

UCL - RESO
Unité d'Education pour la Santé



***Besoins de santé, de
promotion santé et
d'éducation pour la santé
des personnes âgées***

**D. DOUMONT
A. DECCACHE**

**Avril 1999
Réf. : 99-02**

Série de dossiers documentaires

avec le soutien de la Communauté française de Belgique



Table des matières

1. Introduction
2. Quels sont les objets d'étude et d'analyse des besoins existants ?
 - a) Identification des facteurs de santé et/ou de comportements
 - b) Représentations du vieillissement
3. Comment ces objets ont-ils été étudiés ?
4. Quelles suggestions, propositions, recommandations d'études et/ou de centres d'intérêts sont faites ?
 - a) Facteurs déterminants du vieillissement en santé
 - b) Conseils et recommandations d'objets d'étude
5. Conclusions
6. Bibliographie

UCL-RESO Dossier technique 99-02

Besoins de santé, de promotion santé et d'éducation pour la santé des personnes âgées.

Dominique Doumont et Alain Deccache¹

Unité RESO, Education pour la santé, Faculté de Médecine, Université Catholique de Louvain

1. Introduction

La proportion des personnes âgées ne cesse de croître ...

En 1950, 9 % de la population européenne correspondait aux + de 65 ans.

En 2020, la proportion de cette population aura doublé, et la proportion des + de 80 ans aura quadruplé... (15).

En Belgique, l'Institut national de statistiques publie sa dernière pyramide : les + de 65 ans correspondent à 17 % de la population.

Dans une perspective de promotion de la santé, ajoutons de la vie aux années, ajoutons de la santé aux années et enfin ajoutons les années à la vie , tout en préservant la dignité, l'autonomie, le bien-être, en favorisant la participation, l'intégration et en poursuivant des efforts de prévention, d'éducation et de promotion.

Préalablement à la mise en évidence des besoins de santé, de promotion santé et d'éducation pour la santé des personnes âgées, il était nécessaire d'effectuer un relevé (certes, non exhaustif) des besoins rencontrés par les personnes âgées. Pour ce faire, une revue de littérature a été réalisée et une quarantaine d'articles ont été explorés. Ce besoin de "répertoire" ce qui a été étudié et recueilli dans le domaine de la santé des personnes du troisième âge se justifie par le souhait de réaliser une banque de données sur les besoins psycho-sociaux de promotion de la santé des personnes âgées en Communauté Française de Belgique (Projet Aînés Santé - Unité RESO UCL).

Ce travail se propose de répondre à trois questions :

- *Quels sont les objets d'étude et d'analyse des besoins existants ?*
- *Comment ces objets ont-ils été étudiés ?*
- *Quelles suggestions, propositions, recommandations d'études et/ou de centres d'intérêts sont faites ?*

¹ L'analyse des publications a été réalisée par D. Doumont, A. Deccache, C. Van Cangh, F. Libion, P. Meremans, M-A. Bertrand (unité Reso-UCL)

Dossiers techniques du RESO : série de dossiers réalisés à la demande d'institutions de promotion de la santé, sur des questions d'actualité, de pratiques, et visant à faire le point sur les publications sur le sujet.

2. Quels sont les objets d'étude et d'analyse des besoins existants ?

a) Identification des facteurs santé et/ou de comportements et catégorisation selon le Precede Framework de Lawrence GREEN.

Ce modèle distingue 6 phases : le diagnostic épidémiologique et social (phase 1 et 2), le diagnostic comportemental (phase 3), le diagnostic éducationnel (phase 4 et 5) et enfin le diagnostic administratif (phase 6). Nous ne nous intéresserons qu'aux cinq premières phases.

Pour rappel, le diagnostic épidémiologique fait référence à l'évaluation des étiologies (problème de santé, incidence, prévalence, répartition du problème auprès de la population,), le diagnostic social évalue la qualité de vie (relation étroite entre qualité de vie et problème de santé, facteurs non relatifs à la santé : bien-être , statut marital, ressources financières,...).

Le diagnostic comportemental distingue les causes comportementales et les non comportementales (existence d'indicateurs de comportement : modèle de consommation, identification de comportements liés à la prévention du problème de santé, self-care,...), (prédispositions génétiques, handicaps physiques ou mentaux, mais aussi l'âge, le sexe , ...). Ce diagnostic devrait permettre de "cibler" les comportements à problèmes et d'en planifier la modification.

Le diagnostic éducationnel fait référence aux facteurs déterminant les comportements de santé. Ils sont classés en trois catégories .

- Les facteurs prédisposants (FP) qui agissent comme moteur ou frein au comportement de santé. Ils concernent les connaissances, les valeurs, les attitudes et ils peuvent favoriser ou inhiber toute action de prévention, de promotion.
- Les facteurs facilitants (FF) qui concernent les ressources (capacités et savoir-faire) nécessaires au comportement de santé, la disponibilité et l'accessibilité des ressources de santé.
- Les facteurs renforçants (FR) qui englobent les attitudes et les comportements de l'entourage, de la famille, des pairs, des professionnels de santé.

Chaque catégorie de facteurs influence, à sa façon, le comportement de santé mais on ne peut toutefois omettre l'influence "collective" de ces 3 grandes catégories. Un facteur peut en effet se retrouver dans plusieurs catégories.

Vouloir classer « les facteurs qui déterminent les comportements de santé » trouve son utilité dans le fait que cela permet de faire émerger ceux qui sont susceptibles d'être modifiés par une action préventive (éducative) de santé.

Application.

Diagnostic épidémiologique et social :

La santé physique et mentale est étudiée dans plusieurs articles : description des différentes étapes du vieillissement physique et psychique (25), état de santé des personnes âgées (espérance de vie sans invalidité, mortalité, morbidité, invalidité, capacités fonctionnelles) (5), syndrome gériatrique (perte de mémoire, déficience du système urinaire), état fonctionnel, vision, ouïe, signes et symptômes) (3), déficiences cognitives et intellectuelles (perte de mémoire, isolement, dépression) (12), déclin de la santé physique et retentissements sur la vie de tous les jours (perte de l'agilité et de la mobilité, diminution des capacités de base (mouvement,...), perte de contrôle sur le corps, changement physique, dépendance. Le contexte socio-démographique est également investigué et considéré par différents auteurs comme un élément important dans le devenir des personnes âgées (tendance démographique et implications socio-économiques en matière de santé) (5), (diminution des ressources financières, seuil de pauvreté, lieu de retraite, statut marital, âge, sexe), (5),(8),(15),(17),(25), (idem plus taille de la famille, pays d'origine) (10), lieu de vie (déménagement) (7), (situation de la maison - quartier sécurisant – accessibilité aisée – maison étagée, avec escaliers ...) (12), niveau d'occupation , de loisirs de la personne âgée (3).

Diagnostic comportemental :

La sédentarité physique et mentale est fréquemment pointée dans les articles répertoriés (17),(29), notamment en termes de pratiques et comportements d'exercices physiques (10).

Un autre thème abordé est celui des comportements alimentaires défavorables de la personne âgée (carence alimentaire, alimentation déséquilibrée, non respect du rythme des repas,...) (17),(23),(29).

Le domaine des assuétudes n'est pas laissé pour compte : on identifie plusieurs facteurs de risque : le tabagisme, la consommation d'alcool, la (sur)médication (17),(29).

Le champ des comportements est également étudié :

l'adoption de comportements dits "préventifs" (assuétude, alimentation, exercice physique, déficience cognitive, intellectuelle) (18), l'abandon et l'adoption de certains comportements en fonction des effets positifs ou négatifs sur la santé (augmentation de l'activité physique, diminution de la consommation de produits tabagiques) (2), la prévention des blessures (véhicules motorisés sécurisés, équilibre et chutes) (3).

Les causes comportementales ont été facilement classifiées.

Les causes non comportementales méritaient une plus large réflexion ! Nous aurions pu y classer des items comme l'âge, le sexe, le lieu d'habitation, la situation conjugale, que l'on retrouve déjà présents dans la catégorie des facteurs socio-démographiques. Cependant, l'analyse documentaire réalisée

ne donnait que peu de sens à de tels items au regard des causes non comportementales.

Diagnostic éducationnel :

Facteurs prédisposants : le rapport de dépendance de la personne âgée, la fragilité de la personne âgée (11), les perceptions (peur, fragilité, satisfaction de vie, l'auto-efficacité),(12), (18), souhait d'obtenir de l'information.

Facteurs facilitants : l'existence d'un réseau social (famille, ami, médecin traitant),(10), les facteurs relatifs à l'auto-gestion (2), l'existence d'un réseau d'aide, de loisirs, le degré de participation sociale (8).

Facteurs renforçants : le degré d'insertion familiale et sociale (25), le support conjugal, familial (5).

Toutes ces thématiques sont toutefois rarement étudiées seules ...

En effet, de nombreuses fois y est associé le champ des représentations des personnes âgées, des professionnels de santé, eu égard aux facteurs de risques ou de non-risques (facteurs favorisants et/ou défavorisants) décrits ci-dessus.

Cependant, le cadre explicatif de GREEN n'intègre pas le champ des représentations comme déterminant des comportements de santé.

Pour rendre la démarche plus claire et pertinente , il faudrait annexer au diagnostic éducationnel le champ des représentations de la personne âgée.

b) Quelles représentations du vieillissement ?

Plusieurs études rappellent l'importance de s'intéresser aux représentations que l'on peut se faire du « vieillissement », de la « vieillesse en bonne santé ». Cela concerne à la fois les représentations que les personnes âgées portent et celles que le reste de la population a vis à vis des personnes âgées.

Des représentations stéréotypées ... aux représentations sociales du vieillissement !

On peut bien entendu associer l'image de la personne âgée à celle d'une vieillesse ingrate ou à celle d'une vieillesse épanouie... Souvent d'ailleurs, la santé de la personne âgée est perçue de façon négative (1).

On peut aussi imaginer (28) plusieurs formes du vieillir :

Vieillir sans vieillir : l'âge ne prend pas le dessus sur la relation personnelle.

Vieillir par l'âge : on vieillit en accumulant les années, on peut alors se définir comme personne âgée par nécessité, quand « le statut ouvre des droits ... ».

Vieillir par la vieillesse : il s'agit alors d'un processus lent, mais que l'on ne peut empêcher, (fatigue, épuisement,...).

Vieillir par la dépendance : on insiste plus sur le handicap, la dépendance, la maladie que sur l'âge ou la vieillesse, on souhaite une prise en charge la plus complète possible.

Représentations de la santé, auto-efficacité

Une étude a été menée au Canada sur les pratiques et les comportements d'exercices physiques auprès des personnes âgées, enquête réalisée à l'aide d'un questionnaire . On y clarifiait la santé en terme de bien-être perçu, de nombre de symptômes, de quantité de médicaments prescrits, d'état de santé perçu (échelle auto-évaluée). L'étude s'intéressait aussi au sentiment de sécurité financière "... se sentir capable de faire face à des dépenses imprévues, pouvoir gérer ses ressources financières ..." (10).

Robert Anderson associe l'état de santé des personnes âgées , non pas comme une fin en soi, mais comme étant la résultante de comportements antérieurs de santé (13).

La représentation de la santé est souvent évaluée par rapport à l'état de santé d'autres personnes du même âge. Elle est comparée également à leur propre état de santé antérieur. (5).

Le centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC – France - 1992) s'est intéressé aux représentations que les plus de 60 ans se faisaient de leur état de santé, voire de bonne santé.

Au moyen d'un questionnaire, différents objets étaient explorés afin de mesurer le degré de "bonne santé", faire ce que l'on veut, vivre vieux, prendre du plaisir mais aussi capacité de faire du sport, de se déplacer , de travailler... Les facteurs d'amélioration de santé étaient appréciés à l'aide d'objets comme la consommation de produits toxiques, l'alimentation équilibrée.

Ankri et Henrard concluent suite à cette enquête que les Français interrogés sont « assez satisfaits » de leur état de santé et qu'ils ont une « vision positive » de leur santé et que « ... leur conception passe par quatre logiques , les habitudes de vie, l'amélioration de l'environnement physique, le fait d'être actif, la recherche bio-médicale... et que dans l'ensemble les plus de 60 ans ont un système de perceptions assez voisin de celui de l'ensemble de la population... ». (20).

Une étude anglaise (Edinburgh et le Sud de l'Ecosse - 1987 et 1989) révèle cependant que les comportements et les visions de santé varient en fonction de l'âge. Les priorités se différencient suivant l'âge.

L'étude ne remet pas en cause tel ou tel comportement jugé inadéquat, voire dangereux mais plutôt parce qu'il intervient dans un contexte inapproprié. (24).

Perception subjective de la santé des personnes âgées et corrélation avec la morbidité

En 1986, à Toulouse, un échantillon de 470 personnes âgées de plus de 65 ans a été investigué (16), sur les affections (dont elles souffrent), le degré de

handicap qu'elles impliquent, les privations occasionnées, l'auto-évaluation de leur état de santé (dans l'absolu et par rapport aux personnes de leur âge). En 1996, COTE, au Québec, s'intéresse aux représentations de la santé d'un groupe de femmes âgées et leur influence sur les comportements de santé et sur tout ce qui pourrait être entrepris pour améliorer leur santé.

Des experts de l'O.M.S. réagissent par rapport à la « nature subjective de l'autoperception de la santé et ses implications pour les actions de santé :
« ... Si un mauvais état de santé s'avérait n'être qu'une impression subjective, alors leur état de santé ne serait pas amélioré par des mesures sanitaires supplémentaires. Il se pourrait cependant qu'il soit possible d'améliorer la perception de leur santé à l'aide par exemple, de mesures sociales supplémentaires... » (5).

Protin remarque que dans la perception personnelle de son propre état de santé subjective, deux approches sont possibles :
soit une évaluation la plus objective, la plus médicalisée
soit on s'attache à cerner le ressenti subjectif mais profond de l'état de santé, approche plus psycho-sociologique.
Quant au degré d'autonomie (ou de dépendance), il ne le perçoit pas comme une appréciation d'un état de santé, il imagine une nuance plus "extérieure" à la personne âgée, plus objective, à savoir le besoin d'aide (25).

Aux Pays-Bas, une équipe de chercheurs s'est intéressée aux représentations de la santé des personnes âgées et au vécu (santé versus maladie). Pour cela, les chercheurs se sont inspirés de BIOPRO (biographic problemist).

17 « préoccupations de vie » ont été listées, 6 ont été plus fréquemment mentionnées, elles concernent la santé mais aussi l'avenir, la société, la solitude, la vieillesse et les enfants. On pénètre donc dans un champ beaucoup plus large que celui de la santé (9).

Perception et représentation des troubles du vieillissement

Un récent sondage réalisé auprès de la population Belge a étudié les significations et perceptions du « bien vieillir », où 62, 5 % des belges interrogés associent ce « bien vieillir » à « être en bonne santé ». Ce sondage fait également état de leur perception actuelle de certains troubles qu'ils associent déjà au vieillissement et, à moindre échelle, au stress (difficultés de concentration, déficiences cognitives perçues, ...) mais aussi de leur crainte et espoir à l'égard de la vieillesse proche (6).

Le vieillissement est aussi souvent associé à la perte (décès du conjoint, ami,...), à la dépendance avec perte d'autonomie, à l'isolement avec perte du contact social (21).

3. Comment ces objets ont été étudiés ?

Les enquêtes par entretiens (oraux individuels ou de groupes) ou par recours à des questionnaires, l'observation et l'étude de documents sont les techniques de recueil d'informations le plus fréquemment utilisées dans ces études. Certains chercheurs cumulent ces méthodes.

Classement selon la typologie de De Ketele et al.

Analyse de documents :

- Revue de littérature (13)
- Recherche documentaire par sélection d'articles dans des revues et journaux pertinents par rapport à la thématique exploitée (2).

Enquête par questionnaire :

- Etude auprès d'une population âgée de 55 à 79 ans (comparaison, 3 groupes)
Utilisation d'échelles pré-existantes : de « très bon » à « très mauvais ».
Ceux qui n'ont pas répondu (non participation au programme) ont été réinterrogés afin de connaître les raisons de non participation.
Evaluation quantitative et analyse multivariée . (8).
- Enquête par questionnaire distribué auprès de 20 seniors .
Deux questions de recherche concernent la capacité de mesurer les activités quotidiennes de base (a) et celle de mesurer les activités sociales (b), sentiment de sa propre capacité.
Chaque activité (a) et (b) est « croisée » avec le fait de pouvoir la réaliser « seul » ou « avec de l'aide ». (12)
- Enquête en milieu rural en France .
Echantillon de 470 personnes de plus de 65 ans.
Questionnaire fermé.
Indicateurs étudiés : âge, sexe, catégorie socio-professionnelle influençant les représentations et les pratiques.
Approche qualitative et quantitative. (16).
- Enquête auprès d'intervenants d'institutions psychogériatriques (21).

Enquêtes par entretien :

- Enquête par sondage, à domicile, d'un échantillon de population (à l'aide d'un questionnaire où les questions posées sont claires, précises et n'excèdent pas plus de 20 ').
Pas de regroupement des personnes âgées en classe unique (tranche d'âge de 5 ans). Analyse quantitative et qualitative (25).

-Analyse descriptive et multivariée (régression multiple standard et analyse en composantes principales auprès d'une population canadienne âgée de 70 et 98 ans).

Typologie du soutien social selon 4 dimensions : vécu antérieur, encouragement actuel au moins par une personne, approbation du médecin traitant, intérêt pour le groupe social de référence (les pairs) (10).

-Entretien auprès de 7 hommes et de 7 femmes (66 et 83 ans).
Etude qualitative (11).

-Enquête réalisée en France en 1992, par téléphone.(CREDOC)
Echantillon représentatif de la population française (à partir de 60 ans).
Comparaison selon tranche d'âge et avec les résultats de l'enquête de 1981 (20).

-Etudes comparatives en Angleterre (entre 1987 et 1989) par interview.
Analyse qualitative. (24).

-Research Consult en Belgique questionne 600 personnes de 50 à 65 ans et 100 médecins. Réalisation d'une recherche comparative entre les deux échantillons. (6).

-Enquête de santé réalisée par interview en Belgique en 1997.
Analyse de la perception de la santé de la population belge .
Indicateurs : âge, sexe, niveau d'instructions, revenus, consommation de tabac,...(18)

-Enquête par questionnaire et ensuite par entretien.
Echantillon de 192 personnes de plus de 55 ans.
Enquête qualitative d'abord (60 personnes), à partir d'une question.
Ensuite, enquête quantitative (questions fermées selon d'Houtard) et enquête par entretien ouvert (90 minutes par entretien).
Utilisation d'échelle de santé perçue.
Analyse des entretiens par post-catégorisation et par analyse factorielle (9).

-Système informatisé : questionnaire et software destinés aux personnes âgées et aux médecins traitants.
Echantillon issu de volontaires d'associations américaines de personnes retraitées. Les volontaires qui ont rempli et renvoyé leur questionnaire , ont reçu un rapport personnel d'évaluation.
Interrogation des participants 4 mois après réception du rapport sur leur changement d'attitude durant la période intermédiaire.
A noter une liste des critères de sélection des facteurs de risques étudiés (3).

Cumul des méthodes :

-Collection d'informations via observations (il s'agit de l'observation de comportements alimentaires) et entretiens. Analyse des données collectées.

Comparaison entre données de l'échantillon, statistiques régionales et nationales (23).

Méthode non précisée :

-Description de personnes âgées en bonne santé à l'aide de mesures d'attitudes. Analyse statistique multidimensionnelle (1).

-Etude qui se base sur les données provenant d'un grand programme de promotion santé en Californie. Les informations exploitées concernent les examens physiques pratiqués, la chronicité des situations, l'auto-évaluation de la santé, les actions de promotion santé.

But de l'étude : évaluer les différences entre les personnes âgées "jeunes" et "moins jeunes" qui participent à un programme de prévention en santé (29).

4 Quelles suggestions, propositions, recommandations d'études et/ou de centres d'intérêt sont faites ?

Facteurs déterminants du "vieillessement en santé "

La dépression, la solitude, les maladies chroniques et surtout leur retentissement sur le vieillissement et le vécu de la vieillesse sont des priorités déterminantes pour le "devenir " de la personne âgée (6)

Les facteurs environnementaux (lieu de vie, ressources financières, inégalité sociale,...) et les comportements à risques (mauvaise hygiène alimentaire, consommation de produits toxiques, manque d'activités physiques) sont tout aussi déterminants dans le maintien, voire l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées (12).

Certains auteurs privilégient les déterminants sociaux de la santé (condition de vie liée à l'environnement individuel, histoire de vie, capital socio-culturel , intégration au milieu environnant, l'âge, l'appartenance à une génération, le genre, la catégorie socio-professionnelle sont autant d'éléments importants à prendre en considération dans la façon de faire face) (27).

Les représentations influencent également les comportements

- image sociale de la personne âgée (images négatives qui renforcent l'exclusion, cloisonnement de la personne âgée) (21).
- complexité de la relation entre les représentations et les pratiques de santé (16).
- les représentations des professionnels de santé (13).
- le soutien de l'entourage proche, l'accompagnement de professionnels de soins
- l'expression de leurs peurs, de leurs angoisses, les sentiments de honte, d'inutilité des personnes âgées et, l'estime de soi.

Au niveau cognitif, les connaissances de base au niveau sanitaire et l'importance de bien cerner les comportements de santé sont soulignés (17).

Conseils et recommandations d'objets d'étude

Conscientisation de l'importance du problème et surtout de la façon de le prévenir (auto-évaluation du risque). Augmenter la connaissance des facteurs de risque. Meilleures adaptations des programmes de prévention. (4)

Eviter de travailler sur les stéréotypes ou les fausses croyances et plutôt creuser le champ des représentations sociales et des attentes que le public formule par rapport aux comportements des personnes âgées (1).

Connell et al, (1988) proposent d'effectuer un choix par 6 comportements préventifs, à savoir établir un facteur de "préférence" de comportement préventif .(10).

5 Conclusions

La littérature scientifique regorge de documents concernant les personnes âgées mais encore trop souvent, celle-ci "appréhende" la vieillesse en terme d'absence de maladie. Cette vision nous éloigne très fort de concepts tels que "Prévenir pour vieillir sainement" ou "Promouvoir la santé au cours du vieillissement" ...

Les professionnels de santé ont aussi tendance à considérer les plaintes de santé des personnes âgées comme étant la résultante inéluctable du processus de vieillissement ...

Or, la promotion de la santé implique de sortir du strict registre de la santé et de ne pas s'emprisonner dans un modèle purement bio-médical. La période du troisième et du quatrième âges doit y être envisagée au travers d'une démarche pluridisciplinaire.

Différentes études ont aussi permis de relever l'écart important entre les perceptions des professionnels de santé et des personnes âgées relatives à la santé de celles-ci. De grandes questions restent encore peu fouillées ! Quelles sont les images que la personne âgée se fait de la représentation des adultes ? Quelles sont les images que la personne âgée se fait du poids de son environnement social ?

Cette revue de littérature n'a pas la prétention de répondre à toutes ces interrogations mais elle permet de confronter différentes thématiques et de déterminer ce qui a déjà été exploré dans le domaine. Les contenus des besoins de santé, de promotion de santé et d'éducation pour la santé mis en évidence feront l'objet d'une étude ultérieure.

6 Bibliographie

1. COUDIN G., BEAUFILS B., (1997), Vieillesse et âge, Actualité et dossier en santé publique, n° 21, décembre 1997, pp12-14.
2. ISAKSSON P-E., POHJOLAINEN P.,(1994), Health of the Elderly : A review of the effectiveness of Health Education and Health Promotion, pp 7-23.
3. BRESLOW L., BECK J.C. , (1997), Development of a health risk appraisal for the elderly, The Science of Health Promotion, Vol. 11,n° 5, May-June 1997, pp 337-343.
4. HAHN A., VAN BEURDEN E.,(1996), Meeting the challenge of falls prevention at the population level : a community-based intervention with older people in Australia, Health Promotion International, Vol. 11, n° 3, pp 203-211.
5. La promotion de la santé pour les personnes âgées,(1996), Eurolink Age, 1996, pp 1-40.
6. GRUBER P., (1999), Ah, les beaux jours ... , Le Vif-L'express, 19.03.1999, pp 37-38.
7. DANEMARK B.D., EKSTROM M.E., (1996), Effects of residential relocation on mortality and morbidity among elderly people, European Journal of Public Health , 6, pp 212-217.
8. KOCKEN P.L., VOORHAM A.J.J., (1998), Interest in participation in a peer-led senior health education program, Patient Education and Counseling 34, pp 5-14.
9. Van den HEUVEL W.J.A. , (1989), The structure of Health Beliefs : a replication study among the elderly, in Les représentations de la santé, Colloque INSERM, Vol 178, pp287-296.
10. COUSINS S.O., (1995), Social support for exercise among elderly women in Canada, Health Promotion International, Vol. 10, n°4, pp 273-282.
11. BRORSSON A., LINDBLADH E., (1998), Fears of disease and disability in elderly primary health care patients, Patient Education and Counseling, 34, pp 75-81.
12. RAPHAEL D., CAVA M., (1995), Frailty : A public health perspective, Revue canadienne de santé publique , Volume 86, n°4, July-August 1995, pp 224-227.

13. ANDERSON R., (1995), Healthy ageing at home in the workplace, Health Promotion International, Vol. 10, n°2, pp 81-83.
14. BEERS M.H., MERCK & Co,(1996), Les exposés des experts : Vieillir sainement, in Eurolink Age, Ajouter de la vie aux années, Rapport de l'atelier Eurolink Age Helsinki du 7 au 9 novembre 1996,Londres, pp 21-22.
15. EUROLINK AGE, (1996), Toile de fond du plan , in Eurolink Age, Ajouter de la vie aux années, Rapport de l'atelier Eurolink Age Helsinki du 7 au 9 novembre 1996, Londres, pp 7-16 .
16. GRAND A., GROSCLAUDE P., (1989), Représentations et pratiques de santé dans une population âgée en milieu rural, in Les Représentations de la santé, colloque INSERM, Vol. 178, 1989, pp 275-286.
17. KERTENIAN Ch., BOSCH Y., (1998), Gérer son capital santé... Quelle signification ? Revue Prévenir, Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste n° 35, 1^{er} semestre 1998, pp 213-218.
18. ISSP-CROSP, (1998), Enquête de santé en Belgique 1997 : résultats pour la Communauté Française – Analyse – Santé subjective, Bruxelles, 1998, 148p.
19. MACPHERSON A.S., (1995), Healthy Elderly : Coming of Age, Revue Canadienne de Santé Publique, vol 86, n° 4, pp 222-223.
20. ANKRI J., HENRARD J-C., (1994), Perceptions de la santé chez les personnes âgées, Gérontologie et Société, n°71, Décembre 1994, pp 101-106.
21. BEAUCHESNE M-N., LEBEER G. , Vieillissement et représentations sociales : réflexions à propos de la prévention en psychogériatrie, pp 45-50.
22. INS, Institut National de statistique, Ministère des Affaires économiques, (1998), Statistiques démographiques, pp189-194.
23. MCKIE L., MacNeill G., (1994), Achieving positive health in older age : developing a nutritional anthropology, J. Inst. Health Educ., Vol 32 n°3, pp 89-91.
24. BACKETT K ., DAVISON Ch., (1992), Rational or reasonable ? Perceptions of health at different stages of life, Health Education Journal, Vol. 51/2, pp 55-59.

25. PROTIN J., (1998), Un regard sur les états de santé et les dépendances des personnes âgées vivant à domicile dans les villes moyennes d'Italie du Nord et de France à la fin des années 1980, Revue Prévenir, Cahiers d'études et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste n° 35, deuxième semestre 1998, pp 193-205.
26. TAZIAUX P., FRANCK J., (1996), A study of general practitioners' prescribing behaviour to the elderly in Wallonia, Belgium, European Journal of Public Health, 6, pp 49-57.
27. HENRARD J-Cl., (1997), Dossier Santé publique et grand âge : Perceptions de la santé chez les personnes âgées, Actualité et dossier en santé publique , 20 septembre 1997, pp 8-9.
28. CLEMENT S., (1997), Qualités de vie de la vieillesse ordinaire, Revue Prévenir, Cahiers d'études et de réflexion édités par le coopérative d'édition de la vie mutualiste n°33, deuxième semestre 1997, pp 169-176.
29. CHI I., LUBBEN J., (1994), The California preventive health care for the aging program : differences between the younger old and the oldest old, Health Promotion International, Vol. 9, n°3, pp 169-176
30. COTE M., DRAPEAU D. (1996), Etude des représentations de la santé d'un groupe de femmes âgées : résultats préliminaires, résumé en section (414), Congrès ACFAS, in <http://www.is.mcgill.ca>