



HAL
open science

Réception et mise en pratique des messages de prévention bien vieillir chez les personnes âgées de plus de 60 ans à la Réunion

Armelle Klein, Frédéric Sandron

► To cite this version:

Armelle Klein, Frédéric Sandron. Réception et mise en pratique des messages de prévention bien vieillir chez les personnes âgées de plus de 60 ans à la Réunion. NPG: Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 2019, 19 (109), p. 40-43. 10.1016/j.npg.2018.07.006 . hal-02322815

HAL Id: hal-02322815

<https://hal.science/hal-02322815>

Submitted on 22 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Réception et mise en pratique des messages de prévention Bien Vieillir chez les personnes âgées de plus de 60 ans à La Réunion

Receiving and applying prevention messages for people over 60 in Reunion Island

Armelle Klein, Frédéric Sandron

Armelle Klein
Docteur en Sociologie / Démographie
Post-doctorat
IRD
Ceped – UMR 196
Université Paris Descartes
armelle.klein@ird.fr
+262 6 92 94 88 40

Adresse postale
IRD de La Réunion, Mayotte et des îles Éparses
2 Avenue Joseph Wetzell
Parc technologique universitaire
97495 Sainte-Clotilde Cedex

Frédéric Sandron
Directeur de recherche
IRD
Ceped – UMR 196
Université Paris Descartes
45 rue des Saint-Pères
75006 Paris
Frederic.sandron@ird.fr

Auteure de correspondance : Armelle Klein

Résumé

La prévention est aujourd'hui au cœur des politiques publiques du vieillissement. Cet article propose d'analyser l'acceptabilité d'ateliers de prévention mis en place à l'île de La Réunion. L'objectif est de comprendre comment les personnes âgées se positionnent face à ces ateliers, face aux messages de prévention qu'ils véhiculent et comment elles les intègrent dans leurs pratiques de tous les jours. Ces résultats permettent de discuter de la temporalité, des échelles d'intervention et des leviers d'action pour la prévention du vieillissement.

Mots clés : Prévention ; vieillissement ; politiques publiques ; Bien Vieillir ; La Réunion

Summary

Prevention is today at the heart of public policy **in the area of ageing**. **This article sets out to explore** the acceptability of prevention workshops in Reunion Island. The purpose is to understand how **older** people react to these workshops, **and** to the **prevention messages** that they convey and how they integrate them **into** their daily lives. These results **provide** an opportunity to discuss **the timing and scale of interventions, and levers for preventive action among the elderly**

Keywords: Prevention; Ageing; Public policy; Ageing well; Reunion Island

La prévention est une démarche de santé publique qui repose sur une volonté de maîtrise des dépenses de santé et des risques tout en améliorant le bien-être de la population [1,2]. La prévention du vieillissement est relativement récente bien qu'elle trouve ses fondements dans les textes fondateurs de la politique de la vieillesse en France [3]. Aujourd'hui, la prévention du vieillissement passe par différentes actions et notamment celles du déploiement d'ateliers de prévention sur les différents territoires français. Ces ateliers sont-ils efficaces en termes de réduction des pratiques à risque, en termes de bien-être et vis-à-vis de l'hétérogénéité de la population considérée ? C'est la question à laquelle tente de répondre cet article dans le cadre de la mise en place d'ateliers de prévention à l'île de La Réunion.

1. Méthodologie

Nous avons étudié la mise en œuvre d'ateliers de prévention mis en place en 2016 par le Groupement d'Intérêt Économique « Vieillesse Actif » (regroupement des Caisses de Retraite) à La Réunion dans le cadre de son programme de prévention à destination des personnes âgées. Ces ateliers de prévention nommés « Atout Age » ont été élaborés par un collège d'experts et regroupent trois modules différents : un module lié à l'activité physique (12 séances d'une heure), un module lié à la nutrition (quatre séances de trois heures) et un module lié à l'aménagement de l'habitat (deux séances de trois heures). Dans le cadre de l'expérimentation, chaque atelier a été animé par un professionnel formé spécifiquement à l'activité proposée. L'atelier nutrition a été animé par une diététicienne, l'atelier mobilité par des enseignants d'Activités Physiques Adaptées (APA) et l'atelier habitat par une assistance sociale de la Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS) de La Réunion. Dans le cadre du déploiement du programme « Atout Age », les animateurs des ateliers ont été formés au sein des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) et de plusieurs associations. Ces différents ateliers ont été suivis à titre expérimental en 2016 par 36 personnes âgées de 57 à 84 ans réparties dans trois groupes de 12 personnes chacun. L'expérimentation s'est déroulée sur trois mois de février à mai 2016. Chaque personne a participé à 18 séances (nutrition, mobilité, habitat) sur ces trois mois soit une à deux séances par semaine. Tous les ateliers se sont déroulés au CCAS de la ville de Saint-Pierre, dans une salle aménagée pour les ateliers nutrition et habitat et en extérieur pour l'atelier mobilité. Nous avons mené de nombreuses observations au cours des différents ateliers et auprès des seniors afin d'analyser les dynamiques de groupe. En complément, nous avons fait passer un questionnaire de caractérisation socioéconomique aux 36 personnes et mené 28 entretiens individuels semi-directifs : sept entretiens avec sept personnes en amont des ateliers et 21 entretiens avec 22 personnes (dont un couple) à la fin des ateliers.

2. Résultats

Le groupe test des 36 personnes était constitué de 31 femmes et de 5 hommes. L'âge moyen des participants était de 71 ans, le plus jeune avait 57 ans et le plus âgé 84 ans. Quatorze étaient mariés, neuf étaient divorcés ou séparés, sept étaient veufs et six célibataires. Les participants avaient eu en moyenne 3,5 enfants nés vivants, le minimum étant de 0 et le maximum de 10. Les participants avaient eu en moyenne 7,7 frères et sœurs (incluant ceux décédés), pour une fourchette allant de 0 à 16. Quant au niveau d'éducation, 26 participants n'avaient aucun diplôme, cinq avaient le certificat d'études, deux le BEPC et trois un CAP ou BEP. Aucun participant n'avait eu le bac et a fortiori fait d'études supérieures. La moitié des personnes du groupe vivaient seules. Dans leur logement, tous les participants possédaient l'eau chaude, avaient une salle de bain et des toilettes dans le domicile. Seulement une personne déclarait des problèmes électriques, 23 se plaignaient de l'isolation de leur habitat, cinq de problèmes d'odeurs, onze d'humidité et neuf déclaraient que leur logement était sombre dans la journée. Les trois quarts des participants avaient des contacts fréquents avec

leur famille, avec leurs voisins, avec leurs amis. Un peu plus de la moitié d'entre eux avaient des contacts fréquents avec les trois à la fois et trois participants n'avaient aucun contact avec famille, amis ou voisins. Vingt-six d'entre eux avaient exercé la profession d'employé, trois avaient exercé des professions intermédiaires, trois avaient été ouvriers, un seul agriculteur et trois sans profession. Vingt-huit participants bénéficiaient d'une pension de retraite, cinq de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (ASPA) et une de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

L'expérimentation relative aux ateliers de prévention « Atout Age » a été une réussite du point de vue du suivi des ateliers au cours des trois mois. En effet, l'expérimentation a été bien perçue en termes de ressenti et en termes de présence comme en témoigne le peu d'abandons rencontrés. Sur les 36 personnes, trois personnes ont arrêté le programme en cours de route. Parmi ces trois abandons, deux personnes aidantes ont été contraintes d'arrêter les ateliers pour s'occuper d'un proche malade et une personne a dû arrêter pour des raisons de santé (les tests initiaux de l'expérimentation ont permis de détecter un problème cardiaque chez cette personne). Ainsi, cela représente un taux d'abandon de 8,3%.

Les observations et les entretiens menés montrent une grande satisfaction des personnes qui ont participé à ces ateliers de prévention. Cette satisfaction est exprimée par la totalité des personnes interrogées après les ateliers soit 22 personnes. Elle est d'abord portée par la dynamique de groupe et ensuite par les impacts positifs ressentis sur la vie quotidienne et sur la santé en général. Sur les 22 personnes interrogées après les ateliers, 19 personnes ont suivi le programme dans sa totalité et douze personnes expriment très clairement une amélioration de leur bien-être général. Seulement deux personnes pensent que les ateliers n'ont eu aucun impact sur leur vie quotidienne.

3. Discussion

Les personnes âgées face aux ateliers de prévention

Le blues de la fin des ateliers

Les entretiens réalisés après les ateliers ont révélé un enthousiasme partagé par la grande majorité des personnes. Cet enthousiasme vis-à-vis des ateliers se mesure par la demande généralisée de poursuivre les ateliers au-delà des trois mois d'expérimentation et par la peur de l'arrêt et du manque de suivi à l'issue des ateliers. Ainsi, Mme H (73 ans) exprime son regret à la fin des ateliers : « *Quand c'était fini, on a dit quand est-ce que ça recommence ? Ah oui, c'était bien. Ça nous fait un manque maintenant que c'est fini* ». Comme Mme N (73 ans), beaucoup d'autres personnes mettent en avant la joie ressentie durant les ateliers et l'appréhension ensuite d'un manque de suivi. « *On était content, on s'est occupé de nous mais je pense que ça va continuer. Il ne faut pas nous laisser à l'abandon* ». Ainsi, on peut dire que le blues de la fin des ateliers est révélateur de la satisfaction des personnes âgées à propos des ateliers, mais qu'ont-elles apprécié le plus ?

Un enthousiasme lié au partage et à la convivialité

Ce qui ressort de l'analyse des entretiens est une satisfaction liée à l'effet de groupe. En effet, dans les discours, le premier argument qui est utilisé pour justifier la satisfaction de la participation aux ateliers de prévention est la plupart du temps lié à un aspect humain, au plaisir de rencontrer d'autres personnes et de partager un moment à plusieurs comme le précise Mme B (82 ans) : « *Moi, c'était rencontrer du monde, c'était une joie pour moi de rencontrer du monde, j'avais un petit peu peur parce que je ne connaissais personne, parce que j'avais peur qu'on me dise que je ne pouvais pas participer et ça aurait été dur pour moi, vous voyez ? Mais moi j'étais tellement bien, le monde, moi, je l'ai adopté, j'ai adopté tout le*

monde. Ah moi, j'étais contente ». Cet enthousiasme est également lié à la bonne ambiance du groupe comme l'exprime Mme G (62 ans) : « *Ce que j'ai apprécié, c'est l'ambiance et comment on s'est occupé de nous, quand je faisais du sport, c'était dur, il y avait des fois je me disais oh c'est dur ! mais c'était pour nous, tu comprends ?* ». Enfin, la référence aux aspects humains est mobilisée aussi pour mettre en valeur la gentillesse et la patience des animateurs. Ainsi Mme V (77 ans) qualifie les animateurs de « *gens de patience* ». Les aspects humains, qu'ils soient liés à la volonté de partage, à la bonne ambiance des groupes ou encore aux qualités humaines des animateurs, se sont révélés être les éléments majeurs de la perception positive des ateliers en termes de suivi et de présence des personnes âgées. Ces aspects positifs l'ont-ils été au profit des messages de prévention et sont-ils une condition suffisante à la réception des messages de prévention ?

Des messages de prévention relégués au second plan mais jugés efficaces pour la plupart

Un faible nombre de personnes de notre corpus font référence au contenu des ateliers comme premier élément de satisfaction. Si les participants louent la qualité des rapports humains qui a entouré ces ateliers, tous ne se positionnent pas de la même manière face aux messages de prévention et face à l'intérêt des informations reçues. On peut noter une hétérogénéité des connaissances par rapport aux pratiques vertueuses de santé. Par exemple, Mme A (81 ans) était au fait des conseils en nutrition mais très peu au courant des exercices et recommandations physiques. Selon elle, les ateliers lui ont réappris à marcher « *Quand on vieillit là, on a tendance à traîner les pieds, je sais pas si vous avez remarqué, il y a beaucoup de gens qui se prennent les pieds dans les tapis et tout, parce qu'on arrive toujours avec le devant du pied. Là, j'ai appris qu'il fallait marcher d'abord sur le talon et dérouler le pied, je savais pas. Mais on apprend un tas de choses, enfin moi j'ai appris un tas de choses* ». Par rapport au contenu des ateliers et à la réception des messages véhiculés, on peut dégager schématiquement quatre types de positionnement. La première catégorie est composée de personnes qui estiment n'avoir rien appris de nouveau mais qui ne critiquent pas pour autant l'efficacité de ces ateliers pour les autres et pour elles-mêmes en termes de lien social et pour se maintenir au courant. En effet, pour cette minorité de personnes, les ateliers n'ont pas changé grand-chose à leur vie. Une deuxième catégorie est composée de personnes qui estiment au contraire que les ateliers leur ont apporté de nombreuses informations quel que soit l'atelier considéré. C'est le cas pour Mr L (69 ans) : « *Les points positifs de ces ateliers, c'était de dire que quand on est chez nous on est tranquille, mais là on dégourdit notre corps. Et pour l'équilibrage des repas, nous montrer comment être vieux, suivre cette manière de vivre là, mais ne pas faire comme nos habitudes, par exemple, on n'a pas trop faim, on va manger un petit bout de gâteau ce soir* ». Cet extrait est intéressant car il fait écho et traduit la critique adressée par certains chercheurs à l'injonction du Bien Vieillir [4, 5, 6] et à la manière dont est pensée et organisée la prévention du vieillissement. C'est en effet Mr L qui doit s'adapter à un nouveau mode de vie plus en santé, c'est lui qui doit changer ses habitudes. En l'occurrence, Mr L semble d'accord avec le fait de s'adapter et s'en estime capable mais ce n'est pas forcément le cas de toutes les personnes âgées. La troisième catégorie est composée de personnes pour qui les ateliers et les connaissances acquises ont eu un impact direct et positif sur leur santé et leur bien-être. Ces perceptions subjectives sont riches d'enseignements car, dans cette catégorie, les personnes âgées ont parfois eu le déclic de l'importance de prendre soin de leur santé et de prévenir certains événements comme la perte d'autonomie. Enfin, la quatrième catégorie regroupe les personnes pour qui le contenu des ateliers est largement secondaire au profit de la possibilité de rompre avec la solitude du quotidien et qui ne perçoivent pas forcément l'intérêt direct des ateliers de prévention. En tout cas, il est souvent difficile pour elles de l'exprimer.

Assimilation et changements de pratiques en lien avec le vieillissement

Les messages de prévention et les informations transmises lors des ateliers Atout Age ne sont donc pas tous vécus et perçus de la même manière. Ceci incite à mettre en garde les pouvoirs publics sur le fait que le principe même de prévention n'est pas acquis pour bon nombre de personnes même si certains changements de comportements vertueux ont pu être observés. En fin de compte, le degré d'adhésion est révélateur des besoins des personnes âgées en termes de maintien du lien social mais aussi du rapport des individus à leur vieillissement.

Globalement, les personnes de notre corpus ont une vision plutôt négative du vieillissement, due à leur parcours de vie et à son corolaire en termes de conditions de vie. Les personnes âgées réunionnaises rencontrées dans le cadre de ce travail ont une faible capacité de projection dans le futur du fait de l'instabilité perçue de leur situation personnelle. Si l'on affine davantage, nos analyses permettent de dégager trois grands types de perception du vieillissement : 1. **Un vieillissement fataliste** caractérisé par des personnes faisant face à de nombreuses difficultés sur le plan économique, sanitaire et social. Jeunes ou moins jeunes retraités, ils décrivent peu de perspectives d'avenir étant donné les fragilités auxquelles ils font face et dont ils perçoivent un caractère irréversible. Selon eux, il est trop tard car ils sont déjà sur la mauvaise pente du vieillissement. Dans ce contexte, les pratiques préventives ont un très faible écho car les personnes âgées fatalistes font preuve de peu de capacités d'adaptation. Les conseils préventifs sont ainsi mis de côté car, dans une certaine mesure, cela ne sert plus à rien de faire des efforts ou de changer ses habitudes (ce qui est coûteux en temps et en énergie) puisque la fin est proche. 2. **Un vieillissement passif** qui repose sur un principe assumé de non-autonomie individuelle et de dépendance à autrui. Il concerne des personnes qui ne se positionnent pas vraiment face à leur vieillissement et qui peuvent avoir une vision soit positive soit négative de leur avancée en âge en fonction de leur interlocuteur. Dans ce contexte, les pratiques préventives peuvent être bien, peu ou pas intégrées selon la personne qui délivre le message et selon les relais dans l'entourage. Ces personnes ont un besoin d'accompagnement particulièrement important en la matière. 3. **Un vieillissement combatif** caractérisé par une vision plutôt positive du vieillissement malgré des contraintes financières et parfois médicales. Le rapport au vieillissement est combatif car il implique des personnes qui arrivent à gagner des batailles face aux difficultés du vieillissement sans pour autant posséder les armes favorisant le Bien Vieillir (niveau d'éducation élevé, aisance financière, etc.). Pour ce qui est des pratiques préventives, ces personnes sont souvent bien disposées à les intégrer à leur quotidien et à en reconnaître le bénéfice. Certaines vont même être entreprenantes et diffuser autour d'elles ces bonnes pratiques.

Les différentes manières d'appréhender les messages de prévention et le rapport individuel au vieillissement montrent donc l'hétérogénéité des expériences individuelles et invitent à penser la prévention comme une réponse à la fois universelle, pour le large spectre de population à laquelle elle s'adresse, et individuelle pour l'adaptation à la diversité des individus. Alors, comment rendre la prévention du vieillissement plus efficace ?

Pour une prévention au long cours

Nous l'avons vu, tout le monde ne réagit pas de la même manière à la démarche de prévention en général et aux messages de prévention en particulier. En effet, « parmi les individus qui composent cet ensemble hétérogène de la population âgée et ses nombreux sous-ensembles, comme les 'fragiles', et les 'dépendants' tous n'ont pas les mêmes priorités, les mêmes vulnérabilités, les mêmes ressources pour affronter le vieillissement » [1]. Cette différenciation de ressources se construit à travers le parcours de vie et peut être déterminée très tôt. « Même si certaines différences observées dans l'état de santé des aînés sont d'ordre

génétique, la plupart d'entre elles s'expliquent par l'environnement physique et social (notamment le logement, le quartier et les communautés où ces personnes vivent) ainsi que par les caractéristiques personnelles (comme le sexe, l'appartenance ethnique ou la situation socioéconomique). Ces facteurs commencent très tôt à influencer le processus de vieillissement ultérieur. L'environnement dans lequel vit l'enfant, voire celui dans lequel le fœtus se développe, couplé aux caractéristiques personnelles, a des effets à long terme sur la manière dont cette personne vieillira » [7]. Ainsi, le vieillissement est bel et bien le résultat d'un processus rendu complexe par la multitude des facteurs intervenant dans ce processus. « La vieillesse n'est pas un état, elle s'accomplit de manière plus ou moins sereine, en continuité ou en rupture avec la vie passée, en négociant, plus ou moins bien et selon le moment du parcours de vie, avec les 'figures' proposées » [8]. Du point de vue des individus, la sociologie du vieillissement met en lumière depuis plusieurs décennies la diversité des expériences individuelles face au vieillissement et se bat pour une reconnaissance globale et multidimensionnelle du vieillissement. D'une part, le vieillissement ne se résume pas aux aspects biologiques ni à la perte d'autonomie et, d'autre part, le vieillissement ne peut être considéré comme une période de l'existence à part. « L'existence, dans le vieillissement, se vit et se pense comme une dynamique continue » [1]. Certes, l'avancée en âge se constitue en lien avec une succession d'épreuves et de ruptures mais qui s'inscrivent toujours dans une recherche de continuité identitaire [9].

Cette vision de la vieillesse fait apparaître un problème de désarticulation des temporalités entre celles pensées et véhiculées par les politiques publiques et celles propres aux individus [10]. « Émerge, dès lors, la question de l'articulation entre le temps collectif objectivé (celui des politiques publiques et de leurs recommandations) et le temps individuel subjectivé (celui des récepteurs des politiques publiques) traduit en termes de parcours de vie et s'inscrivant dans une double dimension temporelle : le 'temps long' et le 'temps subjectif' » [11]. Il faut ainsi trouver l'équilibre entre des approches préventives populationnelles et des approches préventives centrées sur des populations vulnérables sans se tromper dans les objectifs attribués et recherchés [12]. La prévention « s'inscrit dans le parcours de vie de la personne, s'appuie sur un objectif central et partagé par tous les âges, celui du maintien ou de l'amélioration de la qualité de vie » [13]. Il semble alors cohérent d'investir « le champ des déterminants sociaux de la santé afin de permettre d'une part une diffusion de la prévention auprès des populations les moins sensibles aux messages délivrés et d'autre part parce qu'ils expliquent en partie l'état de santé des populations » [14].

La promotion d'une approche de la prévention du vieillissement sur le long cours permettrait à la fois d'agir sur les déterminants sociaux de santé et donc sur les inégalités de santé ; d'agir davantage sur l'environnement des individus et donc de réduire les inégalités liées aux capacités d'adaptation face aux épreuves du vieillissement ; de déstigmatiser les pratiques ne relevant pas du Bien Vieillir et donc de promouvoir une approche plus compréhensive des pratiques individuelles ; de mettre en cohérence les politiques publiques avec l'expérience de l'existence humaine. Cette approche sur le long cours n'a pas vocation à être exhaustive en termes de prévention. Nous avons pu noter, à travers l'exemple des ateliers Atout Age, le bénéfice social de ces actions temporaires et l'intégration de pratiques vertueuses après seulement quelques séances d'ateliers. Nous avons aussi pu montrer que les personnes qui appliquent plus volontiers les conseils de prévention sont les personnes relevant du vieillissement combatif qui, par rapport aux autres, s'en sortent déjà un peu mieux. Ainsi, ces actions de prévention ponctuelles semblent avoir un poids subjectif moindre sur les personnes relevant d'une perception d'un vieillissement fataliste, or c'est avant tout précisément aux personnes dites « vulnérables » qu'elles sont adressées. Cette politique globale et

temporellement longue peut apparaître aujourd'hui utopique et irréalisable mais elle doit faire son chemin au cœur des politiques publiques.

Conclusion

La prévention est aujourd'hui au cœur de la démarche de santé publique, particulièrement en ce qui concerne le vieillissement et notamment la perte d'autonomie. Depuis les années 2000, il est régulièrement évoqué le fait de créer un cinquième risque pour la perte d'autonomie. Si la reconnaissance institutionnelle et politique de ce « cinquième risque » n'est pas allée jusqu'à son terme, elle place toutefois la perte d'autonomie comme un risque sociétal sur lequel il faut agir. Prévenir le risque de perte d'autonomie, c'est aussi permettre aux individus de mieux vivre leur avancée en âge et plus longtemps. La prévention s'inscrit donc dans une logique d'anticipation censée être profitable au Bien Vieillir. Le Bien Vieillir est un concept qui peut présenter certains effets pervers comme celui de stigmatiser les personnes qui vieillissent moins bien ou celui de demander des prises d'initiatives à des populations qui n'en sont pas forcément capables. Les différents rapports au vieillissement identifiés grâce à notre corpus d'entretiens mettent en lumière l'hétérogénéité des comportements face à l'adoption de nouvelles activités. L'idée est d'avoir conscience de cela pour promouvoir à tous les niveaux une approche de prévention cohérente, adaptée et, à terme, individualisée.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

Références

1. Déchamp-Le Roux C. La prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social ? *Gérontol Soc* 2012 ; 35(1) : 81-91.
2. Peretti-Watel P, Moatti J-P. Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives. Paris : Seuil, 2009.
3. Alvarez S. Prévention et vieillissement : l'expérience individuelle du vieillissement face à la norme contemporaine du 'Bien Vieillir'. Thèse de Doctorat, Université de Grenoble, 2012. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01145883> Consulté le 30 juillet 2018.
4. Billé M, Martz D. La tyrannie du 'bien vieillir'. Lormont : Ed. Le bord de l'eau, 2010.
5. Balard F. 'Bien vieillir' et 'faire bonne vieillesse'. Perspective anthropologique et paroles de centenaires. *Rech Sociol Anthropol* 2013 ; 44(1) : 75-95.
6. Alvarez S. Émergence et évolutions de la prévention dans les politiques de la vieillesse. *La Revue de l'Ires* 2016 ; 88 : 33-61.
7. OMS. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé, 2016 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1 Consulté le 30 juillet 2018.
8. Membrado M, Salord T. Expériences temporelles au grand âge. *Inf Soc* 2009 ; 153 : 30-7.
9. Caradec V. Transition du vieillissement et épreuve du grand âge. In : Hummel C, Mallon I, Caradec V. eds. Vieillesse et vieillissement, Regards sociologiques. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, Coll. Le Lien Social, 2014 : 273-88.
10. Klein A, Sandron F. Vieillissement de la population et politiques publiques réunionnaises à l'échelle infra-territoriale. *Quételet J* 2017 ; 5(1) : 99-125.
11. Collinet C, Schut P-O, Pierre J, et al. L'articulation des temporalités dans les politiques de prévention du vieillissement. *Temporalités* 2014 ; 19. <https://journals.openedition.org/temporalites/2696> Consulté le 30 juillet 2018.
12. Béland F. Prévention des maladies et promotion de la santé des personnes âgées. Divergences et convergences autour de la fragilité. *Gérontol Soc* 2012 ; 35(1) : 205-16.
13. Bohic N. Prévention des accidents vasculaires cérébraux et vieillissement. *Gérontol Soc* 2012 ; 35(1) : 217-27.
14. Barnay T. Prévention et vieillissement en bonne santé : un regard économique. *Gérontol Soc* 2012 ; 35(1) : 185-203.