrégulier.

Les professionnels ne sont pas là tout le temps, sauf en institution. Le proche aidant prend en charge tous les problèmes non médicaux, ainsi que les besoins du proche dépendant non assurés par les aides à domicile. Cela peut s'avérer très lourd quand le proche devient très dépendant.

La plupart du temps, on devient proche aidant par obligation, parce qu'un père ou une mère, voire un enfant, est devenu dépendant. En général ça commence suite à une maladie ou un accident qui révèle que la personne n'arrivera plus à tout gérer elle-même.

Quelle aide peut-on (doit-on) recevoir et où la demander quand on est un proche aidant?

Il ne faut pas hésiter à demander de l'aide, car la tâche peut être épuisante et durer longtemps. Sans compter que la plupart du temps, le proche aidant est encore actif et doit gérer en parallèle son activité professionnelle et sa vie de famille.

On peut recevoir des conseils et des informations sur les aides existantes au service de l'état «proch'info» ou chez *Pro Senectute* (voir annexes p. 17).

C'est d'autant plus nécessaire quand le proche est aigri

et s'en prend aux personnes valides de son entourage. C'est particulièrement ingrat pour le proche aidant. Mais heureusement, il y a beaucoup de personnes qui se montrent plutôt reconnaissantes et le montrent. Le rôle de proche aidant apporte le sentiment d'être utile, de soutenir parfois à bout de bras une personne qu'on aime.

Relation soignant-soigné

Il y a parfois de très belles relations qui se nouent entre la personne dépendante et les soignants. Mais les soins à domicile envoient souvent des personnes différentes. C'est difficile pour les personnes visitées. Elles aiment bien retrouver la même infirmière qui s'occupe du semainier ou l'aide qui vient pour la douche. Les changements constants rendent le contact impersonnel et il faut tout expliquer de nouveau à chaque fois. Des relations plus durables peuvent se nouer en EMS avec le personnel soignant de l'institution. C'est en général avec une personne capable d'empathie. Les résidents s'attachent volontiers aux animateurs et infirmiers (ères).

Malheureusement, il y a parfois des dérives. On parle

régulièrement de cas de maltraitance. Ils ne sont pas si rares.⁵ Ce qui est plus fréquent, mais aussi regrettable, c'est l'indifférence, voire la **négligence**. On oublie un patient quelque part dans son fauteuil roulant ou on n'a pas le temps de s'en occuper. Parfois les soins corporels sont bâclés, les douches rares. Maltraitance et négligence peuvent aller de pair avec dépendance financière.

La pandémie du Covid19 a mis en évidence les mauvaises gestions de la crise, notamment sur le plan humain en privant les résidents de leurs proches.

Rapports de pouvoir

Un aspect non-négligeable de l'éthique des soins est celui des rapports de pouvoir. Citons à ce propos une thèse récente (M. Laroche, Université de Sherbrooke, 2018)⁶: «au cœur d'une relation de soin asymétrique, la dépendance sollicite un engagement plutôt qu'une réponse en rapport avec une question d'intérêt. Elle va au-delà de la simple satisfaction des besoins. La personne bénéficiaire ne peut être perçue comme un réceptacle des protocoles de soins professionnels. La relation de la dépendance cherche à redonner

une autonomie à ce qui a été fragilisé ou peut-être même détruit.»

4. Rôle de la médecine, du soignant

Le rôle traditionnel de la médecine est de réparer maladies et blessures. L'exemple type est celui du chirurgien qui opère ou du médecin qui traite une pneumonie.

Face à une dépendance fonctionnelle ou une perte d'autonomie décisionnelle, le rôle de la médecine n'est plus de réparer mais d'adapter, voire d'accompagner. Or, la formation du médecin a été jusqu'ici le plus souvent axée sur la compréhension des mécanismes des maladies (pour pouvoir les réparer) et sur les approches diagnostiques (pour pouvoir les identifier). La formation du médecin devrait sans doute accorder plus de poids à l'art d'aider un patient à s'adapter à un déficit persistant et de l'accompagner avec ce déficit.

La médecine est-elle impuissante?

Devant un état de dépendance persistant, on pourrait croire que la médecine est impuissante. Impuissante à réparer, sans doute, mais certainement capable d'apporter autre chose. La médecine de réadaptation ou de réhabilitation (nous utiliserons ces deux mots comme

synonymes) s'est beaucoup développée au cours des dernières décennies, mais elle peine à se faire reconnaître et même souvent à se faire rembourser par les assurances. Par rapport à la médecine curative, on peut relever trois grandes différences de la médecine de réadaptation. Premièrement, elle est moins spectaculaire et moins prestigieuse dans le public et les médias. Deuxièmement, elle est dépendante d'innombrables impondérables qui rendent parfois difficile la démonstration de son efficacité selon les critères d'une médecine fondée sur des preuves («*evidence based medicine*»). Troisièmement, elle fait appel à des techniques et des savoir-faire si divers que le médecin n'apparaît plus que comme un simple intervenant parmi d'autres dans une équipe fortement multidisciplinaire.

Les méthodes de réhabilitation sont-elles assez valorisées?

Face à l'énorme publicité faite à la médecine curative dans les médias, la médecine de confort et de réadaptation souvent ne reçoit pas suffisamment de soutien sur le plan financier, ni en termes de postes de recherche ou d'enseignement. Il s'agit bien ici d'une question politique et de lobbysme dans le domaine de la santé.

Quelles nouvelles compétences médicales pourraient être développées?

On peut définir la dépendance fonctionnelle comme une incapacité à assumer ses besoins de bases (le concept «impotence» de l'assurance invalidité), mais il existe aussi une dépendance psychologique et sociale qui, si elles ne sont pas prises en compte, peuvent conduire rapidement à la dégradation des conditions d'existence, de la dignité et de la survie de la personne touchée. On peut mentionner l'isolement social ou le besoin d'assistance administrative, par exemple. La dépendance peut toucher des domaines extrêmement divers et en même temps peut fluctuer, disparaître puis réapparaître dans le temps. Ceci implique que des intervenants spécialement formés soient à même de faire une évaluation exhaustive et renouvelée de la situation de la personne dépendante, afin d'estimer ses réels besoins.

5. Les coûts de la dépendance

Le coût des soins de base pour les personnes en perte d'autonomie due à l'âge devient un problème majeur au fur et à mesure que la longévité de la population

augmente et que la pyramide des âges s'inverse. Dans la LAMal, la dépendance n'est pas assimilée à une maladie. Par conséquent, les soins liés à la perte d'autonomie – qui font l'objet d'une liste établie par l'administration fédérale – ne donnent lieu qu'à une **contribution** de l'assurance.⁷ Le solde est à la charge des individus et de la communauté (communes et cantons).

Il en va de même des coûts liés aux besoins d'assistance pour accomplir les actes de la vie quotidienne, qui ne sont que partiellement pris en charge par l'AVS (sous forme d'une allocation mensuelle).

Le système actuel n'est pas conçu pour une augmentation exponentielle des coûts relatifs à la prise en charge des personnes dépendantes. Dès lors, s'ouvre un important débat politique pour les prochaines années: qui va payer? Cela relève-t-il de la prévoyance individuelle ou faut-il au contraire envisager la création d'une nouvelle assurance sociale? La question a été abordée au Parlement fédéral et le Conseil fédéral a rendu un rapport.⁸ Quel que soit le choix opéré, il faudra considérer divers modèles. On voit d'ores et déjà que les solutions ne seront pas les mêmes selon les orientations politiques. En Europe, d'autres pays ont déjà fait un choix et retenu

la voie d'une «assurance dépendance» rattachée à la sécurité sociale (p. ex. l'Allemagne en 1995 et le Luxembourg en 1999).⁹

6. Structures d'accueil

Quelles sont les structures d'accueil et à quels stades de dépendance correspondent-elles?

Les trois structures d'accueil classiques de la personne en perte d'autonomie sont l'hôpital, l'EMS et la prise en charge à domicile.

L'hôpital peut être un hôpital de soins aigus (où la personne touchée est admise par suite des circonstances), un hôpital de soins de longue durée ou un hôpital spécialisé dans la réadaptation. Dans tous les cas, le séjour hospitalier de la personne qui souffre d'une perte d'autonomie durable ne sera que temporaire.

L'EMS est la structure par excellence dévolue à l'accueil définitif de la personne en perte d'autonomie.¹⁰

La prise en charge à domicile est jusqu'à un certain point une alternative à l'EMS. Elle consiste en un ensemble de services qui ont pour but le maintien à domicile. Cet ensemble inclut les soins infirmiers à domicile, l'assistance au domicile (douche, repas, ménage etc.), les proches aidants, l'assistant social et le médecin.

Quelles nouvelles structures sont désormais accessibles et avec quels avantages?

Il faut ajouter à ces trois structures classiques (hôpital, EMS, soins à domicile), le développement de structures offertes aux personnes âgées encore indépendantes, mais qui anticipent une perte d'autonomie survenant avec les années. Ces structures permettent, en partant d'un niveau d'autonomie intact, de recourir avec le temps et de manière progressive à une assistance «à la carte». On parle d'appartement protégé ou de résidence pour personnes âgées qui peuvent être des structures totalement privées ou initiées et soutenues par les pouvoirs publics. A Genève deux modèles de ce type, mis sur pied par des communes, ont vu récemment le jour: l'«Immeuble avec encadrement pour personnes âgées (IEPA)» d'une part, et l'«Habitat évolutif pour seniors (HEPS)» d'autre part. Dans ce deuxième modèle, la personne peut s'intégrer au moment où elle est encore autonome et rester jusqu'à la fin de ses jours quel que soit son degré de dépendance.

Enfin, il existe des modèles qui permettent de trouver une solution, le cas échéant, aux dépendances légères liées à l'âge. On peut mentionner la «Cohabitation privée» où un étudiant loge gratuitement chez une personne âgée en échange de menus services, le

«Logement communautaire de seniors» qui est une sorte de «Coloc» de personnes âgées capables de s'entraider et enfin l'«Habitat intergénérationnel» où l'entraide est sensée se faire par la juxtaposition de locataires jeunes et âgés, mais dans des logements indépendants.

7. Discussion – Conclusion: rester acteur de sa vie.

Ce tour d'horizon de la dépendance, centrée sur la situation genevoise, éclaire certains aspects d'un sujet qui nous concerne tous. L'accent a été mis sur l'accompagnement de la dépendance fonctionnelle, en particulier le rôle des soignants, des proches, des autres en général et des institutions. Face au vieillissement de la population, c'est une médecine de réadaptation, d'accompagnement qui devient alors de plus en plus nécessaire, capable d'estimer les besoins réels des seniors. Il s'agit aussi d'élargir l'éventail de l'offre d'appuis par des assistances à la carte et des alternatives à l'entrée en institution, comme les foyers de jour, les colocations et cohabitations multi générationnelles ou les appartements protégés.

La réflexion proposée évoque aussi le point de vue de la personne vieillissante elle-même, à travers la notion

d'autonomie, l'évocation de l'apprentissage de la dépendance et de l'acceptation de son état et des aides, de comment mieux vivre en EMS et développer des (nouvelles) compétences humaines et sociales.

Le système médical, mais aussi la société en général, doit assurer la dignité des personnes âgées. Simone de Beauvoir écrivait en 1970 dans son livre «La vieillesse»¹¹: «On reconnaît le degré de civilisation d'une société à la place qu'elle accorde à ses personnes âgées.» Cette phrase reflète une position éthique largement partagée et qui estime qu'il faut se donner les moyens d'assurer la dignité des personnes âgées, particulièrement lorsque leur degré de dépendance augmente. Au-delà de la déclaration d'intention, quels investissements (ou sacrifices) notre société est-elle prête à faire pour accomplir ce noble objectif?

En conclusion, autonomie, interdépendance, dépendance, autant de concepts qui ne devraient donc pas s'opposer. Au-delà d'un accompagnement médical indispensable, vieillir humainement, c'est pouvoir puiser sa force dans l'humanité de l'autre, voir dans son regard le respect qu'il a de nous, et à travers ce regard se convaincre que l'on est unique, et digne d'exister.

Le défi majeur est certainement de pouvoir rester acteur de sa vie, même lorsque l'on dépend des autres et des institutions, pour gérer son quotidien. Pour

reprendre les termes de Stefan Vanistendael¹² en référence à la résilience, c'est être capable de résister à la destruction et de croître vers une nouvelle étape de la vie. Il s'agit alors de véritablement mettre la personne au centre des actions, ne pas décider pour elle, mais considérer sa vision de sa propre vie, dans son contexte et avec ses possibilités. On s'interroge alors sur quelles ressources personnelles, sociales et institutionnelles sont à même de l'aider à rester actrice de sa vie.

NB : Dans ce texte, nous avons opté pour une grammaire classique masculine, mais qui recouvre bien évidemment tous les genres.

Références

1. Monod S, Sautebin A. *Vieillir et devenir vulnérable*. Rev Med Suisse 2009, 5(226): 2353-7.
2. Baertschi, Bernard. Dignité (GP), dans Maxime Kristanek (dir.), *l'Encyclopédie philosophique*, 2017.
<https://encyclo-philo.fr/dignite-gp>
3. Ennuyer, Bernard. Les malentendus de «l'autonomie» et de la «dépendance» dans le champ de la vieillesse. Le Sociographe, 2013/5 (hors série 6), 139-157. <https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2013-5-page-139.htm>
4. Memmi, Albert. Braudel, Fernand. La dépendance. Éditions Gallimard, Paris, 1979 (p.32).
5. Allaz, AF. Maltraitance et bientraitance, Bull Med Suisses. 2022, 103(23): 792.
6. Laroche, Marjolaine: «Éthique du care: les enjeux de la relation de soin asymétrique. Chapitre 2.1.2. Dépendance.» Thèse, Université de Sherbrooke, 2018.
https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/1143/14478/Laroche_Marjolaine_MA_2018.pdf?isAllowed=y&sequence=1
7. OFSP, Prestations de soins: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/pflegeleistungen.html>
8. Sécurité sociale CHSS, Stratégie de la Confédération en matière de soins de longue durée, 14 mars 2019: <https://soziale-sicherheit-chss.ch/fr/strategie-de-la-confederation-en-matiere-de-soins-de-longue-duree/>
9. Institut de droit de la santé, Soins de longue durée, soins de dépendance, Rapport IDS No 8, 2004.
10. Guide social romand, Établissements et pensions pour personnes âgées (Genève), Financement du séjour en EMS: <https://www.guidesocial.ch/recherche/fiche/etablissements-et-pensions-pour-personnes-agees-720>
11. Beauvoir S. La Vieillesse. Éditions Gallimard, Paris, 1970.
12. Vanistaendael S.: La vie qui nous surprend en bien: la résilience. In Sauvain-Dugerdil: Se construire dans une société à la dérive, La force de vivre d'une Rwandaise. Eds de L'Aire, 2021.

Annexes

Structures d'accueil

On trouvera une revue des divers types de **structures d'accueil** à Genève dans la conférence Uniz de Madame Jacqueline Cramer: «Domicile – EMS, pourquoi l'un, pourquoi l'autre?»

- <https://mediaserver.unige.ch/play/137655>

Proches aidants

La question des «**Proches aidants**», leur reconnaissance et leur soutien par les pouvoirs publics, a fait l'objet de récents développements en Suisse Romande et particulièrement à Genève. On trouvera une foule de détails à ce sujet dans la conférence Uniz de Mme Véronique Petoud: «Suis-je un proche aidant?»

- <https://mediaserver.unige.ch/play/167364>

Alzheimer et démence

Dans le cadre de ses réflexions, la commission de santé d'Uniz a élaboré un document spécifique sur les questions liées à la perte des fonctions cognitives comme cause de dépendance. Ce document est accessible sur le site d'Uniz

- <https://www.unige.ch/uniz/a-propos/publications-uniz/commission-sante>

Editeur Fondation de l'Université des seniors - Genève
Rédaction Commission santé d'Uni3: Thierry Rochat, Béatrice Despland, Jocelyne Favet, Louis Loutan
Réalisation graphique Uni3 Université des seniors – Genève | Loujaïn Monnier-Almoman
Impression Centre d'impression de l'Université de Genève, décembre 2022