



CONCEPTION D' ACTIONS INNOVANTES ET MODÉLISATION : L'EXEMPLE DES CENTRES DE PRÉVENTION AGIRC-ARRCO

ANNE SAINT LAURENT¹, PHILIPPE DEJARDIN²

1. DIRECTRICE ACTION SOCIALE AGIRC-ARRCO

2. MÉDECIN COORDINATEUR DES CENTRES DE PRÉVENTION AGIRC-ARRCO

Dès 1975, les institutions de retraite complémentaire Agirc (Association générale des institutions de retraite des cadres) et Arrco (Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés) ont engagé une réflexion sur la nécessité d'envisager une démarche préventive et non plus essentiellement curative dans une perspective générale d'éducation à la santé destinée à leurs allocataires. Dans cette optique, des centres de prévention ont été mis en place afin de créer des lieux de dépistage, d'éducation sanitaire, d'écoute et d'orientation. L'objectif vise à permettre au bénéficiaire de se positionner en tant qu'acteur, choisissant ainsi d'adapter, tout au long de son avancée en âge, son comportement à ses propres choix de prévention dans le but de tendre vers un « état de complet bien-être physique, mental et social » augmentant ainsi son espérance de vie sans incapacité.

CONCEPTION OF INNOVATIVE ACTIONS AND MODELS : THE EXAMPLE OF THE AGIRC-ARRCO PREVENTION CENTRES

As from 1975, the AGIRC and ARRCO complementary retirement insurance institutions began to think about the need for not only curative but also preventive measures in a general perspective of health education for their members. With this in mind, prevention centres were set up as places for screening, health education, listening and guidance. The aim is to allow the beneficiary to become an actor, deciding through advancing old age how to adapt their behaviour to their own prevention choices thus targeting a "state of complete physical, mental and social well-being" thereby increasing their life expectancy without disability.

Au-delà du versement des pensions aux anciens salariés et à leurs ayants droit, les institutions de retraite complémentaire Agirc et Arrco ont développé non seulement des actions de secours ou d'assistance, mises en place, parfois dans l'urgence, mais également certaines institutions ont entamé une réflexion, dès 1975, sur la nécessité d'envisager une démarche préventive et non plus essentiellement curative. Ainsi, un travail fut mené sur la possibilité de donner aux nouveaux retraités et aux préretraités, les moyens d'appréhender et de mieux gérer leur propre vieillissement. Cette réflexion s'est inscrite dans une perspective générale d'éducation à la santé dans laquelle la personne peut prendre une part très active, augmentant ainsi son espérance de vie sans incapacité.

Dans cette optique, ont été mis en place des centres de prévention, afin de créer des lieux de dépistage, d'éducation sanitaire, d'écoute et d'orientation. Ils sont aujourd'hui 13 (Clermont-Ferrand, Grenoble, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Paris (Inpes, 2009), Rouen, Strasbourg, Toulouse, Troyes, Valence), avec, pour certains, des antennes décentralisées; 2 nouveaux centres sont à l'étude.

L'ÉTAT DES LIEUX : LES ACTIONS DES CENTRES DE PRÉVENTION AGIRC-ARRCO

L'activité des centres s'articule autour de trois pôles :

- un bilan individuel médico-psycho-social;
- des conférences d'information et/ou de sensibilisation à caractère préventif;
- des ateliers ou tables rondes spécifiques.

LE BILAN MÉDICO-PSYCHO-SOCIAL

Ces bilans, au nombre de 12 000 à 15 000 par an, sont pratiqués par des équipes pluridisciplinaires composées systématiquement d'un gériatre et d'un psychologue clinicien, auxquels s'adjoignent, dans certains centres, des travailleurs sociaux.

LE BILAN MÉDICAL

Il comprend un questionnaire sur :

- les antécédents personnels et familiaux;
- l'hygiène de vie (tabac, alcool, alimentation, activités physiques);
- les habitudes en matière de suivi médical et de traitement;
- les vaccinations;
- les facteurs de risque environnementaux.

L'entretien et l'examen clinique liés aux spécificités gériatriques (bilan neurosensoriel, nutritionnel, locomotion et équilibre, etc.) permettent de déceler les facteurs de risque et, le cas échéant, des pathologies débutantes.

LE BILAN PSYCHOLOGIQUE

Il permet d'évaluer :

- l'humeur, la personnalité;
- le vécu affectif et relationnel, aussi bien personnel qu'au niveau du couple;
- la qualité de l'environnement relationnel et matériel, les difficultés sociales;
- les difficultés éventuelles rencontrées dans la vie quotidienne;
- les capacités d'adaptation à la retraite;
- le dynamisme, à travers la réorganisation des activités (physiques, intellectuelles et associatives), les projets d'avenir.

LE BILAN SOCIAL

Il est réalisé à l'aide d'un questionnaire rempli par la personne elle-même. Celui-ci permet de récupérer des informations sur ses habitudes de vie, son habitat, son intégration sociale, ses ressources, la perception de son état de santé... En fonction des besoins, la personne pourra rencontrer un(e) délégué(e) à l'action sociale.

Dans plusieurs centres, ces bilans s'appuient sur un partenariat externe avec les centres d'examen de santé (CES) de la Sécurité sociale ou d'autres organisations du même type.

Une enquête de satisfaction est également diffusée auprès des bénéficiaires. L'analyse des réponses fait apparaître, en moyenne, que près de 45 % des personnes reçues ont modifié leur comportement (essentiellement dans le domaine de l'hygiène de vie) et cela de manière non contrainte.

Les centres disposent d'un questionnaire commun informatisé (auto-évaluation complétée par le bénéficiaire, feuille de saisie pour le médecin et pour le psychologue).

L'ensemble des données est adressé à l'Adimep (Association pour la diffusion de la médecine de prévention) de Toulouse, pour analyses statistiques. Celles-ci permettent la réalisation de publications :

- étude nationale 2009 Bien vieillir, sur l'évaluation et la perception de l'avancée en âge des personnes accueillies dans les centres;
- étude nationale 2010 Préserver l'équilibre pour prévenir les chutes.

LA PRÉVENTION. QUELLE JUSTIFICATION ?

LA DÉMARCHE GLOBALE DE PRÉVENTION

La nécessité d'une démarche préventive est bien documentée.

En effet, Jean-Marie Robine (Inserm) a réalisé en 2005 une étude comparative entre 25 pays européens portant sur l'espérance de vie et les années vécues en bonne santé. Les résultats montrent notamment que si l'espérance de vie est une des plus importantes en France par rapport à d'autres pays européens, les années vécues avec incapacité sont aussi plus longues pour la population française que pour d'autres populations d'Europe.

En conséquence, cela entraîne une période d'accompagnement de la dépendance relativement constante voire une plus grande prise en charge financière.

UNE DÉMARCHE GLOBALE DE PRÉVENTION REPOSANT SUR DES ACTIONS INDIVIDUELLES

À l'échelle individuelle, une démarche préventive globale permet d'appréhender l'ensemble des choix de chacun (vie familiale, sociale...) et d'y associer le dépistage médical permettant ainsi à chacun d'anticiper, de réduire, retarder, voire maîtriser les effets d'un vieillissement plus ou moins réussi. En effet, de multiples facteurs doivent être pris en compte : la fréquence de pathologies chroniques ou de polyopathologies, l'incapacité de faire face à une nouvelle situation en changeant ses habitudes, l'isolement, les difficultés de mobilité, le parcours de vie parfois accidenté... Chacun de ces facteurs peut constituer un frein non perceptible si une démarche globale, tournée vers les besoins et les attentes de la personne, n'est pas engagée.

Les méthodes employées par les centres de prévention pour ce qui est de leurs actions individuelles sont à ce jour appropriées à une prévention ciblée, ajustée aux situations personnelles. Le développement d'une démarche préventive doit donc prendre en compte les possibles situations de vulnérabilité, quelle que soit leur nature, tout en permettant à chacun d'exprimer sa volonté et de proposer des actions transverses en fonction de ses capacités : familiale, sociale, psychologique, sanitaire... Il ne s'agit pas d'imposer à chacun un modèle, mais bien de susciter une évolution significative des comportements.

En effet, une étude exploratoire menée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) sur une centaine de sujets âgés et publiée en mai 2009 se penche sur les préférences et les attentes de ces personnes en matière d'information sur la santé et la prévention. Cette étude met en évidence la nécessité de ciblage de l'action de prévention. Elle montre aussi les freins que peuvent constituer les représentations sociales du vieillissement, aux campagnes de communication de grande envergure. Ces conclusions confortent la méthode de travail des centres de prévention Agirc-Arrco s'appuyant sur un bilan médico-psycho-social individualisé. À partir de l'étude complète de la situation de la personne, une ordonnance de prévention spécifique peut être délivrée. Comment mieux cibler, alors, les destinataires d'une information ? Comment mieux éviter les écueils des représentations qu'en délivrant, au cas par cas, les informations nécessaires ?

UNE DÉMARCHE REPOSANT AUSSI SUR DES ACTIONS COLLECTIVES

Les actions collectives des centres reposent notamment sur des ateliers. L'efficacité de ceux-ci n'est plus à démontrer : Kurt Lewin, psychosociologue américain des années 1950 a réalisé une étude portant sur la comparaison de l'efficacité de discussions de groupe et de conférences :

« Au début de la seconde guerre mondiale, les États-Unis sont confrontés à une grave pénurie de viande et Kurt Lewin est chargé d'amener les ménagères américaines à changer leurs habitudes culinaires et alimentaires. Plus précisément il s'agit de les convaincre d'acheter ce qui les répugnait auparavant : des abats de viande.

Lewin pense que la meilleure tactique serait d'opérer un changement au niveau du groupe plutôt qu'à celui de l'individu puisque le premier se répercutera automatiquement sur le second en faisant jouer les contraintes du conformisme : aussi longtemps que les valeurs du groupe seront inchangées, l'individu résistera aux changements et ce d'autant qu'il devra s'écarter fortement des normes du groupe. Si la norme elle-même est changée, la résistance due à la relation entre l'individu et la norme groupale est éliminée.

C'est ce raisonnement qui conduisit Lewin à comparer l'efficacité de discussions de groupe et de conférences. Dans les premières, il s'agissait de faire discuter entre elles les ménagères sur les avantages et désavantages des abats avant de leur faire prendre publiquement une décision concernant leurs achats futurs ; dans tous les

cas, 100% des participantes manifestèrent leur intention d'acheter des abats et, dans les semaines qui suivirent, 32% passèrent à l'acte. À l'opposé, les conférences traitaient les auditrices comme autant d'unités indépendantes, auxquelles on vantait les qualités des abats tout aussi sains et vitaminés que les autres morceaux, auxquelles on enseignait de nouvelles recettes, etc.; seulement 3% des auditrices servirent des abats.

Par la suite les disciples de Lewin, conclurent à l'action décisive, non pas de la discussion comme telle, mais de la décision positive personnelle et de la croyance en une décision similaire chez les autres membres du groupe. »

Ce point de vue expérimental permettrait de valoriser la mise en place des ateliers à la suite des bilans et des conférences pour inciter les bénéficiaires à changer de comportement alimentaire ou adopter des activités physiques, sociales... (agir sur les changements de normes sociales).

De plus, il convient de ne pas dévaloriser les conférences grand public mais de rester modeste sur leur impact et de proposer qu'elles soient suivies d'ateliers ou de groupes de parole...

POURQUOI UNE DÉMARCHE GLOBALE ?

Le caractère global de la démarche de prévention est déjà présent dans de nombreux outils et études cherchant des facteurs de l'état de santé ressenti. Ainsi, la construction d'une échelle a été proposée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). Elle s'inspire des travaux de Kerkhofs et Lindeboom, et de ceux de Mizrahi, en exploitant les dimensions de risque vital et d'incapacité.

Ce dernier aspect peut être utilisé pour :

- une approche fonctionnelle selon laquelle le mauvais état de santé est expliqué par la limitation d'activité induite par la maladie ;
- une approche subjective selon laquelle l'état de santé est appréhendé au regard du ressenti des individus, la santé recouvrant alors les dimensions physiologique et psychologique, interpersonnelle et sociale en plus de l'aspect fonctionnel.

Il est également à noter que, dès 1991, Liang & al. s'étaient intéressés à l'aspect multidimensionnel de la santé. Ils avaient mis en évidence que le fait de souffrir d'une maladie chronique entraîne une dégradation des capacités fonctionnelles et que la dégradation de la santé, dans ses dimensions fonctionnelle et médicale, a une incidence sur la perception de l'état de santé. Par ailleurs, un jugement

plus défavorable porté par une catégorie d'âge, de sexe ou socio-professionnelle, peut aussi masquer le fait, qu'à état de santé équivalent, elle se perçoit de manière plus pessimiste.

Depuis près de 30 ans, les institutions de retraite Agirc-Arrco poursuivent une démarche globale (médico-psycho-sociale) de prévention en associant des compétences professionnelles pluridisciplinaires aux bénéficiaires de bilans personnalisés proposés aux allocataires. Ces actions se traduisent tant au niveau des centres de prévention Agirc-Arrco qu'au niveau des comités régionaux de coordination de l'action sociale Agirc-Arrco. Cette démarche de prévention devrait être valorisée en France au travers de partenariats institutionnels en complémentarité, notamment entre le secteur sanitaire et social, permettant de démontrer les effets de la prévention tant à l'échelle individuelle que macro-économique.

L'objectif est également de permettre au bénéficiaire de se positionner en tant qu'acteur, choisissant ainsi d'adapter, tout au long de son avancée en âge, son comportement à ses propres choix de prévention dans le but de tendre vers un « état de complet bien-être physique, mental et social ». Prévenir, c'est permettre aux personnes d'appliquer leurs propres règles en fonction de facteurs de risque connus car la prévention n'occulte ni le libre choix, ni les compétences individuelles. Il est important de ne pas entretenir les représentations négatives de la vieillesse, et de mettre en valeur les ressources et capacités de la personne avant tout. Ainsi, la simple activation des stéréotypes négatifs du vieillissement peut avoir des effets délétères sur l'auto-évaluation et le fonctionnement des personnes âgées, ce qui peut contribuer à accroître leur dépendance. La prévention, au-delà de prévenir la dépendance en limitant les risques strictement médicaux, peut donc également la prévenir en contribuant à améliorer la perception de sa propre autonomie.

Fort de ces résultats, il est apparu nécessaire de mettre en place le suivi longitudinal d'une cohorte qui serait constituée par la population fréquentant les centres de prévention Agirc-Arrco. La création de cette cohorte permettra en premier lieu de suivre à moyen et à long terme les modifications de comportement amorcées par le

bilan, puis les améliorations de santé inhérentes. En second lieu, elle permettra de mieux appréhender les critères du vieillissement réussi ainsi que ceux permettant de détecter les sujets à risque de fragilité notamment en suivant l'évolution de leur état de santé. Les centres de prévention réalisent à ce jour 12 000 à 15 000 bilans par an. Ils sont répartis sur l'ensemble de l'hexagone. Ces caractéristiques feront de cette cohorte la plus importante en nombre et la plus diversifiée géographiquement et permettront de constituer aussi un échantillon représentatif de la population française.

Après avoir dégagé les indicateurs du vieillissement réussi et les facteurs agissant sur la perception de l'état de santé ; après avoir publié un travail sur l'état des lieux concernant les chutes chez les personnes âgées et les moyens de prévention validés, les centres exploiteront les données provenant du recueil statistique de l'outil informatisé pour d'autres études. Celles-ci aborderont en 2012, la mémoire, puis en 2013, le sommeil, et en 2014 les données de l'étude de cohorte.

■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- INPES (2009).** *Évolutions*, n°17, mai.
- JAGGER C., GILLIES C., MOSCONE F., CAMBOIS E., VAN OYEN H., NUSSELDER W., ROBINE J.-M. AND THE EHLEIS TEAM (2008).** *Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. The Lancet*, 372, 2124-2131.
- KERKHOFS M. & LINDEBOOM M. (1995).** *Subjective health measures and state dependent reporting errors. Health Economics*, n° 4, 221-235.
- LEWIN K. (1959).** *Psychologie dynamique. Les relations humaines. Paris : PUF, 300 p. 20 NF Bibliothèque scient. internationale.*
- MIZRAHI A.N. & MIZRAHI A.R. (1995).** *Vieillesse relative par groupes socioéconomiques : personnes âgées et autres adultes. Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992. CREDES, 1070, 14 p.*
- LIANG J., BENNETT J.M., WHITELAW N.A. & MAEDA D. (1991).** *The structure of self reporting physical health among the aged in the United States and Japan. Medical Care, n° 29, 1161-1180.*