



Quel effet de la pratique d'activités socialisées des seniors sur l'âge d'entrée en dépendance ?

Mai 2021



Yannis El Abbouni

Adeline Moret

Résumé

La prise en charge de la perte d'autonomie est un enjeu de politique publique important tant sur son organisation que sur son financement. Tel que définie par la Chaire TDTE, la pratique d'activités socialisées constitue une piste importante de politique de prévention de la perte d'autonomie. Les activités socialisées désignent « toute activité sociale, un peu contraignante, d'intérêt général et pas nécessairement rémunérée » qui garantiraient aux seniors un niveau de bien-être élevé. Dans cette étude, nous évaluons l'impact de la pratique d'activités socialisées sur l'âge d'entrée en dépendance. L'étude est conduite à partir des données de l'enquête SHARE traitées par des méthodes statistiques.

Ce papier montre que la pratique d'activités socialisées chez les individus de plus de 60 ans retarde en moyenne de 3,2 ans l'âge d'entrée en dépendance. Les individus participant à un club sportif ou social seront ceux qui connaissent une entrée en dépendance la plus tardive. Enfin, l'impact de la pratique d'activités socialisées sur l'âge d'entrée en dépendance est le plus important pour les individus les moins qualifiés.

Table des matières

1. Quels sont les enjeux de la pratique d'activités socialisées des seniors ?	4
2. Une approche innovante de la prévention de l'entrée en dépendance	7
2.1 Une étude à partir des données européennes SHARE	7
2.2 Activités socialisées, dépendance et qualifications	7
2.3 Premières intuitions sur les activités socialisées et la dépendance	9
3. Quel effet de la pratique d'activités socialisées sur l'âge d'entrée en dépendance ?	10
3.1 Un âge d'entrée en dépendance repoussé de 3,2 ans en moyenne	10
3.2 Un effet différencié selon le type d'activités pratiquées	11
3.3 Un effet différencié selon le niveau de qualification	12
4. Discussions et travaux futurs	13
Conclusion.....	15
Bibliographie.....	16
Annexes	17

1. Quels sont les enjeux de la pratique d'activités socialisées des seniors ?

Les sociétés développées font aujourd'hui face à un nouvel enjeu inévitable, le vieillissement démographique. En effet, selon l'INSEE, en France en 2050 près d'un habitant sur trois aura plus de 60 ans (soit près de 23 millions de personnes) avec près du tiers de la vie se déroulant après 60 ans. Cela va entraîner de nouveaux défis auxquels nous allons devoir faire face, aussi bien sur le plan économique que sur le plan social. Dans cette note de recherche nous allons essayer de nous concentrer sur une des conséquences du vieillissement des populations à savoir la perte d'autonomie des personnes. En effet, l'accroissement de la population âgée va inexorablement s'accompagner d'une augmentation du nombre de personnes dépendantes. La perte d'autonomie concerne aujourd'hui 2,5 millions de personnes et concernera en 2050 4 millions de seniors (Insee, 2019). C'est une des conséquences directes du vieillissement.

L'entrée en dépendance est un véritable défi car elle engendre des coûts monétaires élevés du fait d'un fort besoin de financement. Ces coûts s'élevaient à 30 milliards d'euros en 2014 selon la Drees (2017). Selon le rapport Libault de la concertation grand âge et autonomie (2019), les besoins de financement supplémentaire s'élèveraient à 10,4 milliards d'euros pour 2030, des dépenses nécessaires pour accompagner l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et pour leur proposer un service de meilleure qualité. Au-delà de l'aspect financier, la perte d'autonomie est un état qui demande une aide constante et une situation qui peut être difficile à vivre pour celles qui la subissent. Que ce soit en établissement ou à domicile, les personnes âgées en perte d'autonomie souffrent plus souvent de mal-être. Une personne âgée sur cinq vivant en établissement souffre de dépression, et un tiers des résidents sont en situation de détresse psychologique, contre un quart des personnes âgées de plus de 75 ans qui vivent à domicile (Abdoul-Carime, 2020). Cependant, il est possible de vieillir sans incapacités via notamment un mode de vie plus actif. C'est la notion de vieillissement actif.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le vieillissement actif « permet aux personnes de réaliser leur potentiel de bien-être physique, social et mental tout au long de la vie [...] ». Dans l'objectif d'améliorer les conditions de vie des seniors et de favoriser un vieillissement actif, la Chaire « Transitions démographiques, Transitions économiques » (TDTE) a introduit le concept d'activités socialisées dans « L'Erreur de Faust, Essai sur la Société du Vieillissement » (Chaire TDTE, 2019). Les activités socialisées sont « toutes activités sociales, un peu contraignantes, d'intérêt général et pas nécessairement rémunérées » qui garantiraient au senior un niveau de bien-être élevé. Elles se matérialisent à travers le bénévolat, la participation à la vie sociale ou communautaire et la solidarité intergénérationnelle et intragénérationnelle. Les activités socialisées proposent une nouvelle conception du vieillissement en plaçant le senior comme acteur de sa vieillesse, et en lui permettant de prendre part à la société et d'y jouer un rôle. Qui plus est, les seniors ont développé tout au long de leur vie un ensemble de compétences et accumulés des connaissances et un savoir qui peuvent bénéficier à la société et aux nouvelles générations si elles trouvent un lieu d'expression. Enfin, dans le livret « Les activités socialisées des seniors » (Chaire TDTE, 2020), la Chaire TDTE donne une typologie des domaines d'application des activités socialisées et valorise les activités des seniors à 9,7 milliards d'euros en 2017 ou 500 000 équivalents temps plein. Si elles sont réalisées par une population importante, sa valorisation peut en être

triplée. C'est pour ces raisons que les activités socialisées peuvent s'avérer être bénéfiques pour l'ensemble de la société.

Par ailleurs, les activités socialisées peuvent avoir des effets bénéfiques sur les seniors eux-mêmes. Une étude de la Chaire TDTE de 2020 a montré l'impact positif de la pratique de ce type d'activités sur le bien-être psychologique des seniors, cet effet est d'autant plus important pour les personnes âgées de 80 ans et plus. Ce travail de recherche s'inscrit dans la continuité de travaux sur l'impact d'activités, apparentées à la notion d'activités socialisées de la Chaire, sur le bien-être ou la santé des seniors. En effet, de nombreux papiers ont déjà mis en avant ses relations. Zimmer, Hickey et Searle (1995) ont montré que les activités sociales, comme la participation à des activités bénévoles, la visite de proches, se rendre à des clubs, aller à l'église ou à des centres communautaires, ont un impact significatif et positif sur le bien-être des seniors souffrant d'arthrite. Greenfield et Marks (2004) corroborent ce fait, à partir de la base de données National Survey of Midlife Development in the US (MIDUS) de 1995, avec laquelle ils ont montré qu'être bénévole avait un impact positif sur le fait ressentir des sentiments positifs chez les seniors. Ils montrent notamment que le fait de cumuler une absence d'identité sociale majeure (le fait d'être père, mari ou employé) et bénévolat permet d'avoir un effet bénéfique sur le sens de la vie des seniors. Ces activités permettraient aux seniors de se sentir épanouis et de ne plus se sentir exclus de la société.

Van Willigen (2000), en plus d'étudier l'impact du bénévolat sur le bien-être, analyse aussi ses effets sur l'état de santé de l'individu. En utilisant des données de l'American's Changing Lives (ACL) de 1986 à 1989, elle analyse l'effet du bénévolat chez les individus seniors. Être bénévole a un impact positif et significatif sur l'état de santé subjectif reporté par l'individu. Être bénévole dans plus d'une organisation améliore de 63% l'état de santé par rapport au fait d'être bénévole dans une seule organisation. L'auteure montre par ailleurs que la relation entre le nombre d'heures de bénévolat et l'état de santé reporté n'est pas linéaire, mais prend la forme d'une courbe en U inversée ; la relation reste positive jusqu'à 100 heure de bénévolat par an. Après 100 heures par an, les bénéfices du bénévolat sur l'état de santé diminuent. Par ailleurs, elle évalue que l'effet du bénévolat sur l'état de santé est 2,5 fois plus élevé chez les seniors que chez les jeunes adultes. De même, Morrow-Howell et al (2003) ont évalué à partir de cette même base de données, en utilisant trois vagues (1986, 1989 et 1994), l'impact du bénévolat non seulement sur l'état de santé subjectif mais aussi sur la dépendance fonctionnelle. Les auteurs montrent qu'augmenter le nombre d'heures d'activités bénévoles améliorent significativement les score de santé et de dépendance fonctionnelle. Si le type d'organisation n'a pas d'effet sur l'état de santé reporté, les auteurs observent qu'être volontaire dans une organisation religieuse améliore significativement l'autonomie.

Menec (2003) utilise les données de l'enquête Aging in Manitoba de 1990 et 1996 et mesure l'impact d'un champ large d'activités, sociales, solitaires, ou productives, sur le bien-être, les limitations fonctionnelles, ou la capacité de réaliser 10 activités de la vie courante, et la mortalité des individus. L'auteure montre que, pour toutes les activités confondues, le niveau d'activités a un impact positif sur le bonheur, l'autonomie et la longévité. Il est important de noter que les types d'activités ont des effets différents sur les individus : les activités solitaires ont un effet bénéfique sur le bien-être, tandis que les activités sociales, notamment religieuses, et productives, notamment le bénévolat, ont un impact non négligeable sur les fonctions physiques des seniors.

Des études montrent ainsi les effets bénéfiques des activités, comme le bénévolat, sur l'autonomie et les limitations fonctionnelles des seniors. Mais relativement peu d'articles mesurent le gain que peuvent représenter ces activités en termes d'âge d'entrée en dépendance. Adam et al (2007) ont étudié à partir de la base de données SHARE de 2004 l'impact d'activités non professionnelles, c'est-à-dire le bénévolat, les activités associatives, l'aide à une personne âgée, la participation à une formation ou un cours, l'appartenance à un club sportif, social, ou à une organisation religieuse, sur le vieillissement cognitif. Le vieillissement cognitif désigne le maintien de fonctions exécutives et de la mémoire épisodique évaluées à partir de tests d'apprentissage ou de rappel d'informations réalisés dans l'enquête SHARE. En utilisant la méthode de frontière d'efficacité, les auteurs montrent que la pratique de tout type d'activités non professionnelles a des effets significatifs sur le maintien de la réserve cognitive, et notamment elle retarderait le vieillissement cognitif de 3,23 ans. La pratique d'une activité physique modérée retarderait elle le vieillissement cognitif de 1,84 années. Dans un article de 2013, Adam et al analysent l'impact de chaque type d'activités non professionnelles sur le maintien de la réserve cognitive : le bénévolat retarderait de 1,84 ans le vieillissement cognitif, tandis qu'aider la famille ou des proches le retarderait de 2,09 ans, participer à une formation ou un cours de 3,08 ans, faire partie d'un club sportif ou social de 2,10 ans et appartenir à une organisation politique de 2,08 ans. Ils montrent de plus que d'autres activités, comme prendre soin d'une personne âgée et faire partie d'une organisation religieuse n'ont pas d'impact sur le maintien de la réserve cognitive.

Si ces travaux montrent l'intérêt de ces activités pour préserver les fonctions cognitives de l'individu, ces activités pourraient aussi avoir un effet non négligeable sur la dépendance physique des individus et constituer ainsi une piste de prévention considérable de la perte d'autonomie. Dans cet article, nous souhaitons alors évaluer l'impact des activités socialisées sur l'âge d'entrée en dépendance. Dans une première partie, nous présenterons les données utilisées pour répondre au mieux à cette question. Et en deuxième partie, nous expliciterons la stratégie statistique pour évaluer l'âge d'entrée en dépendance et nous détaillerons les résultats.

2. Une approche innovante de la prévention de l'entrée en dépendance

2.1 Une étude à partir des données européennes SHARE

Les données utilisées pour la réalisation de ce travail sont issues de l'enquête SHARE Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Il s'agit d'une base de données en panel consacrée à l'observation des personnes de plus de 50 ans sur une multitude de caractéristiques (physiques, démographiques, financières, mentales, sociales, de santé). Cette base de données a permis d'interroger 140 000 d'individus, sur 8 vagues entre 2004 et 2020, et pour 28 pays d'Europe et Israël. La collecte des données de SHARE est basée sur un entretien personnel. Les enquêteurs mènent des entretiens en face à face en utilisant un ordinateur portable sur lequel l'instrument CAPI (« Computer Assisted Personal Interviewing ») est installé. Ces entretiens sont conduits tous les deux ans et donnent lieu à chaque fois à une nouvelle vague de données. Dans notre étude nous utiliserons seulement les données relatives à la France pour les individus âgés de 60 ans et plus que l'on peut suivre entre 2011 et 2017, soient 4 vagues de données¹ avec les mêmes questions posées aux mêmes individus tous les deux ans. Cela nous permet de suivre un même individu sur un total de 6 ans en observant l'évolution de ses caractéristiques clés ; dépendance et pratique d'activités socialisées.

2.2 Activités socialisées, dépendance et qualifications

Pour conduire notre étude, les principales variables que nous avons utilisées et parfois transformées sont au nombre de trois : les activités socialisées, la dépendance et le niveau d'éducation.

Les « activités socialisées » étant un concept développé par la Chaire « Transitions démographique, Transitions économiques », elles ne sont pas présentes directement en tant que variables dans la base de données. Cette variable a donc été créée en agrégeant les 4 types d'activités socialisées : le travail bénévole ou caritatif, la participation à un cours éducatif ou à une formation, la participation à un club sportif ou social et enfin la participation à une organisation politique ou communautaire. Pour chacune de ces variables, l'individu déclare s'il l'a effectué ou non durant l'année passée. La variable « activités socialisées » est la somme de chaque sous-variable. Cette variable a été recodée en binaire selon si l'individu pratique ou non au moins une des activités.² Concernant la fréquence de pratique des activités socialisées dans les données on observe qu'un peu plus de la moitié des individus n'en pratiquent pas.

La mesure de la dépendance se fait via la variable ADL (Activities of Daily Living, ou « AVQ », Activités de la Vie Quotidienne en français). L'indicateur ADL est un indicateur utilisé au niveau international et qui permet de décrire les compétences fondamentales qui sont nécessaires pour prendre soin de soi de manière autonome, comme se nourrir, se laver, s'habiller et se déplacer seul (détails en annexe 2). Dans le jeu de données d'origine, cette variable peut prendre jusqu'à six modalités en fonction du niveau de dépendance des personnes, à savoir 0 pour une personne

¹ Vague 4 (2011), Vague 5 (2013), Vague 6 (2015) et Vague 7 (2017). La dernière vague, réalisée en 2020, a donné lieu à une enquête spécifique qui portait sur un questionnaire plus court et avec des questions spécifiques liées au Covid-19. Nous n'avons pas pu réaliser notre étude à partir des données de cette vague.

² 0 : aucune activité ; 1 : au moins une des activités

n'ayant aucune compétence fondamentale manquante pour prendre soin de soi de manière indépendante et entre 1 et 6 en fonction du nombre de compétences manquantes. Nous avons recodé la variable de manière binaire en séparant les individus en seulement deux catégories.³ Cette transformation binaire a été choisie car nous avons considéré qu'à partir du moment où l'une de ces compétences vient à manquer chez un individu, il rentre dans un état de dépendance dégradant sa qualité de vie. À titre de comparaison dans le calcul de l'indicateur d'espérance de vie en bonne santé, les individus sont considérés comme dépendants à partir d'une incapacité dans les activités du quotidien. En revanche, dans la littérature, le statut de perte d'autonomie est associé à un niveau d'incapacité à effectuer au moins deux activités de la vie quotidienne. Comme discuté par la suite, nous avons mis le seuil à une activité notamment pour des questions de données et de validité du modèle. De plus cette transformation a été choisie pour avoir deux groupes de taille significative à cause du manque d'observation dans les données. En France, l'état de dépendance est également mesuré, à partir de l'indicateur GIR – ou Groupes Iso-Ressources – mais ce dernier n'était pas disponible dans la base de données exploitée.

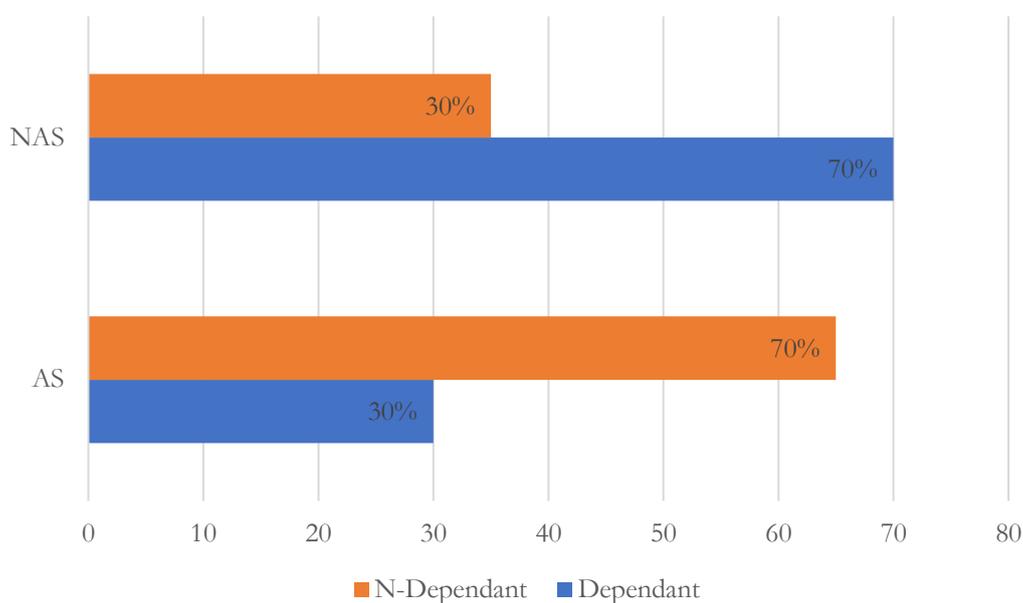
Les niveaux d'éducation présents dans notre base de données sont au nombre de sept allant de la maternelle jusqu'au doctorat. Ils correspondent à la classification internationale ISCED (International standard classification of education). La variable a été codée en binaire, correspondant à deux niveaux d'éducation. D'une part, les individus peu qualifiés qui correspondent aux individus ayant obtenu comme diplôme le baccalauréat ou un diplôme inférieur. Cette population englobe 76% des individus. D'autre part, les individus qualifiés du supérieur c'est-à-dire qui ont obtenu comme dernier diplôme un diplôme de l'enseignement post secondaire, comme Du BTS/IUT/Deug, ou supérieur, licence, master ou thèse. Cette population représente 24% des individus.

³ 0 : Dépendant (nombre de ADL supérieur ou égale à 1) ; 1 : Non dépendant (aucune ADL)

2.3 Premières intuitions sur les activités socialisées et la dépendance

Nous avons vérifié par statistiques descriptives les différences de profils entre pratiquants et non pratiquants d'activités socialisées. On voit ici que, chez les pratiquants d'activités socialisées, il y a beaucoup moins de personnes dépendantes que chez les non pratiquants (30% contre 70%). Il est d'autant plus aisé de réaliser des activités socialisées lorsqu'on peut se déplacer seul, sans aide. Mais cette première statistique peut aussi conforter notre intuition sur l'effet potentiel de la pratique d'activités socialisées sur la dépendance. Malgré cela il faut encore aller plus loin en corrigeant les potentiels effets d'autres variables inobservées ici qui pourraient jouer sur ce résultat préliminaire issue de simple statistiques descriptives. Nous allons donc chercher à quantifier cet effet en se basant sur des groupes statistiquement identiques.

Graphique 1 : Part des individus dépendants selon la pratique d'activités socialisées



Source : Calcul de l'auteur à partir des données SHARE (2011, 2013, 2015, 2017)

3. Quel effet de la pratique d'activités socialisées sur l'âge d'entrée en dépendance ?

Il est important de quantifier l'effet de la pratique d'activités socialisées sur l'entrée en dépendance en tenant compte des effets d'autres variables. Pour ce faire, nous mesurons le nombre d'années d'écart sur l'âge d'entrée en dépendance entre les pratiquants d'activités socialisées et les non-pratiquants toutes choses égales par ailleurs.

Encadré 1 : Mesure de l'impact par traitements statistiques

Premièrement, pour préparer nos données, nous ne gardons que les individus qui ne sont pas dépendants à la première vague. Pour éviter les individus qui font des aller-retours entre le statut de dépendant et non dépendant entre les vagues, on les retire ; ils sont très peu nombreux. Enfin on retient seulement comme pays la France et les individus de plus de 60 ans.

On calcule l'âge d'entrée en dépendance pour tous les individus ; la première vague 2011 est ici mise de côté, servant de base avec seulement des individus non-dépendants.

Dans chacune des trois dernières vagues 2013, 2015 et 2017 on calcule l'écart de l'âge moyen d'entrée en dépendance en fonction de la pratique ou non d'activité socialisée. Cette pratique d'activité socialisée est observée pour un individu sur la vague où le calcul est réalisé, et sur la ou les vagues précédentes. Par exemple si je prends 2015 (vague 3) les individus pratiquants des activités socialisées le font depuis des périodes différentes : ceux qui la pratiquent depuis 4 ans ou plus la pratiquaient sur toutes les vagues précédentes : ceux qui l'ont pratiquée entre 2 et 4 ans (vague actuelle et vague précédente) et enfin ceux la pratiquant au maximum depuis deux ans (vague actuelle). Sur chacune de ces trois catégories de pratiquant d'activités socialisées d'une même vague je calcule l'âge moyen d'entrée en dépendance. Je fais ensuite la moyenne de ces sous moyennes de catégorie de pratiquants en la pondérant de leurs effectifs. J'ai donc ici une moyenne d'âge d'entrée en dépendance pour les pratiquants d'AS à une vague donnée.

En parallèle pour cette même vague je fais la moyenne d'âge d'entrée en dépendance chez les non pratiquants d'activités socialisées (ici il existe qu'une seule catégorie.)

Enfin, je soustrais les deux moyennes pour obtenir la différence d'âge d'entrée en dépendance entre les pratiquants ou non d'activités socialisées. Nous réalisons la même chose pour chaque vague et nous obtenons ainsi trois mesures. Puis nous faisons la moyenne pondérée des effectifs à chaque vague pour obtenir notre résultat final. Entre chaque nouvelle vague je retire les nouvelles personnes rentrées en dépendance pour ne pas les retrouver dans le calcul de moyenne à la vague suivante et ne pas les compter deux fois. Pendant ce travail, les groupes pratiquants ou non des activités socialisées sont contrôlés sur l'âge, le sexe, le niveau de santé et sur un score d'éducation.

A partir de la base de données SHARE, on estime que l'âge moyen d'entrée en dépendance pour les individus de plus de 60 ans ne pratiquant pas d'activités socialisées est de 75 ans. Cette estimation est inférieure aux données de la Drees (Boneschi et Zakri, 2018) qui évaluaient l'âge de début de perception de l'APA à 81 ans et demi en moyenne pour les hommes et 83 ans et demi pour les femmes. Cependant, dans nos calculs, nous considérons comme dépendantes toutes

personnes ayant une incapacité physique ou plus sur l'échelle AVQ. Les personnes qui demandent l'APA peuvent se trouver à un stade de dépendance plus avancé. Dans notre estimation, 75 ans est donc l'âge moyen à partir duquel les individus connaissent de premiers signes de dépendance.

3.1 Un âge d'entrée en dépendance repoussé de 3,2 ans en moyenne

Les pratiquants d'activités socialisées de plus de 60 ans rentrent en dépendance en moyenne 3,2 ans plus tard que les non-pratiquants, donc à l'âge de 78,2 ans. Ces résultats sont assez proches de l'étude de Adam et al (2007).

Pour réaliser l'importance de ces 3,2 ans il faut mettre en perspective ces résultats avec l'évolution des espérances de vie en bonne santé à 65 ans en France. En effet si 3,2 ans peuvent paraître peu à première vue, comparativement au gain de 1,4 an d'espérance de vie à 65 ans en bonne santé (détails en annexe 2) réalisé entre 2004 et 2018 on se rend compte que l'impact de la pratique d'activités à un intérêt majeur. Ces résultats préliminaires pourraient nous amener à penser que la pratique d'activités socialisées aurait pu drastiquement augmenter les gains d'espérance de vie en bonne santé observé entre 2004 et 2018, et tout nous porte à croire que ce sera encore le cas pour les années et décennies à venir.

3.2 Un effet différencié selon le type d'activités pratiquées

Les activités socialisées sont au nombre de quatre à savoir le travail bénévole ou caritatif, la participation à un cours éducatif ou à une formation, la participation à un club sportif ou social et enfin la participation à une organisation politique ou communautaire. Nous allons maintenant nous intéresser à l'effet sur l'âge d'entrée en dépendance de chaque activité pratiquée de manière séparé. Pour ce faire nous avons utilisé la même méthodologie mais en retenant des individus qui ne pratiquait à chaque fois que l'une de ces activités.

Sur la base de nos résultats statistiques, un individu de 60 ans retarde son âge d'entrée en dépendance de 2,8 ans en participant à un club sportif ou social, de 1,9 ans pour du travail bénévole ou caritatif, de 1,5 ans pour la participation à un cours éducatif ou à une formation et de 1,2 ans s'il prend part à une organisation politique ou communautaire.

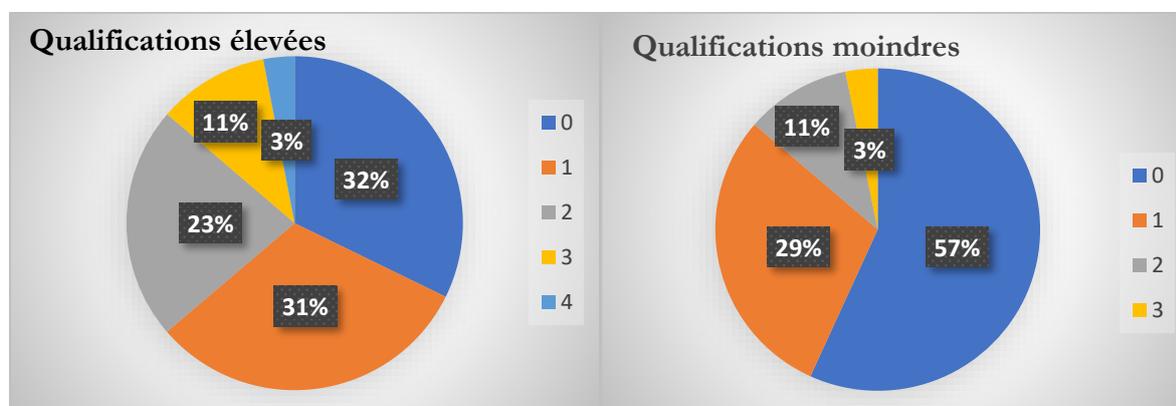
Il est intéressant de voir que nous obtenons des résultats très similaires à l'étude sur le vieillissement cognitif de Adam et al (2013) concernant le bénévolat, qui retarde de 1,84 ans le vieillissement cognitif, et le fait de faire partie d'un club sportif ou social, qui le retarde de 2,10 ans. Les résultats sont très différents lorsqu'on s'intéresse à la participation à la formation ou un cours, qui dans l'article de Adam et al (2013) retarde le vieillissement cognitif de 3,08 ans. Ceci vient certainement du fait que la participation à un cours doit davantage stimuler les fonctions cognitives et intellectuelles que celles physiques étudiées dans notre travail.

Ces résultats montrent néanmoins l'intérêt de ces activités, et notamment de la participation à un club sportif ou social, et aux activités bénévoles et associatives, pour la préservation des fonctions physiques d'un individu.

3.3 Un effet différencié selon le niveau de qualification

Ce travail a aussi été effectué en séparant les groupes en fonction de deux niveaux de qualification, inférieur ou supérieur à bac +2 pour essayer de mettre en évidence un effet éducation dans l'effet de la pratique d'activités socialisées sur la dépendance. En regardant les statistiques descriptives, les individus avec un niveau de qualification plus élevée pratiquent majoritairement et en plus grande diversité les activités socialisées par rapport aux individus à qualification moindre. En effet, 68% des individus à qualification élevée pratiquent au moins une activité contre 43% pour les individus à qualifications moindres. Quant à la diversité, 37% des individus plus qualifiés effectuent au moins deux activités différentes, contre 14% pour les individus moins qualifiés.

Graphique 2 : Part des individus dépendants selon la pratique d'activités socialisées



Source : Calcul des auteurs à partir des données SHARE (2011, 2013, 2015, 2017). Lecture : 0 pour un individu ne pratiquant aucune activité socialisées, 4 pour un individu qui les pratique toutes.

Par ailleurs, à partir de la base de données SHARE, nous estimons que l'âge moyen d'entrée en dépendance des individus les moins qualifiés est de 73 ans alors qu'il est de 78 ans pour les individus les plus qualifiés. Ces résultats concordent avec les différences d'espérance de vie, entre catégories socio-professionnelles ou niveaux de diplôme, observées dans la population française. Les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie de près de 6 ans supérieurs aux hommes ouvriers sur la période 2009-2013. Les femmes cadres ont, elles, une espérance de vie de 3 ans supérieurs aux femmes ouvrières. L'écart d'espérance de vie est encore plus important selon les diplômes obtenus ; les hommes diplômés du supérieur ont une espérance de vie de 7,5 ans supérieurs aux hommes non-diplômés. Chez les femmes, cet écart est de 4,2 années (Blanpain, 2016).

En appliquant notre méthodologie, nous observons également une disparité sur l'impact de la pratique d'activités socialisées sur la perte d'autonomie en fonction de la qualification de l'individu. Le bénéfice de la pratique d'activités socialisées sur l'âge d'entrée en dépendance est supérieur chez les individus peu qualifiés (études inférieures ou égales à bac +2) avec un gain de 3,6 ans. L'âge moyen d'entrée en dépendance s'établit donc à 76,6 ans chez les moins qualifiés pratiquant des activités socialisées. Chez les individus qualifiés du supérieur (études supérieures ou égales à bac+2) ce gain n'est que de 2,2 ans, avec donc un âge moyen d'entrée en dépendance de 80,2 ans.

On observe donc que, quand bien même l'impact des activités socialisées sur la perte d'autonomie est plus élevé chez les individus moins qualifiés que chez les individus plus qualifiés, il ne permet pas de rattraper l'âge moyen d'entrée en dépendance observé chez les plus qualifiés qui ne pratiquent pas d'activités socialisées. Les activités socialisées peuvent cependant compenser plus rapidement l'écart qui existe entre les moins qualifiés et les plus qualifiés.

4. Discussions et travaux futurs

Dans cette partie, nous discuterons la méthodologie utilisée pour cette étude, et les études futures qui peuvent être réalisées pour contrer les difficultés méthodologiques auxquelles les auteurs ont fait face, ou pour faire avancer la recherche sur le sujet des activités socialisées.

Sur le plan méthodologique, les transformations effectuées sur les variables (transformation binaire ...) sont justifiées par la théorie mais relèvent également d'une contrainte technique. En effet, une fois les données préparées en gardant seulement les plus de 60 ans qui peuvent être suivies sur une période de 6 ans en France, les effectifs étaient trop faibles pour se permettre de différencier les effets par intensité de la pratique d'activités. De plus, cela nous a également empêché de mettre en place des méthodes économétriques plus abouties pour caractériser un effet causal pur. Ces effectifs réduits nous amènent à nuancer la robustesse de ces résultats même s'ils restent très intéressants et alignés sur la littérature dans ce domaine. En effet, nous retrouvons des résultats assez proches d'autres études réalisées non pas sur la dépendance mais sur la chute des capacités cognitives où le résultat était de 3 ans de décalage. Enfin, notre calcul a été fait toutes choses égales par ailleurs, avec des groupes statistiquement identiques sur un maximum de variables.

Concernant la mesure de la dépendance, notre transformation sur la variable de dépendance (les AVQ) porte à deux remarques. La première est que notre niveau d'autonomie est défini de manière plus stricte que la littérature sur le sujet. En effet, nous considérons un individu dépendant à partir d'une activité de vie quotidienne défaillante, alors que ce seuil est considéré à deux activités dans la littérature. Ainsi, nous étudions ici presque une « santé parfaite » plutôt qu'une autonomie. Il aurait été intéressant d'aligner ce critère sur la littérature, mais cela aurait demandé de restreindre plus encore les effectifs, pesant lourdement sur la méthodologie donc la validité interne du modèle. Enfin, cette étude n'effectue pas de différence quant à l'intensité de la dépendance. Notre objectif est d'observer le seuil entre autonomie et dépendance, et non de voir l'effet de la pratique d'activités socialisées en fonction d'un état d'autonomie, de dépendance partielle ou de dépendance lourde. Une piste d'approfondissement des études peut étudier cette question plus précisément.

Il reste probablement certaines variables inobservables qui pourraient avoir un effet et dont nous n'avons pas pu tenir compte car elles n'étaient pas présentes dans nos données, à savoir l'âge d'entrée en retraite par exemple.

Pour aller plus loin et pallier ces problèmes de données, il faudrait mener une enquête similaire mais ciblée en France pour avoir plus de données. On pourrait également s'affranchir de la contrainte de données sur la France et prendre les données SHARE au niveau de toute l'Europe mais cela pourrait aussi poser un problème au niveau de variables inobservables et différentes entre pays, comme les différences de comportements entre individus ou les institutions. Ces éléments

pourraient donner des résultats généraux, mais difficilement applicables à des contextes particuliers comme, dans notre cas, la France.

Cette étude vient aussi questionner le rôle des qualifications dans la pratique d'activités socialisées. Il serait intéressant de mener des études plus approfondies sur les causes de la non pratique d'activités socialisées. En quoi les qualifications ou la catégorie socio-professionnelle peuvent-elles expliquer la pratique ou non d'activités socialisées ? Existe-t-il d'autres facteurs ? Comme la pratique du bénévolat tout au long de sa vie, le manque de confiance en soi et l'auto-censure, ou encore le fait d'avoir un mauvais vécu de ses dernières années de vie professionnelle, etc... Avoir une connaissance complète des causes de la non pratique d'activités socialisées permettra la conception de politiques pertinentes et efficaces d'incitation à la pratique d'activités socialisées et à la promotion d'un vieillissement actif.

Conclusion

Cette étude est la première étude s'intéressant aux impacts de la pratique d'activités sur l'âge d'entrée en dépendance. Elle constitue une avancée importante dans le domaine de la santé publique et vient renforcer les apprentissages des autres études existantes et consacrées au vieillissement actif. Si elle se base sur des données d'enquête de seniors âgés de plus de 50 ans, elle fournit des enseignements utiles à l'ensemble de la population ; les individus pratiquant les activités socialisées se verront en moyenne entrer en état de dépendance 3,2 ans plus tard que ceux qui n'en pratiquent pas. Ce résultat est essentiel dans un contexte de vieillissement démographique et d'une future explosion du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie. Il montre que la dépendance n'est pas une fatalité. Le vieillissement actif et la pratique d'activités socialisées peuvent être des outils de prévention remarquables pour retarder l'âge d'entrée en dépendance.

De plus, cette étude montre que si un individu ne devait pratiquer qu'une activité, il devrait favoriser la participation à un club sportif ou social qui retarde le plus l'âge d'entrée en dépendance. En effet, la pratique d'une telle activité retarde l'entrée en dépendance de 2,8 ans, tandis que le bénévolat ou les activités caritatives retardent l'entrée en dépendance de 1,9 ans, la participation à un cours éducatif ou à une formation de 1,5 ans, et la participation à une organisation politique ou communautaire de 1,2 ans.

Par ailleurs, en s'intéressant au niveau de diplôme, cet article montre que le bénéfice de la pratique des activités socialisées est bien plus important pour les personnes ayant une qualification plus faible. En effet, faire des activités socialisées retarde l'entrée en dépendance de 3,6 ans pour les individus peu qualifiés (bac +2 et moins) et de 2,2 ans pour les individus qualifiés (diplôme supérieur au bac +2). Ce résultat est intéressant au vu des écarts importants d'espérance de vie entre les diplômés du supérieur et les non diplômés. La pratique d'activités socialisées permet un rattrapage. Mais force est de constater que les activités socialisées sont davantage pratiquées par les diplômés du supérieur. Il est donc important de s'intéresser aux raisons de la pratique faible des activités socialisées par les personnes qui ont un diplôme inférieur et d'envisager des politiques publiques pour encourager la pratique de ces activités.

Cette étude vient compléter tous les travaux que mènent la Chaire depuis près de deux ans sur le sujet des activités socialisées des seniors et souligne l'importance d'instaurer des politiques de promotion des activités socialisées. Dans ce sens, la Chaire TDTE a proposé huit politiques qu'elle juge pertinente dans le livret « Les activités socialisées des seniors » : (1) Mettre en place un parcours « activités socialisées » systématisé dans les entreprises, (2) Rendre systématique le bilan de compétences à l'âge de 55 ans, (3) Créer un compte de formation destiné aux retraités pour financer des formations aux activités socialisées, (4) Généraliser le mécénat de compétences aux branches professionnelles, (5) Permettre un cumul emploi-retraite et encourager la retraite progressive, (6) Accorder un bonus ou points retraite si des activités de bénévolat ont été effectuées, (7) Permettre le rachat des points de retraite par l'entreprise avec l'obligation pour les seniors de se former tout en restant dans l'entreprise et (8) Développer le tutorat de proximité pour les 120 000 jeunes décrocheurs exclus du marché du travail.

Bibliographie

Abdoul-Carime, S. (2020) « Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé », *Études et Résultats*, n°1141, Drees, janvier.

Adam, S., Bonsang, E., Germain, S., Perelman, S. (2007) « Retraite, activités non professionnelles et vieillissement cognitif. Une exploration à partir des données SHARE », *Economie et Statistique*, n°403-404, pp. 83-96.

Adam, S., Bonsang, E., Grotz, C., Perelman, S. (2013) « Occupational activity and cognitive reserve : implications in terms of prevention of cognition aging and Alzheimer's disease », *Clin Interv Aging*, n°8, pp. 377-390.

Blanpain, N. (2016) « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers », *Insee Première*, n°1584.

Boneschi, S., Zakri, M. (2018) « La durée de perception de l'allocation personnalisée d'autonomie est de 3 ans et demi en moyenne », *Etudes & Résultats*, n°1082, DREES.

EUROPA (2012) « Vieillissement actif et solidarité intergénérationnelle »

Greenfield, E. A., Marks, N. F. (2004). Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59B, S258–S264.

Hammou-ou-Ali, H. (2020) « Les activités socialisées et le bien-être psychologique des seniors », *Chaire TDTE*, 16 septembre 2020, disponible sur le site : tdte.fr.

INSEE (2008) « Projections de population 2005-2050 - Vieillissement de la population en France métropolitaine », *Economie et Statistique*, n°408-409

Insee (2019) « 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 », *Insee Première*, n°1767.

Lorenzi, J-H., Albouy, F-X., Villemeur, A. (2019) « L'Erreur de Faust, Essai sur la Société du Vieillissement », *Descartes & Cie*, Chaire TDTE

Lorenzi, J-H., Albouy, F-X., Villemeur, A. (2020) « Les activités socialisées des seniors », avec la collaboration de Adeline Moret, Chaire TDTE

Menec, V.H (2003) « The relation between everyday activities and successful aging: a 6-year longitudinal study », *Journal of Gerontology*, vol 58B, n°2, S74- S82.

Morrow-Howell, N, Hinterlong, J, Rozario P,A, Tang, F (2003) "Effects of Volunteering on the well-being of older adults", *Journal of Gerontology*, Vol 58B, n°3, S137-145.

Peter F. Edemekong; Deb L. Bomgaars; Sukesh Sukumaran; Shoshana B. Levy.(2021)
« Activities of Daily Living », *StatPearls Publishing*.

Van Willigen, M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life span. *Journal of Gerontology*, 55B, S308–S318.

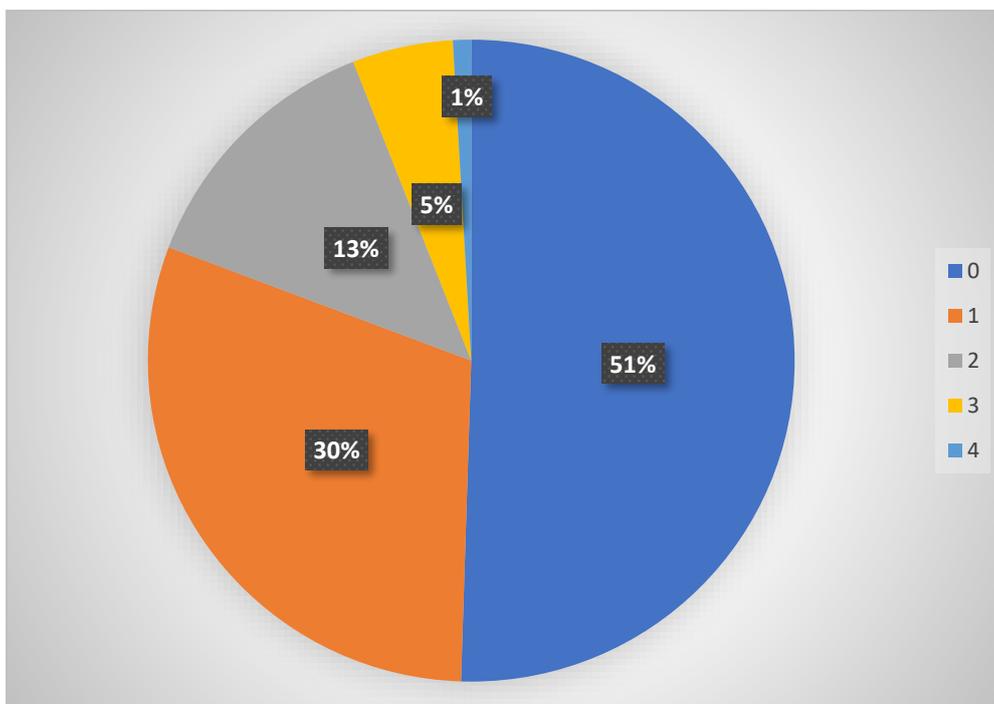
Zimmer, Z, Hickey, T, Searle, M.S (1995) "Activity participation and well-being among older people with arthritis", *The Gerontology*, Vol 35, n°4.

Annexes

Annexe 1 : Pratique d'activités socialisées selon l'âge et le niveau d'éducation

On retrouvera dans cette annexe le détail de la pratique d'activités socialisées par âge et par niveau d'éducation.

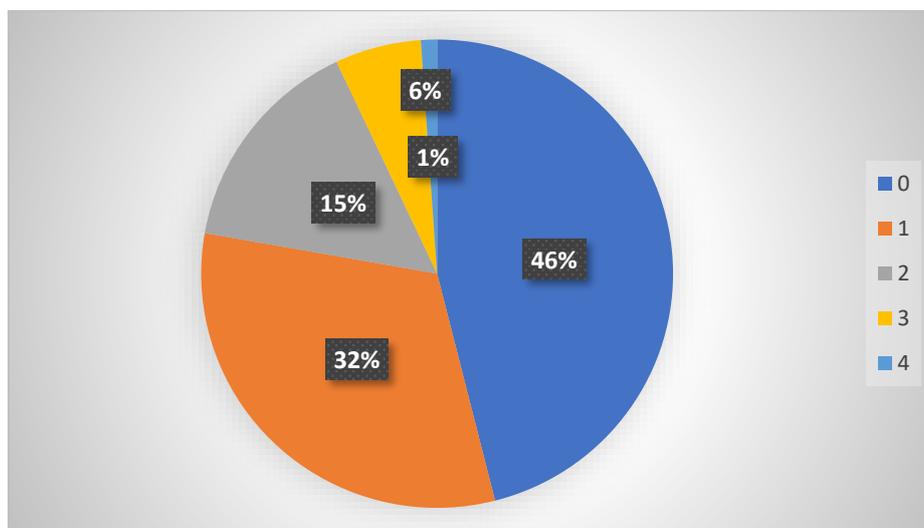
Graphique 2 : La fréquence de la pratique des activités socialisées



Source : Calcul de l'auteur à partir des données SHARE (2011, 2013, 2015, 2017)

Détails : Avec 0 pour un individu ne pratiquant aucune activités socialisées et jusqu'à 4 pour un individu qui les pratiquent toutes

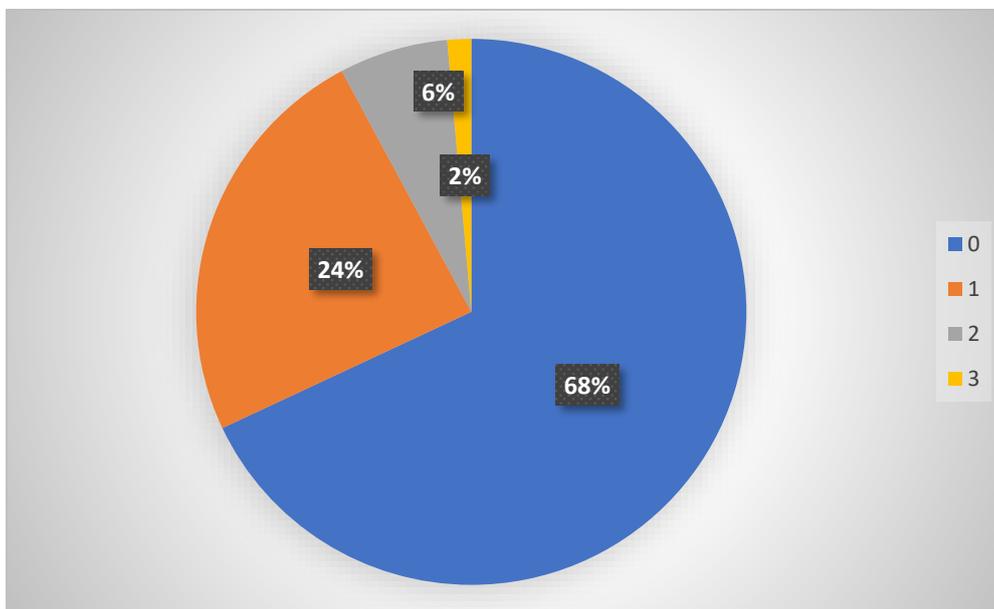
Graphique 3 : Fréquence de la pratique des activités socialisées entre 60-80 ans



Source : Calcul de l'auteur à partir des données SHARE (2011, 2013, 2015, 2017)

Détails : Avec 0 pour un individu ne pratiquant aucune activités socialisées et jusqu'à 4 pour un individu qui les pratiquent toutes

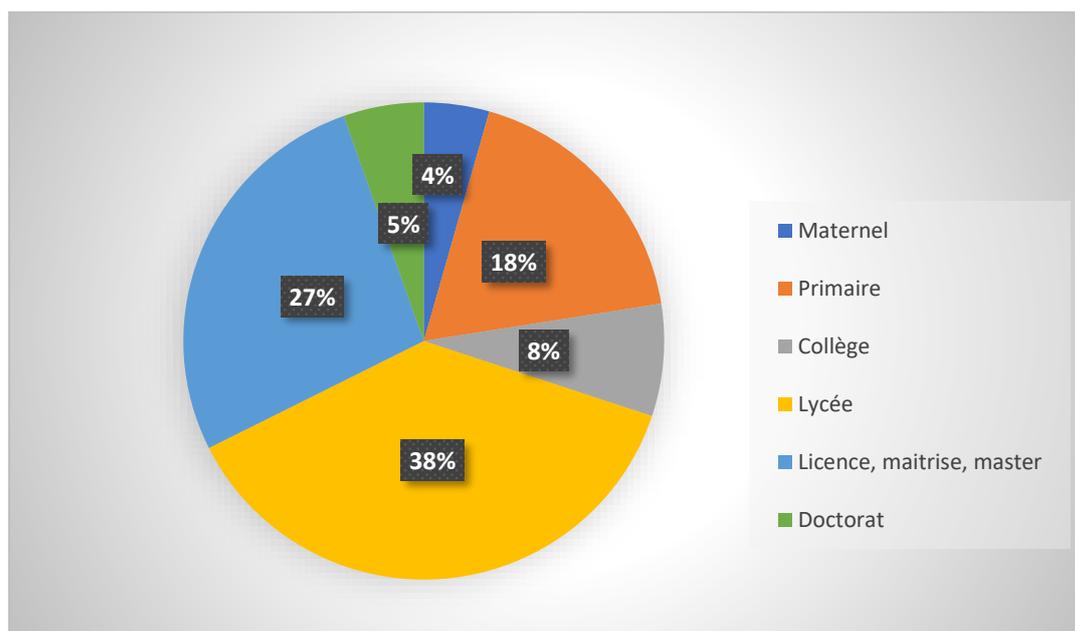
Graphique 4 : Fréquence de la pratique des activités socialisées chez les +80 ans



Source : Calcul de l'auteur à partir des données SHARE (2011, 2013, 2015, 2017)

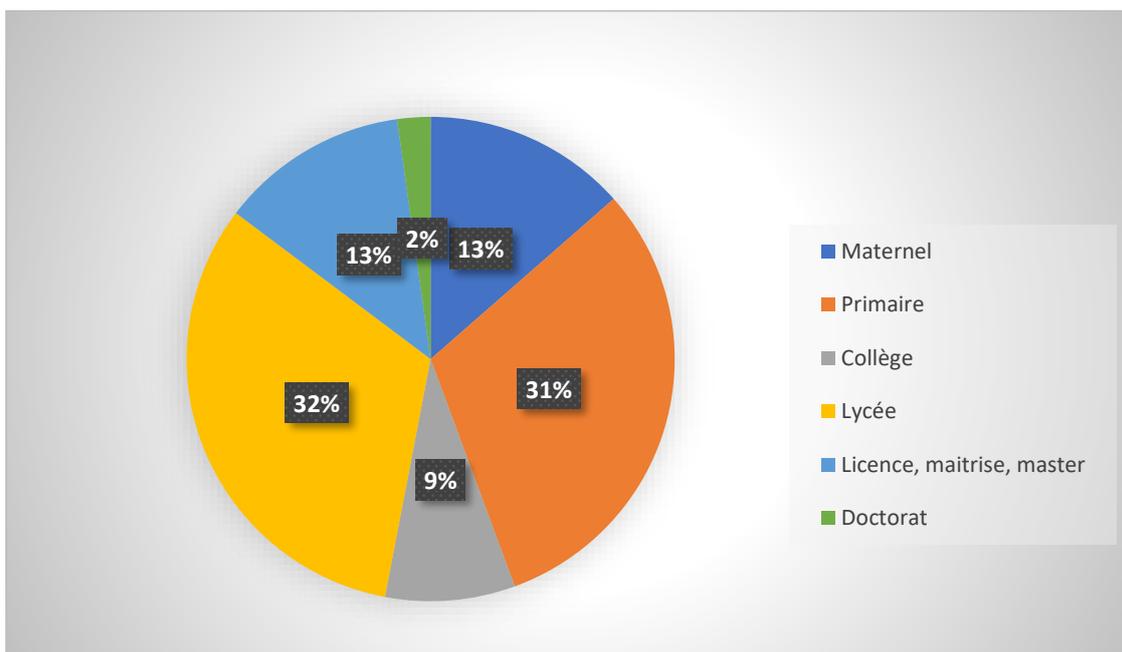
Détails : Avec 0 pour un individu ne pratiquant aucune activités socialisées et jusqu'à 4 pour un individu qui les pratiquent toutes

Graphique 5 : niveau d'éducation chez les pratiquants d'activités socialisées



Source : Calcul de l'auteur à partir des données SHARE (2011, 2013, 2015, 2017)

Graphique 6 niveau d'éducation chez les non-pratiquants d'activités socialisées



Source : Calcul de l'auteur à partir des données SHARE (2011, 2013, 2015, 2017)

Annexe 2 : Construction de la variable ADL

Les ADL de base comprennent les catégories suivantes :

- Ambulatoire : L'étendue de la capacité d'un individu à se déplacer d'une position à une autre et à marcher de manière indépendante.
- Se nourrir : La capacité d'une personne à se nourrir elle-même.
- S'habiller : La capacité à choisir des vêtements appropriés et à les mettre.
- Hygiène personnelle : Capacité à se laver et à faire sa toilette, à maintenir une hygiène dentaire, à soigner ses ongles et ses cheveux.
- Continence : La capacité à contrôler la fonction vésicale et intestinale.
- Toilettes: La capacité à se rendre aux toilettes et à en revenir, à les utiliser de manière appropriée et à se nettoyer.

Transformation des niveaux de dépendance

L'indicateur d'espérance de vie sans incapacité est construit grâce à l'enquête européenne sur les conditions de vie (SILC) coordonnée par l'European Health Expectancy monitoring unit et Eurostat sur la base de réponses données à la question: «Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement? 1. oui, fortement limité(e); 2. oui, limité(e) mais pas fortement; 3. non, pas limité(e) du tout ».

Seules les personnes qui ne déclarent aucune limitation sont considérées comme en bonne santé.