

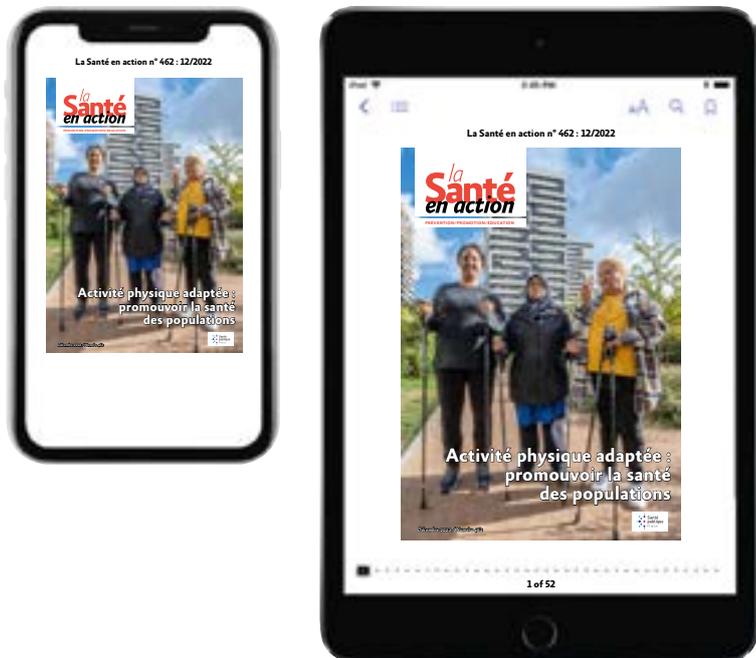
la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Prévention et promotion de la santé chez les 40-55 ans : quels enjeux pour la pratique ?

Mars 2023 / Numéro 463

La Santé en action : à lire désormais sur téléphones portables et tablettes.



Vous êtes habitué à lire vos revues sur votre Smartphone ou sur votre tablette ? Depuis le premier trimestre 2019, *La Santé en action* est disponible en format spécifiquement adapté à ces supports.

La Santé en action – la revue trimestrielle de Santé publique France – est consacrée exclusivement à la prévention, l'éducation et la promotion de la santé. Elle est destinée à l'ensemble des professionnels concernés (éducation, santé, social, etc.).

Il suffit de télécharger une application compatible avec la lecture de ce format (epub) pour bénéficier en particulier :

- ➔ d'un sommaire interactif qui permet d'accéder de manière sélective à l'article choisi ;
- ➔ d'une ergonomie adaptée au plus grand nombre ;
- ➔ de nombreux liens qui facilitent la navigation vers les ressources.

La Santé en Action :

- ➔ est disponible gratuitement en format numérique, en version pdf téléchargeable depuis le site de Santé publique France. Il est possible de consulter à tout moment l'ensemble des numéros et des **articles parus depuis 2000** ou le **dernier numéro paru** ;
- ➔ est accessible en abonnement. Il suffit de quelques clics sur la **page du site de Santé publique France** pour recevoir dans sa boîte mail la revue trimestrielle dès sa parution ;
- ➔ existe en version papier gratuite. Celle-ci reste cependant réservée aux professionnels exerçant dans des lieux collectifs (établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux, communes et collectivités, bibliothèques, etc.).

la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France

12, rue du Val d'Osne

94415 Saint-Maurice Cedex – France

Tél. : 01 41 79 67 00

Fax : 01 41 79 67 67

www.santepubliquefrance.fr

Santé publique France est l'agence nationale de santé publique. Établissement public administratif sous tutelle du ministère chargé de la Santé, l'agence a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016).

Directrice de la publication :

Laetitia Huiart

RÉDACTION

Rédacteur en chef :

Yves Géry

Assistante de rédaction :

Danielle Belpaume

PHOTOS :

Photo de couverture et sommaire p. 2 :

© Alexa Brunet/Pink/Saif Images – Les Grands séparés-Radioscopie de la France / grande commande photo BNF.

Page 5 : © Magali Delaporte.

Page 8 : © Jeannette Gregori.

Page 11 : © Magali Delaporte.

Page 12 : Alexa Brunet/Pink/Saif Images – Les Grands séparés-Radioscopie de la France / grande commande photo BNF.

Page 13 : © Magali Delaporte.

Page 14 : © Jean-Michel Turpin

Page 19 : © Alexa Brunet/Pink/Saif Images – Les Grands séparés-Radioscopie de la France / grande commande photo BNF.

Page 22 : © Alexa Brunet/Pink/Saif images-Résidence Diaphane-Françoise durant la traite du soir, Autreppe, Thiérache.

Page 32 : © Bruno Marguerite/RATP

Page 34 : © Alexa Brunet/Pink/Saif Images – Les Grands séparés-Radioscopie de la France / grande commande photo BNF.

Page 35 : © Alexa Brunet/Pink/Saif Images – Les Grands séparés-Radioscopie de la France / grande commande photo BNF.

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**

Secrétariat de rédaction : **Entre Guillomet**

Réalisation graphique : **Desk**

Impression : **Imprimeries La Galiote Prenant**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :

Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)

sante-action-abo@santepubliquefrance.fr

N° ISSN : 2270-3624

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2023

Tirage : 7 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont de la responsabilité de la rédaction.

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ CHEZ LES 40-55 ANS : QUELS ENJEUX POUR LA PRATIQUE ?

Dossier coordonné par

Emmanuelle Hamel,

responsable unité personnes âgées et populations vulnérables, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France,

Dagmar Soleymani,

chargée d'étude scientifique, unité personnes âgées et populations vulnérables, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France,

Agnès Michon,

chargée de projet et d'expertise scientifique, coordinatrice du programme Avancer en âge en santé, unité personnes âgées et populations vulnérables, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France,

Emmanuel Rusch,

responsable département d'information médicale GHT 37, directeur équipe recherche Éducation Éthique Santé (EA7505), Université Tours, président de la Conférence nationale de santé et de la Société Française Santé Publique.

Introduction

4 _ Dagmar Soleymani, Emmanuelle Hamel, Agnès Michon, Emmanuel Rusch

ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LA SANTÉ DES 40-55 ANS

40-54 ans : un âge-clé pour une intervention efficace sur la santé

6 _ Agnès Michon, Joël Coste, Nathalie Beltzer, Emmanuelle Hamel, Laure Carcaillon-Bentata



© Alexa Brunet/Phix/Saïf Images - Les Grands séparés-Radioscope de la France / grande commande photo BNF.

Prévention et promotion de la santé chez les 40-55 ans : quels enjeux pour la pratique ?

Et si la fragilité physique à un âge avancé pouvait être détectée plus tôt dans la vie ?

10 _ Entretien avec Benjamin Landré

L'environnement social joue un rôle majeur sur l'état de santé des 40-55 ans

12 _ Michelle Kelly-Irving, Cyrille Delpierre, Raphaële Castagné, Lola Neufcourt

La mi-vie dans les années 2020 : de nouvelles opportunités encore trop méconnues pour la prévention

15 _ Frank J. Infurna

« La mi-vie est un moment d'intervention clé pour changer de mode de vie »

18 _ Entretien avec Anand Amlani

EMPLOI, CHÔMAGE : DES DÉTERMINANTS MAJEURS DE LA SANTÉ DES 40-55 ANS

« La privation d'emploi dégrade la santé »

20 _ Entretien avec Dominique Lhuilier

VIE FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE DES FEMMES : LA SANTÉ AU PRISME DU GENRE

« Chez les femmes, les interruptions de carrière sont liées à des problèmes de santé plus tard dans la vie »

23 _ Entretien avec Constance Beaufrils

« Vie personnelle et professionnelle : les femmes cumulent les tâches »

25 _ Entretien avec Émilie Council

FOCUS SUR DES PARCOURS DE PRÉVENTION EN MÉDECINE DE VILLE, EN ENTREPRISE, DANS LE SECTEUR AGRICOLE ET SUR DES TERRITOIRES

MedPrev : une innovation qui favorise la prévention en soins de premiers recours

27 _ Arly Communier, Olivier Aromatario

Parcours de prévention : « Instaurer un dialogue médecin-patient »

29 _ Entretien avec François Alla

30 _ Migrants : des conditions de travail et de vie qui dégradent leur état de santé

RATP : « Donner aux salariés des clés pour devenir acteurs de leur propre santé »

31 _ Entretien avec Sandrine Tang-Tardieux

MSA : « Des consultations de prévention pour les travailleurs du secteur agricole les plus éloignés des soins »

34 _ Entretien avec Frédéric Pomykala

Maison Sport-Santé du Loir-et-Cher : « Accompagner les personnes limitées dans leur pratique vers une activité physique adaptée »

37 _ Entretien avec Philippe Adam Rodriguez

POUR EN SAVOIR PLUS

Quelques ressources documentaires

39 _ Dagmar Soleymani

Prévention et promotion de la santé chez les 40-55 ans : quels enjeux pour la pratique ?

Dagmar Soleymani,

chargée d'étude scientifique, unité personnes âgées et populations vulnérables,

Emmanuelle Hamel,

responsable unité personnes âgées et populations vulnérables,

Agnès Michon,

chargée de projet et d'expertise scientifique, coordinatrice du programme

Avancer en âge en santé, unité personnes âgées et populations vulnérables,

Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France,

Emmanuel Rusch,

responsable département d'information médicale GHT 37,

directeur équipe recherche Éducation

Éthique Santé (EA7505), université Tours, président de la Conférence nationale de santé et de la Société française de santé publique (SFSP).

Pourquoi et comment promouvoir la santé des 40-55 ans est le thème du dossier central de ce numéro. Raisonner en termes d'approche de parcours de vie – ou *life-course approach* comme le recommande l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [1] – élargit le champ de la prévention et de la promotion de la santé à tous les âges de la vie dans une logique de continuum [2] qui s'exprime dans le contexte français depuis les 1 000 premiers jours jusqu'au « bien- vieillir » en vue d'une meilleure santé pour l'ensemble des citoyens. Cette approche porte une attention particulière aux différentes étapes de la vie, aux phases de développement, de transition et de fragilité. Elle prend en compte les conditions et les milieux de vie qui peuvent varier tout au long du cycle de vie (importance du milieu scolaire, du milieu du travail, etc.) et constituer des opportunités pour des comportements et des environnements de vie et sociaux favorables à la santé.

En France, les données épidémiologiques de la santé de la population entre 40 et 64 ans pointent de nombreux indicateurs préoccupants, en lien avec la survenue de maladies chroniques et d'incapacités à un âge plus avancé [3]. Ceci est particulièrement caractérisé chez les personnes d'un plus faible niveau socio-économique, traduisant des inégalités sociales et territoriales marquées et expliquant l'écart de treize ans d'espérance de vie, constaté chez les hommes, entre les plus aisés et les plus pauvres [4]. Selon ces données, certaines conséquences des habitudes de vie sur l'état de santé apparaissent dès 40 ans et s'accroissent avec l'âge. En d'autres termes, elles démontrent que les interventions en prévention et en promotion de la santé, destinées aux personnes atteignant l'âge de la retraite, arrivent trop tard, bien que restant nécessaires [5]. Il convient donc impérativement d'agir plus tôt, en particulier à mi-vie, d'où la pertinence d'une stratégie globale de promotion de la santé des populations tout au long de ce parcours de vie. « Si les comportements de santé considérés individuellement sont parfois modérément associés à un vieillissement en santé, leur effet combiné est substantiel avec un bénéfice linéaire en fonction du nombre de comportements positifs présents. Cette association est claire, quel que soit le domaine mesuré : cognitif, mental, respiratoire et cardio-vasculaire [3]. » C'est ce que démontrent plusieurs contributeurs de ce dossier, comme Agnès Michon *et al.*, Franck Infurna, Michelle Kelly-Irving *et al.*

Tout d'abord, qu'entend-on par « mi-vie » ? Selon le *National Institute for Health and Care Excellence (Nice)* [6], il s'agit des adultes âgés entre 40 et 64 ans, voire des adultes un peu plus jeunes appartenant à des populations défavorisées. Infurna *et al.* [7] indiquent que « les chercheurs

et le public considèrent généralement que le milieu de la vie englobe les âges de 40 à 60 ans, plus ou moins 10 ans, ce qui en fait une approximation relative. [...] Plus que l'âge chronologique, ce sont les constellations de rôles uniques que les personnes assument, combinées à la chronologie des événements et des expériences de la vie, qui sont importantes pour définir le milieu de la vie ».

Agir sur les déterminants de santé

Agir à mi-vie en faveur d'un vieillissement en santé, cela signifie donc mettre en œuvre en amont une stratégie de prévention multifactorielle et intégrée des maladies chroniques non transmissibles. Ou comme le stipule la déclaration de Minsk : « Une approche de la santé et du bien-être fondée sur le parcours de vie s'appuie sur l'interaction de multiples facteurs de promotion, de protection et de risque tout au long de la vie. Cette approche adopte une perspective temporelle et sociétale de la santé des individus et des générations, y compris les déterminants intergénérationnels de la santé. L'approche fondée sur le parcours de vie est un investissement pour la santé et le bien-être [1]. »

À mi-vie, les adultes traversent une période particulièrement riche en transitions. Ils constituent l'épine dorsale, une génération-pivot de la société en raison de leurs nombreuses interactions avec les plus jeunes et les plus âgés. Agir à mi-vie permet d'améliorer la santé des autres générations. Il s'agit d'agir non seulement sur les comportements individuels mais aussi et surtout sur les déterminants socio-environnementaux, facteurs structureaux de la santé comme cela est développé tout au long de ce dossier central. En outre, agir entre 40 et 60 ans aide à maintenir et à développer la plasticité cérébrale et la capacité de résilience des adultes à mi-vie et au-delà [8].

40-55 ans : un âge-clé pas encore identifié pour la prévention

La période des 40 ans est un âge pertinent et déterminant pour agir de façon globale en prévention et en promotion de la santé. Or ceci n'est pas encore clairement identifié en France. L'approche qui prévaut aujourd'hui est le plus souvent fondée sur des thématiques (tabac, alcool, alimentation, etc.), chacune étant considérée isolément. Développer une approche populationnelle fondée sur le cycle de vie permet d'associer par exemple les sujets alcool, activité physique et alimentation, qui doivent au quotidien être envisagés ensemble tant ils interagissent. À cette période de la vie, une attention particulière est à porter au travail et aux situations professionnelles ou de non-emploi. Plusieurs études présentées dans ce dossier par des chercheurs montrent l'impact de la privation d'emploi et des conditions d'emploi qui dégradent la santé, à prendre en compte au prisme du genre tant les conséquences sont plus marquées chez les femmes.

Parmi les interventions de prévention et de promotion de la santé à destination des adultes à mi-vie, nous avons fait le choix dans ce dossier central de présenter des focus concernant différents publics et différents acteurs. Le premier éclaire le rôle des professionnels de santé en prévention et pour l'accompagnement des personnes. Le second porte sur le milieu du travail qui peut avoir un rôle de soutien dans l'adoption de comportements de santé favorables. Enfin, est abordé l'ancrage territorial, qui permet des offres et des accompagnements de proximité hors du milieu de soins.

Les rendez-vous de prévention à trois âges-clés (25, 45 et 65 ans), inscrits dans la loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2023 et pris en charge par l'Assurance maladie, reflètent une intention nouvelle de renforcer la prévention et de l'organiser sur une base populationnelle (*Journal officiel*, 24 décembre 2022). À cet égard, l'expérimentation MedPrev de parcours de prévention en Nouvelle-Aquitaine est riche d'enseignements, même si elle touche une population en nombre très restreint ; en effet elle met à jour les conditions nécessaires



© Magali Delaporte.

à réunir pour que ce type de parcours soit utile. Autre exemple éclairant mis en avant dans ce numéro : les consultations de prévention pour les travailleurs du secteur agricole les plus éloignés des soins de la Mutualité sociale agricole (MSA). Ces « Instants santé » – qui touchent plusieurs milliers de personnes – identifient les leviers favorables tout en pointant les difficultés à surmonter. Enfin, même si depuis quelque temps déjà

des rapports identifient une santé dégradée à partir de la mi-vie, d'autres leviers seront à trouver dans un objectif d'approche globale s'inscrivant dans la perspective d'« une seule santé¹ ». L'impact de l'environnement sur la santé est en particulier un élément majeur et déterminant d'une vie en bonne santé. ■

1. One health, www.promosante-idf.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Organisation mondiale de la santé (OMS), bureau régional de l'Europe. *La Déclaration de Minsk. Adoption d'une perspective portant sur toute la durée de la vie dans le contexte de Santé 2020*. Copenhague : OMS, 2020 : 10 p. En ligne : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/289963/The-Minsk-Declaration-FR-rev1.pdf
- [2] Galea S. Guns, obesity, and opioids: A population health science perspective on 3 contemporary epidemics. *Milbank Quarterly*, 2018, vol. 96, n° 3 : p. 421-425. En ligne : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1468-0009.12335?af=R>
- [3] Carcaillon-Bentata L., Ha C., Delmas M.-C. *et al.* Enjeux sanitaires de l'avancée en âge : épidémiologie des maladies chroniques liées à la perte d'autonomie et déterminants de ces maladies à mi-vie. Données de surveillance. Saint-Maurice : Santé publique France, 2022 : 41 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/rapport-synthese/enjeux-sanitaires-de-l-avancee-en-age-epidemiologie-des-maladies-chroniques-liees-a-la-perde-d-autonomie-et-determinants-de-ces-maladies-a-mi-vie>
- [4] Blanpain N. L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes. *Insee Première*, février 2018, n° 1687. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895>
- [5] Science Advice for Policy by European Academies (Sapea). *Transforming the future of ageing*. [Evidence Review Report] Berlin : Sapea, juin 2019 : 293 p. En ligne : <https://www.sapea.info/wp-content/uploads/tfa-report.pdf>
- [6] National Institute for Health and Care Excellence (Nice). *Dementia, disability and frailty in later life. Mid-life approaches to delay or prevent onset*. [Nice guideline (NG 16)] Londres : Nice, octobre 2015 : 55 p. En ligne : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng16/resources/dementia-disability-and-frailty-in-later-life-midlife-approaches-to-delay-or-prevent-onset-pdf-1837274790085>
- [7] Infurna F. J., Gerstorf D., Lachman M. E. Midlife in the 2020s: Opportunities and challenges. *American Psychologist*, 2020, vol. 75, n° 4 : p. 470-485. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32378943/>
- [8] Staudinger U. M. The positive plasticity of adult development: Potential for the 21st century. *American Psychologist*, 2020, vol. 75, n° 4 : p. 540-553. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32378948/>

Dossier

Prévention et promotion de la santé chez les 40-55 ans

40-54 ans : un âge-clé pour une intervention efficace sur la santé

Agnès Michon,

chargée de projet et d'expertise scientifique,
coordinatrice du programme Avancer en âge en santé,
Direction de la prévention et de la promotion de la santé,
unité Personnes âgées et Populations vulnérables,

Joël Coste,

chargé de projet et d'expertise scientifique en santé publique,
Direction des maladies non transmissibles et des traumatismes,
unité Traumatismes et Avancée en âge,

Nathalie Beltzer,

responsable unité Traumatismes et Avancée en âge,
Direction des maladies non transmissibles et des traumatismes,

Emmanuelle Hamel,

responsable unité Personnes âgées et Populations vulnérables,
Direction de la prévention et de la promotion de la santé,

Laure Carcaillon-Bentata,

référente Avancer en âge en santé et Maladies neurodégénératives,
unité Traumatismes, Avancée en âge en santé, Maladies neurodégénératives,
Direction des maladies non transmissibles et des traumatismes,
Santé publique France.

En France, en 2050, les personnes âgées de 60 ans et plus représenteront un tiers de la population. Cet important vieillissement de la population nécessite d'agir sur les déterminants de santé pour retarder la perte d'autonomie et de développer la prévention et la promotion de la santé ; cela nécessite donc de s'intéresser à l'état de santé des générations qui vont avancer en âge, en particulier des adultes autour de la mi-vie¹. D'une part parce qu'il existe un lien entre santé à mi-vie et

vieillesse en bonne santé, d'autre part parce que c'est à cette période de la vie que les facteurs de risque et les maladies chroniques commencent à s'accumuler. L'état des lieux de la santé de la population française entre 40 et 64 ans [1] pointe de nombreux indicateurs préoccupants, en lien avec la survenue de maladies chroniques et d'incapacités à un âge plus avancé. Plus d'un tiers des 45-54 ans cumulent déjà au moins deux pathologies chroniques [2]. Tout cela est particulièrement marqué chez les personnes d'un plus faible niveau socio-économique, soulignant des inégalités sociales et territoriales marquées.

De nombreuses études montrent un lien entre les facteurs de risque modifiables à mi-vie et la survenue d'une démence, d'une dépendance ou d'un état de fragilité lors du vieillissement [3-5]. Ainsi, on estime qu'un tiers des démences seraient évitables, car elles sont liées à des facteurs de risque modifiables, communs aux pathologies cardio-neuro-métaboliques et à de nombreux cancers. De même, l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie et l'obésité à mi-vie sont associés à un risque augmenté de démence et de maladies cardio-vasculaires.

De façon encourageante, des associations sont bien établies entre habitudes de vie favorables à la santé à mi-vie (pratique d'activité physique, alimentation saine, non consommation de tabac, d'alcool) et vieillissement en santé. Certaines études montrent que plus on adopte dès la mi-vie des comportements favorables à la santé, plus il y a un effet bénéfique cumulatif sur le vieillissement [6].

L'ESSENTIEL

■ **Plus d'un tiers des 45-54 ans cumulent au moins deux maladies chroniques. La plupart des indicateurs de santé sont moins favorables pour les personnes de faible niveau socio-économique, reflétant ainsi les inégalités sociales et territoriales de santé. Il est donc nécessaire d'agir sur les déterminants de santé « à mi-vie » pour retarder la perte d'autonomie des personnes ainsi fragilisées ; d'autant plus que la prise en charge de certaines pathologies chroniques se dégrade pour une partie de la population depuis une quinzaine d'années. Adopter des habitudes de vie favorables à la santé à mi-vie a un effet bénéfique sur le vieillissement.**

Tout ceci incite à intervenir dès la mi-vie pour prévenir la perte d'autonomie. Nous proposons dans cet article de dresser un court panorama :

- des pathologies chroniques ayant un poids important dans la perte d'autonomie et dont la prévalence croît dès la mi-vie ;
- des principaux comportements de santé liés à la survenue de pathologies chroniques ou d'incapacités fonctionnelles chez les adultes à mi-vie.

Quelques chiffres-clés sur l'état de santé à mi-vie en France

Les pathologies chroniques les plus prévalentes

- 25 % des 45-54 ans sont hypertendus, dont une partie non diagnostiqués. De plus, parmi les hypertendus

diagnostiqués, la prise en charge se dégrade par rapport aux décennies antérieures, en particulier pour les femmes [7].

- 28 % des femmes et 45 % des hommes de 45-54 ans présentent un taux trop élevé de cholestérol-LDL avec un recul de la prise en charge médicamenteuse et du dépistage depuis plus de quinze ans [8].

- Le risque de survenue d'un diabète de type 2 augmente à partir de 40 ans [9]. Dix pour cent des 45-60 ans sont pré-diabétiques avec des inégalités socio-économiques très marquées.

- La prévalence du surpoids chez les femmes de 40 à 54 ans a augmenté de 21 % en 15 ans [10].

- Les taux d'hospitalisation pour bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont en forte augmentation depuis 2000 chez les 45-54 ans [11].

- La prévalence des troubles musculo-squelettiques, chez les 45-64 ans, s'est accrue d'environ 30 % en quinze ans (1996-2011). Les affections chroniques du dos, d'arthrose, de douleurs de la nuque sont déjà très fréquentes chez les 40-64 ans : respectivement 34 %, 20 % et 18 % chez les moins de 65 ans [12]. Leur prévalence augmente fortement avec l'âge.

- 14 % des femmes et 6 % des hommes de 45 à 54 ans présentent un état dépressif. Ces chiffres sont en augmentation depuis 2010 [13]. Les femmes présentent plus de risques psychosociaux et de dépression liée

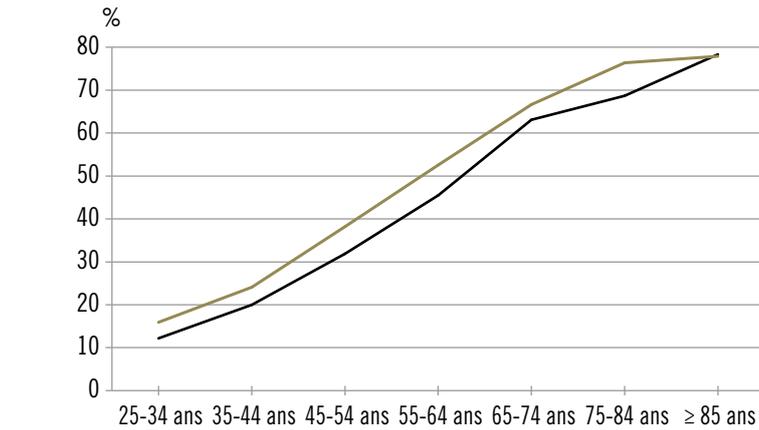


Figure 1. Prévalence de la multimorbidité (deux maladies ou plus, vie entière) en France en 2008 par âge et par sexe : courbe verte, les femmes ; courbe noire, les hommes (adapté de Coste *et al.*, 2022).

au travail que les hommes. Entre 41 et 50 ans, 61 % des femmes assument un rôle d'aïdant avec des conséquences importantes sur leur santé psychique et physique.

- En population générale, les cancers étaient la première cause de décès chez les hommes et la deuxième cause de décès chez les femmes (après les maladies cardio-neuro-vasculaires) [14], avec une augmentation de 77 % du nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Cette augmentation s'explique par l'accroissement de la population et son vieillissement et par l'augmentation du nombre de cancers détectés [15]. Les taux de dépistages des cancers (col de l'utérus, sein et cancer colorectal) restent loin des objectifs fixés par le Plan cancer.

La multimorbidité

L'accumulation des maladies chroniques, qui s'accélère à la mi-vie (Figure 1), donne à cette période une acuité particulière à la question de la multimorbidité – le fait d'avoir au moins deux maladies – et à ses conséquences. L'évaluation de la multimorbidité doit en effet aller bien au-delà du simple comptage des Maladies pour prendre en compte les impacts différents que les associations morbides peuvent avoir sur l'état de santé, mais aussi leurs mécanismes d'agrégation et la synergie de leurs effets [2 ; 16]. Les associations morbides ayant un impact élevé sur la santé, un effet synergique multiplicatif et des facteurs de risques communs méritent à cet égard une attention plus grande [2 ; 16].

Entre 45 et 54 ans, 32 % des hommes et 38 % des femmes présentent ou ont déjà présenté au moins deux maladies chroniques. Les associations multimorbides les plus fréquentes (Figure 2) incluent la lombalgie, l'obésité, l'hypertension, la migraine, les arthroses périphériques, l'anxiété et les affections thyroïdiennes (chez les femmes), des pathologies qui entretiennent souvent entre elles des relations causales (à l'origine de cercles vicieux) ou qui peuvent être expliquées par des facteurs de risque communs – comportementaux pour la plupart – notamment le tabagisme et la faible activité physique. Certaines associations ont des impacts particulièrement délétères, comme celles associant l'obésité, la

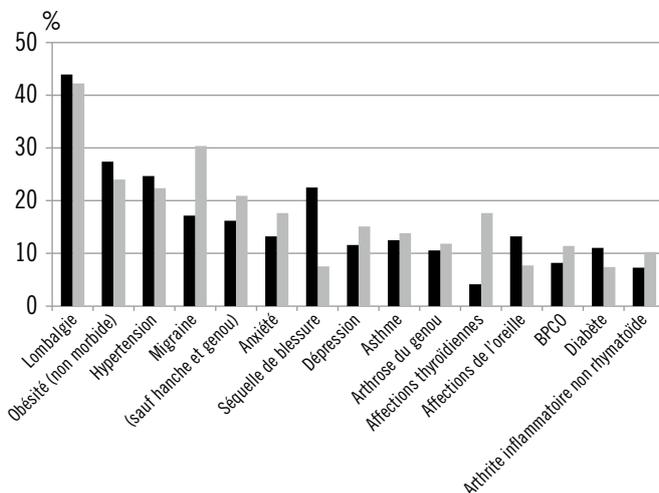


Figure 2. Maladies chroniques apparaissant le plus fréquemment dans les associations multimorbides pour les sujets âgés de 45 à 54 ans en 2008 ; pathologies vie entière femmes, en gris et hommes, en noir (adapté de Coste *et al.*, 2022).



© Jeannette Cagori.

migraine et les pathologies ostéo-articulaires, sur lesquelles il conviendrait d'agir en priorité.

Les comportements de santé à mi-vie
 ● 25 % des femmes et 30 % des hommes de 45-54 ans fument du tabac quotidiennement et le nombre de cas chez les femmes de cette classe d'âge est en augmentation depuis les années 2000 [1].

● 20 % des 45-54 ans dépassent les repères de consommation d'alcool [1].

● En 2015, d'après les données de l'étude Esteban [17], près de 60 % des 45-54 ans n'atteignaient pas la consommation recommandée d'au moins cinq fruits et légumes par jour.

● 50 % des femmes et 30 % des hommes de 40-54 ans présentaient un faible niveau d'activité physique [18].

● En 2017, les 45-54 ans dormaient en moyenne moins longtemps que les autres classes d'âge (6 h 18 par 24 heures). Plus d'un Français sur trois dormaient moins de 6 heures [19], ce qui est associé à un risque plus élevé d'obésité, de diabète de type 2, d'hypertension artérielle, de pathologie cardiaque et d'accidents.

État de santé perçue et qualité de vie

En 2017, la moitié des 55-65 ans déclaraient souffrir de maladies chroniques et 29 % estimaient être

limités dans les activités courantes de la vie quotidienne [20]. Une dégradation importante de ces indicateurs était observée entre 2010 et 2017, en particulier chez les plus jeunes concernant la présence de maladies chroniques et la santé générale perçue. Ces évolutions étaient marquées par d'importantes inégalités sociales. Une dégradation similaire a été observée avec le SF-36, un instrument de qualité de vie multidimensionnel, pour la période 1995-2016 : les groupes les plus affectés par la dégradation étaient les hommes de 45 à 54 ans et les femmes de 35 à 44 ans, particulièrement ceux ayant une activité professionnelle [21]. Ces résultats laissent présager des répercussions défavorables sur l'avancée en âge dans la mesure où ces indicateurs sont prédicteurs de mortalité, de morbidité et de limitations fonctionnelles.

Conclusion

Les indicateurs présentés précédemment permettent d'identifier certains comportements à risque (consommation d'alcool, de tabac, etc.) et certains déterminants des pathologies chroniques dans la population à mi-vie. Ils donnent ainsi un tableau de la situation en termes de prévalence des facteurs de risque modifiables. *A contrario*, les résultats

des études d'observation montrent l'effet bénéfique de l'accumulation de comportements de santé protecteurs sur le vieillissement. Ils incitent fortement, d'une part, à agir pour améliorer les conditions de vie et les déterminants de la santé tout au long de la vie, d'autre part, à mettre en place des actions de prévention en vue de la préservation de l'autonomie plus précocement, c'est-à-dire dès la mi-vie, et à en poursuivre certaines tout au long de la vie.

Les maladies chroniques ont en commun un certain nombre de facteurs de risque modifiables, s'installant de façon silencieuse et souvent déjà présents à mi-vie. Une action globale sur les multi-déterminants apparaît aujourd'hui pertinente et indispensable, tout particulièrement auprès des populations de plus faible niveau socio-économique, en agissant à la fois sur les comportements de santé, sur les milieux de vie (p. ex. : le milieu du travail) et sur les facteurs environnementaux (p. ex. : pollution de l'air, pesticides, etc.). ■

1. Traduction du terme anglais *midlife* qui qualifie dans la majorité des études les adultes de 40 à 64 ans, 65 ans étant « l'âge d'entrée dans la vieillesse ». Le contexte français ramène la borne d'âge supérieur à 55 ans, puisque les caisses de retraite ont en charge les actions de prévention à destination des personnes âgées de 55 ans et plus.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Carcaillon-Bentata L., Ha C., Delmas M.-C., Deschamps V., Fosse-Edorh S., Olié V. *et al.* *Enjeux sanitaires de l'avancée en âge : épidémiologie des maladies chroniques en lien avec la perte d'autonomie et de leurs déterminants à mi-vie*. Saint-Maurice : Santé publique France, coll. Données de surveillance, 2022, 42 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/rapport-synthese/enjeux-sanitaires-de-l-avancee-en-age-epidemiologie-des-maladies-chroniques-liees-a-la-perse-d-autonomie-et-determinants-de-ces-maladies-a-mi-vie>
- [2] Coste J., Valderas J.-M., Carcaillon-Bentata L. The epidemiology of multimorbidity in France: Variations by gender, age and socioeconomic factors, and implications for surveillance and prevention. *PLoS ONE*, 2022, vol. 17, n° 4. En ligne : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0265842>
- [3] Sabia S., Fayosse A., Dumurgier J., Schnitzler A., Empana J.-P., Ebmeier K. P., *et al.* Association of ideal cardiovascular health at age 50 with incidence of dementia: 25 year follow-up of Whitehall II cohort study. *The British Medical Journal*, 2019, vol. 366 : I4414. En ligne : <https://www.bmj.com/content/366/bmj.I4414>
- [4] Haut Conseil de la santé publique. *Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*. Paris : HCSP, coll. Avis et Rapports, décembre 2017 : 124 p. En ligne : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=645>
- [5] Science Advice for Policy by European Academies. *Transforming the future of ageing*. Berlin : SAPEA, 2019 : 293 p. En ligne : <https://www.sapea.info/wp-content/uploads/tfa-report.pdf>
- [6] Sabia S., Singh-Manoux A., Hagger-Johnson G., Cambois E., Brunner E. J., Kivimaki M. Influence of individual and combined healthy behaviours on successful aging. *Canadian Medical Association journal (Journal de l'Association médicale canadienne)*, 2012, vol. 184, n° 18 : 1985-92. En ligne : <https://www.cmaj.ca/content/184/18/1985>
- [7] Perrine A.-L., Lecoffre C., Blacher J., Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2018, vol. 10 : p. 170-179. En ligne : https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/docs/spf_internet_recherche/26182/spf00000016_PDF.txt
- [8] Lecoffre C., Perrine A.-L., Blacher J., Olié V. Cholestérol LDL chez les adultes en France métropolitaine : concentration moyenne, connaissance et traitement en 2015, évolutions depuis 2006. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2018, vol. 37 : p. 710-718. En ligne : https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/docs/spf_internet_recherche/26627/spf00000509_PDF.txt
- [9] Lailler G., Piffaretti C., Fuentes S., Djessira Nabe H., Oleko A., Cosson E. *et al.* Prevalence of prediabetes and undiagnosed type 2 diabetes in France: Results from the national survey ESTEBAN, 2014-2016. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2020, vol. 165 : 108252. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32526264/>
- [10] Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle. *Étude de santé sur l'environnement, la bio-surveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpuence*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017 : 42 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-bio-surveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016-volet-nutrition-chapitre-corpulence>
- [11] Olié V., Pasquereau A., Assogba F., Arwidson P., Nguyen-Thanh V., Chatignoux E. *et al.* Évolutions de la morbidité et de la mortalité liées au tabagisme chez les femmes en France métropolitaine : une situation préoccupante. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2018, n° 35-36 : p. 683-694. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/35-36/pdf/2018_35-36_1.pdf
- [12] Fourcade N., von Lennep F., Grémy I., Bourdillon F. (dirs.) *État de santé de la population en France. Rapport 2017*. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et Santé publique France. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Rapport-ESPF-2017.pdf>
- [13] Léon C., Chan Chee C., Du Roscoät E., groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2018, n° 32-33 : p. 637-644. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/186777/2320041>
- [14] Boulat T., Ghosn W., Morgand C., Falissard L., Roussel S., Rey G. Principales évolutions de la mortalité par cause médicale sur la période 2000-2016 en France métropolitaine. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019, n° 29-30 : p. 576-584. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/29-30/pdf/2019_29-30_1.pdf
- [15] Defossez G., Le Guyader-Peyrou S., Uhry Z., Grosclaude P., Remontet L., Colonna M. *et al.* *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Résultats préliminaires*. [Rapport] Saint-Maurice : Santé publique France, 2019 : 161 p.
- [16] Coste J., Valderas J.-M., Carcaillon-Bentata L. Estimating and characterizing the burden of multimorbidity in the community: A comprehensive multistep analysis of two large nationwide representative surveys in France. *PLoS Med*, 2021, vol. 18, n° 4 : e1003584. En ligne : <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003584>
- [17] Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle. *Étude de santé sur l'environnement, la bio-surveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Consommations alimentaires*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 193 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-bio-surveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016-chapitre-consommations-alimentaire>
- [18] Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle. *Étude de santé sur l'environnement, la bio-surveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. 2^e édition*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2020 : 58 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/230409/2504914>
- [19] Léger D., Zeghnoun A., Faraut B., Richard J.-B. Le temps de sommeil, la dette de sommeil, la restriction de sommeil et l'insomnie chronique des 18-75 ans : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019, n° 8-9 : p. 149-160. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/8-9/2019_8-9_1.html
- [20] Carcaillon-Bentata L., Soullier N., Beltzer N., Coste J. Alteration in self-perceived health status of those aged 55 to 65 between 2010 and 2017 in France: impact of socioeconomic determinants. *BMC Public Health*, 2021, vol. 21, n° 1 : p. 1-11. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/355138128_Alteration_in_perceived_health_status_of_those_aged_55_to_65_between_2010_and_2017_in_France_role_of_socioeconomic_determinants
- [21] Clause-Verdreau A.-C., Audureau É., Lepège A., Coste J. Contrasted trends in health-related quality of life across gender, age categories and work status in France, 1995-2016: repeated population-based cross-sectional surveys using the SF-36. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2019, vol. 73, n° 1 : p. 65-72. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/328179809_Contrasted_trends_in_health-related_quality_of_life_across_gender_age_categories_and_work_status_in_France_1995-2016_Repeated_population-based_cross-sectional_surveys_using_the_SF-36

Et si la fragilité physique à un âge avancé pouvait être détectée plus tôt dans la vie ?

Entretien avec Benjamin Landré,

post-doctorant, université Paris Cité, Inserm U1153, CRESS, Epidemiology of Ageing and Neurodegenerative Diseases, Paris, France.

La Santé en action : La détection de la fragilité en santé pourrait-elle participer à la prévention et la promotion en santé ?

Benjamin Landré : Pourquoi certaines personnes âgées sont-elles hospitalisées en urgence suite à une grippe, quand d'autres qui ne semblaient pourtant pas avoir une meilleure santé ne développeront pas de complications et pourront rester chez elles sans trop de difficultés ? Cette question illustre l'idée centrale du concept de « fragilité » selon lequel nous ne sommes pas égaux pour faire face aux imprévus de santé quels qu'ils soient [1]. Les critères que l'on retrouve le plus fréquemment pour identifier la fragilité sont ceux de Fried. Ces critères sont au nombre de cinq : faiblesse musculaire, lenteur de marche, activité physique faible, fatigue et perte de poids involontaire. Ils évaluent plusieurs étapes d'un cycle biologique théorisé par Fried et Walston au début des années 2000. En fonction du nombre de critères anormaux, trois statuts de fragilité sont définis : robuste (0 critère anormal), pré-fragile (1 à 2 critères anormaux) et fragile (3 critères anormaux ou plus). C'est dans ce dernier groupe que l'on observe les personnes présentant les risques les plus élevés d'événements négatifs de santé ou de mortalité [2]. La fragilité peut être utilisée par les praticiens comme un outil de repérage des personnes

vulnérables pour qui des adaptations des protocoles de prises en charge pourraient être souhaitables. En France, une recommandation de 2013 de la Haute Autorité de santé suggère un repérage de la fragilité à partir de 70 ans parmi les personnes ne présentant pas de maladies graves. Cependant, bien que le concept de fragilité soit initialement développé dans le contexte de la gériatrie, on constate que les chercheurs étendent progressivement son application à des populations de plus en plus jeunes [3].

S. A. : La cohorte Whitehall II d'individus suivis de 50 ans à 75 ans éclaire-t-elle sur la santé mentale et la santé physique ?

B. L. : Les données de la cohorte Whitehall II sont avant tout le reflet de la vie de plus de 10 300 fonctionnaires britanniques qui ont accepté de partager à la communauté scientifique des informations sur leur santé, et ce depuis plus de vingt-cinq ans. Ce sont cette richesse et ce recul qui permettent à de nombreux chercheurs de travailler à comprendre différentes facettes du vieillissement. Nous nous sommes intéressés à la fragilité comme outil pour comprendre l'hétérogénéité des trajectoires de vieillissement. Nous avons tiré parti du long suivi de Whitehall II pour identifier depuis quand les participants âgés et fragiles avaient des caractéristiques de santé moins bonnes que leurs congénères. Pour plusieurs mesures de santé physique et de santé mentale, nous avons évalué à partir de quels âges des différences étaient observables entre les personnes qui, une fois plus âgées, seront repérées comme robustes, pré-fragiles et fragiles. L'objectif était de nourrir la

L'ESSENTIEL

■
▶ **Chez les personnes âgées fragiles, des différences de santé avec les personnes robustes étaient observables dès 40 ans. Les personnes qui à 50 ans ont déjà des scores de santé dégradés ont d'importants risques d'être identifiées comme fragiles une fois plus âgées. La santé aux âges avancés est l'aboutissement d'une longue évolution au cours de la vie et pourrait donc potentiellement être sensible à des actions de prévention et de promotion tout au long de celle-ci.**

réflexion sur la fenêtre d'âge optimale afin d'évaluer la fragilité ou de proposer sa prévention. En analysant les trajectoires de santé, nous avons pu constater que dans l'ensemble la santé physique décroît progressivement avec l'âge sur les vingt-cinq ans d'observation, tandis que la santé mentale reste stable voire s'améliore. Nous notons cependant des disparités marquées de ces trajectoires de santé, synonymes d'inégalités inter-individuelles fortes.

S. A. : Cette inégalité de santé à mi-vie et après pourrait-elle être atténuée par une prévention anticipée ?

B. L. : Notre travail contribue à la littérature sur le vieillissement, dont un des objectifs est d'anticiper les changements de santé observés avec l'avancée en âge. Nous avons pu constater que chez les personnes âgées fragiles, des différences de santé avec les personnes robustes étaient observables dès 40 ans. Nous



© Magali Delaporte.

avons pu voir également que les personnes qui ont déjà de mauvais scores de santé à 50 ans ont de forts risques d'être identifiées comme fragiles une fois plus âgées. L'ensemble de ces résultats renforce l'idée que la santé aux âges avancés est l'aboutissement d'une longue évolution au cours de la vie et qu'elle pourrait donc être sensible à des actions de prévention et de promotion tout au long de celle-ci. De précédents travaux [4] dans la cohorte Whitehall II ont d'ailleurs montré que les participants qui à 50 ans appliquent les comportements de santé recommandés (consommation d'alcool modérée, pas de tabac, consommation de fruits et légumes et pratique d'une activité physique régulière) ont des risques plus faibles de devenir fragiles une fois plus âgés que ceux qui ne suivent pas ces recommandations. Cependant, de nombreuses questions subsistent concernant la lutte précoce contre les facteurs de risque de fragilité à la mi-vie, car nous ne savons pas si les facteurs de risques de fragilité connus chez les personnes âgées [5] (inflammation, malnutrition, etc.) sont les mêmes chez les plus jeunes. ■

Propos recueillis par Dagmar Soleymani, chargée d'étude scientifique, unité personnes âgées et populations vulnérables, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

Pour en savoir plus

B. Landré, C. Ben Hassen, M. Kivimaki, M. Bloomberg, A. Dugravot, A. Schnitzler *et al.* Trajectories of physical and mental functioning over 25 years before onset of frailty: results from the Whitehall II cohort study. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 2023, vol. 14 : p. 288-297. En ligne : <https://doi.org/10.1002/jcsm.13129>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] A. Clegg, J. Young, S. Iliffe, M. O. Rikkert, K. Rockwood. Frailty in elderly people. *The Lancet*, 2 mars 2013, vol. 381, n° 9868 : p. 752-762. En ligne : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)62167-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)62167-9/fulltext)
- [2] L. P. Fried, C. M. Tangen, J. Walston, A. B. Newman, C. Hirsch, J. Gottdiener *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journals of Gerontology, Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, mars 2001, vol. 56, n° 4 : p. 146-156. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11253156/>
- [3] P. Hanlon, B. Nicholl, B. D. Jani, D. Lee, R. McQueenie, F. S. Mair. Frailty and pre-frailty in middle-aged and older adults and its association with multimorbidity and mortality: a prospective analyses of 493 737 UK Biobank participants. *The Lancet. Public Health*. Juillet 2018, vol. 3, n° 7 : e323-e332. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6028743/>
- [4] A. Gil-Salcedo, A. Dugravot, A. Fayosse, J. Dumurguier, K. Bouillon, A. Schnitzler *et al.* Healthy behaviors at age 50 years and frailty at older ages in a 20-year follow-up of the UK Whitehall II cohort: a longitudinal study. *PLoS Medicine*, juillet 2020, vol. 17, n° 7. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32628661/>
- [5] E. O. Hoogendijk, J. Afilalo, K. E. Ensrud, P. Kowal, G. Onder, L. P. Fried. Frailty: implications for clinical practice and public health. *The Lancet*, octobre 2019. En ligne : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31786-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31786-6/fulltext)

L'environnement social joue un rôle majeur sur l'état de santé des 40-55 ans

Michelle Kelly-Irving,

directrice de recherche,

Cyrille Delpierre,

directeur de recherche,

Raphaële Castagné,

chargée de recherche,

Lola Neufcourt,

chercheuse postdoctorale,

Institut national de la santé

et de la recherche médicale (Inserm),

équipe Equity CERPOP-UMR1295.

Tous les êtres vivants s'adaptent à leur environnement afin de pouvoir survivre. Or les environnements humains sont marqués par une hiérarchie sociale. Le gradient social de santé (relation entre le niveau social et l'état de santé) renvoie au fait que plus on s'élève dans cette hiérarchie sociale, meilleur est l'état de santé, et inversement. Les inégalités sociales de santé ne concernent pas seulement les plus précaires, mais bien la population dans son ensemble. En France, les inégalités sociales de santé se manifestent à différents niveaux, que ce soit en termes de taux de mortalité, d'espérance de vie ou encore d'espérance de vie en bonne santé. Par exemple, sur la période 2012-2016, l'espérance de vie à la naissance des 5 % les plus aisés était de 84,4 ans chez les hommes et de 88,3 ans chez les femmes, contre 71,7 ans et 80 ans respectivement parmi les 5 % les plus modestes, soit treize ans d'écart pour les hommes et huit ans chez les femmes [1].

L'environnement social, déterminant de la santé

L'environnement social influence un grand nombre de ce qu'on appelle classiquement les « causes » des



© Alisa Bruner/Pink/Star Images — Les Grands séparés-Radioscopie de la France / grande commande photo BNF.

maladies. Les facteurs de risques cardio-vasculaires sont un exemple de causes des maladies, qui sont très liés à l'environnement social. Les déterminants sociaux sont ainsi présentés comme les causes des causes, ou encore les causes fondamentales [2]. De fait, il existe une relation entre les déterminants sociaux et un large éventail de maladies : respiratoires, métaboliques, cardio-vasculaires, infectieuses, certains cancers, les démences, les maladies psychopathologiques.

L'environnement d'une personne détermine sa santé et son usure physiologique

L'environnement social a une influence majeure sur l'usure physiologique, et plus largement sur le vieillissement, notamment *via* les

L'ESSENTIEL

▣ **L'état de santé et les processus de vieillissement sont très marqués socialement : le vieillissement biologique est accéléré chez les personnes socialement défavorisées ou celles qui ont connu des adversités sociales et psychosociales. Dès l'âge de 40 ans, ce processus de déclin est déjà en place au sein de ces populations devenues plus vulnérables par leur environnement social. Il est important notamment en termes de prévention d'œuvrer pour améliorer les conditions de vie matérielles et psychosociales dès l'enfance.**

expositions physico-chimiques, comportementales et psychosociales qui lui sont associées. En effet, plusieurs

études suggèrent que les individus de milieux socialement moins favorisés sont plus fortement et/ou plus fréquemment exposés à un ensemble de facteurs nocifs pour la santé – comme la pollution de l’air, les nuisances sonores, les conditions de logement, les expositions physico-chimiques d’origine professionnelle – que les individus de milieux socialement plus favorisés. Par ailleurs, pour un même niveau d’exposition, les individus de milieux moins favorisés seraient également plus sensibles aux effets sanitaires qui résultent de ces expositions que les individus de milieux plus favorisés. Ainsi, notre environnement matériel, nos expériences psychosociales, nos comportements de santé nous mettent en contact avec des expositions (tout facteur d’intérêt pouvant être associé à un état de santé) qui ne sont pas les mêmes selon notre appartenance à tel ou tel groupe social, par exemple que nous soyons un cadre ou un ouvrier, une femme ou un homme [3]. Ces expositions peuvent par la suite entraîner des modifications de notre biologie. Nous incorporons donc notre environnement social dans nos cellules, nos organes et nos systèmes biologiques [4]. Les mécanismes de cette incorporation sont divers, mais ils peuvent être schématiquement regroupés en deux grands types :

- des entités externes au corps, que nous ingérons ou que nous respirons, et qui peuvent avoir un effet sur notre biologie (pollution, comportements de santé – tabagisme par exemple) ;
- des expériences que nous percevons comme stressantes et qui peuvent déclencher des processus biologiques de réponse au stress [5].

Relation entre les expositions et l’usure physiologique

Au fil du temps, sous l’accumulation tout au long de notre vie des effets des expositions liées à notre environnement, ces activations répétées de nos systèmes biologiques peuvent conduire à une usure physiologique (parfois appelée la « charge allostatique ») et à un vieillissement plus importants. Des études sur les mesures de l’usure biologique liée au vieillissement montrent que celle-ci



© Magali Delaporte.

est accélérée chez les personnes socialement défavorisées. Vivre dans un environnement moins privilégié et plus stressant peut accélérer le vieillissement *via* des mécanismes complexes. La charge allostatique a été proposée comme une mesure de l’usure physiologique globale, résultat de l’activation répétée de nos systèmes physiologiques notamment de trois principaux systèmes : nerveux (axe hypothalamo-hypophysaire), endocrinien et inflammatoire/immunitaire, impliqués dans ce processus d’adaptation en réponse aux défis posés par les environnements dans lesquels nous vivons [6]. De nombreux travaux ont montré que les personnes ayant une charge allostatique élevée, traduisant une plus forte usure physiologique globale, avaient un plus grand risque ultérieur de maladie et de décès [7]. Il existe un gradient social d’usure biologique, c’est-à-dire que plus on s’élève dans la hiérarchie sociale, plus l’usure biologique diminue, et inversement. Plusieurs travaux ont montré que la charge allostatique était plus élevée chez les personnes ayant connu des adversités durant l’enfance, chez celles de milieux moins favorisés. Cette mesure prédit ainsi l’état de santé futur. D’autres marqueurs de vieillissement existent, qui prédisent eux aussi la santé ultérieure. Par conséquent, l’identification de marqueurs simples et valides de l’usure biologique globale, du vieillissement est un enjeu de recherche important.

L’impact des déterminants de santé chez les 40-55 ans

L’environnement social joue un rôle majeur sur l’état de santé des 40-55 ans. Indicateur des inégalités, l’écart d’espérance de vie à 35 ans entre un ouvrier et un cadre est de six ans [8]. Les processus de vieillissement sont très marqués socialement : le vieillissement biologique est accéléré chez les personnes socialement défavorisées ou chez celles qui ont connu des adversités sociales et psychosociales. Dès l’âge de 40 ans, ce processus de déclin est déjà en place au sein de ces populations devenues plus vulnérables par leur environnement social. Une santé publique qui prendrait en compte ces inégalités dans le processus de vieillissement serait plus équitable. La période adulte de 40-50 ans mériterait davantage d’attention en santé publique. En effet, il s’agit d’une période d’opportunité caractérisée par la transition vers une phase de déclin. C’est une période qui peut être liée à des moments de vie particuliers, comme des épisodes de perte ou de changement d’emploi, le diagnostic d’une maladie chronique, etc. Ainsi, en comprenant mieux cette période de la vie, et dans une perspective globale du parcours de vie, nous pourrions être en mesure – à ce stade encore précoce – de prévenir certains aspects du vieillissement ou de les ralentir dans la population générale afin d’améliorer l’espérance de vie en bonne santé.



© Jean-Michel Turpin.

L'impact du stress sur la santé des individus

Depuis un certain temps, les scientifiques accumulent les preuves, à partir d'études d'observation chez l'humain et d'études expérimentales chez l'animal, que l'exposition à des stress (alimentaire, séparation maternelle, chimique), notamment quand ils sont chroniques, a un effet à long terme sur la santé et que chez l'humain, la pauvreté et le désavantage socio-économique font partie de ces stress. Par exemple, des travaux ont montré que le désavantage social dans l'enfance et le vécu d'adversités (comme d'avoir été exposé à des

maltraitements, d'avoir vécu des problèmes financiers, etc.) ont un effet accélérateur sur les processus de vieillissement [9].

Infléchir ces inégalités tout au long de la vie : leviers d'action sur les déterminants structurels de la santé

Il est important, notamment en termes de prévention, de nous concentrer sur l'amélioration des conditions de vie matérielles et psychosociales dès l'enfance ; or le système scolaire reproduit les inégalités sociales [10]. Nous devons également mieux comprendre la réversibilité des

effets néfastes d'un environnement social précoce défavorisé. Question majeure : que pouvons-nous mettre en place pour atténuer les effets de ces adversités précoces auprès d'adultes pour améliorer leur santé et leur trajectoire de vieillissement ? Nous soutenons que les politiques publiques visant à soulager les difficultés financières, matérielles et psychosociales dans l'environnement précoce peuvent agir comme des mesures globales de prévention primaire favorisant la santé et réduisant les inégalités sociales. Nous pouvons citer l'investissement dans des environnements éducatifs et sanitaires centrés sur le bébé, l'enfant et l'adolescent (centre de protection maternelle infantile – PMI, crèche, centre de loisirs, école) notamment *via* la formation des personnels sur le développement des enfants et la prise en compte des inégalités sociales, la garantie de logements abordables dans des quartiers sûrs, la promotion des espaces verts ou encore les politiques de promotion du bien-être au travail. Les stratégies d'atténuation doivent être envisagées tout au long de la vie et des recherches interventionnelles complexes sont nécessaires pour déterminer les actions les plus adaptées et les plus abordables à mettre en œuvre pour réduire les inégalités de santé. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Blanpain N. L'espérance de vie par niveau de vie : Chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes. *Insee Première*, février 2018, vol. 1687. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895>
- [2] Phelan J. C., Link B. G., Diez-Roux A., Kawachi I., Levin B. "Fundamental causes" of social inequalities in mortality: A test of the theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 2004, vol. 45, n° 3 : p. 265-285. En ligne : <https://doi.org/10.1177/002214650404500303>
- [3] Bartley M. *Health Inequality. An introduction to concepts, theories and methods* (2nd ed.). Polity Press, 2016 : 264 p.
- [4] Krieger N. A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001, vol. 55, n° 10 : p. 693-700. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1731785/>
- [5] Kelly-Irving M., Delpierre C. A framework for understanding health inequalities over the life course: The embodiment dynamic and biological mechanisms of exogenous and endogenous origin. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2021, vol. 75, n° 12 : p. 1181-1186. En ligne : <https://jech.bmj.com/content/75/12/1181>
- [6] McEwen B. S. Protective and damaging effects of stress mediators. *The New England Journal of Medicine*, 1998, vol. 338, n° 3 : p. 171-179. En ligne : <https://doi.org/10.1056/NEJM199801153380307>
- [7] Beckie T. M. A systematic review of allostatic load, health, and health disparities. *Biological Research for Nursing*, 2012, vol. 14, n° 4 : p. 311-346. En ligne : <https://doi.org/10.1177/1099800412455688>
- [8] Blanpain N. L'espérance de vie par catégorie sociale et par diplôme. Méthode et principaux résultats. [Document de travail]. *Insee Première*, 2016, N° F1602 : 55 p. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2022138>
- [9] Marini S., Davis K. A., Soare T. W., Zhu Y., Suderman M. J., Simpkin A. J. *et al.* Adversity exposure during sensitive periods predicts accelerated epigenetic aging in children. *Psychoneuroendocrinology*, 2020, vol. 113, n° 104484. En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.104484>
- [10] Observatoire des inégalités. L'école française réussit aux élèves les plus favorisés. *Observatoire des inégalités*, 17 janvier 2023. En ligne : <https://www.inegalites.fr/pisa>

La mi-vie dans les années 2020 : de nouvelles opportunités encore trop méconnues pour la prévention

Frank J. Infurna,

professeur associé au département de psychologie, université d'État d'Arizona, Tempe

Les adultes à mi-vie¹ forment l'épine dorsale de la société. Ils portent une grande partie de la charge sociétale puisqu'ils constituent l'essentiel de la population active, tout en jouant un rôle pivot dans les familles en s'occupant simultanément des enfants et des personnes âgées. De plus, la nature même de la mi-vie et les attentes qui pèsent sur les personnes à mi-vie évoluent. En effet, le parcours des jeunes adultes vers l'autonomisation s'allonge tandis que la longévité des personnes âgées s'accroît, à quoi s'ajoutent des changements historiques à l'œuvre dans la vie sociale, culturelle et économique au sein des pays comme à l'échelle mondiale. Si certains de ces phénomènes ne sont pas nouveaux, ils continuent de se manifester et sont amplifiés à la mi-vie, le point clé étant que leur intensité, leur ampleur ou leur charge augmentent du fait que les adultes à mi-vie se retrouvent souvent confrontés à une multiplicité de défis en parallèle.

Infurna, Gerstorf et Lachman (2020) décrivent une reconceptualisation du développement à mi-vie. En prenant en compte le parcours de vie dans sa globalité, les auteurs analysent quatre aspects essentiels à mi-vie : participation simultanée à un certain nombre de rôles, multiples transitions, opportunités et défis. Ces caractéristiques de

la mi-vie se diffusent dans les différentes périodes qui composent l'âge adulte (c.-à-d. le début de l'âge adulte, la mi-vie et l'entrée dans la vieillesse). Des facteurs à l'œuvre dans les premières périodes de la vie, tels que le statut socio-économique, les relations parentales et l'environnement où la personne évolue, influencent la nature de la mi-vie, qui affecte à son tour des paramètres tels que la santé et le bien-être à un âge plus avancé.

L'implication dans un certain nombre de rôles s'explique par le fait que les adultes à mi-vie doivent tenter de concilier leur vie professionnelle et leur carrière, leur vie familiale, leur vie sociale et leur vie de citoyen, entre autres. La recherche montre que les adultes peuvent assumer jusqu'à huit rôles différents, la moyenne étant de quatre pour une personne à mi-vie. De nombreuses transitions peuvent jaloner la vie des adultes à mi-vie. La gamme de transitions couvre la vie professionnelle avec des événements tels que les promotions, le changement d'employeur et le changement de branche professionnelle. Les transitions couvrent également des aspects liés à la famille comme le divorce, le remariage et la parentalité, et d'autres liés à la santé physique comme l'apparition d'une maladie chronique ou la baisse des capacités cognitives. Chacune de ces transitions suppose des changements profonds dans les habitudes de vie quotidienne, la nature, l'apparition et la durée de la mi-vie étant en partie déterminées par l'âge de l'installation en couple et à la naissance des enfants.

L'ESSENTIEL

Les adultes à mi-vie sont le pivot des familles en s'occupant simultanément de leurs enfants et éventuellement de leurs parents âgés. Les recherches montrent que ces adultes assument en moyenne quatre rôles différents, ce qui reflète des changements historiques dans la structure et la fonction des familles. Une charge qui peut induire de forts niveaux de stress et accélérer le déclin de leur santé mentale et physique. Le psychologue américain du développement, Frank J Infurna, souligne l'importance de favoriser le bien-être de cette classe d'âge qui joue un rôle majeur pour l'ensemble de la société.

De nouveaux défis pour les personnes à mi-vie

La mi-vie se caractérise aussi par de nombreuses satisfactions et expériences positives. C'est à cette période de la vie qu'une personne peut atteindre le pic de son développement professionnel et de ses revenus, connaître un bien-être accru et des expériences émotionnelles plus positives, se sentir plus en contrôle et jouir de capacités cognitives cristallisées. Les défis que rencontrent les personnes à mi-vie semblent aujourd'hui plus fréquents comparativement aux cohortes précédentes en raison de l'évolution de la dynamique intergénérationnelle et de vulnérabilités financières. Des changements historiques dans la structure et la fonction des familles se sont répercutés sur les relations entre les

adultes à mi-vie et leurs parents vieillissants. Ils doivent plus fréquemment assumer un rôle d'aïdant, accompagner plus intensivement leurs enfants dans leur passage à l'âge adulte, et vivre toutes les joies et les tracas liés à leur rôle de grands-parents. Plus que jamais, les adultes à mi-vie se retrouvent à jouer le rôle d'aïdant auprès de parents vieillissants, tout en continuant à travailler à temps plein. Cela coïncide avec un amenuisement du filet de sécurité social et médical car il est difficile de bénéficier de congés familiaux rémunérés tandis que des soins de santé moins étendus et accessibles pèsent sur les budgets des ménages.

Compte tenu de tout ce qui caractérise actuellement la mi-vie, des répercussions se font sentir sur la santé tant mentale que physique des personnes concernées. De récentes données empiriques montrent que les adultes à mi-vie américains rapportent aujourd'hui une santé mentale et physique moins bonne que leurs homologues de même âge il y a plusieurs décennies. Lorsque l'on compare ces tendances à d'autres pays, certaines recherches suggèrent que ce phénomène est spécifique aux États-Unis. Ainsi, les recherches menées par Infurna et ses collègues (2021) ont révélé que les adultes à mi-vie en Allemagne, au Mexique et en Corée du Sud se portent mieux aujourd'hui que des cohortes antérieures en termes de santé mentale, ce qui contraste avec les États-Unis où des dégradations ont été observées dans ce domaine.

L'importance du contexte social, culturel et politique

Notre cadre conceptuel implique de multiples niveaux d'analyse au-delà de l'individu, y compris la composition des réseaux sociaux et le contexte social/culturel/politique/historique propre à l'époque. La forme, la fonction et la structure des réseaux sociaux à travers les différentes générations, présentées dans la *Figure 1*, dépendent de divers facteurs tels que la proximité, la fréquence des contacts et la qualité des relations avec l'entourage ; l'état de santé cognitive, mentale et physique des proches ; l'état civil de la personne et de ses proches ; et la présence et le nombre d'enfants. Le contexte social/culturel/politique/historique

où évoluent les adultes à mi-vie et leur réseau social revêt une grande importance. Les politiques gouvernementales et les croyances culturelles ont des répercussions sur le développement à la mi-vie et les relations avec les membres du réseau social. Parmi les éléments importants à prendre en considération, mentionnons la politique en matière de congés familiaux, les services et la couverture de santé ainsi que l'enseignement supérieur. La chronologie de la mi-vie peut varier pour de nombreuses raisons, notamment l'âge des parents, le suivi d'études supérieures, la décision d'avoir des enfants et l'âge à la naissance des enfants. La structure de vie ou le schéma sous-jacent de la vie d'une personne auront tendance à varier en fonction de ses origines ethniques, son genre, son orientation sexuelle et son statut socio-économique.

Les objectifs d'intervention peuvent couvrir plusieurs niveaux, notamment l'activité physique, le soutien social et les interactions sociales, l'enseignement supérieur, la structure et l'organisation du travail ainsi que les politiques du travail. L'amélioration de l'activité physique est un aspect clé de la mi-vie, de nombreuses études empiriques ayant montré qu'une meilleure santé à cette époque de la vie aura des répercussions positives à un âge plus avancé. Être plus actif physiquement à mi-vie permet de prédire une meilleure santé physique et mentale, une cognition plus préservée et une longévité accrue au moment de la vieillesse. Plusieurs interventions se sont avérées efficaces pour promouvoir un mode de vie actif, comme l'identification des obstacles potentiels à l'activité physique, la mise à disposition de ressources pour aider les personnes à mieux planifier leur quotidien et l'intégration d'une activité physique dans les habitudes de vie quotidiennes. Les adultes à mi-vie doivent de plus en plus jouer le rôle d'aïdants auprès de parents vieillissants. Cela peut induire de forts niveaux de stress et accélérer le déclin de la santé mentale et physique. De nombreuses interventions ont été élaborées pour faciliter ce rôle d'aïdant, notamment des actions de soutien social, de renforcement des compétences et d'éducation pour apprendre

aux aidants à se préserver. Le soutien social et les relations sociales favorisent une évolution plus favorable de la personne à mi-vie ainsi que durant la vieillesse. Des études récentes ont montré la plasticité des relations sociales, suggérant que celles-ci peuvent être encouragées et améliorées, ce qui contribue à une évolution plus favorable de la santé mentale et physique chez les personnes à mi-vie et à un âge avancé.

Les leviers pour promouvoir la santé des personnes à mi-vie

Les caractéristiques de la mi-vie évoluent dans un contexte où le parcours des jeunes adultes vers l'autonomisation s'allonge tandis que la longévité des personnes âgées s'accroît, à quoi s'ajoutent des changements historiques à l'œuvre dans les dimensions sociale, culturelle et économique de la vie. Compte tenu de la diminution du nombre d'enfants nés et du nombre croissant de personnes âgées, les adultes à mi-vie constituent plus que jamais une ressource importante pour les familles et la société. Si les adultes à mi-vie mènent des vies positives et productives, leur famille et la société dans son ensemble en tireront un grand profit. L'inverse est tout aussi vrai : si le bien-être des personnes à mi-vie est menacé plutôt que protégé, les répercussions pourraient impacter l'ensemble des familles et de la société. ■

1. « Les chercheurs et le public considèrent généralement que la mi-vie englobe les âges de 40 à 60 ans, plus ou moins 10 ans, ce qui en fait une approximation relative. Lorsqu'on les interroge sur le début et la fin de la quarantaine, les gens estiment en moyenne qu'elle commence à 44 ans (écart-type = 6,15) et se termine à 59 ans (écart-type = 7,46 ; Lachman *et al.*, 2015). Ces limites d'âge sont toutefois secondaires. Plus que l'âge chronologique, ce sont les constellations de rôles uniques que les personnes assument, combinées à la chronologie des événements et des expériences de la vie, qui sont importantes pour définir la mi-vie (Lachman, 2004). » Infurna, F. J., Gerstorff, D., Lachman, M. E. (2020). Midlife in the 2020s : opportunities and challenges. *Am Psychol* ; 75(4), 470-485.

Pour en savoir plus

● Gerstorff D, Hoppmann CA, & Ram N. The promise and challenges of integrating multiple time-scales in adult developmental inquiry. *Research in Human Development*, 2014, 11(2), 75-90.

- Infurna F. J., Staben O. E., Lachman M. E., Gerstorf D. Historical Change in Midlife Health, Well-Being, and Despair : Cross-Cultural and Socioeconomic Comparisons. *American Psychologist*, 2021 ; 76(6), 870-887.
- Infurna F. J., Gerstorf D., Lachman M. E. Midlife in the 2020s : opportunities and challenges. *American Psychologist*, 2020 ; 75(4), 470-485.
- Infurna F. J., Luthar S. S. Re-evaluating the notion that resilience is commonplace: A review and distillation of directions for future research, practice, and policy. *Clin Psychol Rev.* 2018 ; 65:43-56.
- Lachman M. E. Mind the gap in the middle: A call to study midlife. *RHD*, 2015 ; 12, 327-334.
- Lachman M. E. Development in Midlife. *Annual Review of Psychology*, 2004 ; 55(1), 305-331.
- Liu Y., Lachman M. E. Socioeconomic status and parenting style form childhood: Long-term effects on cognitive function in middle and later adulthood. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2019 ; 74(6):e13-e24.
- MIDUS (Midlife Development in the United States). Débutée en 1995/96 avec une première vague, l'étude longitudinale nationale américaine MIDUS enquête sur la santé et le bien-être au cours de l'avancée en âge. <https://midus.wisc.edu/>

Figure 1. La mi-vie : une période charnière dans le parcours de la vie

Contexte social/culturel/politique/historique

- Politique en matière de congés familiaux en rapport avec la naissance des enfants, la garde des enfants et le rôle d'aidant auprès de parents vieillissants
- Étendue, coût et accessibilité des services de santé et de la couverture maladie
- Accès et coût des soins de longue durée pour les parents vieillissants (c.-à-d. soins à domicile, maison de retraite, maintien à domicile)
- Accès et coût de l'enseignement supérieur et de la formation tout au long de la vie (c.-à-d. coût des frais de scolarité et du prêt étudiant)
- Stabilité (instabilité) du marché du travail
- Ressources locales/régionales
- Patrimoine culturel et croyances

Facteurs s'exerçant au début de la vie

- Statut socio-économique
- Niveau d'instruction
- Abus ou négligence parentale(e)
- Attachement/chalear dans les rapports parents-enfants
- Revenus de l'environnement local
- Environnement rural ou urbain

Opportunités/Améliorations

- Évolution de carrière
- Pic de revenus potentiels
- Bien-être
- Expériences émotionnelles
- Sentiment de contrôle sur sa vie
- Capacités cognitives cristallisées
- Grand-parentalité
- Lien entre les générations

Transitions de vie

- Statut matrimonial (décision de se marier ou non, divorce, veuvage, remariage)
- Parentalité ou non
- Carrières multiples
- Accompagnement des enfants vers l'âge adulte
- Planification de la retraite

Défis/Reculs

- Augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de la perte d'autonomie
- Augmentation des taux d'obésité, d'inactivité physique et de mauvaise alimentation
- Taux élevés de dépression, d'anxiété et de détresse psychologique
- Double ou triple rôle d'aidant
- Dépenses et dettes dues aux prêts étudiants des enfants adultes
- Augmentation des coûts de santé et des dépenses personnelles menaçant l'équilibre budgétaire des ménages et leur qualité de vie
- Absence de politiques en matière de congés familiaux pour alléger le fardeau d'un double ou triple rôle d'aidant

Concilier des rôles multiples

- Famille (conjoint/partenaire, parent, enfant, frère ou sœur, grand-parent)
- Carrière, poste et réseau professionnel
- Réseau d'amis
- Double ou triple rôle d'aidant
- Organisations sociales, politiques et religieuses

Enfance et adolescence

Petits-enfants

- Proximité, fréquence des contacts
- Qualité de la relation
- Statut relationnel (ex.: garde de l'enfant)
- État de santé physique et mentale

Composition du réseau social

Milieu de vie

Composition familiale/réseau

- Proximité, fréquence des contacts
- Qualité de la relation
- Situation matrimoniale
- Frères et sœurs, demi-frères et sœurs naturels et par alliance
- Carrière et état de santé du conjoint/partenaire

Premières périodes de la vie adulte

Enfants adultes

- Proximité, fréquence des contacts
- Qualité de la relation
- Statut professionnel
- Situation matrimoniale
- État de santé physique et mentale

Vieillesse

Parents et beaux-parents

- Proximité, fréquence des contacts
- Qualité de la relation
- État de santé physique et mentale
- Situation matrimoniale
- Revenus/ressources financières
- Directives anticipées, procuration

« La mi-vie est un moment d'intervention clé pour changer de mode de vie »

Entretien avec Anand Amlani, responsable du marketing, Unité des programmes comportementaux, Bureau de l'amélioration de la santé et des disparités, Département ministériel de la santé et de l'aide sociale – Department of health and social care (DHSC) du service public de santé au Royaume-Uni

La Santé en action : En quoi consiste le programme Better Health lancé par les autorités britanniques ?

Anand Amlani : Au Royaume-Uni, environ deux tiers des adultes sont au-dessus d'un poids santé et la moitié vit avec une obésité. Cela expose les personnes à un certain nombre de maladies chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, au moins 12 types de cancer, les maladies du foie et des maladies respiratoires. Les personnes atteintes d'obésité sont également confrontées à des complications plus importantes face à la Covid-19 et dans la phase de rétablissement.

En juillet 2020, dans le cadre d'une nouvelle stratégie gouvernementale sur l'obésité (« *Prendre en main l'obésité : autonomiser les adultes et les enfants pour vivre en meilleure santé*¹ »), la campagne Better Health² a été lancée au Royaume-Uni. Elle reconnaît que pour ceux qui rencontrent un problème d'excès de poids, la perte de poids n'est pas simple. Conçue pour se dérouler en synergie avec d'autres initiatives gouvernementales, la campagne Better Health a pour but d'inciter les gens à mener une vie plus saine et à leur donner les moyens de construire et de maintenir des habitudes saines.

À son lancement, la campagne s'est appuyée à la fois sur le moment précis où les mesures de confinement

ont été assouplies, ainsi que sur des informations qui nous ont permis de constater que les individus étaient davantage conscients de l'importance de leur santé, mais qu'ils avaient eu du mal à prendre soin d'eux-mêmes pendant le confinement. Ces éléments ont été combinés pour créer un moment de « réinitialisation » qui est devenu un point de convergence pour les citoyens afin qu'ils s'intéressent de nouveau à leur santé, en accord avec le climat national d'espoir et de rétablissement.

Depuis le lancement, la campagne a été étendue pour couvrir un éventail de comportements, notamment l'activité physique, le tabagisme, la santé mentale et intégrer notre travail auprès des enfants et des familles.

En plus de motiver les adultes à agir, Better Health s'est doté d'un site Web qui contient des conseils et de l'information sur la façon d'apporter des changements sains ainsi qu'une gamme d'outils fondés sur des données probantes pour montrer aux adultes les mesures simples qu'ils peuvent mettre en œuvre pour : manger plus sainement (p. ex., application de perte de poids du *National health service* – NHS), augmenter leur activité physique, prendre soin de leur bien-être mental et arrêter de fumer.

S. A. : Quelles populations avez-vous priorisé lors des campagnes de 2020 à 2022 ?

A. A. : Une grande proportion d'adultes a un excès de poids ou d'autres comportements allant à l'encontre de leur santé. Le challenge est d'inciter les personnes lorsqu'elles sont les plus ouvertes et capables d'opérer un changement. Nos recherches ont montré que la

L'ESSENTIEL

■ **Better Health est un programme de marketing social pour les adultes à la mi-vie, prenant en compte les inégalités sociales et territoriales de santé. L'objectif : inciter les personnes à mener une vie plus saine et leur donner les moyens d'adopter et de maintenir des habitudes favorables.**

mi-vie est un point d'intervention clé – avant que les adultes n'aient développé des conditions irréversibles à long terme et alors qu'il est encore temps pour eux de changer leur mode de vie. Et les citoyens sont également plus réceptifs au changement à ce moment, car ils sont plus conscients de l'impact de modes de vie sains pour eux-mêmes et pour ceux qui les entourent. C'est pourquoi notre audience principale pour les campagnes est l'adulte, en mettant l'accent sur les plus de 35 ans. Le public cible spécifique peut varier en fonction du comportement que nous abordons.

Dans le cadre de nos travaux, nous cherchons également à faire face aux disparités en matière de santé. En ce qui concerne l'obésité, cela signifie que nous avons plusieurs sous-segments à prendre en compte : 1) les milieux où la prévalence d'un excès de poids est particulièrement élevée, 2) les sous-segments de personnes qui peuvent être plus à risque de souffrir de pathologies associées à l'augmentation du poids.

Parmi ces groupes figurent ceux qui se situent à l'extrémité supérieure de l'échelle de l'indice de masse corporelle (IMC), les personnes appartenant à des groupes



© Alisa Bunnell/PrintSift Images - Les Grands séparés-Radioscopie de la France / grande commande photo BNF.

socio-économiques défavorisés, les personnes faisant partie des minorités ethniques (Noirs des Caraïbes, Noirs d'Afrique, Bangladais, Indiens, Pakistanaïes et autres publics asiatiques) et les personnes ayant des problèmes de santé chroniques.

Tous ces groupes sont confrontés à différents obstacles pour adopter une alimentation plus saine et faire davantage d'activité physique. Ces obstacles pourraient être liés à leur mode de vie et à leur situation économique, tout comme des influences culturelles pourraient déterminer leurs attitudes et leurs comportements en matière d'alimentation ou d'activité physique.

S. A. : Comment avez-vous atteint les populations prioritaires ?

A. A. : Nous avons adopté une approche en deux étapes pour atteindre nos publics. Lors du lancement de la campagne, nous avons utilisé l'ensemble des canaux médiatiques pour asseoir la notoriété de la nouvelle campagne et créer un impact autour de ce moment très spécifique, nommé « réinitialisation » (« reset »). Il s'agissait de la télévision, des médias hors foyer, de la vidéo à la demande et de la radio. Ce travail a été complété par des relations publiques qui ont mis l'accent sur les avantages pour la santé de la perte de poids.

Les questions liées au poids étant très sensibles, nous avons donc rendu nos créations positives et

empathiques. Pour nous assurer de ne pas stigmatiser les adultes, nous avons mené des recherches approfondies, consulté un psychiatre spécialisé dans ce domaine et des organismes caritatifs intervenant auprès de personnes atteintes de troubles de l'alimentation et de l'obésité, ainsi que des organisations d'activité physique, afin de nous assurer que le message et la créativité étaient appropriés. Pour nos communications notre objectif était d'adopter un ton dynamique et encourageant afin que les adultes se sentent inclus dans le message et motivés à agir.

Depuis le lancement, notre approche de campagne a évolué. Les messages intègrent maintenant des problèmes sociétaux plus larges auxquels notre public est confronté, comme le coût de la vie. Tout en assurant un ton positif, nous nous sommes attachés à donner confiance aux individus et à leur montrer les petites étapes qu'ils peuvent franchir pour adopter des habitudes plus saines, quelles que soient les circonstances.

Notre sélection des médias a également évolué de sorte que, en plus de nos chaînes de radiodiffusion, nous utilisons des activités numériques et sociales ciblées pour mettre en valeur et afficher notre gamme d'outils et de soutien, en orientant les gens vers notre site Web. Ainsi ils peuvent choisir l'option la plus appropriée pour eux.

La campagne Better Health adopte une approche sur mesure pour communiquer à destination des personnes appartenant à des minorités ethniques. Nous avons travaillé avec des personnes de confiance (y compris des chefs religieux et des experts en santé) au sein des communautés pour transmettre nos messages dans le respect des traditions culturelles. Nos messages ont été traduits en différentes langues et les images illustrent les plats de chacun des groupes que nous essayons d'atteindre, ainsi que des personnes en costume traditionnel. Tout ceci a été combiné à un ciblage médiatique basé sur des données analytiques, le tout grâce à une créativité en résonance culturelle avec les multiples auditoires. Au cours de la campagne, nous avons également engagé un éventail de partenaires locaux et commerciaux qui nous permettent d'amplifier notre message dans les lieux où la prévalence est particulièrement élevée et d'offrir aux citoyens un accès à des programmes (locaux ou nationaux) ou des offres qui peuvent les aider dans leur parcours vers une « meilleure santé ».

Propos recueillis par Dagmar Soleymani

1. "Tackling obesity: empowering adults and children to live healthier lives"
2. <https://www.nhs.uk/better-health/>

Dossier

Prévention et promotion de la santé chez les 40-55 ans

« La privation d'emploi dégrade la santé »

Entretien avec

Dominique Lhuilier,

professeure émérite en psychologie du travail, Centre de recherche sur le travail et le développement, Conservatoire national des arts et métiers (Cnam).

La Santé en action : Quels liens entre travail et santé ont été mis à jour par votre recherche-action ?

Dominique Lhuilier : Nombreux sont les travaux de recherche montrant que la relation travail-santé se comprend pleinement dans la durée. L'approche diachronique retenue dans cette recherche-action¹ a permis de croiser les trajectoires professionnelles et de santé, intégrant les périodes de chômage. Plusieurs types de parcours se dégagent.

Celui d'une santé sacrifiée jusqu'à la rupture : fragilisation de la santé au travail, endurance, amplification des processus de dégradation de la santé jusqu'à l'accident, l'effondrement, l'arrêt maladie... et le chômage.

Celui d'une usure progressive dans des trajectoires marquées par une succession de contrats courts, un chômage récurrent. Avec l'avancée en âge, les difficultés s'accroissent.

Un autre type de parcours est celui d'une désinsertion professionnelle chronique : cette difficulté initiale d'insertion peut perdurer et s'observer chez des personnes au-delà de la trentaine.

Au chômage, deux autres parcours sont identifiés : celui qui conduit à une dégradation de la santé psychique par suite du licenciement qui peut avoir des effets traumatogènes notamment pour les trajectoires professionnelles longues et sécurisées, ou du fait de la durée du chômage. Cette durée peut générer une tendance dépressive avec une anxiété

face au retour à l'activité ou bien à la perte de l'espoir de retravailler, surtout chez les plus âgés. Enfin, les parcours des personnes pour qui la survenue du chômage est bénéfique pour leur santé sont spécifiques ; ils se caractérisent par une forme de restauration de leur santé mise en péril par leurs conditions d'emploi, donc par la conjugaison d'une mise à l'abri des épreuves du travail et d'un engagement dans un « prendre-soin-de-soi » et de son milieu de vie.

S. A. : Quelles sont les conséquences de la privation d'emploi sur la santé ?

D. T. : La privation d'emploi, *a fortiori* si cette privation est durable, dégrade la santé. La santé des chômeurs reste un angle mort de la recherche sur la santé et le travail, alors que des études montrent que les chômeurs sont dans un moins bon état de santé que les personnes en emploi. Les données épidémiologiques disponibles sont édifiantes. Le chômage est associé à une surmortalité, toutes causes confondues, de 60 %. Les causes de cette surmortalité sont multiples. Être au chômage multiplie par trois le risque de suicide en comparaison avec les personnes en activité professionnelle. Ajoutons à cela une plus forte mortalité par cancer et un risque accru d'accident vasculaire cérébral et d'infarctus du myocarde (risque augmenté de 80 % par rapport aux actifs en emploi). Concernant la santé mentale, mêmes tableaux : le risque de connaître un épisode dépressif est plus élevé chez les personnes sans emploi : 24 % des hommes et 26 % des femmes au chômage sont ainsi concernés d'après une étude de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares). Les consommations de substances psychoactives

L'ESSENTIEL

▣ **Les études montrent que les chômeurs sont dans un moins bon état de santé que les personnes en emploi. Chez les 40-55 ans, ce moment médian de la vie est celui durant lequel les signes de fragilisation de la santé émergent. Dans le cadre d'une recherche-action, une équipe de chercheurs a mené 100 entretiens auprès de chômeurs souffrant d'une problématique de santé. Ils ont dressé une typologie des conséquences du chômage ou d'un emploi précaire ou à risque sur la santé des personnes concernées. Il en ressort notamment que la privation d'emploi, en particulier durable, dégrade la santé. Cette recherche-action fournit des pistes opérationnelles pour améliorer la santé au travail, restaurer l'estime de soi y compris par la « pair-aidance » qui a fait ses preuves via des ateliers collectifs. L'entraide et le soutien par l'échange d'expériences favorisent l'apprentissage de modes de vie en santé au chômage, des démarches de recherche d'emploi, et la construction de projets professionnels et personnels. L'échange entre pairs de savoirs pratiques contribue à développer leurs moyens d'agir.**

constituent aussi des révélateurs et des déterminants de la santé : chez les personnes sans emploi, le risque de recours à ces produits est accru. Et la consommation de médicaments psychotropes augmente avec la durée du chômage (13,8 % pour les personnes au chômage depuis moins d'un an contre 22,2 % pour celles au chômage depuis plus de deux ans).

Les chômeurs sont particulièrement atteints par les inégalités de santé. Plusieurs indicateurs montrent

qu'ils sont en moins bonne santé que les actifs occupés du même âge : santé perçue, morbidité, épisodes dépressifs, recours et accès aux soins... Près de la moitié des personnes sans emploi âgées de 25 à 52 ans (46,8 %) vivent en dessous du seuil de pauvreté. C'est le cas aussi d'un tiers des seniors sans emploi ni retraite (32,1 %), contre 6 % des seniors retraités et 7,4 % des seniors en emploi. Et l'instauration d'une mutuelle santé obligatoire en France pour tous les salariés depuis 2016 accentue encore l'inégalité entre non-chômeurs et chômeurs.

Le chômage est à la fois une condition sociale dévalorisée associée à un sentiment de honte sociale, et une situation d'activité empêchée. L'empêchement de l'activité altère l'image de soi : le sujet ne peut plus se prouver sa valeur et la prouver aux autres. Et l'absence de réponse ou les réponses négatives reçues à la suite de démarches de recherche d'emploi érodent progressivement l'estime de soi. La relation à l'autre est altérée par la honte, le repli, la désaffiliation. L'isolement social est renforcé par la perte du travail qui organise le présent et qui aide à la construction de l'avenir. Le défaut d'activités partagées suspend le temps et le présent devient encombré de préoccupations multiples alors que les perspectives temporelles se brouillent. Le temps suspendu – celui de l'attente passive dans ce temps vide du chômage et cette incertitude sur son devenir – peut être transformé par l'engagement dans des activités hors de la sphère du travail salarié. Ces activités contribuent à préserver sa santé, relancent une dynamique temporelle et socialisante et favorisent la perspective d'un retour en emploi. Retrouver un emploi peut restaurer la santé si le travail (son organisation, ses conditions) permet de travailler en santé.

S. A. : *Qu'avez-vous observé concernant l'impact de l'emploi sur la santé des 40-55 ans ?*

D. T. : Ce moment médian de la vie est celui durant lequel les signes de fragilisation de la santé émergent. Ces signaux peuvent prendre la forme de troubles mineurs (« un genou

qui couine », « ça tire sur le dos », « la fatigue vient plus vite ») : ils peuvent conduire à des formes d'économie de soi ou – quand ils sont déniés – à des formes d'aggravation qui risquent de conduire à une rupture dans la vie professionnelle (troubles musculo-squelettiques – TMS invalidants, burn-out, infarctus... arrêts maladie, licenciement pour inaptitude ou démission). Éprouver la dimension temporelle de son existence à travers ces indices à la fois somatiques et psychiques sollicite une attention plus grande, portée à la construction de compromis entre exigences de santé et exigences professionnelles. Cependant, cette prise de conscience de l'usure du corps, du vieillissement, des effets de formes de pénibilité du travail n'a pas de destin univoque. Tout dépend des possibilités réelles et perçues de prendre soin de sa santé au travail et en dehors du travail. Ce travail de santé sollicite à la fois un travail sur soi et sur ses milieux de vie. Il ne s'improvise pas en solitaire. La santé n'est pas réductible à une affaire privée, personnelle. Elle est le produit de ce travail de santé, un travail qui toujours convoque autrui. Ici, tout dépend des marges de manœuvre et des ressources collectives dont dispose la personne au travail. Quand il est impossible de travailler en santé, la santé peut être sacrifiée pour se maintenir en emploi et ce jusqu'à la crise, la rupture et la désinsertion professionnelle.

S. A. : *Comment améliorer et promouvoir la santé des personnes au travail ?*

D. T. : Les histoires croisées de travail et de santé permettent de mesurer l'importance d'une perspective diachronique en matière de politiques et de pratiques de prévention permettant un travail soutenable dans la durée. Elles permettent aussi d'aller au-delà de l'approche classique de l'exposition aux risques dans telle situation de travail, qui fait l'impasse sur ce que font les personnes elles-mêmes pour développer et préserver leur santé. Cette approche qualitative diachronique implique de se dégager des segmentations insituées : en emploi ou sans emploi, santé publique ou santé au travail ;

et, essentiellement, de reconnaître la contribution active des travailleurs à l'entretien et au développement de leur santé, ce qu'on appelle le travail de santé. Celui-ci intègre la santé (irréductiblement à la fois somatique et psychique) comme objet même de travail dans l'activité professionnelle. La santé est bien une dimension du geste professionnel. Le travail de santé se manifeste à travers des activités de soin de soi au double sens du *cure* (soigner) et du *care* (prendre soin). Ce qui suppose des arbitrages ou des compromis entre exigences contradictoires (préserver sa santé ou son emploi, composer avec l'usure et préserver ses relations avec ses collègues...) ; des activités de construction des ressources internes et externes compensant les contraintes et les difficultés rencontrées ; l'invention de nouvelles manières de faire ; des auto-prescriptions réglant le style de vie (auto-prescriptions relatives par exemple aux régulations entre différentes sphères de vie, à la résistance à l'invasion du travail sur la vie personnelle) ; la réorganisation des actes exigés par les prescriptions (professionnelles, sociales) afin de les ajuster aux contraintes des différentes sphères de vie comme aux désirs et aux aspirations personnels... Le travail de santé oriente et transforme les activités professionnelles : réaménagements des rythmes et des temps de travail, construction de stratégies de dégagement des contraintes qui compliquent le « travailler-en-santé » par la restriction des marges de manœuvre nécessaires à l'activité, ajustement à la variabilité, aux fluctuations des capacités productives, réévaluation des priorités et des urgences, réduction de l'exposition aux risques pour soi et pour autrui par la construction-transmission-mobilisation de savoir-faire de prudence... Améliorer, promouvoir la santé au travail suppose de créer les conditions d'un développement de ce travail de santé, à tout le moins de ne pas l'empêcher. Ces exigences sont de plus en plus manifestes si on en juge les récentes données de l'enquête de la Dares (mars 2023) : 37 % des salariés ne se sentent pas capables de tenir dans leur travail jusqu'à la retraite.

S. A. : D'après vos investigations, les échanges entre pairs pourraient-ils aider à faire ce travail de santé ?

D. T. : L'isolement social, la fragilisation de l'estime de soi, la suspension temporelle induits par le chômage imposent de réévaluer les dispositifs d'accompagnement de chômeurs. Nous voulons souligner ici la portée de dispositifs collectifs (ateliers) plaçant au cœur de leur fonctionnement une activité commune : analyser ensemble ce qui immobilise et construire les voies d'un déplacement vers l'action. Les chômeurs ont besoin de se retrouver en groupe dans des rapports d'entraide qui les requalifient, car ils ne sont plus seulement aidés mais aidants. La réassurance par les pairs est essentielle, comme la reconnaissance de leurs capacités, de leurs savoirs de l'expérience du chômage et des modalités du « prendre-soin-de-soi » pour restaurer leur santé. La parité de condition opère comme un levier puissant : le commun n'est pas la pathologie, mais la fragilisation éprouvée, à la fois vitale (morbidity) et sociale (désinsertion). Les questions en miroir des participants et le vécu du groupe constitué dans la récurrence des rencontres sur un temps long sollicitent les capacités réflexives et favorisent une accélération de processus de révélation, de compréhension des processus qui ont conduit à l'émergence des problèmes de santé combinés à une éviction de l'emploi. L'entraide et le soutien par l'échange d'expériences favorisent l'apprentissage de modes de vie en santé au chômage, des démarches de recherche d'emploi, et la construction de projets professionnels et personnels. L'échange entre pairs de savoirs pratiques contribue à développer leurs moyens d'agir : il s'agit de construire ensemble les ressources individuelles et collectives permettant d'accroître la puissance d'agir, altérée par l'épreuve du chômage, de la santé fragilisée et par leurs effets dans les différentes sphères de vie.

S. A. : Les femmes qui élèvent leurs enfants en travaillant voient-elles leur santé future fragilisée ?

D. T. : Aujourd'hui, la majorité des personnes en situation de précarité sont des femmes. Elles constituent

70 % des travailleur.euse.s pauvres, occupent 82 % des emplois à temps partiel et représentent 85 % des familles monoparentales dont une sur trois vit sous le seuil de pauvreté. Elles ne sont pas nécessairement sous-qualifiées. La monoparentalité est sans doute un puissant révélateur de ces inégalités au regard de la double charge de travail. Les expériences du chômage des hommes et des femmes ne sont pas similaires, en particulier parce qu'elles s'inscrivent dans une dissymétrie sexuée de la distribution du travail, familiale et domestique. Cette dissymétrie sexuée commence bien en amont du temps du chômage et peut être à l'origine d'une usure prématurée. Ainsi, on repère des parcours de santé sacrifiée au féminin qui sont caractéristiques des histoires croisées de travail et de santé de femmes élevant seules leurs enfants. Les enfants apparaissent à la fois comme une ressource (« pour eux, j'ai tenu »), et comme sources de difficultés accrues (énergivores, imposant des horaires de travail compatibles avec les exigences familiales, causes d'absences mal perçues...). Les cas de *burn-out* sont typiques de ces parcours où se combinent souvent des sur-sollicitations (dans les deux sphères familiale et professionnelle) et du sur-engagement par attachement à la conformité aux rôles sociaux (être une bonne mère, une bonne professionnelle). La monoparentalité peut conduire à occulter les troubles de santé, à privilégier l'attention et les besoins des enfants au « prendre-soin-de-soi », à reprendre rapidement un emploi, quel qu'il soit, y compris peu compatible avec l'état de santé. Plus globalement, les salariés « aidants familiaux » sont le plus souvent des femmes, ce qui pèse sur leur vie professionnelle, mais aussi lorsqu'elles sont au chômage. Le niveau de cette surcharge varie selon les inégalités sociales et les soutiens familiaux. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Cette recherche-action, Chômage et Santé, est hébergée au sein de deux laboratoires du Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) de Paris (LISE-UMR 3320 et CRTD-EA4132). Elle est



© Alexa Brunet/PhiloSaf Images-Residence-Française durant la traite du soir, Auzeilles, Théradite.

financée par l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph), la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), la Cnam et en partenariat avec les Pôle emploi Nouvelle-Aquitaine et Île-de-France, un Cap Emploi, un Territoire zéro chômeur de longue durée et une mission locale. Les chercheurs impliqués sont Virginie Althaus, Gilles Amado, Dominique Gelpe, Éric Hamraoui, Dominique Lhuillier (direction scientifique), Katherine Portsmouth, Carole Tuchszirer, Anne-Marie Waser ; avec la participation de Michel Debout et de Michel Hautefeuille.

Pour en savoir plus

- Lhuillier D., Portsmouth K. Les inégalités de genre au prisme de la santé au travail et au chômage. *La Revue des conditions de travail*, Anact, janvier 2023, n° 13 : p. 1-13. En ligne : <https://www.anact.fr/que-peut-faire-le-travail-pour-renforcer-legalite-professionnelle>
- Gelpe D., Lhuillier D., Waser A.-M. Chômage et santé fragilisée : dynamiques des parcours de travail et de santé et processus de reconstruction de soi. Une recherche-action. *Revue française des affaires sociales*, 2022, n° 4 : p. 107-125. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2022-4-page-107.htm>
- Hamraoui E., Lhuillier D., Portsmouth K., Waser A.-M. Chômage et handicap : un accompagnement au service de la normativité. *Orientation scolaire et professionnelle*, 2022, vol. 51, n° 2 : p. 311-341. En ligne : <https://journals.openedition.org/osp/16133>
- Hamraoui E., Lhuillier D., Portsmouth K., Waser A.-M. Le burn-out vu du chômage. *La Revue française de service social*, 2022, vol. 283, n° 4 : p. 59-66. En ligne : https://irts-poitou-charentes.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=91745
- Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. *La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité*. HCE, 2017 : 124 p. En ligne : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/la-sante-et-lacces-aux-soins-une-urgence-pour-les-femmes-en-situation-de-precarite>

« Chez les femmes, les interruptions de carrière sont liées à des problèmes de santé plus tard dans la vie »

Entretien avec Constance Beaufilets,

post-doctorante sur le projet Gincos financé par l'Agence nationale de recherche (ANR), Institut national d'études démographiques (INED), Aubervilliers.

La Santé en action : Pourquoi s'intéresser aux liens entre interruption de carrière et santé des femmes ?

Constance Beaufilets : Tout d'abord, les interruptions de carrière restent un phénomène important chez les femmes. En effet, malgré la féminisation du marché du travail à partir des années 1960, des périodes d'inactivité professionnelle continuent de marquer les parcours de vie des femmes et de les distinguer de ceux des hommes. Ce sont quasi exclusivement des femmes qui réduisent leur temps de travail ou qui quittent leur emploi au moment des naissances. Ces inégalités de carrière peuvent être reliées à la spécificité de la santé des femmes, notamment aux âges du vieillissement. On sait que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais qu'elles passent plus d'années en mauvaise santé avec des incapacités ou des symptômes dépressifs. Les interruptions féminines de carrière, souvent liées aux maternités, influent sur leur santé plus tard dans la vie, aux âges du vieillissement.

S. A. : Quel était le cadre de vos travaux de recherche ?

C. B. : Ma thèse s'est inscrite dans le projet Gincos¹, coordonné par Emmanuelle Cambois (Ined), qui vise à comprendre les déterminants sociaux du vieillissement en bonne santé des femmes et des hommes

à partir des données de la cohorte Constances (une cohorte épidémiologique constituée de 200 000 individus, recrutés entre 2012 et 2017²). Le projet, financé par l'Agence nationale de la recherche (ANR), développe une approche holiste³ de la problématique des différences de genre en santé par la prise en compte d'expositions liées à des parcours de vie genrés. J'ai travaillé à partir des données de la cohorte Constances, et de celles de l'enquête Santé et itinéraire professionnel de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)⁴. À partir des analyses statistiques, j'ai identifié des parcours critiques pour le vieillissement. Mon objectif était de mesurer pour qui et dans quels cas les interruptions de carrière sont liées à des problèmes de santé plus tard dans la vie. J'ai ensuite mené des entretiens auprès de 30 femmes âgées de plus de 50 ans et qui ont vécu des périodes d'inactivité professionnelle, afin de comprendre les processus à l'œuvre derrière ces parcours critiques.

Les travaux ainsi menés ont conforté l'idée selon laquelle les interruptions de carrière sont liées à une santé déficiente plus tard dans la vie. Ont ainsi été identifiés trois marqueurs de parcours de vie à l'origine d'inégalités de santé, et sur lesquels des politiques publiques pourraient agir. Tout d'abord, des conditions de travail délétères, des emplois précaires et instables, et des difficultés à articuler les rôles familiaux et professionnels sont associés à des problèmes de santé aux âges élevés – que les femmes aient ou non interrompu leur emploi. Ensuite, des obstacles appréhendés ou effectivement

L'ESSENTIEL

▣ Les interruptions d'emploi des femmes constituent des enjeux de santé publique en raison des difficultés pour se réinsérer sur le marché du travail – après une maternité, etc. – et des risques de problèmes financiers en cas de séparation ou de perte d'emploi du conjoint. Les expositions professionnelles néfastes pour la santé, les conditions d'emploi précaires, et les tensions famille-travail à des moments-charnières de la carrière sont d'autres facteurs de risques sur lesquels il convient d'agir pour réduire les inégalités de santé aux âges élevés.

rencontrés au retour vers l'emploi contraignent les femmes à une inactivité professionnelle forcée, accompagnée de symptômes dépressifs. Enfin, certains événements biographiques (p. ex. : une séparation conjugale) mettent en péril l'équilibre économique des femmes éloignées de l'emploi, et *in fine* leur santé.

S. A. : Mener de front vie de famille et vie professionnelle serait aussi source de santé défaillante au grand âge ?

C. B. : Combiner maternité et emploi est globalement lié à une meilleure santé au grand âge, y compris pour les femmes qui ont été longtemps sans conjoint. Statistiquement, les mères qui ont eu une carrière continue jusqu'à 50 ans, que ce soit à temps partiel ou à temps plein, déclarent après cet âge une meilleure santé mentale et fonctionnelle perçue, que celles qui ont interrompu leur activité professionnelle, y

compris lorsque l'on prend en compte leurs caractéristiques socio-démographiques (âge, diplôme, origine sociale, nombre d'enfants, etc.).

Toutefois, dans certaines configurations, combiner maternité et emploi semble porteur de difficultés. Par exemple, les femmes qui sont devenues mères autour de 24 ans (l'âge médian de la première maternité pour ces générations-ci) ont des scores d'anxiété⁴ après 50 ans plus élevés que celles qui sont devenues mères plus tôt ou plus tard. Ces femmes ont pour caractéristique distinctive d'avoir passé plus de temps que les autres avec des enfants en bas âge. Cette anxiété pourrait donc être une conséquence durable de difficultés à articuler vie familiale et vie professionnelle, difficultés qui se sont notamment exercées à un moment charnière de la carrière.

En outre, les femmes qui font face à des conditions de travail et d'emploi difficiles sont confrontées à des risques ultérieurs pour leur santé. Les carrières marquées par des emplois précaires et par des expositions professionnelles néfastes pour la santé sont associées à une mauvaise santé perçue et à des limitations d'activité aux âges élevés. Pour rappel, les données de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) montrent que les femmes sont particulièrement exposées aux risques psychosociaux et aux contraintes organisationnelles. Elles sont aussi très concernées dans certaines professions de la santé et des services aux particuliers par les contraintes physiques lourdes ou par les expositions chimiques. Il serait donc nécessaire de mettre en place des mesures de santé publique à destination des femmes, visant à réduire les difficultés d'articulation famille-travail, l'occurrence des contrats précaires, et à développer les politiques de santé au travail ou à favoriser les carrières évolutives.

S. A. : En quoi le fait d'avoir eu une carrière discontinuée modifie-t-il la santé des femmes ?

C. B. : Les femmes qui ont connu des sorties d'emploi précoces et définitives, parfois après plusieurs tentatives de retour à l'emploi, présentent

en général une moins bonne santé mentale aux âges élevés que celles qui ont eu une carrière continue. Elles déclarent plus souvent avoir fait face à un épisode dépressif majeur et consommer régulièrement des psychotropes. Les entretiens montrent que ces parcours reflètent pour l'ensemble des femmes une « trappe à inactivité professionnelle ». C'est-à-dire qu'elles éprouvent des difficultés (vécues ou appréhendées) à se réinsérer sur le marché du travail sans subir un déclassement professionnel, ou à exercer un emploi avec des conditions de travail compatibles avec leur état de santé. Des politiques publiques qui favorisent le retour à l'emploi des femmes sont nécessaires pour que celles-ci évitent ces périodes néfastes pour leur santé mentale aux âges élevés. Sécuriser la position professionnelle des femmes en leur permettant un retour dans leur emploi sans déclassement, ou alors permettre des reconversions plus faciles, pourrait les aider à mieux vivre ces situations qui les rendent vulnérables.

S. A. : Comment les ruptures familiales mettent-elles en péril l'équilibre économique des femmes sans emploi ?

C. B. : Des événements comme les séparations peuvent bouleverser l'équilibre fragile des femmes en inactivité professionnelle. Mes résultats montrent en effet que les risques de mauvaise santé mentale associés à une longue période d'inactivité dans le passé sont plus importants pour les femmes qui n'ont pas de conjoint aux âges élevés. Dans les entretiens, j'ai constaté que ne pas être en couple après 50 ans contraignait les femmes qui n'ont pas suffisamment cotisé pour la retraite à se maintenir en emploi coûte que coûte. Lorsque les conditions d'exercice de leur emploi sont incompatibles avec leur santé, elles ont moins de marge de manœuvre et ne peuvent pas réduire leur temps de travail ou partir en retraite pour se préserver. Or, les séparations, qui accroissent les risques liés aux périodes d'inactivité professionnelle, sont devenues plus fréquentes. Dès lors, encourager le maintien ou le retour des femmes en emploi participerait aussi à favoriser leur vieillissement en bonne santé.

Ceci pourrait passer par la réduction des contraintes qui empêchent ce maintien ou ce retour en emploi, et qui sont liées à l'organisation du travail, aux modes de garde, à la disponibilité du conjoint, ou encore à la répartition du travail au sein du foyer. ■

Propos recueillis par Yves Céry, rédacteur en chef.

1. Genre et inégalités de santé dans la cohorte Constances (NDLR).
2. Le site de la cohorte Constances <https://www.constances.fr/>
3. Qui tient compte des dimensions physique, mentale, émotionnelle, familiale, sociale (NDLR).
4. Le site de l'enquête Santé et itinéraire professionnel. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1265>
5. Elles déclarent aussi un moindre soutien social et une moins bonne santé perçue (mais la différence n'est pas significative pour la santé perçue).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Beaufils C. *L'inactivité professionnelle au cours du parcours de vie : un déterminant social de la santé des femmes aux âges élevés ?* [Thèse] doctorat en sociologie, démographie, anthropologie, codirection Olivia Samuel et Emmanuelle Cambois, université Paris-Saclay, novembre 2022 : 565 p. https://hal.science/tel-03930370v1/file/Thèse_Constance_Beufils_2022.pdf
- Beaufils C., Barbuscia A., Cambois E. Women's employment–family trajectories and well-being in later life: evidence from France. *Journal of Aging and Health*, 11 janvier 2023. En ligne : <https://doi.org/10.1177/08982643221147637>
- Matinet B., Rosankis E. *Les Expositions aux risques professionnels dans la fonction publique et le secteur privé en 2017. Enquête SUMER 2017*. Dares, coll. Synthèse stat', 2019, n° 31 : 33 p. En ligne : https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/pdf/synthese_stat_expositions_risques_professionnelles_fonctions_publicques.pdf
- Briard K. Métiers « de femmes », métiers « d'hommes » : en quoi les conditions de travail des femmes et des hommes diffèrent-elles ? *Insee références*, 2022 : p. 57-70. En ligne : https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/6047793/IREF_FH22-D2.pdf
- Algava E., Bloch K. L'inactivité depuis cinquante ans : La présence d'enfants continue de faire la différence entre femmes et hommes. *Insee références*, 2022 : p. 71-88. En ligne : https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/6047793/IREF_FH22-D2.pdf

« Vie personnelle et professionnelle : les femmes cumulent les tâches »

Entretien avec Émilie Council,

chargée de recherche,
Institut national d'études démographiques
(Ined), Aubervilliers.

La Santé en action : **Qu'entendez-vous par invisibilité des atteintes à la santé des femmes en lien avec leur activité professionnelle ?**

Émilie Council : Cette invisibilité des atteintes à la santé liées au travail touche davantage les femmes même si elle concerne aussi les hommes. Pour mémoire, les femmes ont longtemps été assignées au travail domestique ; même lorsqu'elles participaient à l'emploi, elles étaient considérées non-travailleuses ou travailleuses d'appoint ; et en tant que travailleuses, on les croyait davantage protégées des travaux dangereux que les hommes. La prévention des risques professionnels porte encore les stigmates de cette longue cécité envers le travail des femmes. Ces questions ont en effet longtemps été négligées tant par la recherche scientifique qui établit des liens de cause à effet, que par les États et les autres employeurs, qui ont obligation d'assurer la santé et la sécurité des salarié.e.s. Pourquoi une telle cécité ? Prenons l'exemple des risques chimiques. D'abord, la division sexuelle du travail concentre effectivement la partie la plus visible de ces expositions dans les secteurs fortement masculinisés que sont la construction, l'industrie lourde ou encore la maintenance. Ensuite, les expositions rencontrées par les femmes dans des professions où elles sont majoritaires – aides-soignantes et infirmières, coiffeuses et esthéticiennes, agents de propreté – ont tardé à faire l'objet d'études permettant de rendre compte de la multiplicité des composés rencontrés, nocifs

pour la santé, ne serait-ce qu'au cours d'une journée de travail. En outre, la caractérisation de leurs effets au long cours, éventuellement différenciés selon le sexe et l'âge, demeure complexe. Enfin, nombre des situations d'exposition rencontrées par des femmes s'inscrivent dans des parcours d'emplois précarisés, marqués par l'instabilité, la discontinuité, le cumul de temps partiel ou encore l'éclatement de l'activité sur des sites multiples où les conditions de travail diffèrent. C'est typiquement le cas dans le nettoyage où le recours à la sous-traitance brouille la relation d'emploi et, par là même, les responsabilités face à la santé des salarié.e.s. Ces spécificités et les stéréotypes sexistes déjà évoqués ont généré des biais de genre dans une grande partie des connaissances en santé au travail.

S. A. : **Concernant les cancers professionnels, quelles inégalités les femmes subissent-elles ?**

É. C. : Ces constats généraux sont particulièrement bien documentés pour les cancers professionnels. Une enquête portant sur les inégalités sociales en matière de cancers respiratoires d'origine professionnelle en Seine-Saint-Denis nous en donne un exemple. Le cancer y est étudié non seulement comme un événement-sentinelle pour l'étude des parcours d'exposition professionnelle, mais aussi pour l'observation du (non-) recours au droit à la réparation au titre de la maladie professionnelle. Or parmi les participant.e.s, les femmes sont nettement moins représentées, depuis l'inclusion jusqu'à l'indemnisation, en passant par la mise à jour d'expositions au travail. Comment expliquer ces différences ? D'abord, par des effets de sélection ou d'auto-sélection, du fait d'un concept impensé – celui du lien entre travail et

L'ESSENTIEL

■ **À 40-55 ans, les femmes souffrent davantage d'usure physique et psychique que les hommes. La ségrégation sexuée du travail – y compris au sein de mêmes postes – fait que les femmes sont affectées à des tâches considérées plus légères, mais pénalisantes par leur répétition et par les contraintes d'horaires de travail.**

cancer – plus fréquent encore parmi les femmes et leurs médecins. Ensuite, elles s'expliquent par des expositions en partie réellement plus faibles, mais aussi plus difficiles à mettre à jour, en raison de leur caractère intermittent, multiforme, et parfois cumulatif avec les expositions domestiques. Enfin, par l'inadéquation des tableaux de maladies professionnelles au travail réel des femmes, qui en outre, bénéficient d'un moindre soutien des conjoints dans les démarches administratives. Or l'empêchement que crée ce véritable parcours de la combattante se cumule au contexte difficile de la maladie. Ces faits sont connus depuis longtemps, et leur sous-reconnaissance constitue une inégalité sociale frappante également chez les hommes, dans la mesure où les expositions professionnelles se concentrent chez les ouvriers. Ainsi reconnaît-on seulement 2 000 cas de cancers professionnels par an, la plupart liés à l'amiante, alors que le Circ¹ estime qu'au moins 15 000 cas de cancers sont causés par des expositions survenues au travail. Signe d'un frémissement, une infirmière atteinte d'un cancer du sein vient d'obtenir la reconnaissance en maladie professionnelle du fait de ses horaires de travail atypiques, alors qu'il n'existe pas de tableau de

maladies professionnelles dédié au travail de nuit. Pour autant, la tendance depuis longtemps se résume à une très grande inertie : notre système de réparation peine à intégrer les connaissances scientifiques disponibles, et les obstacles à l'accès à ce droit restent prégnants, ce qui constitue une double peine pour les victimes. Cette double inégalité est encore aggravée par le caractère pénalisant de la maladie vis-à-vis du travail. Ainsi, pour nombre de personnes en emploi au moment du diagnostic, le retour au travail constitue un enjeu de taille, dont dépendra également en partie la guérison, dans toutes ses dimensions.

S. A. : Quelles sont les grandes inégalités de prévention et promotion de la santé subies par les personnes de 40-55 ans ?

É. C. : Si dans le cas du cancer les maux liés au travail se manifestent souvent en fin de vie active et à la retraite, il n'en va pas de même pour les atteintes psychiques, les troubles musculo-squelettiques ou encore l'asthme professionnel, qui peuvent survenir beaucoup plus tôt dans la vie et dès la tranche d'âge de 40-55 ans que vous évoquez. La part de ces atteintes liées au travail n'est pas directement mesurable, pour la simple raison qu'il n'existe pas de signe distinctif d'un point de vue médical. Toutefois, le ministère du Travail, du Plein Emploi et de l'Insertion dresse un tableau statistique régulier des différences entre hommes et femmes en matière de conditions de travail et d'exposition aux risques professionnels traditionnels. Nous savons ainsi que les femmes souffrent davantage d'usure physique et psychique, tandis que les hommes sont toujours plus exposés aux dangers visibles. La ségrégation sexuée du travail, y compris au sein de mêmes postes, a eu tendance à affecter les femmes à des tâches dites plus légères, mais qui par leur répétition ou les contraintes temporelles dans lesquelles elles sont effectuées peuvent être très pénalisantes. Dans le même temps, les hommes ont dans certains secteurs davantage bénéficié d'une automatisation les rendant chefs opérateurs d'une machine et réduisant ainsi leur

exposition à des pénibilités physiques. D'autres enjeux, comme la santé sexuelle, sont encore pris en compte de manière trop étroite – l'endométriose en est un exemple. Ils commencent toutefois eux aussi à émerger, comme en témoignent les innovations récentes en matière de congé menstruel. En plus des différences observées dans le travail, le cumul des tâches constitue une autre inégalité qui se manifeste dans les difficultés d'articulation entre vie personnelle et vie professionnelle. En d'autres termes, les femmes cumulent les tâches, entre vie personnelle et vie professionnelle. Ce surplus de travail auquel sont confrontées les femmes, en particulier les mères de jeunes enfants et d'adolescent-e-s, est en temps normal particulièrement marqué dans les ménages les moins aisés. Pourtant, même durant la crise sanitaire qui a temporairement atténué les écarts entre classes sociales, les femmes ont continué à assumer la majeure partie du travail domestique. Et ce alors même que leurs conditions d'activité professionnelle se rapprochaient de celles des hommes, avec le développement du télétravail et du chômage partiel. Ces inégalités entre les femmes et les hommes doivent et peuvent être combattues tout au long de la vie active. Dans le travail, la loi du 4 août 2014 pour l'égalité des femmes et des hommes introduit une obligation de réaliser une évaluation genrée des conditions de travail et des risques professionnels. La récente mise en place de la visite médicale à mi-parcours² a certainement un rôle à jouer du point de la prévention et du maintien en emploi, bien qu'il soit trop tôt pour en évaluer l'effectivité. La reconnaissance des atteintes à la santé liées au travail et la prise en compte des pénibilités dans le régime des retraites constituent quant à elles deux axes forts de réduction des inégalités sociales et de genre, dont la progression reste très incertaine et pourtant indispensable. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Centre international de recherche sur le cancer. En ligne : <https://www.iarc.who.int/fr/>

2. La loi pour renforcer la prévention en santé au travail crée une visite médicale de mi-carrière, entrée en vigueur le 31 mars 2022.

Source : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000043884472

Pour en savoir plus

Sur l'invisibilisation des risques du travail :

- Messing K. Santé des femmes au travail et égalité professionnelle : des objectifs conciliables ? *Travailler*, 2009, vol. 2, n° 22 : p. 43-58.
- Henry E. Ignorance scientifique et inaction publique. Les politiques de santé au travail. Paris : Presses de Sciences Po, 2017 : 264 p.
- Counil É., Henry E. Produire de l'ignorance plutôt que du savoir ? L'expertise en santé au travail. *Travail et Emploi*, 2016, vol. 4, n° 148 : p. 5-29.

Sur les cancers professionnels en particulier :

- Marchand A. Quand les cancers du travail échappent à la reconnaissance : Les facteurs du non-recours au droit. *Sociétés contemporaines*, 2016, vol. 2, n° 102 : p. 103-128.
- Counil É., Bertin M., Thébaud-Mony A. De la reconstitution des parcours de travail à la reconnaissance en maladie professionnelle : enseignements du dispositif d'enquête du Giscop93 sur la question des multiexpositions cancérigènes. In : Héry M., Goutet P. *Construire en permanence la prévention des cancers professionnels*. Les Ulis : EDP Sciences, 2015.
- Counil É. Inégalités des parcours de travail et histoires d'exposition aux cancérigènes. In : Davezies P., Thébaud-Mony A., Vogel L., Volkoff S. (éds.) *Les Risques du travail, pour ne perdre sa vie à la gagner*. Paris : La Découverte, 2015 : p. 124-128.
- Counil É., Henry E. Is it time to rethink the way we assess the burden of work-related cancer? *Current Epidemiology Reports*, 2019, vol. 6 : p. 138-147.

Sur l'articulation vie personnelle-vie professionnelle :

- Messing K. *Le Deuxième Corps. Femmes au travail, de la honte à la solidarité*. Montréal : Les Éditions Écosociété, coll. Féminisme, Inégalités sociales, Santé, Société, 2022 : 280 p.
- Pailhé A., Solaz A. (dirs.) *Entre famille et travail : des arrangements de couple aux pratiques des employeurs*. Paris : La Découverte, coll. Recherches, 2009 : 514 p.
- Pailhé A., Solaz A., Wilner L., équipe EpiCov. Travail domestique et parental au fil des confinements en France : comment ont évolué les inégalités socio-économiques et de sexe ?/Housework and parenting during the lockdowns in France: how have socio-economic and gender inequalities changed? *Économie et Statistique*, 2022, n°s 536-537 : p. 3-25.

MedPrev : une innovation qui favorise la prévention en soins de premiers recours

Arly Communier,

ingénieur en éducation santé, union régionale des professionnels de santé (URPS) médecins libéraux Nouvelle-Aquitaine,

Olivier Aromatario,

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm),

Population Health Research Center (BPH), U1219, Mérisp/PHARES, équipe labellisée Ligue contre le cancer, CIC1401, université de Bordeaux, centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux, service prévention.

MedPrev est un projet de prévention développé par l'union régionale des professionnels de santé (URPS) médecins libéraux de Nouvelle-Aquitaine en partenariat avec l'agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine et désormais l'URPS médecins libéraux des Hauts-de-France. Il est accompagné méthodologiquement par le service prévention du centre hospitalier universitaire (CHU) et l'université de Bordeaux. Il a été conçu à partir des demandes des médecins et des professionnels des territoires pour organiser et suivre les actions de prévention avec les usagers.

Il s'agit d'un dispositif structuré d'accompagnement des modifications des comportements et des habitudes de vie ayant une influence sur la santé. MedPrev a pour objectifs de faciliter l'organisation des actions préventives, qu'elles soient thématiques (activité physique, consommations, environnement, vie sociale, vie sexuelle, etc.) ou transversales (bien-être, développement de compétences, etc.).

Ces pratiques cliniques préventives sont coordonnées par le médecin traitant. Un accompagnement à la prise de décision et à la mise en œuvre des actions est assuré par le médecin et/ou les professionnels à qui il peut déléguer certaines tâches (paramédicaux, activité physique adaptée, professionnels formés à l'entretien motivationnel) et aussi par l'outil numérique. Ce dispositif est adapté aux différents types d'exercice : cabinets de médecins, maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou autre exercice regroupé avec des infirmières de l'association Asalée coopé-

rant avec des médecins généralistes, centres médicaux, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), etc.

MedPREV s'adresse en priorité à la population adulte (18-65 ans) présentant des habitudes de vie pouvant avoir un impact sur leur santé et/ou représentant un facteur de risque de développement ou de complications de maladies chroniques. Il peut donc s'agir de « patients » ou d'« usagers ».

Le parcours MedPrev s'effectue en quatre étapes :

- L'inclusion est réalisée soit directement par un médecin généraliste, soit par une personne-relais : un autre médecin (travail, spécialiste), un pharmacien, une infirmière ou tout autre professionnel paramédical. Le professionnel présente les objectifs et les fonctionnalités de MedPrev et amène la personne, dans une approche motivationnelle, à identifier l'intérêt de son utilisation. La personne a accès à des auto-questionnaires et à un espace personnel de suivi de ses actions de prévention.

- Le remplissage des questionnaires par la personne sur téléphone, tablette ou ordinateur à son rythme. Elle a six questionnaires proposés sur différents déterminants de santé. Elle a le choix de répondre ou non à un questionnaire.

- La « consultation individuelle dédiée » à la prévention, réalisée par le médecin – ou par un professionnel tiers qu'il délègue – pour analyser avec la personne ses réponses et pour définir conjointement un « plan d'action prévention ». Cette consultation peut être réalisée à distance ou en présentiel. L'outil MedPrev donne également accès à une liste de ressources (contacts, applications, documents à lire, vidéos, etc.).

- Le suivi est réalisé par le médecin et/ou les professionnels à qui il le délègue ; des informations peuvent être partagées entre les professionnels de manière sécurisée. De nouveaux objectifs peuvent être consignés, d'autres outils et contacts peuvent être partagés sur l'espace personnel de l'utilisateur. La personne peut y consulter ses objectifs, les modifier, en ajouter, noter ses réussites, ses difficultés. Elle seule décide de partager ses notes avec le médecin. L'évaluation des

L'ESSENTIEL

■ **MedPrev permet aux médecins de réaliser des consultations de prévention, et aux usagers/patients d'être parties prenantes de cette démarche. Il repose sur un outil numérique partagé venant en appui à l'action des professionnels. Présentation de cette démarche et de ses modalités d'évaluation.**

évolutions des comportements, connaissances et perceptions peut se faire à distance en utilisant les mêmes questionnaires.

Pour élaborer ce dispositif MedPrev, l'équipe de l'URPS médecins est partie du constat que les médecins donnent des conseils, « souvent répétés, parfois écoutés, mais qui entraînent difficilement des changements de comportement ». Comme le résume l'un d'eux, « le passage du "dire au faire" est un saut en soi ; et celui-ci est d'autant plus difficile qu'il est suggéré ou ordonné de l'extérieur. Un "environnement motivationnel" apparaît indispensable pour susciter et accompagner la personne ». Des médecins qui utilisent MedPrev commentent ainsi l'intérêt de ce dispositif qui les accompagne dans une démarche éducative : il procure « une approche globale préventive qui modifie l'image du médecin limité à la dispensation d'ordonnance ».

Depuis 2020, l'évaluation continue permet de faire évoluer la démarche. Actuellement, MedPrev est utilisé par 20 médecins actifs, et 330 patients sont inclus sur deux régions (Nouvelle-Aquitaine et Hauts-de-France).

Un outil numérique

L'outil numérique pour les usagers comprend des auto-questionnaires sur les habitudes de vie (consommations, activités, repos, environnement, suivi médical, vie sociale, vie affective et sexuelle). Ils amènent les personnes à se questionner sur leurs connaissances (fausses croyances), perceptions, attitudes et motivation à changer. Il comprend également un espace personnel – avec les décisions prises

(objectifs, actions), leur suivi (journal de bord) et des outils (contacts, trucs et astuces, etc.) – accessible par l'utilisateur à n'importe quel moment de son parcours.

Les fonctionnalités pour les professionnels permettent de suivre les parcours de prévention de leur cohorte d'utilisateurs (tableaux de bord, synthèse des questionnaires, traçabilité des plans d'action, des ressources partagées, relances automatiques, etc.), de communiquer avec l'utilisateur (envoi d'informations à l'utilisateur), d'organiser les parcours délégués de tâches à d'autres professionnels (infirmière, etc.), orientation dans des filières de prise en charge, etc.

Une démarche de développement innovante

D'ordinaire, l'élaboration et l'évaluation des outils numériques porte essentiellement sur l'aspect métrologique (fiabilité de la mesure) et technique (qualité des informations et du contenu, modalité de conception, respect de la législation, sécurité des données, utilité et acceptabilité) [1]. En tant que support d'une démarche éducative, ils ne doivent pas être envisagés comme de simples outils, mais comme des interventions éducatives à évaluer en tant que telles [2], c'est-à-dire qui puissent mettre en évidence les leviers de modification de comportement que ces outils numériques activent [3]. De plus, un outil numérique en prévention doit être capable de prendre en compte les inégalités sociales de santé, sous

peine de ne pas être utilisé ou d'avoir moins d'efficacité pour ceux en ayant le plus besoin. Enfin, pour être accessible au plus grand nombre, il doit s'inscrire dans le système de santé de premier recours existant tout en favorisant son évolution vers les pratiques préventives [4].

Une évaluation participative

La méthode d'évaluation d'intervention « complexe » [5] a permis d'élaborer la théorie d'intervention [6] de MedPrev et ainsi de mettre en évidence les leviers de modification de comportement [3] que sont : a) les *capacités* (les connaissances et les compétences) ; b) les *opportunités* (la conscience de l'effet de son environnement sur son comportement et de pouvoir agir sur celui-ci) ; c) la *motivation* (élément central des modifications de comportement). Ces leviers sont mobilisés dans le dispositif MedPrev à partir des « ingrédients actifs » [7] issus des activités mises en œuvre. Cette évaluation est complétée par la mise en évidence des modalités de prise en compte des inégalités sociales de santé à partir de la grille d'évaluation de la théorie d'intervention objets connectés et application en prévention (OcaPREV) [4].

Le développement de MedPrev s'appuie sur son évaluation permanente qui associe l'ensemble des parties prenantes : les concepteurs (professionnels de santé médicaux et non médicaux, informaticiens, professionnels de la communication), un groupe de patients/

usagers et un groupe de professionnels utilisateurs. La participation des professionnels libéraux dans le processus d'évaluation leur a permis de mieux comprendre les processus de modification des comportements en santé et donc de définir des stratégies préventives adaptées au milieu de soins de santé primaire pour permettre à chacun d'évoluer dans ses pratiques.

Pour conclure

Pour favoriser son efficacité, MedPrev doit non seulement permettre d'activer les mécanismes permettant l'évolution des comportements plus favorables à la santé, mais aussi de rester vigilant sur ses capacités à prendre en compte les inégalités sociales de santé, sous peine de ne pas atteindre les personnes qui présentent les plus grands besoins de santé. L'intégration des utilisateurs (patients/usagers et professionnels) dans le processus de développement du dispositif favorise l'accessibilité et la pérennité de son utilisation.

Ainsi, MedPrev s'adapte aux différentes modalités d'exercices de la prévention en milieu de soins et pourra devenir un véritable support de développement des organisations de santé pluriprofessionnelles et territoriales. ■

Pour en savoir plus :

<https://www.urpsml-na.org/fr/projet/medprev>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Aromatario O., Van Hoya A., Vuillemin A., Foucaut A.-M., Crozet C., Pommier J. *et al.* How do mobile health applications support behaviour changes? A scoping review of mobile health applications relating to physical activity and eating behaviours. *Public Health*, octobre 2019, vol. 175 : p. 8-18. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31374453/>
- [2] Cambon L. Health smart devices and applications... towards a new model of prevention? *European Journal of Public Health*, juin 2017, vol. 27, n° 3 : p. 390-391. En ligne : <https://academic.oup.com/eurpub/article/27/3/390/3855304>
- [3] Michie S., Van Stralen M. M., West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, décembre 2011, vol. 6, n° 1.
- En ligne : <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-6-42>
- [4] Aromatario O., Van Hoya A., Vuillemin A., Foucaut A.-M., Pommier J., Cambon L. Using theory of change to develop an intervention theory for designing and evaluating behavior change SDApps for healthy eating and physical exercise: the OcaPREV theory. *BMC Public Health*, décembre 2019, vol. 19, n° 1. En ligne : <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7828-4>
- [5] Moore G. F., Audrey S., Barker M., Bond L., Bonell C., Hardeman W. *et al.* Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, 19 mars 2015, vol. 350. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4366184/>
- [6] Hawe P., Shiell A., Riley T. Theorising interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology*, juin 2009, vol. 43, n°s 3-4 : p. 267-276. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19390961/>
- [7] Michie S., Richardson M., Johnston M., Abraham C., Francis J., Hardeman W. *et al.* The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, août 2013, vol. 46, n° 1 : p. 81-95. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23512568/>
- [8] Michie S., Johnston M., Abraham C., Lawton R., Parker D., Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Quality & Safety in Health Care*, 1^{er} février 2005, vol. 14, n° 1 : p. 26-33. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15692000/>

Parcours de prévention : « Instaurer un dialogue médecin-patient »

Entretien avec François Alla,

professeur de santé publique,
chef du service de soutien méthodologique
et d'innovation en prévention,
centre hospitalier universitaire (CHU)
de Bordeaux,
président de la conférence régionale
de la santé et de l'autonomie
de Nouvelle-Aquitaine (CRSA).

La Santé en action :

Le développement de la prévention en médecine de premier recours est-il un enjeu de santé publique ?

François Alla : Notre système de soin doit se transformer pour faire face à l'évolution et à l'augmentation des besoins de santé notamment liée au vieillissement de la population et aux changements des environnements et des modes de vie. Dans ce cadre, une meilleure intégration de la prévention est incontournable. Pour rappel, près de la moitié de la charge de morbidité est évitable par la prévention, source potentielle majeure de santé et de bien-être. Elle peut de plus contribuer à la soutenabilité de notre système de par la réduction des besoins et des dépenses de santé. Dans le domaine de la prévention, la France n'est pas en avance : pour reprendre la synthèse du rapport de la Cour des comptes de 2021¹, en termes de prévention « les résultats obtenus sont globalement médiocres, et ce malgré un effort financier comparable à celui des pays voisins ».

S. A. : Le numérique pourrait-il être un bon levier ?

F. A. : En effet, l'innovation numérique serait un atout certain. Si nos résultats sont médiocres, ce n'est pas par manque de motivation des professionnels de santé, notamment des médecins traitants : une grande

part de leur activité quotidienne est déjà de l'activité préventive (repérage, dépistage, prise en charge des facteurs de risque, etc.). Le problème trouve sa source d'abord par manque d'organisation. La prise en charge préventive est en effet une question complexe qui s'inscrit dans la durée, qui peut nécessiter l'action concertée de plusieurs professionnels et qui implique la participation du patient. Si l'on veut être efficace, cette organisation est à mettre en place afin d'assurer les fonctions-clés de réussite de la prévention en milieu de soin et qui consistent en : un repérage systématique des situations problématiques ; un dialogue avec le médecin pour la co-construction d'un (ou de plusieurs) parcours de prévention prenant en compte : les besoins, les demandes, les priorités, les contraintes de chaque patient ; la fédération de l'ensemble des acteurs concernés du territoire pour rendre effectif ce parcours. L'innovation numérique est donc incontournable pour fournir un diagnostic préventif intégré ; pour permettre un partage de l'information avec le patient ; pour structurer et optimiser le temps de consultation ; pour échanger des informations entre professionnels, etc. Pour résumer, il ne peut y avoir de prévention sans organisation ; le numérique est un levier majeur, voire une condition de cette organisation.

S. A. : Quels enseignements tirer de MedPrev dans la perspective du lancement en France des consultations de prévention ?

F. A. : Si l'on veut qu'une consultation de prévention soit effective, il faut l'inscrire dans cette vision globale et organisationnelle que je viens de décrire. Autrement dit, cette

L'ESSENTIEL

■ **Une politique adaptée de prévention permettrait d'éviter des maladies. Dans ce cadre, la prévention en médecine de premier recours est un outil majeur. La prise en charge préventive de la population nécessite l'action concertée de plusieurs professionnels avec le médecin traitant en première ligne. À cet égard, l'innovation numérique est incontournable pour organiser la prévention.**

consultation ne doit pas être vue comme une fin en soi : elle n'a de sens qu'en tant qu'étape d'un parcours. Un outil tel que MedPrev (voir article ci-avant, NDLR) est donc indispensable pour structurer et enrichir efficacement cette consultation et afin d'être le support et le vecteur de ce temps de diagnostic partagé avec le patient et de planification du parcours de prévention. En retour, le financement d'une consultation de prévention permet de sanctuariser le temps nécessaire à cette démarche. Les deux dispositifs pourraient ainsi être fortement synergiques. Il est à noter que MedPrev va au-delà de ces consultations à âge fixe, qui n'ont pas démontré leur efficacité, pour inscrire la prévention tout au long de la vie, rythmée non en fonction de dates calendaires, artificielles par nature, mais de la temporalité des besoins de chaque patient. ■

Propos recueillis par la rédaction.

1. La politique de prévention en santé, novembre 2021, Cour des comptes.

Pour en savoir plus
<https://medprev.org>

Dossier

Prévention et promotion de la santé chez les 40-55 ans

Migrants : des conditions de travail et de vie qui dégradent leur état de santé

Trajectoires et origines (TeO) est une enquête nationale représentative de la population immigrée et née en France menée en 2008 par l'Ined auprès de 22 000 personnes (Hamel & Moisy 2013). Objectifs : établir des statistiques nationales sur la diversité des populations en France métropolitaine et étudier comment les origines migratoires influencent le devenir des personnes. Extraits de la conclusion de ces travaux publiés en 2016 : « *Tout comme il n'apparaît plus pertinent aujourd'hui d'analyser l'état de santé des individus sans distinguer les hommes et les femmes ou sans prendre en considération le milieu social, les résultats produits à partir des données de l'enquête TeO montrent qu'il n'est plus possible d'étudier la santé des migrants sans tenir compte de leur diversité, tant par leurs origines géographiques que leur ancienneté de résidence dans le pays d'accueil, ou par les conditions de vie qu'ils y ont trouvées.*

L'effet de sélection par la bonne santé des candidats à la migration dans les pays d'origine est corroboré pour l'ensemble des migrants et en particulier pour ceux originaires d'Afrique subsaharienne, discréditant l'idée répandue selon laquelle les immigrés viendraient en France pour bénéficier du système de soins. (...)

Si certains migrants ont subi, avant la migration, des traumatismes liés à des contextes de guerre ou de persécutions (...) il faut garder à l'esprit qu'une minorité de migrants arrivent néanmoins avec des besoins de soins particuliers, alors que la très grande majorité sont à l'inverse particulièrement bien portants et que leur capital santé devrait constituer un facteur positif d'intégration sociale.

Au-delà de ce constat global, les liens entre état de santé et migration se conjuguent différemment pour les femmes et pour les hommes. La meilleure santé à l'arrivée ne

se vérifie que pour la population masculine. Pour les femmes, on ne retrouve pas cet effet sélectif de la bonne santé pour migrer précisément parce qu'elles ont longtemps été plus rarement initiatrices de leur migration. Mais on constate en revanche un effet protecteur de l'arrivée à un jeune âge (avant 10 ans).

Autre résultat corroboré par les données de l'enquête : l'effet délétère des conditions de vie en France. La situation socioéconomique actuelle, ainsi que les expériences de précarité vécues au cours de la vie dans l'emploi et le logement expliquent en grande partie la surdéclaration d'une mauvaise santé. La mauvaise santé découle de la concentration importante des personnes migrantes dans les franges les plus défavorisées de la société. Ainsi, le surchômage des migrants – à qualification identique (...), qui résulte en partie de discriminations, a un impact conséquent sur la santé à long terme. Autrement dit, les discriminations ont des conséquences sociales qui dépassent le préjudice immédiat causé par le fait d'avoir été moins bien traité en raison de son origine.

Outre les conditions de travail et de vie plus difficiles, on peut aussi imaginer que s'opère un rapprochement des comportements alimentaires entre les immigrés et la population majoritaire. Les premiers perdraient au fil du temps l'effet protecteur d'une alimentation plus équilibrée de certains pays d'origine et conservée les premiers temps en France métropolitaine, ainsi que l'effet protecteur de plus faibles comportements à risque (consommation d'alcool et de tabac). (...)

L'ensemble de ces constats met en lumière les approfondissements nécessaires à une meilleure appréhension de la santé des migrants et des enjeux qu'elle pose. (...) Il apparaît clairement qu'une autre dimension de la santé est insuffisamment explorée (...): la santé mentale. Or, le cumul des expériences

L'ESSENTIEL

▣ **Quel est l'état de santé des migrants à mi-vie en France ? Peu d'études sont consacrées à cette thématique. Une enquête de l'Institut national d'études démographiques (Ined) apporte des éléments concrets, en tout cas sur l'ensemble du parcours de vie. D'où il ressort que les migrants arrivent en France dans un état de santé globalement favorable – ce qui vaut pour les hommes mais pas pour les femmes –, toutefois leurs conditions de vie défavorables ont un effet délétère sur leur état de santé. Ces résultats convergent avec ceux des grandes études publiées par ailleurs.**

douloureuses vécues pendant l'enfance ainsi que le déracinement familial et culturel ne peuvent être sans répercussion sur la santé mentale et, par conséquent, sur la santé perçue des immigrés. Par ailleurs, mieux capter les comportements alimentaires adoptés sur le territoire métropolitain (consommation de fruits et légumes, grignotage) et les pratiques addictives (consommation d'alcool et de tabac) est à retenir pour les prochaines enquêtes. ». À souligner en conclusion qu'une nouvelle enquête statistique « Trajectoires et Origines 2 » (TeO2), réalisée conjointement par l'Ined et l'Insee, est en cours.

Sources : Trajectoires et origines, Enquête sur la diversité des populations en France, 2016, sous la direction de Cris Beauchemin, Christelle Hamel et Patrick Simo ; chapitre 9 Migration et conditions de vie : leur impact sur la santé, Christelle Hamel et Muriel Moisy, pp. 263 à 290.

<https://teo.site.ined.fr/>

RATP : « Donner aux salariés des clés pour devenir acteurs de leur propre santé »

Entretien avec Sandrine Tang-Tardieux, médecin du travail à la RATP.

La Santé en action : Pourquoi avoir mis en place un programme de prévention spécifique auprès des agents RATP ?

Sandrine Tang-Tardieux : Nous sommes partis des connaissances scientifiques et épidémiologiques, mettant en évidence les impacts négatifs sur la santé du travail de nuit et en horaires atypiques (voir encadré). Ces connaissances correspondent à nos constats cliniques, lorsque nous voyons les agents en consultation : importante prise de poids, troubles du sommeil, hypertension, difficultés socio-professionnelles pouvant conduire à la perte d'emploi. Par ailleurs, en 2013, le service de Prévention et de Santé au travail (SPST) de la RATP a créé, dans la continuité des travaux épidémiologiques déjà entamés, une cellule d'étude et de recherche épidémiologique en santé au travail, qui a poursuivi son étude de mortalité en partenariat avec Santé publique France. Celle-ci portait initialement sur la période 1980-1999 et a été étendue jusqu'à 2012. Les résultats de la première période d'observation ont fait l'objet d'une publication de l'Institut national de veille sanitaire (INVS) en septembre 2008 : *Analyse de la mortalité des agents et ex-agents de la RATP sur la période 1980-1999* [1]. Les résultats du second volet ont été présentés aux instances et au Congrès national de médecine et santé au travail (CNMST) 2022 de Strasbourg ; ils feront l'objet d'une publication scientifique. Cette étude a mis en évidence une sous-mortalité globale en comparaison à la population de

l'Île-de-France. En revanche, il a été trouvé une surmortalité par pathologies cardio-vasculaires des hommes conducteurs de bus.

Cet ensemble de constats nous a conduits à trouver de nouvelles modalités pour améliorer la prévention collective et individuelle et prévenir la désinsertion professionnelle ; d'autant plus que les évolutions sociétales et les transformations de l'organisation du travail à la RATP entraînent davantage de risque de sédentarité. C'est le cas, par exemple, pour les agents des postes de commandement, affectés à l'automatisation des lignes de métro, ceux de la régulation centralisée des bus ou des fonctions-supports avec l'extension du télétravail. Outre la sédentarité, d'autres risques pour la santé émergent, tels que la digitalisation de l'entreprise, avec des risques d'addictions aux nouvelles technologies, mais aussi des risques de décrochage par rapport à ces technologies.

S. A. : De quelles préventions collective et individuelle les agents bénéficient-ils ?

S. T.-T. : Les résultats de l'étude de mortalité ont été partagés avec les intervenants en prévention. Les protocoles de suivi médical individuel des salariés concernés ont été adaptés, avec le dépistage précoce des facteurs de risques cardio-vasculaires. Les personnes exposées à des risques particuliers sont suivies tous les deux ans ; différents examens sont réalisés, des questionnaires peuvent être utilisés pour dépister le syndrome d'apnée du sommeil, pour repérer les troubles anxieux ou dépressifs. Sur le plan collectif, la prévention passe par l'information qui est délivrée aux salariés concernant les risques liés à leur poste,

L'ESSENTIEL

■ **Le service de Prévention et de Santé au travail de la RATP a mis en place pour ses agents un programme de promotion de la santé en rapport avec les risques liés au travail. Ce programme prend en compte les particularités des conditions de travail de l'entreprise : horaires décalés ; travail de nuit ; travail assis pendant de longues plages horaires – donc sédentarité accrue – ; etc. Ce programme s'est appuyé notamment sur les résultats d'une étude épidémiologique réalisée par le service de Prévention et de Santé au travail en partenariat avec Santé publique France. Dans une démarche d'« aller-vers », les équipes médicales organisent sur les lieux de travail des ateliers courts et interactifs de prévention sur différentes thématiques, notamment l'hygiène de vie en rapport avec les horaires décalés, et la prévention des addictions. Cette approche holistique de la santé a pour but de donner aux salariés des clés pour devenir acteurs de leur propre santé.**

ainsi que par des aménagements de poste lorsque cela s'avère nécessaire. On sait notamment que les horaires décalés sont mieux acceptés et mieux tolérés d'un point de vue de la santé s'ils sont choisis. La régularité des horaires est également importante, d'où les conseils émis en faveur des horaires dits « à plat » : les agents sont soit du matin, soit de l'après-midi, il n'y a pas d'alternance. Il s'agit également de limiter dans la carrière le temps passé en horaires de nuit (« grande



© Bruno Marguerite/RAP.

nuît »), en créant les conditions de changement de poste, notamment pour les populations vieillissantes.

Ce dispositif de promotion de la santé est complété par la création d'ateliers de prévention – sous la forme d'« aller-vers » – consacrés à la nutrition, au sommeil et à l'activité physique ; ainsi que de modules spécifiques à la prévention des conduites à risques, des addictions aux substances et des addictions comportementales aux nouvelles technologies. Son contenu s'appuie sur les recommandations de différents plans nationaux : la Haute Autorité de santé (HAS) en 2012 (voir encadré) ; le Plan santé-travail 2016-2020 ; le Programme national nutrition santé (PNNS) ; et le Plan santé-environnement 2015-2019, avec son concept d'exposome – c'est-à-dire l'ensemble des facteurs environnementaux, physiques, toxicologiques, mais aussi psychosociaux et socio-professionnels à l'origine des maladies chroniques.

S. A. : Comment ces ateliers de prévention se déroulent-ils ?

S. T.-T. : Nous avons observé des limites aux actions de prévention plus classiques, comme la présentation d'informations en salle de réunion avec des PowerPoint : nous perdons l'attention du public. D'où le choix de proposer des ateliers thématiques courts, d'environ 15 min, qui se tiennent sur le lieu de travail (terminus des lignes de métro, centres bus, sites de maintenance, etc.) au plus près des salariés, avec des outils interactifs. Leur contenu suit un script élaboré par un groupe de médecins,

une trame qui permet de délivrer des messages-clés. Et ils sont animés par des infirmiers formés spécifiquement, sous la supervision du médecin de secteur. Ces ateliers traitent plusieurs problématiques, classées sous trois volets : « Hygiène de vie au travail », pour parler du sommeil, de nutrition, d'activité physique ; « Prévention des conduites à risques », pour aborder les addictions au tabac, à l'alcool, au cannabis, aux écrans (jeux vidéo, Internet, réseaux sociaux, etc.) ; « Sauvons des vies », pour sensibiliser et former les agents à l'utilisation d'un défibrillateur automatique lorsqu'ils sont confrontés au malaise d'un voyageur. La diversité des thématiques, complémentaires, constitue autant de leviers pour atteindre l'ensemble des agents, car le point d'entrée est différent d'une personne à l'autre. Un atelier entraîne un autre, il y a un *continuum*. C'est une approche holistique de la santé, qui a pour but de donner aux salariés des clés pour devenir acteurs de leur propre santé.

S. A. : Utilisez-vous du matériel spécifique pour appuyer vos conseils ?

S. T.-T. : Dans la session « Sommeil et Horaires atypiques », les messages portent sur la quantité de sommeil et sa répartition, son impact sur la vigilance et sur les risques d'accidents. Nous utilisons un tapis de simulation avec des lunettes, ainsi que des poids portés aux chevilles et aux poignets, faisant ressentir la fatigue. Nous mesurons les risques de somnolence à l'aide d'une échelle validée. Nous utilisons également des *quiz* pour

faire le point sur les connaissances et les représentations des personnes concernant cette thématique. En atelier « Nutrition », l'impédancemètre – qui permet d'analyser la composition corporelle, notamment la part masse grasse/masse maigre – est un outil intéressant pour engager la discussion sur ce qu'est une alimentation équilibrée. Nous interrogeons les salariés sur les changements qu'ils pourraient apporter à leurs habitudes. Nous parlons répartition et contenu des repas en fonction de leurs horaires de travail. Concernant l'activité physique, un questionnaire sert de point de départ pour évaluer le profil d'activité. Il n'est pas question de sport, mais des bienfaits de l'activité physique, comme la marche, sur la santé. Dans les sessions sur l'alcool et le cannabis, des lunettes de simulation sont portées par le salarié qui doit effectuer un parcours sur un tapis en respectant un certain nombre de consignes. Il expérimente ainsi les atteintes de l'équilibre et la réduction de son champ visuel. Une application montrant la cinétique de l'alcoolémie fait prendre conscience du temps nécessaire pour que l'alcool baisse dans le sang.

S. A. : Comment amenez-vous les agents à changer d'eux-mêmes leurs habitudes ?

S. T.-T. : Nous nous fondons sur des principes simples : ne pas marteler les informations ; se donner du temps ; être dans une écoute attentive et empathique ; éviter les postures de jugement. Notre démarche consiste à partir de ce que les salariés connaissent, de leurs représentations,

de leurs intérêts, lesquels sont mis en évidence par les différents *quiz*. Nous tirons des fils pour les amener à réfléchir sur ce qu'ils pourraient changer dans leur mode de vie. Les conseils que nous apportons, les messages clairs et adaptés à leurs besoins sont un point de départ qui leur laisse des marges de manœuvre pour trouver eux-mêmes des solutions. Si certains salariés ne se sentent pas d'emblée concernés, les ateliers permettent une forme de libération de la parole. Cette dynamique de groupe et la complémentarité des thématiques font la force de ces interventions. Ce qui facilite cette approche, c'est la confiance. Nous connaissons les agents avec qui nous échangeons dans le colloque singulier de la consultation médicale individuelle. Proches des agents, connaissant leurs conditions de travail, nous savons nous adapter à leurs attentes et nous sommes même en mesure de définir, selon les lieux, des formats différents. Cela n'a rien à voir avec ce que pourrait proposer un prestataire extérieur.

S. A. : **Quel est le bilan de ce programme de prévention ?**

S. T.-T. : Entre 2016 et 2019, une centaine d'ateliers ont été mis en œuvre par les médecins et par les infirmiers. Cependant, la crise

sanitaire de la Covid a eu un impact sur le dispositif en 2020-2021. Elle nous a conduit à imaginer des « capsules » en format e-learning. Toutefois, si la digitalisation ouvre une piste, elle représente un risque de basculer dans une formation passive. Pour le moment donc, nous testons et nous sommes à l'écoute des représentants syndicaux et des salariés qui font part de leurs idées en la matière. D'un point de vue qualitatif, les retours positifs des salariés que nous voyons en consultation médicale nous incitent à penser que nous allons dans la bonne direction. De plus, nous ne constatons pas de réticence de la part des managers qui libèrent du temps, quand cela est possible, pour que les agents puissent participer aux ateliers. Nous aimerions que ces ateliers soient intégrés à leurs objectifs concernant la politique santé sécurité et qualité de vie au travail.

Ce dispositif n'est toutefois pas simple à évaluer avec des indicateurs. En effet, les réponses des salariés à tout type de questionnaire en entreprise peuvent aussi être le reflet de mécontentements liés aux profondes réorganisations de l'entreprise. Quant à mesurer ses effets sur la santé globale, compte tenu de la multifactorialité, cela me paraît extrêmement complexe. Néanmoins, un

médecin junior en stage dans notre service de Prévention et de Santé au travail vient de lancer une étude – qui inclut 400 personnes – pour évaluer l'efficacité des règles d'hygiène de vie sur les troubles du sommeil chez les salariés en horaires atypiques. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Pour en savoir plus :

● <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/articles-du-mois/2022/un-panorama-de-l-evolution-du-travail-de-nuit-en-france-sur-34-ans-par-profession-et-secteur-d-activite-a-l-aide-des-donnees-du-recensement-et-d-un>

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Campagna D., Ihaddadene K., Randon A., Mattei N., Marchand J.-L., Le Naour C. *et al. Analyse de la mortalité des agents et ex-agents de la RATP sur la période 1980-1999. Cohorte Edgar*. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire (INVS), 2018 : 21 p. En ligne : https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/084000749.pdf

TRAVAIL DE NUIT : DES EFFETS DÉLÉTÈRES SUR LA SANTÉ

Une expertise de l'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses) de 2016 [1] a mis en évidence trois niveaux d'effets du travail de nuit sur la santé :

- des effets avérés sur le sommeil, la somnolence et le syndrome métabolique ;
- des effets probables sur la santé psychique (anxiété, irritabilité, dépression), sur la survenue de cancers (du sein et de la prostate), sur les performances cognitives, l'obésité et la prise de poids, le diabète de type 2 et les maladies coronariennes (ischémie coronaire et infarctus du myocarde) ;
- des effets possibles sur l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les dyslipidémies.

Dès 2012, la Haute Autorité de santé (HAS) a formulé des préconisations pour la surveil-

lance médico-professionnelle des travailleurs postés et de nuit [2] :

- mesurer la qualité et la quantité du sommeil par des outils (questionnaire du chronotype, échelle d'Epworth, agenda du sommeil, etc.) ;
- délivrer des conseils en la matière et informer sur la somnolence et sur le risque accidentel ;
- s'assurer que les femmes aient un bon suivi gynécologique en prévention du cancer du sein ;
- éviter les horaires postés ou de nuit pour les femmes enceintes à partir de 12 semaines de grossesse ;
- surveiller les facteurs de risques cardio-vasculaires (tabac, nutrition, tension artérielle, troubles métaboliques).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses). *Évaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit*. [Avis et Rapport d'expertise collective]. Maisons-Alfort : Anses, coll. Édition scientifique, juin 2016 : 430 p. En ligne : <https://www.anses.fr/fr/system/files/AP2011SA0088Ra.pdf>
- [2] Société française de santé au travail (SFST). *Recommandation de Bonne Pratique. Surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et/ou de nuit. Méthode « Recommandations pour la pratique clinique »*. Paris : SFST, mai 2012 : 48 p. En ligne : <https://societefrancaisedesanteautravail.fr/page-33/recommandations-de-la-sfst>

MSA : « Des consultations de prévention pour les travailleurs du secteur agricole les plus éloignés des soins »



© Alexa Brunel/PinkShif Images - Les Grands séparés-Radioscope de la France / grande commande photo BNF.

Entretien avec Frédéric Pomykala,

responsable du département Prévention et Éducation sanitaire et sociale à la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA).

La Santé en action : À qui s'adressent les Instants santé MSA ?

Frédéric Pomykala : Avant 2017, date de la création de ce dispositif, la Mutualité sociale agricole (MSA) proposait un bilan de santé à ses quatre millions d'assurés. C'était essentiellement un recueil épidémiologique. Cette approche populationnelle s'est étioyée avec le temps tandis que les pouvoirs publics incitaient,

de leur côté, à des interventions plus ciblées. Nous avons alors recentré ce bilan de santé sur les personnes « en besoin », à savoir les populations en sous-consommation de soins parmi les 25-74 ans – les 16-24 ans étant couverts par un dispositif particulier, les Instants santé jeunes MSA, dont l'objectif est de les inciter à réaliser une consultation auprès d'un médecin généraliste. Nous avons créé une définition par tranches d'âge pour caractériser un public déconnecté du parcours du soin : parmi les 40-45 ans, il s'agit des individus n'ayant pas consulté un médecin (généraliste ou spécialiste) depuis deux ans ; parmi les 65-74 ans, ceux qui ne l'ont pas vu depuis six mois, etc.

L'ESSENTIEL

84 000 actifs du monde agricole ont bénéficié d'un Instant santé MSA, c'est-à-dire d'un bilan de santé personnalisé et gratuit, consistant en un entretien infirmier suivi d'une consultation de prévention réalisée par un médecin. Ces consultations préfigurent celles qui sont en cours de mise en place par les pouvoirs publics. L'évaluation de ce dispositif, réalisée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), pointe les facteurs favorables et les obstacles à surmonter pour ces parcours de prévention en santé.

Nous avons estimé cette cible des populations en sous-consommation de soins à 150 000 personnes chaque année, à qui sont proposés les Instants santé, c'est-à-dire un bilan de santé personnalisé et gratuit, réalisé par des professionnels de santé. La MSA étant la sécurité sociale des territoires ruraux, nous avons fait de la proximité un atout. Le premier rendez-vous – l'entretien infirmier – se déroule à moins de 30 km du domicile. La deuxième étape – la consultation chez le médecin – se fait chez un praticien choisi par la personne. La crise de la Covid a toutefois entraîné une adaptation de nos pratiques. Nous proposons désormais une première séance soit en présentiel, soit par téléphone ; et nous testons un



© Alexia Brunet/PinkStair Images - Les Grands séparés- Radioscopie de la France / grande commande photo BNF.

entretien à distance (comme une téléconsultation). Il faut cependant être prudent, car aujourd'hui, les gens se montrent parfois réticents face aux interventions à distance, qu'ils considèrent moins sérieuses.

S. A. : Quelles sont les étapes concrètes de ce dispositif ?

F. P. : La personne est d'abord invitée à remplir un questionnaire, qui va servir de fil rouge à l'entretien infirmier, réalisé par des praticiens libéraux¹ – ce ne sont pas des salariés de la MSA. Ce face-à-face de 20 minutes environ permet d'aborder les facteurs de risques, les questions liées à l'alimentation, au sommeil, à la consommation d'alcool, au tabagisme, etc. L'infirmier peut également proposer à l'adhérent qui le souhaite un entretien spécifique pour l'accompagner dans sa démarche d'arrêt du tabac. En outre, la personne a la possibilité d'échanger avec une diététicienne qui va lui dispenser des conseils autour d'une collation offerte. À l'issue de cette première étape, une fiche de liaison est rédigée, résumant les principaux points de la discussion et les orientations proposées par l'infirmier.

Le rendez-vous chez le médecin est une consultation de prévention pour faire un point complet sur la santé de la personne, avec comme point d'appui la fiche de liaison, et pendant environ 30 minutes. La consultation est rémunérée 46 euros. Elle peut déboucher sur différentes actions : rattrapage vaccinal, dépistage de certains cancers, examens complémentaires ou orientation vers le programme Nutri Déclic de la MSA, qui prend en charge trois séances de diététique avec un professionnel.

S. A. : Comment parvenez-vous à sensibiliser un public éloigné du soin ?

F. P. : Il s'agit effectivement d'une consultation de prévention pour les travailleurs du secteur agricole les plus éloignés des soins. Toute notre démarche repose sur l'« aller-vers » et sur l'entretien motivationnel. Les personnes-cibles identifiées sont appelées par téléphone par des salariés formés spécifiquement sur le consentement éclairé, la façon de déployer un argumentaire convaincant, les méthodologies d'intervention dans les domaines sanitaire et

social, etc. Ce sont 20 équivalents temps plein (ETP) qui se consacrent à cette activité, sachant que chaque appel est précédé d'un sms. L'entretien infirmier personnalisé est avant tout un moment d'écoute. En aucun cas il ne s'agit pour le professionnel de santé de faire un catalogue des problèmes avec une injonction à l'action telle que : « *Vous fumez, alors il faut arrêter en faisant ceci ou cela.* » L'objectif est d'inviter l'assuré à parler de ses habitudes et de ses comportements afin d'engager une discussion pour les comprendre. L'infirmier, formé aux techniques motivationnelles, tire les fils qui vont amener à une prise de conscience sur tel ou tel sujet de santé : les risques professionnels et les troubles musculo-squelettiques par exemple, un mal-être qui se manifeste par une consommation excessive d'alcool, une alimentation déséquilibrée qui entraîne des risques cardio-vasculaires, etc. À partir de ce constat, les deux parties envisagent les actions adaptées qui peuvent être mises en œuvre, et ceci en fonction des ressources disponibles sur le territoire où habite le patient.

S. A. : Combien de personnes ont participé aux Instants santé MSA depuis leur début ?

F. P. : Entre 2017 et 2022, 120 000 personnes ont participé à l'entretien infirmier qui avait été proposé à 770 000 personnes. Au final, elles étaient 84 000 à intégrer un parcours de soin : la consultation avec le médecin amorce une prise en charge et un suivi. Parmi la population invitée en 2021, près de 34 000 adhérents étaient âgés de 40 à 55 ans ; parmi eux, 6 858 personnes ont bénéficié d'un Instant santé, soit une participation de 19 %. Ces taux de participation sont encourageants en termes de prévention, puisque selon l'évaluation de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP²) [1], 87 % des personnes concernées avaient au moins un besoin médical. L'évaluation a permis d'établir un « profil » : 66 % étaient des hommes et l'âge moyen était de 52 ans et demi ; les exploitants agricoles ont davantage participé à l'entretien infirmier que les salariés, de même que les assurés habitant des communes défavorisées. Malgré tout, il y a une importante déperdition (80 %) entre les assurés contactés et ceux qui font le pas vers le premier rendez-vous. Il faut néanmoins la relativiser, car ces personnes très éloignées du soin sont les plus difficiles à atteindre, notamment la tranche des 40-55 ans. Leur principal motif de refus est le manque de temps. Les 60-65 ans, plus conscients de leurs fragilités, se montrent davantage enclins à prendre un moment pour s'occuper de leur santé. Par ailleurs, nous notons une progression : en 2022, 20 % des assurés contactés ont donné suite, contre seulement 11 % en 2017.

S. A. : Que pensent les assurés ayant bénéficié de ce programme ?

F. P. : L'édition 2021 du Baromètre satisfaction des Instants santé³ livre des résultats très positifs : 92 % des participants interrogés estiment que ces rendez-vous sont utiles pour prendre soin de sa santé et 95 % pensent qu'il est facile d'y participer. Ils apprécient l'écoute et l'attention des professionnels de santé. Les sondés jugent qu'il y a une bonne adéquation entre les besoins qu'ils ont exprimés et les solutions proposées

par les professionnels de santé. On observe toutefois quelques insatisfactions ou motifs de mécontentement, dont un manque de compréhension quand un rendez-vous médical ne se solde pas par une prescription de médicaments. Les gens souhaitent également davantage de souplesse dans la gestion des rendez-vous. Si la confiance dans le prescripteur MSA favorise l'engagement dans le dispositif, les arguments avancés lors de l'approche téléphonique ne sont pas perçus comme assez personnalisés.

S.A. : Les Instants santé vont-ils évoluer pour s'articuler avec les consultations de prévention voulues par les pouvoirs publics ?

F. P. : Pour répondre au problème du manque de temps exprimé par les assurés, l'entretien téléphonique, mis en place suite à la crise sanitaire, nous paraît un outil intéressant, même si son potentiel d'entraînement vers la consultation est moindre. Cela requiert toutefois de former les infirmiers à des méthodes d'intervention plus brèves, adaptées à ce média. Nous nous donnons encore six mois avant de faire un bilan. En complément, nous expérimentons un Instant santé à distance à petite échelle, qui pose question : par exemple, faut-il proposer à la suite une téléconsultation ? Il se révèle assez complexe de trouver un modèle efficace, pertinent qui corresponde à nos objectifs. Pour ce qui est des consultations de prévention, nous ne pouvons que nous réjouir que les pouvoirs publics empruntent la voie que nous avons tracée. Cela dépendra des cibles, des tranches d'âge, des professionnels amenés à intervenir, mais je pense que pour la MSA le changement sera minime, car les consultations de prévention annoncées sont proches de ce que nous faisons actuellement. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Les infirmiers diplômés d'État (IDE) doivent disposer d'une expérience en éducation pour la santé (p. ex. : infirmiers scolaires, ou ayant exercé en service de santé au travail ou en services de protection maternelle et infantile, ou encore infirmiers ayant dispensé un programme d'éducation thérapeutique, etc.) et d'une formation à l'entretien motivationnel. Environ quatre jours par an, des

actions de formation continue sont organisées par la MSA et par ses opérateurs : échange de pratique professionnelle, entretien à blanc, apport théorique sur l'entretien motivationnel

2. Une première évaluation-pilote de ce programme a été réalisée et a fait l'objet d'une publication scientifique en 2022. L'évaluation a porté sur la population invitée pendant le deuxième semestre 2017 dans le cadre des Instants santé de MSA. Les taux de participation ont été calculés et les besoins médicaux identifiés pendant l'entretien infirmier, l'instauration de nouvelles prises en charge a été évaluée par des actes traceurs dans les données de remboursement. Des modèles de régression multivariées ont identifié les facteurs associés à la participation au programme. Résultats : 2 366 adhérents ont été inclus dans l'analyse, dont 1 559 (65,89 %) étaient des hommes ; l'âge moyen était de 52 ans. 409 (17,29 %) se sont rendus à l'entretien infirmier. La participation augmentait avec l'âge, elle était 1,9 fois plus élevée chez les exploitants que chez les salariés, et 1,5 fois plus élevée chez les personnes habitant dans des communes défavorisées. La participation à la consultation de prévention était élevée chez les personnes s'étant rendues à l'entretien infirmier (entre 62,35 % et 73,11 %). 87,53 % des participants avaient au moins un besoin médical et les instaurations de nouvelles prises en charge étaient plus fréquentes chez les adhérents qui s'étaient rendus à l'entretien infirmier (55,50 % vs 34,80 %). Ainsi, les résultats de cette évaluation-pilote semblent prometteurs, mais ils nécessitent d'être confirmés au niveau national et sur une durée plus longue.

3. Chaque année, la MSA réalise une enquête de satisfaction auprès des adhérents invités aux Instants santé. Environ 600 adhérents – ayant accepté ou non de participer et représentatifs de la population invitée – sont appelés (environ 15 min par appel). L'objectif est de recueillir leur satisfaction ou leur insatisfaction et leurs commentaires vis-à-vis des différentes étapes du dispositif. Ce baromètre permet ensuite à la MSA de faire évoluer son dispositif pour répondre au mieux aux attentes des adhérents.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Michel M., Arvis Souaré M., Dindorf C., Danguy V., Chevreul K. Health check-ups for the French under-consuming agricultural population: A pilot evaluation of the Instants santé MSA program. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2023, vol. 71, n° 1. En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.101420>

Pour en savoir plus sur la surveillance épidémiologique en lien avec le travail :

- <https://www.coset.fr/>
- <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coset>
- <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/consequences-professionnelles-et-etat-de-sante-des-travailleurs-du-monde-agricole-et-des-independants-au-sortir-du-premier-confinement-du-printemps>

Maison Sport-Santé du Loir-et-Cher : « Accompagner les personnes limitées dans leur pratique vers une activité physique adaptée »

Entretien avec

Philippe Adam Rodriguez,
directeur général de Santé Escalé 41,
espace de coordination, d'appui, de liens
et d'éducation pour la santé du Loir-et-Cher.

La Santé en action : Que proposez-vous dans la Maison sport-santé, intégrée à votre structure ?

Philippe Adam Rodriguez : Précisons d'emblée que Santé Escalé 41, espace de coordination, d'appui, de liens et d'éducation pour la santé du Loir-et-Cher, réunit la maison Sport-Santé et un dispositif d'appui à la coordination (DAC) toutes pathologies et tous âges. Ce dernier vient prioritairement en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des situations complexes liées notamment à des personnes cumulant diverses difficultés. En outre, notre structure coordonne au niveau départemental l'éducation thérapeutique du patient en particulier en ambulatoire, c'est-à-dire en médecine de ville, hors hôpital ou hors structure de soins.

La maison Sport-Santé (MSS), labellisée en 2020, a pour but de créer du lien entre les acteurs investis dans le champ du sport pratiqué au titre du bien-être, d'orienter les gens qui viennent nous voir en vue de pratiquer une activité physique à des fins de santé et d'accompagner les personnes limitées dans leur pratique vers une activité physique adaptée. Elles nous contactent directement ou elles nous sont adressées par différents professionnels et établissements de santé : médecins traitants, spécialistes, établissements hospitaliers, services de soins médicaux et

de réadaptation, équipes mobiles de médecine physique et de réadaptation, etc.

S. A. : Quel est l'état de santé des 40-55 ans accueillis par la maison Sport-Santé ?

P. A. R. : Cette tranche d'âge représente une cinquantaine de personnes, soit 30 % de notre file active. Ce pourcentage est assez élevé ; il s'explique peut-être par le fait que c'est souvent à partir de la quarantaine que nous pouvons développer des problèmes de santé et que se développent des maladies chroniques. Les femmes sont largement majoritaires, toutes pathologies confondues : 77 %. Il est intéressant d'observer notamment l'engagement des femmes touchées par un cancer – sans doute le fruit des campagnes de communication sur les bienfaits du sport bien-être pour les personnes atteintes d'un cancer du sein. Parmi les catégories socio-professionnelles, les cadres sont sous-représentés : moins de 10 %. Ils ont non seulement une meilleure qualité de vie, mais ils disposent aussi des compétences psycho-sociales et du budget pour être autonomes dans la reprise d'une activité physique. Les patients âgés de 40 à 55 ans, accueillis au sein de la maison Sport-Santé, présentent des pathologies très diverses : cancers (soit en rémission, soit avec un traitement préventif comme l'hormonothérapie), obésité, troubles musculo-squelettiques (TMS) causant des douleurs chroniques, arthrose, sclérose en plaques, maladie cardiovasculaire, syndrome coronarien...

L'ESSENTIEL

■ Dans le département du Loir-et-Cher, une maison Sport-Santé accompagne les personnes dans la pratique d'une activité physique adaptée à leur état de santé et à leurs attentes. Les personnes qui suivent ce programme expriment un ressenti positif sur leur condition physique, mais aussi un mieux-être psychologique.

Sans compter les polyopathologies : une personne peut à la fois souffrir de TMS et d'arthrose, ou d'un cancer et de surpoids à cause des traitements médicaux. À cet âge et compte-tenu de la pathologie, le cercle vicieux du déconditionnement physique s'installe : la douleur entraîne plus de sédentarité, laquelle augmente les risques liés à la sédentarisation, et des limitations fonctionnelles s'accroissent.

S. A. : Comment les accompagnez-vous ?

P. A. R. : Le programme s'intitule Activ' ta santé. La première étape est un bilan, réalisé par un enseignant formé en activité physique adaptée (APA), à la suite d'une prescription médicale qui nous est adressée ou qui sera exigée au moment de l'admission. Des tests sont effectués pour mesurer l'endurance, la souplesse, la force, etc. La personne remplit un questionnaire sur sa perception de son état de santé. Au-delà de l'évaluation du niveau physique, l'enseignant en APA – formé à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) – liste aussi les objectifs, les sources de motivation du patient. Les 40-55 ans qui s'adressent à nous

ont deux priorités essentielles : faire refluer la douleur et les limitations physiques qu'ils ressentent ; retrouver du lien social, car la maladie tend à les isoler. Le bien-être psychologique n'est pas ce qu'ils cherchent en premier, même si certains médecins prescripteurs demandent un accompagnement dans le cadre de la gestion du stress. Ce bilan est renouvelé tous les trois mois. Ensuite, différentes activités physiques adaptées, encadrées par un enseignant, sont proposées en groupe : de la gym douce, des jeux ludiques, de la « marche ballon », du badminton. Ces activités visent la réadaptation à l'effort, le renforcement musculaire, etc., mais en douceur. Rien n'est plus démotivant que les courbatures du lendemain. L'enseignant encourage la personne par des retours positifs ; une application sur Smartphone permet à chacun de suivre ses progrès. Il faut être prudent dans cette démarche, car elle questionne des années de vie et d'habitudes ; on doit se garder d'éventuels effets contre-productifs. Sur ce public des 40-55 ans, particulièrement les malades chroniques, l'activité physique adaptée augmente les chances que l'activité sport bien-être soit pérennisée par la suite. En effet, le programme Activ' ta santé dure un an, à raison d'une séance par semaine, ce qui est déjà conséquent. Notre valeur ajoutée, ce sont les liens que nous avons développés avec les acteurs du sport-santé sur le territoire et notre partenariat fort avec le comité départemental olympique et sport (CDOS). Nous savons, par exemple, que tel club propose des cours de gym douce ou tel autre du « foot marche » ; nous pouvons ainsi orienter avec pertinence nos propres activités, et les personnes en sortie de programme.

S. A. : *Quels retours vous font les participants à ce programme ?*

P. A. R. : Les participants expriment tout d'abord un ressenti positif sur leur condition physique : ils souffrent moins de douleurs, gagnent en endurance et en force, et ceci se traduit par une meilleure qualité de vie. Ils découvrent aussi des bénéfices qu'ils avaient moins attendus, et tout aussi importants : une meilleure concentration, une diminution de l'anxiété,

un mieux-être psychologique. Malgré tout, beaucoup de ceux qui sont en arrêt maladie se montrent très préoccupés par leur retour au travail. Ils posent de nombreuses questions sur leur capacité à maintenir une activité physique sur la durée. Ils disent que la reprise de leur activité professionnelle est dure physiquement et moralement. C'est à ce moment-là que nous les perdons ; le taux d'arrêt est assez élevé. Certains d'entre eux ne peuvent se maintenir en emploi et bénéficient soit d'un nouvel arrêt maladie, soit d'un mi-temps thérapeutique. D'autres sont dans l'incapacité de retravailler et leur inaptitude à l'emploi est alors reconnue. Pour ce public, un autre soutien est nécessaire, mobilisant davantage de ressources sociales, avec une prise en charge globale réunissant les professionnels de santé concernés. Nous pensons à de nouveaux partenariats avec les services de médecine du travail notamment. Grâce au dispositif d'appui à la coordination (DAC¹) que nous gérons, nous avons la compétence dans notre structure pour suivre ces situations complexes combinant des déterminants psychologiques et sociaux. Pour les DAC et les coordonnateurs de parcours de santé, les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS²) sont très claires. Le préalable à l'accompagnement de toute situation complexe consiste à identifier des actions de prévention. Cependant, nous devons mieux faire, car même au niveau de notre dispositif d'appui à la coordination, le réflexe n'est pas toujours présent de proposer des actions de prévention fondées sur l'activité physique adaptée – sauf peut-être pour les malades du cancer, grâce aux politiques publiques de lutte contre le cancer. Sans doute, les professionnels des dispositifs d'appui à la coordination devront-ils monter en compétences sur la prévention, voire sur les fondamentaux de l'éducation thérapeutique.

S. A. : *Qu'est-ce qui entrave ou favorise la poursuite de la pratique de sport-santé par le public accompagné ?*

P. A. R. : Ce programme sport-santé est financé par le ministère des Sports et des Jeux olympiques et paralympiques *via* des appels à projet, ainsi

que sous forme de contrats aidés. Au-delà, l'engagement durable des personnes dans l'activité physique requiert toutefois des moyens complémentaires – pour s'inscrire en club par exemple – ; or le frein financier est réel. Dans ce contexte, une offre sportive de proximité est un atout essentiel pour éviter les coûts de transport. Les complémentaires santé prennent généralement en charge 50 % de l'adhésion à un club, mais pas le déplacement, ni la garde des enfants. Or dans la tranche des 40-55 ans, certains ont encore de jeunes enfants. Il faut aussi repenser la place de l'activité physique individuelle ou collective dans les organisations de travail. Il me paraît enfin fondamental de compléter cette incitation au sport bien-être par une éducation à la santé pour développer les compétences psychosociales des personnes les plus éloignées de la santé. Là encore, ceci suppose des moyens, et donc un soutien des pouvoirs publics. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérue, journaliste.

1. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) viennent en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des personnes cumulant diverses difficultés et aux besoins de santé complexes. Au sein d'un même territoire, le DAC regroupe plusieurs dispositifs en un interlocuteur unique. Pour en savoir plus : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-sant/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/>

2. Le Plan personnalisé de coordination en santé de la HAS est un outil de coordination générique pour l'ensemble des acteurs. Lors de l'organisation de la réponse à chaque problème ou chaque besoin non couvert de la personne, il est recommandé trois types d'actions : d'abord, les actions de prévention (éducation à la santé ; éducation thérapeutique du patient) ; ensuite, les actions de réadaptation et de rééducation ; enfin, les actions de compensation (humaines, techniques ou financières). En ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante

Pour en savoir plus

- www.sante-escale41.fr
- Découvrez les Maisons Sport-Santé les plus proches de chez vous. En ligne : <https://www.sports.gouv.fr/maisons-sport-sante-388>
- Promouvoir la santé par l'activité physique adaptée, La Santé en action, N° 462, décembre 2022. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/promouvoir-la-sante-par-l-activite-physique-adaptee-le-dossier-de-la-sante-en-action-n-462-decembre-2022>

Quelques ressources documentaires

Pour permettre au lecteur d'aller plus loin dans ses recherches nous avons rassemblé quelques références bibliographiques et autres sources documentaires, classées par ordre alphabétique. Cette sélection n'a donc aucune prétention d'exhaustivité.

Ressources documentaires rassemblées par Dagmar Soleymani

1. Andler R., Guignard R., Richard J.-B., *et al.* Chômage et comportements de santé. Une santé dégradée pour les personnes sans emploi. *La Santé en action*, 2020, n° 452 : p. 43-44.
2. Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses). *Évaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit*. [Avis et Rapport d'expertise collective] Maisons-Alfort : Anses, coll. Édition scientifique, juin 2016 : 430 p. *En ligne* : <https://www.anses.fr/fr/system/files/AP2011SA0088Ra.pdf>.
3. Beaufils C. *L'inactivité professionnelle au cours du parcours de vie : un déterminant social de la santé des femmes aux âges élevés ?* [Thèse]. Université Paris Saclay, 2022.
4. Beaufils C., Barbuscia A., Cambois E. Women's Employment-Family Trajectories and Well-Being in Later Life: Evidence From France. *Journal of Aging and Health*; 2023. *En ligne* : doi: 10.1177/08982643221147637.
5. Blanpain N. L'espérance de vie par niveau de vie – méthode et principaux résultats, Document de travail : Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), 2018.
6. Boutinet J.-P. *Psychologie de la vie adulte*. Paris : Puf, coll. Que sais-je ? 2020 : 128 p.
7. Carcaillon-Bentata L., Ha C., Delmas M.-C., *et al.* Enjeux sanitaires de l'avancée en âge : épidémiologie des maladies chroniques liées à la perte d'autonomie et déterminants de ces maladies à mi-vie. *Données de surveillance*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2022 : 42 p.
8. Cimier A., Althaus V., Lhuillier D., *et al.* Chômage, activités et santé : vécu de personnes en situation de chômage. *Bulletin de psychologie*, 2021 ; n° 573, vol. 3 : p. 187-202. *En ligne* : doi: 10.3917/bupsy.573.0187.
9. Clause-Verdreau A.C., Audureau É., Leplège A., *et al.* Contrasted trends in health-related quality of life across gender, age categories and work status in France, 1995-2016: repeated population-based cross-sectional surveys using the SF-36. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2019;73(1):65-72. *En ligne* : doi: 10.1136/jech-2018-210941.
10. Coste J., Valderas J.-M., Carcaillon-Bentata L. The epidemiology of multimorbidity in France: Variations by gender, age and socioeconomic factors, and implications for surveillance and prevention. *PLOS ONE* 2022;17(4):e0265842. *En ligne* : doi: 10.1371/journal.pone.0265842.
11. Europe WHO. *The Minsk Declaration. The Life-course Approach in the Context of Health 2020*. Copenhague : WHO, 2015 : 12 p.
12. Gelpe D., Lhuillier D., Waser A.-M. Chômage et santé fragilisée : dynamiques des parcours de travail et de santé et processus de reconstruction de soi – Une recherche-action. *Revue française des affaires sociales*, 2022, vol. 4 : p. 107-25. *En ligne* : doi: 10.3917/rfas.224.0107.
13. Halfon N., Forrest C.B., Lerner R.M., *et al.* In: Halfon N., Forrest C.B., Lerner R.M., *et al.*, eds. *Handbook of Life Course Health Development*. Cham (CH) : Springer 2018.
14. Haut Comité de la santé publique. *Prévention de la Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*. Paris : HCSP, 2017 : 77 p. *En ligne* : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=645>.
15. Infurna F.J. The real midlife crisis confronting many Americans. *The Conversation*, 2019. *En ligne* : <https://theconversation.com/the-real-midlife-crisis-confronting-manyamericans-114347>.
16. Jacob C.M., Baird J., Barker M., *et al.* The importance of a life-course approach to health: Chronic disease risk from preconception through adolescence and adulthood. *White paper*: WHO, 2017 : 41 p.
17. Kelly-Irving M., Delpierre C. Framework for understanding health inequalities over the life course: the embodiment dynamic and biological mechanisms of exogenous and endogenous origin. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2021 ; vol. 75, n° 12 : p. 1181-1186. *En ligne* : doi: 10.1136/jech-2021-216430.
18. Kuh D., Ben-Shlomo Y., Lynch J., *et al.* Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, vol. 57, n° 10 : p. 778-783. *En ligne* : doi: 10.1136/jech.57.10.778.
19. Lachman M.E., Teshale S., Agrigoroaei S. Midlife as a Pivotal Period in the Life Course: Balancing Growth and Decline at the Crossroads of Youth and Old Age. *Int J Behav Dev*, 2015, vol. 39, n° 1 : p. 20-31. *En ligne* : doi: 10.1177/0165025414533223.
20. Léger D., Zeghnoun A., Faraut B., Richard J.-B. Le temps de sommeil, la dette de sommeil, la restriction de sommeil et l'insomnie chronique des 18-75 ans : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. *BEH*, 2019, n° 8-9 : p. 149-160.
21. Michel M., Arvis Souaré M., Dindorf C., Danguy V., Chevreul K. Bilans de santé pour la population agricole sous-consommante française : évaluation pilote du programme des Instants santé de la MSA. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2023, vol. 71, n° 1 : p. 101420. *En ligne* : <https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.101420>.
22. NICE. Dementia, disability and frailty in later life – mid-life approaches to delay or prevent onset. *NICE guideline* (NG 16), 2015:55.
23. Organisation mondiale de la Santé. *The Implications for Training of Embracing. A Life Course Approach to Health*. Genève : WHO, 2000 : 12 p.
24. Sabia S., Singh-Manoux A., Hagger-Johnson G., *et al.* Influence of individual and combined healthy behaviours on successful aging. *Cmaj* 2012;184(18):1985-92. *En ligne* : doi: 10.1503/cmaj.121080.
25. SAPEA. *Transforming the future of ageing*. Berlin, 2019.
26. Solidarités nouvelles face au chômage. *La santé au risque du chômage – synthèse d'une enquête sur la santé des chercheurs d'emploi menée de mars à juin 2021*. SNC, 2021 : 20 p.
27. Staudinger U.M. The positive plasticity of adult development: Potential for the 21st century. *American Psychologist*, 2020, vol. 75 : p. 540-553. *En ligne* : doi: 10.1037/amp0000612.
28. Toothman E.L., Barrett A.E. Mapping midlife: An examination of social factors shaping conceptions of the timing of middle age. *Advances in Life Course Research*, 2011, vol. 16, n° 3 : p. 99-111. *En ligne* : <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2011.08.003>.
29. Turiano N.A., Chapman B.P., Agrigoroaei S., *et al.* Perceived control reduces mortality risk at low, not high, education levels. *Health Psychology*, 2014, vol. 33, n° 8 : p. 883-890. *En ligne* : doi: 10.1037/hea0000022.
30. Van de Velde C. *Sociologie des âges de la vie*. Paris : Armand Colin, coll. 128, 2015 : 128 p. ■

Vaccination : êtes-vous à jour ?

Calendrier simplifié des vaccinations 2023

Âge approprié	Vaccinations obligatoires pour les nourrissons									6 ans	11-13 ans	14 ans	25 ans	45 ans	65 ans et +	
	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois								
BCG*																
DTP																Tous les 10 ans
Coqueluche																
Hib																
Hépatite B																
Pneumocoque																
ROR																
Méningocoque C																
Rotavirus																
Méningocoque B																
HPV																
Grippe																Tous les ans
Zona																

* Pour certaines personnes seulement

Une question ? Un conseil ?
Parlez-en à votre médecin,
votre pharmacien, votre sage-femme
ou votre infirmier.

Vaccination Covid :
toutes les infos sur
vaccination-info-service.fr

Pour en savoir plus

 **VACCINATION
INFO SERVICE.FR**
Le site de référence qui répond à vos questions




**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

 **Santé
publique
France**