

Étude nationale 2009

Bien vieillir

Évaluation et perception de l'avancée
en âge des personnes accueillies dans
les centres de prévention Agirc-Arrco

Synthèse

« La prévention en gérontologie représente un champ d'action porteur d'espoirs, sous réserve qu'elle soit globale »... Tel est le message du Dr Jean-Pierre Aquino, président du comité de suivi du plan national « Bien vieillir », qui figure en préface de la publication de l'étude nationale 2009 Bien vieillir, réalisée par l'Agirc et l'Arrco.

Dès 1980, l'Agirc et l'Arrco se sont engagées dans une démarche active de prévention au travers des centres de prévention Agirc-Arrco. Aujourd'hui encore, la prévention fait partie des orientations prioritaires 2009-2013 de l'action sociale.

Afin d'évaluer les bénéfices de la prévention globale développée par l'Agirc et l'Arrco, il apparaissait nécessaire d'exploiter les données épidémiologiques recueillies dans les centres. Une première étude réalisée à partir des bilans médico-psycho-sociaux individuels a donné lieu en 2005 à une publication : « Les clés du bien vieillir ». Les résultats ont mis en évidence les caractéristiques générales de la population fréquentant les centres, son état de santé ainsi que la perception de celui-ci au niveau individuel. Pour compléter ces premiers résultats, d'autres investigations ont été envisagées : qu'est-ce qu'un vieillissement réussi ? La démarche de prévention est-elle efficace ?

En 2009, une nouvelle étude portant sur le Bien vieillir a été ainsi conduite dans les centres de prévention Agirc-Arrco. Elle donne lieu aujourd'hui à la publication **Bien vieillir: évaluation et perception de l'avancée en âge des personnes accueillies dans les centres de prévention Agirc-Arrco.**



●●● > Les institutions AGIRC et ARRCO et la prévention du vieillissement

L'Agirc et l'Arrco face aux enjeux démographiques

L'évolution démographique montre que l'espérance de vie a considérablement augmenté durant ces dernières décennies. Parallèlement, l'avancée en âge est potentiellement accompagnée d'une fragilité croissante. Cette évolution a des impacts tant au niveau individuel que macro-économique.

La prévention représente de fait un enjeu considérable, dans le but de réduire les coûts collectifs liés à la dépendance et d'analyser et maîtriser au mieux les facteurs de risque d'un vieillissement plus ou moins réussi au niveau individuel. Fortes de ces convictions, les institutions de retraite Agirc et Arrco se sont engagées, depuis trois décennies, dans une démarche active de prévention globale, la prévention constituant une réponse à la fois pour le collectif et pour l'individu.

La démarche de prévention globale : de quoi parle-t-on ?

L'action sociale de l'Agirc et de l'Arrco s'implique au niveau individuel au travers d'une démarche globale de prévention. Des équipes pluridisciplinaires vont considérer les **aspects médico-psycho-sociaux de la situation propre à chaque personne** et émettre des informations personnalisées contribuant au bien vieillir, en tendant vers « un état de complet bien-être physique, mental et social » (selon la définition de la santé par l'OMS). Ainsi, l'acte de prévention permet à l'individu d'être acteur de sa prévention, décidant lui-même d'adapter son comportement tout au long de son avancée en âge.

Les centres de prévention

L'action des centres de prévention Agirc-Arrco s'inscrit depuis 1980 dans le souhait d'une éducation à la santé, favorable, au niveau individuel, à une espérance de vie sans incapacité. Dans ce sens, l'activité des centres s'articule autour de 3 pôles : des conférences de sensibilisation, un bilan individuel médico-psycho-social, des ateliers et/ou des conférences spécifiques. L'ensemble de ce dispositif vise à orienter chaque personne vers des solutions de prévention adaptées à ses propres besoins (prévention des chutes, gymnastique...). En 2008, d'après les résultats d'une enquête de satisfaction réalisée dans les centres, près de 45 % des personnes reçues ont déclaré avoir modifié leur comportement, après leur venue dans un centre.

> L'étude réalisée en 2005

Une première étude a été réalisée à partir des données collectées auprès de 12 000 personnes accueillies dans les centres de prévention en 2001 et 2002, et a donné lieu en 2005 à une première publication : « **Les clés du bien vieillir** ».

Ce document proposait une photographie des situations individuelles des personnes accueillies dans les centres, de leur état de santé et de la perception qu'elles en ont : 44 % des personnes estimaient leur état de santé excellent ou bon, 49 % l'estimaient correct et 7 % l'estimaient mauvais.

Cette première étude a permis de constater que **la perception que les personnes ont de leur santé est fortement corrélée à leurs caractéristiques sociales et psychologiques** (par exemple, les personnes dépressives ont une vision dégradée de leur état de santé), et dans une moindre mesure à leur état de santé réel.



Réduire la notion de vieillissement réussi à l'absence de pathologies s'avérait ainsi insuffisant.

A partir de ces données, une première ébauche d'**indicateur de « vieillissement réussi »** avait pu être esquissée. Elle intégrait à la fois l'état de santé, l'état psychologique, la consommation de médicaments et la perception de son propre état de santé.

> L'étude réalisée en 2009

La méthodologie

L'étude a porté sur **4 163 personnes** âgées de 55 ans et plus, accueillies dans 6 centres de prévention (Lyon, Paris, Marseille, Rouen, Toulouse, Troyes) entre octobre 2008 et septembre 2009 pour un bilan médico-psycho-social.

Les caractéristiques de ces personnes ont d'abord été étudiées à partir de quatre types de données :

- **des données socio-démographiques :**

âge, milieu urbain ou rural, situation familiale, situation professionnelle, catégorie socio-professionnelle, niveau de ressources financières ;

- **des données concernant l'état de santé :**

état de santé ressenti, fréquence du suivi médical par le médecin généraliste, tabagisme, chutes éventuelles ;

- **des données concernant l'état de santé psychique et cognitif :**

difficultés familiales, dépression, prise de médicaments neuro-psychiques, difficultés mnésiques, troubles du sommeil ;

- **des données concernant l'activité et le réseau social :**

pratique d'une activité physique ou sportive, pratique d'activités culturelles ou intellectuelles, implication dans des activités sociales ou associatives, étendue et diversité du réseau social (famille, amis, associations).

L'étude a été pilotée par une équipe pluridisciplinaire composée de :

- **Dr Philippe Dejardin**

(médecin coordinateur des centres de prévention, directeur des centres de Paris 10 et de Troyes),

- **Dr Monique Ferry** (médecin directeur du centre de Valence),

- **Dr Florence Martin** (médecin responsable du centre de Toulouse),

- **Vincent Bataille** (statisticien épidémiologiste de l'ADIMEP)

et la direction de l'action sociale des fédérations Agirc et Arrco.

La perception du « Bien vieillir »

Chaque personne a par ailleurs répondu à un questionnaire proposant **16 composantes potentielles du vieillissement réussi**, par exemple : ne pas être malade, ne pas avoir de douleur, ne pas être une charge pour les siens, être utile aux autres, etc.

Les personnes pouvaient répondre « oui », « non » ou « sans opinion », selon qu'elles estimaient la composante importante ou non pour la qualité du vieillissement. Elles avaient ensuite à classer ●●●



- ces composantes par ordre de priorité. Enfin, elles devaient évaluer la qualité de leur propre vieillissement sur une échelle de 1 à 10 (10 pour un vieillissement réussi).

Les résultats de l'étude

Parmi les 16 critères proposés par le questionnaire « Bien vieillir », quatre ont été retenus comme prédominants pour réussir son vieillissement :

- **ne pas être malade**, cité comme critère premier pour une vieillesse réussie par 27% des personnes interrogées et classé parmi les trois critères principaux par 51% des personnes ;
- **ne pas être gêné au quotidien pour ses activités**, cité comme critère premier par 24% des personnes interrogées et classé parmi les trois critères principaux par 41% des personnes ;
- **ne pas être une charge pour les siens**, cité comme critère premier par 19% des personnes interrogées et classé parmi les trois critères principaux par 49% des personnes ;
- **ne pas avoir de problème de sommeil**, cité comme critère premier par 10% des personnes interrogées et classé parmi les trois critères principaux par 31% des personnes.

Les conclusions que l'on peut en tirer

Les résultats de l'étude suggèrent que **le sentiment de bien vieillir** dépend à la fois :

- **de paramètres socio-démographiques** :
il diminue avec l'âge et chez les personnes aux faibles ressources ; il est plus répandu chez les cadres que dans les autres catégories socio-professionnelles ;
- **de l'état de santé** :
il est beaucoup moins répandu chez les personnes qui s'estiment en mauvaise santé ou pour lesquelles le suivi médical est intense ;
- **de l'état psychologique et de la stimulation cognitive** :
il est moins fréquent chez les personnes dépressives, souffrant de troubles du sommeil ou prenant des psychotropes ; il est plus fréquent chez les personnes qui conservent une activité intellectuelle ou culturelle ;
- **de l'implication et de la stimulation sociale** :
il est beaucoup plus fréquent chez les personnes dont le réseau social est étendu et diversifié que chez les personnes isolées.

> Les perspectives

Un **système informatisé de recueil des données** épidémiologiques est en cours de réalisation dans les centres. Ce système permettra, outre la saisie des bilans, de disposer de données épidémiologiques comparables et facilitera la production de statistiques plus régulières, voire la mise en place d'études sur plusieurs années. L'analyse de ces données fera l'objet chaque année d'une publication sur l'activité des centres et sur l'impact des bilans et des actions de prévention.

Les prochaines études porteront sur les troubles de l'équilibre (2011), les troubles du sommeil (2012) et l'impact de la démarche de prévention sur le Bien vieillir (2013).

