

SHARE, un outil au service de la mesure et de la compréhension du « bien-vieillir »

Equipe SHARE-France, 18 novembre 2024

Depuis sa création, les données produites par SHARE ont largement contribué à la connaissance de nombreux aspects au processus de vieillissement : dynamiques de passage en retraite, maintien des activités de loisirs et des relations sociales au grand âge, apparition de la « fragilité », prise en charge de la perte d'autonomie par l'aide et les soins à domicile, conditions du « bien-vieillir », etc.

A travers son questionnaire principal et ses enquêtes satellites, l'enquête SHARE intègre de nombreuses mesures objectives et subjectives relatives à la fois à la santé, envisagée dans toutes ses dimensions, et aux dimensions annexes qui conditionnent le vieillissement des personnes.

Mesures de santé et de fragilité dans SHARE

Le contenu de l'enquête SHARE illustre la richesse et la diversité des outils qui peuvent être mobilisés pour appréhender la santé physique, mentale ou cognitive. Renaud *et al* (2024) dressent ainsi un panorama des questions et mesures disponibles dans l'enquête principale SHARE et dans les collectes satellites relatives au Covid-19 (SHARE-CORONA) ou au repérage de la démence (SHARE-HCAP), selon plusieurs approches théoriques distinctes [1] :

- Approche médicale : liste de maladies chroniques ; survenue d'évènements de santé aigus comme l'AVC ou le cancer ; tests d'aptitudes cognitives de mémoire (épisodique, sémantique), d'aisance verbale et de fonctions exécutives (calcul mental, praxie)...
- Approche fonctionnelle : mesure des limitations dans les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) ou dans d'autres activités physiques du quotidien ; indicateur de limitation fonctionnelle GALI (*Global Activity Limitation Index*) ; auto-évaluation de la vision et de l'audition ; fréquence de l'activité physique ; mesure de force musculaire ; nature et intensité de l'aide et des soins à domicile...
- Approche subjective : santé perçue ; douleurs ressenties ; santé mentale, anxiété et dépression ; sentiment de solitude ; niveau des relations sociales ; littératie en santé...
- Approche par le recours aux soins : traitements médicamenteux réguliers ; soins de prévention ; recours aux soins ambulatoires et hospitaliers ; renoncement aux soins...

Ces questions relevant de dimensions et d'approches conceptuelles complémentaires permettent de transposer dans SHARE et d'analyser des échelles usuelles en pratique de gérontologie comme le phénotype de fragilité de Fried ou l'approche par les « capacités intrinsèques » de l'OMS.

Des travaux récents conduits par l'équipe SHARE-France mettent notamment en lumière les inégalités de survenue des premiers signes de déclin fonctionnel selon les pays et le profil socio-économique. Arnault *et al* (2024) utilisent les données SHARE pour mesurer la fragilité des personnes de 60 ans selon le phénotype de Fried à travers cinq attributs physiques et fonctionnels : manque d'énergie, lenteur, faible activité physique, faiblesse musculaire et perte d'appétit [2]. Un travail en cours de Renaud & Jusot [3] illustre la capacité de l'enquête SHARE à transposer l'approche promue par l'OMS pour identifier précocement les altérations de capacité intrinsèque chez les plus de 60 ans de façon multidimensionnelle (6 dimensions : cognition, nutrition, vision, audition, psychologie, mobilité), approche connue sous le nom de ICOPE (*Integrated Care for Older PEople*).

Enseignements de la littérature – quelques exemples

L'accumulation de travaux sur les données SHARE a permis de faire progresser significativement la connaissance en gérontologie et en sciences du vieillissement dans plusieurs directions, comme cela est notamment synthétisé par Levy & Jusot (à paraître).

Activités de la vie quotidienne

La prévalence des limitations des activités de la vie quotidienne (AVQ) a été analysée en comparaison européenne et internationale à partir de SHARE [4]. Les corrélations entre différentes dimensions de la santé fonctionnelle ont été largement investiguées, en particulier le caractère prédictif des limitations dans les 6 activités de base sur la survenue ultérieure de limitations dans les 10 activités dites « instrumentales » de la vie quotidienne [5], ou encore la corrélation avec le niveau d'éducation, l'activité physique, les maladies chroniques, la dépression ou la polymédication [6]. Enfin, les inégalités de genre, au désavantage des femmes, ont été largement établies [7].

Fragilité

L'étude d'Arnault *et al* (2024) [2] s'inscrit dans la continuité des travaux antérieurs qui ont démontré la capacité de l'enquête SHARE à opérationnaliser l'approche de la fragilité proposée par Fried [8][9] et de nombreuses échelles alternatives de fragilité [10], à évaluer sa prévalence à l'échelon européen [11] ou à en documenter les inégalités socio-économiques. Arrighi *et al* (2017) ont notamment établi que les personnes âgées les plus éduquées et les plus riches ont non seulement un moindre risque de devenir fragiles mais également, une fois devenues fragiles, un moindre risque de basculer à brève échéance vers la dépendance [12].

Cognition

Les données SHARE offrent la possibilité d'étudier l'évolution des aptitudes cognitives au cours du vieillissement et notamment leurs interactions avec la santé mentale ou les relations sociales. L'enquête SHARE se prête en particulier à différentes méthodes de repérage des formes précoces de démence [13]. Elle a permis d'établir la corrélation entre fragilité physique et déclin cognitif [14] ainsi que le rôle causal de la dépression [15] et de la faible activité relationnelle [16] sur ce déclin.

Relations sociales

D'une façon générale, les relations sociales jouent un rôle crucial dans le contexte du bien-vieillir. Les données SHARE ont été exploitées dans une perspective pluridisciplinaire pour explorer en détail les liens sociaux, les relations intergénérationnelles ou l'isolement et leur impact sur le bien-être, la fragilité et la cognition des personnes âgées. Il est ainsi démontré que l'ampleur du réseau social et la fréquence des relations sociales sont positivement associées au bien-être [17], en particulier dans les pays du Sud de l'Europe [18], dans la lignée des études qui concluent à l'importance de la participation sociale pour ralentir le déclin cognitif [19].

Prise en charge de la perte d'autonomie

Les données SHARE ont généré une littérature abondante sur la perte d'autonomie au grand âge, sa prise en charge ou les comportements individuels et familiaux qui lui sont associés. Laferrère et Arnault (2020) illustrent la préférence pour un vieillissement chez soi plutôt qu'en institution dans la totalité des pays d'Europe, démontrant qu'à niveau d'autonomie égal, les plus éduqués et les plus riches privilégient davantage ce « choix » de demeurer à domicile le plus longtemps possible [20]. La disponibilité d'aidants potentiels constitue une condition indispensable de la politique domiciliaire. Si la probabilité d'aider un parent dépendant n'est pas significativement impactée par le passage en

retraite, en revanche la fréquence et l'intensité de cette aide sont largement augmentées quand l'enfant aidant prend sa retraite [21]. Une étude de l'équipe SHARE-France analyse les choix de relocalisation géographique des personnes à proximité de leur parent dépendant : ils sont finalement assez peu corrélés à l'état de santé et au niveau de dépendance du parent nécessitant une aide [22]. La conjoncture économique et les possibilités de financement de la dépendance conditionnent également l'accès à une aide à domicile. Costa-Font *et al* (2016) ont démontré à partir de SHARE que, toutes choses égales par ailleurs, une récession économique augmentait la propension des personnes à apporter de l'aide à un proche dépendant [23]. Par ailleurs, Laferrère *et al* (2019) examinent le rôle des revenus et du patrimoine dans les possibilités de financement de la prise en charge de la dépendance à domicile ou en établissement, et concluent notamment à l'importance du patrimoine immobilier, par des mécanismes de rente viagère par exemple [24].

Perspectives actuelles sur le bien-vieillir

Le principe du « bien-vieillir » (*healthy ageing*) introduit et promu par l'OMS au cours des deux dernières décennies constitue un cadre de réflexion général, bien que la nature même du concept et de sa mesure ne fassent pas toujours consensus.

Une approche possible consiste à comparer l'âge « chronologique » (c'est-à-dire l'âge réel) et l'âge « physiologique », où l'âge réel est pondéré par le niveau de santé fonctionnelle et cognitive. Des travaux récents sur les données SHARE démontrent l'importance du contexte local sur la probabilité de bien vieillir, c'est-à-dire sur l'écart entre âge chronologique et âge physiologique : toutes choses égales par ailleurs, on vieillit en meilleure santé dans certains pays, comme la Suisse, les Pays-Bas, la Grèce, la Suède ou le Danemark, et en moins bonne santé dans d'autres, comme en Italie ou en France [25].

Des travaux de réflexion et d'harmonisation méthodologique conduits par un consortium international de recherche sur le vieillissement ont mené récemment à définir une échelle du bien-vieillir construite à partir de 41 items recueillis par enquête : l'échelle ATHLOS [26]. La création et la validation de cette échelle se sont directement appuyées sur des données de cohortes internationales, dont SHARE en Europe et ses enquête sœurs à l'étranger : HRS aux Etats-Unis, ELSA en Angleterre...

Un corpus important de littérature sur les données SHARE permet ainsi de comprendre à la fois les mécanismes et les déterminants du bien-vieillir dans différents pays d'Europe, et le degré de corrélation de ce concept avec des approches plus traditionnelles de la santé ou du bien-être. Ainsi, des travaux récents confirment le rôle protecteur d'une activité physique modérée [27] et de relations sociales soutenues [28] sur le maintien d'un vieillissement en bonne santé. Des analyses nationales démontrent les spécificités du bien-vieillir en fonction du contexte local : l'impact de la prévention et des « investissements » en santé au cours de la vie en Roumanie [29], l'influence des relations sociales en Suède ou encore la corrélation importante entre capacités intrinsèques au sens d'ICOPE et mesure du bien-vieillir dans les Etats baltes [30]. Une étude portant sur trois pays d'Europe met en évidence une corrélation entre un vieillissement en bonne santé et le sentiment plus général d'une bonne « qualité de vie », avec toutefois des variations importantes entre ces différents pays [31].

Enfin, les travaux du consortium international ATHLOS ont conduit à analyser les inégalités de niveau d'éducation et de revenu dans le bien-vieillir dans les différents parties du monde : les inégalités sont majeures aux Etats-Unis, importantes en Angleterre et à un degré moindre dans le reste de l'Europe, et plus minimales en Asie (Japon, Corée) ou en Australie [32].