



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Perception du vieillissement chez les femmes de plus de 65ans vivant en milieu rural.
Craintes et perspectives.**

Présentée et soutenue publiquement le 09 novembre 2023 à 18 heures
au Pôle Formation
par **Rofaïda BOUROUIS**

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence PASQUIER

Assesseurs :

Madame le Docteur Yaohua CHEN

Monsieur le Docteur Luc DAUCHET

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Simon ARMENIER

Avertissement :

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AGGIR	Autonomie gérontologie groupe iso-ressources
AVC	Accident vasculaire cérébral
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression scale
Covid-19	CoronaVirusDisease 2019
DHEA	Déhydroépiandrostérone
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
Mini GDS	Mini Geriatric Depression Scale
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économique
TCL	Trouble cognitif léger

Table des matières

Introduction	2
1. Physiologie du vieillissement.....	3
2. Apparition du concept de « bien vieillir ».....	4
Méthode.....	10
1. Type d'étude :	10
2. Population étudiée :	10
3. Méthode de recrutement :	10
4. Réalisation des entretiens :	11
5. Analyse des données :	11
6. Saturation des données :	12
7. Éthique :	12
Résultats	14
1. Population étudiée :	14
2. Nutrition et hydratation :	15
A. Informations reçues concernant l'adaptation de l'alimentation avec le vieillissement :	15
B. Évolution des habitudes alimentaires avec le vieillissement :	16
C. Appréciation de la qualité de leur alimentation et hydratation actuelle :	21
A. Les pistes d'amélioration et leur intérêt selon les femmes interrogées :	25
3. Mobilité et activité physique	26
A. Évolution de la forme physique :	26
B. Importance accordée à la pratique d'une activité physique régulière :	29
C. Bénéfices attendus d'une pratique régulière :	32
4. Santé mentale et fonctions cognitives.....	34
A. Perception du « bien vieillir » féminin en milieu rural	34
B. Activités et occupation du temps libre :	40
C. Santé mentale et « bien vieillir »	45
D. Évolution des capacités intellectuelles	50
5. Environnement et vie en société.....	53
A. Maintien du lien social et place des nouvelles technologies au quotidien	53
B. Place accordée aux nouvelles technologies :	56
C. Perception des freins au vieillissement en milieu rural	60
6. Avenir et perspectives	65
A. Attentes concernant leur avenir	65
B. Leurs craintes	70
Discussion	75
1. Méthode utilisée	75
A. Choix de la méthode qualitative	75
B. Les entretiens	75
C. Limites de l'étude	75
2. Les résultats obtenus.....	76

A.	Au sujet de leur alimentation	77
B.	Au sujet de leur mobilité et activité physique	82
C.	Au sujet de leur santé mentale	84
D.	Au sujet de leurs capacités cognitives	88
E.	Au sujet de leur idée du « bien vieillir » en milieu rural	91
F.	Freins au vieillissement rural réussi	95
G.	Au sujet de leur vie sociale et des nouvelles technologies	97
H.	Leurs craintes et perspectives	99
	Conclusion	102
	Références bibliographiques	105
	Annexes	110

Titre : Perception du vieillissement chez les femmes de plus de 65ans vivant en milieu rural. Craintes et perspectives.

Contexte : Le vieillissement féminin s'accélère pour les Françaises depuis près de vingt ans, incitant les pouvoirs publics à mieux identifier leurs attentes, proposer un meilleur dépistage et améliorer leur prise en charge. En zone rurale, cette question se pose d'autant plus à cause de la désertification médicale qui s'y accentue alors même que les besoins sont voués à augmenter. Peu d'études se sont intéressées à cette question, nous avons tenté d'y répondre.

Méthode : Étude qualitative s'inspirant de la théorisation ancrée et utilisant une approche phénoménologique. Entretiens semi dirigés réalisés entre les mois d'octobre et décembre 2021 dans l'Avesnois. Suffisance des données obtenue après onze entretiens : un douzième a été ajouté afin de s'assurer de l'absence de nouveaux thèmes.

Résultats : Les femmes de notre étude se sentaient bien informées quant aux moyens de prévention des pathologies du grand âge, comme une alimentation saine ou la pratique d'une activité physique. Elles étaient sensibilisées à la question de la santé mentale tout en restant plus discrètes. Elles relevaient toutefois des freins à leur bien vieillir à la campagne, principalement l'isolement de leurs proches ou encore le manque d'interactions sociales, sans que le manque d'accès aux soins ne soit identifié comme frein majeur. Elles exprimaient en revanche des inquiétudes pour leur avenir, comme la perte d'autonomie ou le déclin cognitif qu'elles redoutaient et qui les empêchaient souvent de se projeter dans le futur. Leurs attentes étaient simples : rester autonome, au domicile, proche de leurs familles.

Conclusion : Les femmes interrogées étaient satisfaites de leur vieillissement à la campagne : elles s'estimaient privilégiées de vivre dans une cadre paisible et proche de la nature et n'envisageaient pas d'apporter de changement majeur à leur mode de vie.

Le vieillissement féminin s' accélère partout en Europe : les femmes vivent plus longtemps que les hommes.

La France n' échappe pas à ce constat depuis 30ans qui concerne toutes les tranches d' âge : au 1^{er} janvier 2022, un Français sur cinq a 65ans ou plus et un Français sur dix a 75ans ou plus. C' est la génération dite des « *boomers* » nés après la seconde guerre mondiale et aujourd' hui retraitée, qui représente 20,6% de la population européenne.

Si l' on observe particulièrement la population féminine, selon l' étude Eurostat, les Françaises sont au-dessus des moyennes européennes qu' il s' agisse de l' espérance de vie à la naissance (calculée à 85,4 ans en 2021), de l' espérance de vie à 65ans, ou encore de l' espérance de vie sans incapacité qui semble être mieux adaptée pour apprécier l' état de santé d' une population senior.

En effet, l' espérance de vie des Françaises à 65ans est la plus élevée de l' Union Européenne. En revanche, la France est classée cinquième concernant l' espérance de vie à 65ans sans incapacité, calculée à 12,6ans.

Ces années vécues sans incapacités sont en constante augmentation, et sont le signe de progrès en termes de santé publique et de moyens de prévention adaptés en France : on parle d' ailleurs de vieillissement *réussi* (1). Mais, l' espérance de vie sans incapacité progresse plus vite pour les femmes que pour les hommes, ce qui soulève la question de la prise en charge du vieillissement féminin en France et de la prévention de la dépendance qui survient de plus en plus tard dans la vie des Françaises.

Dans les Hauts-de-France, région la plus densément peuplée de la métropole, la part des « *boomers* » est aussi vouée à suivre la dynamique nationale : les prévisions pour 2050 chiffrent cette augmentation à +1,4% par an. C' est d' ailleurs la seule tranche d' âge qui devrait augmenter dans les Hauts-de-France, soit

une part de seniors qui passe de 15% à 25% d'ici 2050, mais restera tout de même la région présentant la plus faible proportion de seniors en France.

En zone rurale, fait important, le vieillissement féminin est accentué par le phénomène de dépeuplement massif des plus jeunes vers les zones urbaines ou semi-urbaines, souvent en quête de travail, aggravant un peu plus le vieillissement des campagnes françaises, leur prise en charge et créant des problématiques nouvelles.

Recueillir l'avis des femmes âgées vivant en zone rurale par cette étude qualitative nous a paru pertinent pour mieux comprendre leurs attentes, identifier les problématiques liées au vieillissement féminin en zone rurale et permettre la mise en place de mesures de prévention adaptées.

1. Physiologie du vieillissement

Selon le Collège des Enseignants de Gériatrie, le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies (2).

Il faut donc distinguer vieillissement physiologique des organes, qui dépendent du patrimoine génétique et du mode de vie de chacun (nutrition, exercice), du vieillissement pathologique pendant lequel apparaissent les maladies.

Aussi, parce que le vieillissement est un processus déterminé par les gènes de chacun, on comprend qu'il s'agit d'un processus hétérogène. Cette hétérogénéité est à la fois interindividuelle car chacun dispose de son propre patrimoine génétique, mais aussi intra individuelle.

Cette deuxième notion, plus récente, traite du vieillissement cellulaire. Elle implique que chaque organe vieillisse à son propre rythme et réfute l'idée longtemps acceptée d'un vieillissement global et uniforme de tous les organes. Cette idée serait expliquée en partie par une capacité de renouvellement cellulaire

variable selon les organes : par exemple, certains tissus comme les épithéliums connaissent un renouvellement presque permanent après l'apoptose cellulaire ; d'autres tissus comme le cortex cérébral connaissent un renouvellement plus lent. À ce sujet, des études très récentes confirment bien l'apparition de nouvelles cellules dans l'hippocampe et le cortex olfactif (3). D'autres tissus, comme le tissu musculaire cardiaque par exemple connaissent un renouvellement intermédiaire mais évoluent plutôt en augmentant leur volume cellulaire.

En réalité, le phénomène de renouvellement cellulaire variable ne peut pas expliquer à lui seul cette hétérogénéité du vieillissement des organes, car renouvellement ne signifie pas toujours bon fonctionnement. D'autres études tentent ainsi de fournir d'autres explications à l'échelle biologique cette fois. On parle d'expression génique, de modification de communication entre les cellules par la diminution des récepteurs à leurs surface, de phénomène de la glycation cellulaire ou encore du dysfonctionnement mitochondrial.

Les nombreuses « théories du vieillissement » (4) ont bien évolué au fil des travaux de recherche et ont ainsi ouvert le champ aux biotechnologies qui gardent l'espoir de pouvoir intervenir directement sur le processus biologique du vieillissement par les thérapies moléculaire, cellulaire voire les thérapies géniques (5).

2. Apparition du concept de « bien vieillir »

Depuis la « journée des vieillards » devenue la « semaine bleue » célébrée chaque mois d'octobre depuis 70ans, après la Seconde Guerre mondiale, la question de la prise en charge des personnes âgées a elle aussi évolué au fil des années.

Longtemps considéré surtout comme un enjeu économique, aujourd'hui il n'est plus seulement question d'un soutien financier aux victimes de la guerre laissées sans ressources.

À présent, il s'agit d'une thématique bien plus personnalisée et qui veut s'adapter au parcours de vie de chacun et de chacune.

En effet, l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé fait poser la question du devenir de ces seniors qui ont probablement des attentes et des craintes nouvelles quant à leur idée d'un vieillissement pleinement réussi.

On n'aborde d'ailleurs plus la question du vieillissement, mais des vieillissements, au travers de thématiques nombreuses, permettant un abord plus positif de la promotion de la santé des seniors.

Ainsi est née l'idée de vieillissements pluriels ; pluriels comme les femmes et les hommes qui la composent, leurs situations pathologiques éventuelles et enfin, l'environnement social, culturel et culturel dans lequel ils évoluent.

On parle alors du « bien vieillir », à la fois sous une approche plus globale et plus dynamique, en prenant en compte les singularités des situations de chacun et chacune, pouvant évoluer et surtout s'améliorer par l'application de recommandations simples de santé publique.

Mais l'approche du vieillissement se veut maintenant aussi plus personnalisée au point de vue du sens que chacun veut donner à son « bien vieillir » idéal et non plus comme une définition standardisée.

Car le vieillissement est aussi un phénomène dynamique, vouant à évoluer dans un sens ou un autre, dépendant de facteurs intrinsèques et extrinsèques, mais surtout pouvant être améliorés tout au long de la vie.

En effet, de nombreuses études internationales tendent à identifier certains facteurs extrinsèques et donc modifiables dans cette quête du bien vieillir : ainsi, il semble que l'alimentation, l'activité physique, la préservation de la santé mentale et le maintien d'une vie sociale soient quelques-uns de ces facteurs.

Ce sont autant de points qui sont aujourd'hui de réels axes d'amélioration dans cette quête du bien vieillir, qui permettent la mise en place de moyens de prévention primaires, secondaires et tertiaires comme le prévoit la loi du 28 décembre 2015, où le sénior devient d'autant plus acteur de sa santé et de son vieillissement.

- La nutrition du sujet âgé :
 - Physiologiquement, le vieillissement conduit à une modification de la composition de l'organisme, avec une diminution de la masse maigre au profit de la masse grasse viscérale. Cette modification est aggravée par la sédentarité chez le sujet âgé.
 - Moyens de prévention en place : maintien de la balance azotée, maintien d'un apport suffisant quantitatif et qualitatif, lutte contre la dénutrition.

- L'activité physique :
 - Physiologiquement, la masse maigre diminue avec le temps par une carence d'apport mais aussi par l'absence d'activité physique, même peu intense, conduisant à terme à une sarcopénie. La dénutrition protéino-énergétique est bien identifiée comme un facteur de risque de chute, de grande susceptibilité aux infections et autres pathologies. C'est la notion de fragilité du sujet âgé.
 - Moyens de prévention en place : lutte contre la sédentarité des seniors, encourager les activités physiques adaptées à l'état de santé, aide à la mobilité, ateliers.

- La santé cognitive
 - Le vieillissement physiologique conduit à une modification du fonctionnement du système nerveux central, périphérique et végétatif. Sur le plan cognitif, il conduit de manière physiologique à l'apparition de troubles attentionnels, de difficultés à

l'acquisition de nouvelles informations ou à la réalisation de doubles tâches mais sans retentissement sur le quotidien.

- Moyens de prévention en place : favoriser les stimulations régulières, maintien d'une bonne hygiène de vie, favoriser les habitudes neuro-protectrices, dépistage régulier du statut cognitif.

- Le maintien du lien social et santé mentale

- Le sujet âgé est soumis à diverses expériences tout au long de sa vie qui peuvent influencer sur sa psychologie : l'arrêt des activités à l'âge de la retraite, l'annonce de maladies et le déclin fonctionnel qui en découle, les crises narcissiques liées à la transformation du corps, la perte d'êtres chers comme le veuvage ou encore le sentiment de proximité avec la mort.

Toutes ces expériences conduisent à des réactions propres à chacun, allant de l'anxiété à la réelle souffrance psychique encore sous diagnostiquée chez les sujets âgés.

La présence d'un déclin cognitif ajoute une difficulté dans le diagnostic de cette souffrance psychique, et inversement, car les capacités de communications peuvent être altérées.

Aussi, l'environnement de vie et l'isolement social sont à prendre en compte car ils peuvent aggraver cette souffrance.

- Moyens de prévention en place : dépistage régulier et accompagnement du syndrome dépressif, lutter contre l'isolement.

L'idée de cette étude nous est donc venue du constat d'un vieillissement féminin accéléré en France, avec une population senior qui vit en bonne santé et plus longtemps.

Nous avons trouvé peu d'études ciblant la population féminine rurale, qui reste assez méconnue.

Pourtant, les femmes âgées en milieu rural font face à des difficultés doubles, d'une part celle du vieillissement et d'autre part, celle de la vie à la campagne qui subit de profondes mutations.

L'objectif de cette étude réalisée auprès de femmes vivant en milieu rural était de décrire la perception qu'elles avaient au sujet de leur propre vieillissement, et faire l'état des lieux de leurs connaissances en termes de moyens de prévention.

Nous avons cherché à mieux connaître l'idée qu'elles se faisaient du bien vieillir, de leurs attentes et de leurs éventuelles craintes.

1. Type d'étude :

Notre choix s'est porté vers une étude qualitative s'inspirant de la théorisation ancrée en utilisant une approche phénoménologique.

Les données ont été recueillies lors d'entretiens individuels semi dirigés, présents ou par téléphone selon les disponibilités des participantes.

2. Population étudiée :

Les critères d'inclusion étaient d'être une femme, âgée entre 65ans et 75ans et vivant dans l'Avesnois, en milieu rural.

Nous avons exclu les patientes ne vivant pas en milieu rural, celles ayant plus de 75ans car leur état de santé ne permettait pas de réaliser un entretien complet et bien conduit. Car nous avons souhaité cibler les femmes vivant sans incapacité.

3. Méthode de recrutement :

Les participantes étaient recrutées de manière raisonnée afin d'atteindre la plus grande variance, entre les mois d'octobre et décembre 2021 dans l'Avesnois.

Certaines des patientes nous ont contacté spontanément après avoir vu nos affiches en salle d'attente de la maison de santé de la commune de Landrecies ; d'autres ont été informées par leur entourage grâce aux fiches explicatives remises systématiquement à la fin de chaque consultation durant cette même période. Enfin, pour augmenter le nombre de participantes, nous avons contacté les patientes qui ne consultaient habituellement pas au cabinet médical afin de les informer de notre travail.

Chaque participante a été d'abord informée des objectifs de l'étude, de la méthode utilisée et de son caractère enregistré mais anonyme.

Les entretiens présentiels étaient tous tenus à l'occasion d'une visite au domicile ; lorsque cela n'était pas possible, nous avons convenu de rendez-vous téléphonique.

4. Réalisation des entretiens :

Après revue de la littérature disponible, un premier guide d'entretien était réalisé.

Ce guide a progressivement évolué pour clarifier certaines questions qui pouvaient ne pas être comprises, et afin de le compléter par les réponses aux entretiens précédents.

Le premier et le dernier guide sont en annexe 1 et 2.

L'utilisation de questions ouvertes était privilégiée.

L'enregistrement des entretiens était réalisé à l'aide de l'application dictaphone présente sur le système d'exploitation IOS®.

Les entretiens ont tous été retranscrits *verbatim* par le traitement de texte Word®(Microsoft, Redmond (WA), USA).

Chaque participante a été anonymisée à l'aide des codes P1 pour participante 1 , P2 pour participante 2, etc.

5. Analyse des données :

Le logiciel d'analyse de contenu NVIVO a été utilisé pour réaliser l'analyse et le codage heuristique, donc interprétatif, des transcriptions.

Cette analyse discursive des transcriptions s'inspirant de la théorisation ancrée ou *grounded theory* a été menée parallèlement et indépendamment par deux chercheurs.

L'ancrage permet de retranscrire les croyances et représentations des personnes rencontrées sur le terrain en faisant émerger une théorie à partir de l'ensemble des nouveaux concepts apportés par les participantes.

Cette analyse se décompose en trois niveaux :

- Codage ouvert :

Il permet de faire émerger des données le plus grand nombre de concepts et de catégories possibles.

- Codage axial :

Il s'agit de l'articulation des propriétés découvertes par le codage ouvert.

- Codage sélectif :

Il intègre les relations retrouvées par le codage axial.

La théorie a été générée à partir des faits observés et permettait de générer des hypothèses.

La méthode de théorisation ancrée propose de collecter et d'analyser les transcriptions en parallèle dans un aller-retour permanent.

Une triangulation du codage entre les deux chercheurs a été réalisée par consensus pour convertir des codes communs.

6. Saturation des données :

Pour une étude qualitative, le nombre de participantes n'a pas été établi *à priori*.

La saturation théorique des données était considérée comme atteinte lorsque l'analyse des entretiens n'a plus modifié la théorie.

Elle a été déclarée atteinte suite au 11^e entretien.

Un dernier entretien a été ajouté pour s'assurer de l'absence d'émergence de nouveau thème.

7. Éthique :

En l'absence d'intervention, aucun avis CPP n'était requis.

Une déclaration simplifiée était faite auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés dans le respect de la législation. (Annexe 3)

Le plan de cette thèse suivait le modèle RATS. (Annexe 4)

1. Population étudiée :

Notre échantillon se composait de 12 femmes, âgées de 65 à 74ans, toutes patientes du même médecin traitant.

Leur niveau d'éducation était variable : 3 femmes n'avaient obtenu aucun diplôme, 8 femmes étaient retraitées du secteur secondaire (employée de bureau , etc.) , 1 du secteur tertiaire qui poursuivait son activité dans l'exploitation familiale.

Parmi les participantes, 11 étaient mariées, dont une femme qui était remariée ; une seule était célibataire.

Leur niveau d'autonomie était comparable : 9 femmes étaient de stade GIR 6 et 3 femmes de stade GIR 5 ; 7 femmes étaient titulaires du permis de conduire (Annexe 5).

Enfin, toutes vivaient au domicile , en maison indépendante , dans l'Avesnois depuis l'enfance ; une seule s'y était installée à l'âge adulte mais était originaire de zone rurale ; une autre née dans l'Avesnois y était revenue à l'âge de la retraite .

P	Année de naissance	Emploi exercé	Situation familiale	Mode de vie	Permis de conduire	Stade GIR
P1	1948	Institutrice	Mariée	Domicile	Oui	6
P2	1950	Assistante maternelle	Mariée	Domicile	Oui	6
P3	1950	Employée de bureau	Mariée	Domicile	Oui	5
P4	1953	Employée de bureau	Mariée	Domicile	Non	6
P5	1954	Maitre-nageur	Mariée	Domicile	Oui	6
P6	1951	Employée de mairie	Mariée	Domicile	Oui	6
P7	1948	Femme au foyer	Mariée	Domicile	Non	5
P8	1947	Poursuite activité dans l'exploitation familiale	Mariée	Domicile	Non	5
P9	1951	Employée commerce	Célibataire	Domicile parental	Oui	6
P10	1949	Femme au foyer	Mariée	Domicile	Non	6
P11	1948	Femme au foyer	Mariée	Domicile	Non	6
P12	1952	Employée de banque	Mariée	Domicile	Oui	6

2. Nutrition et hydratation :

A. Informations reçues concernant l'adaptation de l'alimentation avec le vieillissement :

Concernant l'importance de garder une alimentation variée avec l'avancée dans l'âge, certaines participantes jugeaient ne jamais avoir reçu d'information à ce sujet :

« Disons que je n'ai pas été beaucoup informée. » P6

« Je n'ai pas eu d'information à ce sujet. » P10

D'autres confiaient s'informer par leurs propres moyens, comme la télévision, les magazines spécialisés ou internet :

« Je m'informe par moi-même, si je me pose une question , je vais sur internet » P6

« Je m'informe par moi-même , par les journaux, j'étais abonnée à TOP SANTE. » P6

« J'ai toujours suivi tout ce qui était diététique à la télévision , les conseils que l'on donne même si je ne les suis pas toujours , j'essaie de gérer ça au mieux. » P5

Ou à l'occasion de discussions avec leur entourage :

« Ou alors pendant des discussions entres amies ou collègues. » P5

D'autres ne comprenaient pas l'intérêt de la question :

« Je sais qu'il faut bien manger tout court disons. » P10

« Après la ménopause ? je ne sais pas. » P12

B. Évolution des habitudes alimentaires avec le vieillissement :

a. Absence de changements :

Un groupe de femmes déclaraient n'avoir rien changé dans leur alimentation avec l'avancé dans l'âge.

« Écoutez, moi je n'ai pas changé mon alimentation. » P2

« Je ne vois pas trop, honnêtement. » P6

« Je n'ai rien changé, pourquoi il faudrait ? » P9

Car elles estimaient que leur alimentation avait toujours été saine.

« Je mange assez sainement donc je ne sais pas s'il y a une nourriture spéciale pour les ménopausées par rapport à avant la ménopause ou après ? » P2

« Et puis ayant des prises de sang régulièrement, elles sont assez bonnes , je pense que je suis arrivée à trouver le juste milieu. » P6

En préférant les repas plus légers pour le souper par exemple :

« Le soir on mange plus léger une salade ou une soupe ça suffit souvent. » P10

Une seule femme évoquait ses difficultés à garder une alimentation saine avec le vieillissement :

« J'ai fait attention toute ma vie, et je fais encore très attention. C'est compliqué. (...) Je suis une personne qui mange très peu. Mais qui a quand même de l'embonpoint, je me suis battue toute ma vie contre ça. Donc c'est vrai que je me prive beaucoup, donc c'est compliqué d'équilibrer mes repas. » P5

Une autre femme avouait n'avoir rien changé dans ses habitudes alimentaires, car elle n'avait pas été informée :

« Je ne suis pas au courant. » P9

D'autres encore ont indiqué de pas avoir fait de changement de leurs habitudes car elles n'avaient pas ressenti de déclin de leur santé depuis la ménopause :

« Non parce que en fait j'ai eu ma ménopause sans problème en fait. (...) et puis après bon, je n'ai pas eu de traitement non plus donc pour moi cela n'est pas important. » P1

« La ménopause en elle-même cela ne me fait rien, je n'ai pas vraiment eu de symptômes. » P11

b. Modification des habitudes alimentaires :

D'autres femmes déclaraient avoir adapté spontanément leurs habitudes alimentaires au cours de leur vie, à titre préventif.

Elles évoquaient au premier plan la ménopause :

« Après la ménopause, je sais qu'il faut beaucoup de laitages. » P11

Et plus précisément les carences causées par le déficit hormonal :

« Des choses qui peuvent compenser ce que les hormones ne donnent plus. » P5

La plupart veillait donc à un apport plus important en laitages depuis la période de la ménopause :

« Je sais qu'il faut manger pas mal de calcium, des laitages , du fromage. » P5

« Je sais qu'il faut boire du lait et du fromage. » P9

Afin de préserver leur santé osseuse :

« Pour les os je sais que c'est important. » P7

« Alors moi ce que je sais, c'est pour les os. Il faut faire attention. » P8

« Après la ménopause, je sais qu'il faut beaucoup de laitages, pour les os. C'est ça ? » P11

Certaines ont évoqué leur crainte de l'ostéoporose à cause d'antécédents familiaux :

« Oui voilà, ça je suis bien vigilante avec ça car il y a de l'ostéoporose dans la famille alors je suis prévoyante. » P11

Mais seule une femme déclarait craindre la survenue d'une fracture osseuse :

« Après je me dis quand même que si j'étais faible je pourrais me casser quelque chose, je touche du bois , pour l'instant ça va. » P1

À ce sujet, elle réalisait des examens de suivi :

« Oui , bon là ça fait longtemps que je ne l'ai pas faite la densitométrie, il y a bien 6-7ans. Elle était correcte , donc c'est pour ça aussi que je ne me suis pas affolée.» P1

Parmi ces femmes, certaines confiaient utiliser de la vitamine D prescrite par leur médecin traitant, à des fréquences variables :

« Mais le docteur me donne souvent de la vitamine D parce que depuis que j'ai quitté le sud de la France, je suis toujours en carences. J'ai pris le mode de vie des Nordistes quoi. Il nous manque le soleil. » P4

« Je prends les ampoules que le docteur me donne. » P8

« Je prends l'ampoule pour le soleil de temps en temps. » P9

Ou de la vitamine C :

« Moi je prends de la vitamine C. » P1

Une seule femme déclarait utiliser des compléments alimentaires en vente libre qu' elle achetait en pharmacie ou en magasin spécialisé.

« Enfin je les prends un peu en complément alimentaire je les achète à BIOCOP et tout, à la pharmacie. » P1

« Bah disons que moi ce que je fais c'est que ... comme là j'ai commandé Chondrostéo® » P1

Enfin, une partie des participantes avouaient que leur alimentation était devenue plus saine après une pathologie aigue les touchant directement ou la personne avec qui elles vivaient :

« Aujourd'hui notre alimentation est équilibrée, car mon mari est diabétique et moi aussi. » P6

« Et sinon j'essaie d'éviter le sucre car mon mari est diabétique. » P8

« Oui voilà, aussi pour maman car elle est prise du cœur, donc je suis obligée de faire attention. »

P9

« Sinon, c'est surtout le diabète qui nous a fait changer nos habitudes en fait. » P11

Elles disaient être plus vigilantes sur la composition de leur repas, en diminuant les parts de graisses, de sucres et de féculents :

« Ça c'est de la gourmandise, des plats riches. J'essaie de les diminuer. » P7

« J'essaie de manger peu de pain. » P9

« C'est vrai qu'avant le diabète de mon mari, on avait plus tendance à manger des sucreries avec le café, des pâtisseries, des petites choses comme ça. Bon maintenant, c'est plus rare. » P11

Et en augmentant leur consommation en fruits principalement :

« Je mange plus de fruits et de légumes frais maintenant qu'avant. » P2

« Et j'essaie de manger des fruits. » P5

« J'ai essayé d'équilibrer, de manger beaucoup de fruits, au moins deux fruits par jour minimum, ça c'est sûr. » P6

Elles se sentaient privilégiées de vivre à la campagne, car elles disaient avoir un meilleur accès aux produits frais :

« Il faut dire qu'on a la chance d'être à la campagne, donc on peut avoir des fruits et légumes facilement, ça c'est quand même bien. » P9

À l'inverse, près de la moitié des femmes interrogées reconnaissent céder plus souvent à la gourmandise qu'auparavant :

« J'ai eu ma ménopause très jeune, je l'ai eue à 46ans. Et donc je mange beaucoup de douceurs ... du chocolat, des petits biscuits, tout ce qui est sucré, je suis tentée. » P4

« J'aime manger une petite part de gâteau avant de me coucher, un petit peu de plaisir disons. Mais bon à mon âge il faut se faire plaisir. » P8

Car elles se sentaient isolées depuis la pandémie de Covid-19 :

« Même mon mari me dit que je mange trop de sucre, et surtout en ce moment avec cette pandémie qui éloigne tout le monde. J'en mange plus, je me console comme je peux. » P4

Mais restaient conscientes qu'il fallait les limiter :

« C'est vrai que j'aime bien des choses toutes simples. Comme des pommes de terre au four, la raclette tout ça. Mais je sais que normalement il ne faudrait pas que j'en mange trop. Ça je le sais. » P7

« Bon parfois quelques extras mais c'est rare. » P10

C. Appréciation de la qualité de leur alimentation et hydratation actuelle :

a. Certaines étaient satisfaites :

Une partie des femmes interrogées se déclarait aujourd'hui satisfaite de leur alimentation, en termes de qualité :

« Je dirais que ça n'est pas trop mal. » P8

« Je suis plutôt satisfaite, on mange bien, on fait attention. » P9

« Je pense qu'elle est de bonne qualité. » P11

Car elles la qualifiaient de « saine » et équilibrée :

« On achète et on fait nos courses sainement. » P2

« Vous savez je mange très équilibré même si cela ne se voit pas. » P9

« Je dirais que nous avons une bonne alimentation, saine et variée et sans excès. » P11

Et qu'elles utilisaient des produits frais et légumes de saison :

« Je trouve que je me débrouille pour faire avec des bonnes choses, des choses les plus naturelles possibles. » P1

« Je mange surtout les légumes de saison. » P8

« Sinon les repas en eux même c'est naturel disons. » P10

Avec le moins de recours aux produits transformés, qu'elles jugeaient trop salés :

« On essaie de ne pas manger des trucs tout faits. On prépare les repas, c'est important, il y a quand même moins de sel, tout ça. C'est moins trafiqué on va dire » P3

« Je me dis tant que je peux je ne voudrais pas manger de choses trop transformées. » P10

Les aliments frais provenaient le plus souvent de leur jardin personnel :

« Donc pour ça j'ai mon jardin » ; « enfin les légumes il n'en faut pas beaucoup puisque finalement on en a là. » P1

« J'essaie de préparer des repas avec les légumes du jardin. » P3

« Les légumes du jardin, (...) ce qui pousse dans mon terrain quoi. » P8

Ou d'enseignes spécialisées en agriculture biologique :

« Et bon nous on fréquente BIOCOP donc on a des légumes un peu bio quoi. » P1

« On essaie aussi d'acheter BIO dans la mesure du possible disons. » P12

Les participantes déclaraient aussi privilégier les enseignes locales pour leur achats alimentaires :

« Oui voilà, proche de chez moi. » P1

« Les fruits que j'achète, je préfère les acheter dans des endroits pas trop loin. » P2

« On essaie de manger local. » P11

Elles n'avaient donc que peu de recours aux supermarchés traditionnels :

« On n'achète que peu de choses en réalité, les fruits et légumes c'est notre jardin, le pain c'est la boulangerie du village, l'eau du robinet, bon la viande de temps en temps mais on préfère les légumineuses. Et puis le poisson c'est à l'occasion disons. » P11

Enfin, certaines insistaient aussi sur le mode de préparation des repas et privilégiaient la cuisine fait-maison, à la vapeur et moins riche en graisses :

« Ça cuit un peu à la vapeur avec un petit peu d'huile d'olive et puis cela ne cuit pas tellement longtemps donc c'est bon quoi. Et puis je me suis achetée un WOK. » P1

« Sinon je fais beaucoup de fait-maison, ou des plats tout faits mais c'est rare. » P8

« J'utilise peu de beurre, je cuisine beaucoup à la vapeur disons. » P9

À propos de leur hydratation , la majorité des femmes interrogées disait s'hydrater suffisamment :

« Je bois facilement ma bouteille tous les jours. » P5

« Nous buvons de l'eau 1.5L par jour. » P11

Elles se disaient attentives à leur hydratation à cause de pathologies :

« Eh bien là maintenant je bois beaucoup car il y a 2-3 ans je me suis fait un calcul rénal. Donc maintenant j'arrive bien à boire mes grands verres d'eau parce que c'est vrai , je reconnais, je ne buvais pas assez d'eau. » P4

Qu'elles complétaient par la consommation de tisanes :

« Et puis j'aime bien les tisanes, alors parfois je bois un peu plus de tisanes lorsque je sais que j'ai moins bu d'eau dans la journée par exemple. » P12

D'autres femmes déclaraient s'hydrater avec difficulté :

« Mon mari disait que j'étais un chameau, autant dire que je buvais très peu. » P3

« Alors il faut dire que me concernant, je ressens assez peu la soif, donc je laisse la bouteille posée sur la table comme ça je pense à boire un verre de temps en temps. » P11

Quelques-unes déclaraient consommer de l'alcool quotidiennement pendant les repas, ou le week-end :

« Bon nous, c'est surtout un petit verre en mangeant, c'est notre petit plaisir. » P10

« Et un apéritif le dimanche. Et puis si on sort on ne se prive pas. » P6

b. Certaines émettaient des réserves quant à la qualité de leur alimentation :

Elles évoquaient la question du coût de l'alimentation.

Une patiente déclarait qu'elle pouvait manger plus sainement car elle en avait le budget :

« On n'est plus qu'à deux donc on regarde moins le prix pour la viande tout ça, vous voyez. » P2

Une seule participante confiait qu'une alimentation saine étant plus onéreuse, elle devait surveiller les prix régulièrement :

« Les repas dépendent des promos , aussi bien pour les légumes que pour tout quoi. Ça devient bientôt un luxe de manger des fruits ou des légumes. » P7

c. Pourrait être améliorée :

Une partie des femmes était plus nuancée, et jugeait qu'elle pouvait être plus attentive à la qualité de leur alimentation :

« Je dirais que je peux mieux faire. » P8

« Je dirais que je suis satisfaite en partie, pas totalement, je sais que je devrais faire plus attention à ce que l'on mange. Surtout qu'on est plutôt sédentaires, on ne bouge pas énormément finalement. » P12

La raison principale était de préserver leur santé :

« Oui moins riche, ne serait-ce que pour mon poids, je commence à avoir des douleurs aux genoux, je ne veux pas me faire opérer. » P8

« Ah on essaie de faire attention quand même. Le cholestérol tout ça. » P12

Une seule patiente évoquait les conseils de son médecin traitant à ce sujet :

« Bon elle est sûrement trop riche c'est vrai. Un peu trop de plaisirs, alors le docteur nous rappelle à l'ordre. » P12

d. Non satisfaite :

Parmi toutes les participantes, une seule n'était pas satisfaite de la qualité de son alimentation au moment de l'entretien :

« Moi j'aimerais pouvoir manger trois vrais repas , ce que je ne fais pas. » P5

Elle n'était pas satisfaite de devoir restreindre ses prises alimentaires à cause de son surpoids :

« Oui ,mais aussi en qualité car je me prive , parce que j'essaie de perdre du poids et je me bats contre mes kilos depuis toujours. » P5

A. Les pistes d'amélioration et leur intérêt selon les femmes interrogées :

a. Pas de changement à apporter :

Spontanément, les femmes interrogées ne retrouvaient pas de point particulier à améliorer pour leur vie future :

« Moi je ne changerais rien non. » P1

« Pour l'instant je n'en vois pas. » P3

Car elles considéraient avoir déjà adapté leur alimentation :

« J'ai essayé d'équilibrer, de manger beaucoup de fruits, au moins deux fruits par jour minimum, ça c'est sûr. » P6

b. Les points à améliorer :

D'autres femmes relevaient tout de même quelques pistes d'amélioration.

Elles souhaitaient consommer moins de fromage ou de produits gras :

« Sauf peut-être stopper le fromage le soir. Le fromage c'est mon gros problème, je peux en manger un complet le soir avec mes petites tartines. » P9

Ou plutôt lors du déjeuner :

« Parfois c'est un peu riche, mais uniquement le midi donc ça va. » P10

Elles étaient motivées par une perte de poids :

« Je pense qu'il faudrait manger plus léger, cela nous permettrait de perdre un peu de poids aussi. » P12

Ou pour satisfaire les demandes du médecin :

« Mais je limite le beurre sinon ça fait trop et le docteur n'est pas content. » P10

D'autres admettaient qu'il leur était difficile de modifier leurs habitudes alimentaires :

« Eh bien alors là je n'en sais rien, parce que dès que je finis mon repas, hop, je suis obnubilée par ça. Il me faut ma sucrerie. » P4

Une seule femme déclarait vouloir consommer un peu plus de poissons :

« Bon peut être un peu plus de poisson, en dehors de cela, rien. » P11

3. Mobilité et activité physique

A. Évolution de la forme physique :

a. Déclin :

La majeure partie des femmes faisait le constat d'un déclin de leur forme physique ces dix dernières années :

« Il y a dix ans par exemple j'étais capable de faire 6 ou 8 kilomètres à pieds, maintenant je ne le fais plus. » P1

« Vous savez en vieillissant, on commence à être rouillé quand on fait un peu trop d'effort, c'est dur, c'est même très dur. C'est plus difficile que ça ne l'était. » P4

« Je perds quand même de la forme, bien que je marche régulièrement, je perds quand même niveau physique. » P5

« Je me suis dégradée. » P7

Elles y trouvaient plusieurs explications.

Le plus souvent, elles disaient avoir gardé des séquelles après une pathologie aigüe :

« Je me souviens on avait bien marché on était allés en Bretagne, j'ai bien marché, je suis revenue j'ai eu des problèmes cardiaques, ça battait dans tous les sens. À partir de ce moment, j'ai commencé à moins marcher, et puis maintenant je ne marche plus beaucoup. » P1

« C'est-à-dire qu'après ma retraite, comme beaucoup finalement, je me suis ... enfin j'ai fait une pneumonie et puis voilà. Je suis tombée dans le coma, enfin bon la totale quoi. » P3

Ou à cause de douleurs :

« Cela commence à devenir douloureux, surtout avec le poids qui commence à peser lourd. » P12

Ou après une chute :

« J'ai fait du cheval mais je suis tombée et je me suis cassée le poignet , enfin pas une chute à cheval , mais je tombée un jour et je me suis cassée le poignet , j'ai eu une broche alors bon j'ai tout abandonné quoi. » P3

« En plus je me suis cassée une vertèbre en tombant, disons que cela n'a pas arrangé les choses. » P7

Mais certaines acceptaient la dégradation de leur forme physique du fait de leur âge :

« Je commence à ressentir de la fatigue, mais ça c'est l'âge je pense. » P10

« Bon je suis quand même satisfaite, cela reste correct. » P12

Elles manquaient parfois d'accompagnant :

« Mais là il y a des problèmes de santé qui font que bon, avant on aurait marché une dizaine de kilomètres, maintenant c'est réduit. » P2

« Donc...pour aller faire du sport toute seule j'ai abandonné. » P4

Ou encore elles évoquaient le manque le temps, car elles avaient la charge d'un parent :

« Et puis je suis constamment avec maman à la maison, je ne bouge plus beaucoup, ça n'aide pas non plus je crois. » P9

« Avant je marchais beaucoup plus, il y a de beaux chemins, mais je me suis démotivée. Et surtout je n'ai pas vraiment le temps. On s'occupe beaucoup de notre petit fils, on l'a avec nous tous les jours donc finalement j'ai peu de temps libre. » P12

D'autres évoquaient le changement de leurs habitudes de vie, et disaient faire plus de déplacements en voiture :

« Et puis les courses je les fais en voiture, donc je ne marche pas beaucoup non plus. » P9

« Mais la marche par exemple, juste aller chercher le pain, ça devient un effort pour moi, je deviens fainéante, et on a de plus en plus recours à la voiture finalement. » P12

Enfin, quelques-unes évoquaient un accès difficile aux chemins de marche :

« Et puis je suis arrivée dans le Nord, c'est trop plat! ça n'est pas pareil. » P4

« Si la route était moins dangereuse, je pourrais me permettre de sortir à pieds. » P7

b. Stabilité de la forme physique :

Moins de la moitié des femmes interrogées jugeait avoir gardé une forme physique stable :

« Je me maintiens. » P2

« Je dirais que je me maintiens. » P10

Car elles pratiquaient déjà une activité physique depuis longtemps :

« Eh bien je suis de nature sportive, car j'étais maître- nageur. » P5

L'une d'entre elle se disait même satisfaite comparé aux autres femmes de son âge :

« Eh bien je ne me plains pas , je veux dire je n'ai pas de douleurs, ce qui doit être rare pour une femme de 70ans , mais bon. » P6

B. Importance accordée à la pratique d'une activité physique régulière :

La plupart des femmes interrogées accordait une grande importance à la poursuite d'une activité physique régulière avec le vieillissement :

« L'activité physique c'est important pour moi. » P2

Le plus souvent, elles privilégiaient la pratique de la marche :

« Ça a évolué dans le sens où on fait plus de marche, on en fait même beaucoup plus. » P2

« Je trouve que c'est important de marcher, très important même. » P7

À l'aide de tapis de marche, en extérieur ou sur leur terrain personnel :

« Je marche régulièrement, et quand je ne marche pas à l'extérieur, j'ai un tapis de marche à la maison. » P5

« Nous on a la chance d'avoir un terrain , bon peut- être un peu trop grand maintenant pour nous qui vieillissons. » P2

Ou à l'occasion de déplacements de courte distance, à l'occasion d'un rendez-vous chez leur médecin par exemple :

« Ou alors pour aller chez le médecin je n'ai pas loin. Mais c'est dur. » P8

Bien qu'elles ne considèrent parfois pas pratiquer un sport en tant que tel :

« Ah oui la marche, mais je ne considère pas cela comme du sport. » P10

Parmi elles, certaines tentaient d'adapter leurs activités physiques à l'évolution de leur état de santé.

En utilisant une aide technique par exemple :

« Je ne sais plus marcher sans bâtons. » P1

« Et puis prendre une canne peut-être. » P11

En adaptant l'intensité de leurs activités physiques à leurs capacités :

« En faire tous les jours, même si ça n'est pas longtemps. » P7

En cherchant un accompagnant :

« Il faudrait que je trouve quelqu'un qui m'accompagne. » P11

En soulageant leurs douleurs :

« Je pense qu'il faudrait que j'aie moins de douleurs. » P12

Enfin, certaines femmes se sont essayées à de nouvelles activités physiques qu'elles estimaient plus adaptées à leur nouvel état de santé :

« C'est du yoga. » P1

« Tous les mardis je vais au sport sénior, disons que je ne me laisse pas aller. » P6

« Oui, mais de toute façon moi je fais mon sport avec le jardinage c'est pareil. » P10

« Donc je m'étais achetée un vélo d'appartement. » P12

Un autre groupe de femme déclarait, au contraire, accorder peu d'importance à la pratique d'une activité régulière :

« Oh, je suis une grande fainéante. » P4

« Mais je n'ai jamais été grande sportive, vous savez, on n'avait pas le temps, je me suis mariée jeune, et puis j'aidais mon mari à la ferme, on peut dire que c'est du sport non ? » P8

Bien qu'elles pouvaient parfois le regretter :

« Bon maintenant comme j'ai un peu plus de temps je me dis que j'aimerais bien marcher un peu, me balader disons. » P11

Et qu'elles étaient conscientes de son importance :

« Je sais que c'est important, tout le monde me le répète. » P9

Ces femmes évoquaient essentiellement le manque d'habitude et de temps :

« Oh je n'ai pas le temps ! » P10

« En fait, je pense qu'au fond de moi, je me dis que je n'en n'ai jamais vraiment fait auparavant, et que je ne me vois pas m'y mettre à mon vieil âge. » P12

Une seule femme évoquait sa situation familiale en tant qu'aidante d'un parent :

« Mais comment faire, je suis avec maman toute la journée, je sors uniquement pour faire les courses, et encore, en vitesse, car j'ai peur pour elle. » P9

C. Bénéfices attendus d'une pratique régulière :

Qu'elles pratiquaient ou non une activité physique régulière, toutes les femmes interrogées citaient des bénéfices qu'elles pourraient en tirer.

a. Santé mentale :

Plus de la moitié des femmes pensaient d'abord à leur santé mentale :

« Moi c'est même moralement. Vous vous rendez compte s'il fallait rester tout le temps chez soi ! » P2

« Et aussi au niveau mental aussi. » P5

« Vous savez quand vous passez une heure en groupe tout ça, moralement c'est super bien. » P6

Elles tenaient à se sentir bien grâce à la pratique d'une activité physique :

« Bien dans sa peau, oui. Moi me sentir bien c'est ne pas avoir envie de râler, ne pas être triste non plus. » P1

« Comment dire, ça me fait me sentir bien. » P5

Elles disaient apprécier partager ces moments et rencontrer de nouvelles personnes :

« Je croise les voisins, on discute. » P10

« Partager des bons moments avec son mari ou les amis. » P12

Elles appréciaient particulièrement les activités en extérieur :

« Être dehors, quand le temps le permet bien sûr, c'est l'idéal. Quand on va marcher, le fait de prendre l'air, ça fait du bien. » P2

« Cela me fait du bien de sortir de la maison. » P10

Et de pouvoir occuper leur temps libre :

« Et puis c'est bien de s'occuper. » P11

b. Santé physique :

Pour la moitié des participantes, c'était de pouvoir rester mobile le plus longtemps possible :

« Être mobile le plus longtemps possible. » P1

« Je trouve que ça permet de moins s'engourdir. » P7

Ou encore garder leur dynamisme et leur souplesse :

« Pour continuer à bien bouger et être souple. » P8

« Et puis être en forme, plus dynamique disons. » P9

Elles évoquaient aussi l'amélioration de leur état de santé :

« Bon après parfois j'ai mal au dos quand je marche aussi, mais j'en aurai encore plus si je reste à la maison sans bouger. On se rend compte quand même qu'avec l'activité physique on est mieux. Voilà c'est sûr. » P2

« Niveau souffle je sais que cela me fait énormément de bien. Donc j'essaie de garder cette activité par tous les temps. » P5

« Le sport m'a fait du bien et puis peut-être un peu pour le diabète. » P6

Dont le bénéfice sur leur poids et le fait de se sentir bien dans leur corps pour la moitié d'entre elles :

« Je pense que c'est garder la forme, ne pas grossir, des choses comme ça. » P3

« Je pense que cela pourrait m'aider à me sentir mieux dans mon corps. » P9

« Je pense que cela pourrait sûrement m'aider à perdre quelques kilos déjà, ou au moins ne plus en prendre d'avantage. » P11

c. Maintien de leur autonomie :

Une partie des femmes interrogées citaient le maintien de leur autonomie comme bénéfice attendu de la poursuite d'une activité physique avec l'avancée dans l'âge :

« Car je pense que je veux rester autonome au maximum. » P1

« Ma hantise c'est de tomber malade et d'être clouée au fauteuil et de ne plus pouvoir marcher ou ce genre de chose. » P2

« De savoir qu'on est encore capable de faire pas mal de choses aussi. » P5

Particulièrement, une participante craignait devenir une charge pour son entourage ou de devoir entrer en EHPAD :

« Parce que on ne veut pas non plus que nos enfants nous aient à charge etc. Ou alors entrer en EHPAD je n'apprécie pas, je pense que quand on y rentre on est en prison. » P1

d. Prévention des chutes :

Enfin, une seule femme parmi notre échantillon pensait que la pratique d'une activité physique régulière pouvait aider à prévenir les chutes :

« Et bien déjà pour l'équilibre, cela permet d'éviter de tomber, de bien se tenir. Vous savez, au début quand on nous fait faire des exercices, je n'arrivais pas à tenir 10secondes sur une jambe etc. Mais en le faisant toutes les semaines, ça devient un confort pour le corps, pour moi en tout cas. » P6

4. Santé mentale et fonctions cognitives

A. Perception du « bien vieillir » féminin en milieu rural

Trois thèmes principaux étaient retrouvés à importance égale : la santé en premier lieu à laquelle elles assimilaient le maintien de l'autonomie ; puis l'épanouissement personnel et enfin la présence de leur famille ou d'un entourage solide.

Un quatrième thème était abordé, bien que moins largement, celui des finances.

a. La santé et l'absence de maladie :

Plus de la moitié des participantes répondaient d'abord que le « bien vieillir » féminin leur évoquait le maintien d'une bonne santé, particulièrement de ne pas être malade :

« Avoir la santé. Moi je ne me vois pas vieillir en étant malade. » P2

« Et bien cela évoque un certain bien être, ne pas être malade. » P3

« C'est la santé ! » P8

« Et puis surtout, de ne pas être gravement malade. » P11

« En bonne santé. » P12

Elles citaient aussi bien le maintien de leur santé physique :

« J'ai la chance de ne pas avoir trop d'ennuis de santé donc voilà, c'est la santé, c'est ça qui règle le tout. » P5

Que le maintien de leur santé mentale :

« Rester en bonne santé mentale. » P5

« Bien vieillir, c'est être bien dans sa peau, bien dans sa tête. » P11

À ce sujet, elles tenaient à aborder l'avenir positivement :

« Avoir la volonté...moi je ne suis pas quelqu'un qui se plaint. Aller de l'avant, toujours avoir un objectif dans la vie, s'adapter au temps qui passe. » P6

« Continuer à faire les choses. Ne pas se dire que c'est la fin. » P12

En continuant de faire des projets :

« Disons que moi, les dernières années avant la retraite, j'essayais d'imaginer un peu les choses, prévoir, continuer à nous fixer des objectifs pour ne pas m'ennuyer. J'avais tellement peur de cela. » P12

Une femme évoquait aussi le vieillissement comme la continuité de la vie :

« Bien vieillir, c'est dans la continuité de la vie. » P12

b. Le maintien de l'autonomie :

Pour plus de la moitié des femmes, rester autonome était primordial :

« Ah oui, être autonome, c'est le plus important. » P2

« C'est être autonome. » P6

« Ne pas être trop limitée quoi. » P10

Particulièrement de ne pas devoir dépendre d'une personne extérieure :

« Et bien personnellement, c'est de ne pas dépendre de quelqu'un. Alors ça, dépendre de quelqu'un qui vient vous laver ou un peu tout faire, bon...ça ce n'est pas moi. » P7

« Ne pas dépendre de quelqu'un. » P11

Ou de ne pas représenter une charge pour leur entourage :

« Ne pas être à la charge des autres. » P6

« Ne pas être une charge ou devoir attendre que les enfants fassent pour nous. Comme les courses, c'est ma fille, cela me dérange. » P10

c. L'épanouissement personnel

Pour près de la moitié des participantes, le bien vieillir féminin s'envisageait au côté de leur époux le plus longtemps possible :

« Et surtout rester à deux le plus longtemps possible. Ça c'est important. » P2

« Et encore je ne suis pas seule j'ai encore mon mari heureusement. Je ne sais pas comment je ferais. » P4

« Je vois quand mon mari est à l'hôpital je suis seule à la maison, je me dis que c'est bien triste. Je ne sais pas comment font les autres dames. » P8

Elles insistaient sur le fait de vouloir être heureuse :

« Bien vieillir c'est être bien dans sa vie, heureuse, être épanouie, le bonheur quoi, même s'il y a des moments difficiles, ça finira bien par passer. » P9

D' être libres de faire ce qu'elles veulent :

« Être bien, pouvoir faire ce qu'on veut. » P8

« Pouvoir faire ce que l'on veut. » P10

De pouvoir passer du bon temps :

« Et pouvoir profiter de la vie, bouger, marcher, voyager un peu. » P2

« Pouvoir sortir, bouger, profiter. » P12

Notamment en profitant de la nature :

« Ah moi je n'aimerais pas être en ville, non. On a toujours vécu à la campagne alors pour moi vivre à la campagne c'est ça, c'est la nature. » P1

Certaines soulignaient leur souhait de rester actrices de leur propre vieillissement, en continuant de faire des choix :

« Voilà être libre de choisir, dans la limite de ma santé. » P10

« Bien vieillir, c'est avoir toutes les cartes en mains. » P12

Enfin, une seule femme parmi notre échantillon assimilait le bien vieillir au fait de pouvoir continuer à vivre chez elle :

« Être à la maison surtout. » P8

d. La présence de la famille et d'un entourage solide :

Pour de nombreuses femmes de notre échantillon, la présence de leur famille ou d'un entourage était un élément clé du bien vieillir :

« Bien vieillir, c'est de pouvoir profiter de sa famille aussi. » P2

« Déjà, il faudrait avoir ses enfants autour de soi, mais là je ne les ai pas. » P4

« La famille oui, les enfants, qu'ils aillent bien. » P5

« Profiter de mes enfants et petits-enfants, c'est important de les voir grandir. Une fois que l'on a ça, le reste c'est du bonus. » P7

« Et puis vous savez, j'ai des amies et voisines, on se soutien, je suis heureuse comme ça. » P9

Avec qui elles gardaient le contact :

« J'apprécie les gens. Enfin de pouvoir parler avec les gens. Je vais voir quelqu'un qui va me regarder en souriant ou en disant bonjour, je suis contente quoi. » P1

« Avoir une vie sociale un petit peu aussi. » P12

Bien qu'ils pouvaient être une source d'inquiétude :

« Que mes enfants le soient aussi, d'être tranquille de leur côté. Qu'ils n'aient pas de problème dans leur vie. » P10

Elles appréciaient passer du temps avec les plus jeunes :

« Quand je vais promener par exemple, je vais croiser des jeunes, ou même des enfants, il suffit de les regarder et ils vous disent bonjour, je trouve ça super. » P1

« C'est important les enfants, les petits-enfants aussi moi je suis heureuse de les avoir de temps en temps, je les garde quand les parents sont occupés, ça nous occupe. » P8

e. Aspect financier

Enfin, quelques-unes abordaient l'aspect matériel et financier :

« Ne manquer de rien, pouvoir vivre correctement, profiter de son argent, acheter ce qui nous plaît par exemple, se faire des petits plaisirs. » P9

« Une maison correcte. » P12

Et estimaient qu'il fallait prévoir son vieillissement :

« Je ne sais pas il faudrait peut-être prévoir son vieillissement si on peut dire ça, prévoir oui. Nous on a la chance d'avoir ce qu'il faut, mais ce n'est pas le cas de tout le monde. » P3

« Aussi, si vous n'avez pas les moyens c'est que vous n'avez pas prévu votre vieillesse niveau argent, ça pourrait devenir difficile. Vous savez pour moi tout doit se prévoir, ne pas vivre au jour le jour. » P6

B. Activités et occupation du temps libre :

Les femmes interrogées occupaient le plus souvent leur temps libre par l'organisation du quotidien, puis les loisirs et la vie sociale qu'elles privilégiaient en avançant dans l'âge, et le temps qu'elles s'accordaient à elle-même. Enfin le temps qu'elles consacraient à leurs familles.

a. L'organisation du quotidien :

Certaines femmes disaient être occupées par l'entretien de leur domicile :

« Les commissions, le ménage. » P4

« Après bon il y a aussi l'entretien de la maison bien-sûr, j'aime bien avoir une maison rangée et propre. » P5

Elles parlaient souvent de routine quotidienne :

« Et bien écoutez, le train-train. » P4

« Oui voilà la routine, rien de spécial. » P8

« Moi je fais tous les jours la même chose. Depuis que les enfants ont grandi et qu'ils ont chacun leur famille, nous on fait tous les jours la même chose. » P10

Certaines étaient rythmées par leur rôle d'aidante :

« Mes temps libres, c'est pendant la sieste de maman. » P9

Une seule femme poursuivait son activité dans l'exploitation familiale :

« En fait j'ai toujours travaillé à la ferme avec mon mari et puis à la fin je l'aidais un peu moins mais quand même. » P8

b. Vie sociale et loisirs

Plusieurs femmes déclaraient accorder plus de temps pour les loisirs :

« Plutôt du loisir. » P5

« Beaucoup de loisirs. » P6

« Oui des loisirs en couple, des petites sorties sympas. » P12

Particulièrement les loisirs pour entretenir leur mémoire :

« J'aime bien les jeux, les mots croisés, les sudokus tout ça pour la mémoire. Mais ça c'est une drogue. » P1

« Oui la lecture aussi. » P3

« Je me suis mise au tricot récemment, cela m'apaise et puis c'est bon pour la mémoire il paraît. »

P11

Ou elles reprenaient parfois des loisirs qu'elles avaient interrompus :

« Moi j'ai fait beaucoup de peinture, alors je me dis je vais le refaire. » P1

« Là je suis en train de faire ma généalogie donc cela me prend allez 2heures par jour par exemple. » P3

Ou elles passaient du temps entre amis :

« L'été je suis très occupée avec les amis, j'ai de la chance car cela m'aide beaucoup. » P5

« Ou alors je peux recevoir de temps en temps une voisine, on prend le café, on discute c'est agréable disons. » P9

Ou participaient à la vie du village :

« Mais j'étais bénévole quand même pour préparer des sachets ou des choses comme ça, vous voyez. » P2

Car elles disaient avoir plus de temps depuis l'âge de la retraite ou le départ de leurs enfants :

« Les petits plaisirs que l'on n'a pas eu le temps de faire auparavant. On profite de notre petit confort en fait. » P12

Elles préféraient généralement le temps passé à l'extérieur ou les voyages :

« Bon aussi on aime bien aussi parfois s'en aller, prendre la voiture aller faire un tour quitte à s'arrêter en forêt, s'arrêter quelque part. » P1

« Donc voyager, partir en vacances. » P2

« J'ai un mobil-home en bord de plage : l'été je pars 5 mois à la mer. Donc là-bas on fait du vélo, 3-4 fois par semaine, on joue aux boules. » P5

« Et comme on a la chance d'être à la campagne, l'été on arrive toujours à s'occuper dehors. » P6

Et regrettaient de devoir passer du temps chez elle en hiver :

« Mais là avec le froid on ne fait plus rien du tout. On traîne les savates dans la maison quoi. » P4

Donc elles trouvaient des loisirs plus adaptés :

« Oh bah ça dépend. L'hiver je suis plus sur internet. » P3

« Et puis l'hiver, moi je vous dis je fais beaucoup de mots croisés pour la mémoire ici et là. » P6

À l'inverse, certaines femmes estimaient avoir ralenti leurs activités car elles disaient manquer d'envie ou de motivation :

« Moi j'ai fait beaucoup de peinture, bon maintenant j'en fais moins parce que en fait je ne fais plus d'expos, je faisais des expos donc j'étais motivée ! C'est vrai que j'ai du mal à m'y remettre. » P1

« Il y a des moments où on n'a pas forcément envie quoi. » P1

D'autres s'en sentaient moins capables physiquement :

« Là ça fait deux ans que je me dis non les expos c'est trop fatiguant, passer deux jours non je fais plus quoi. » P1

« Le quotidien est déjà très fatigant. » P9

D'autres avaient diminué leurs activités à cause de la pandémie de Covid-19 :

« Avec mon mari on se dit qu'on ne voit plus grand monde maintenant. » P2

« On ne peut même plus aller voir ses amis ni rien , en ce moment c'est vraiment la galère. On a peur d'attraper cette saleté de virus, on est encore plus enfermés. » P4

Une femme évoquait le passage à la retraite :

« Si vous voulez moi j'étais tellement active que je me suis retrouvée du jour au lendemain entre quatre murs si on peut dire ça, à faire la popote et tout ça quoi. » P3

c. Du temps pour soi

Certaines femmes disaient prendre plus de temps pour elles avec l'avancée dans l'âge :

« Je prends plus de temps pour moi. » P6

Car elles avaient moins de responsabilités :

« On profite plus de la vie, car on a moins d'occupation et de responsabilités. » P6

« Alors avant, je m'occupais d'eux, de la maison, toute seule. Depuis qu'ils sont partis j'ai plus de temps. » P11

Elles s'accordaient aussi du temps pour se reposer :

« L'après-midi je me repose. » P4

« Alors là, je me repose. » P9

Elles disaient profiter plus de l'instant présent :

« Disons que, on prend plus le temps de faire les choses. » P6

« Alors maintenant je me lève toujours aussi tôt, mais je prends plus le temps de faire les choses. »

P8

Mais quelques-unes disaient être angoissées à l'idée d'avoir plus de temps :

« J'ai plus de temps pour réfléchir et parfois je suis triste, la nuit je dors peu. » P11

Ou avoir peur de s'ennuyer :

« Je m'ennuie un peu. » P11

« Moi j'ai été employée de banque. Alors c'est vrai que l'âge de la retraite j'ai eu peur de m'ennuyer. » P12

d. Temps en famille

Le plus souvent, les femmes interrogées aimaient passer du temps avec leurs enfants ou leur fratrie :

« Et puis je vois mes enfants car je ne reçois pas beaucoup, je ne suis pas quelqu'un qui reçoit beaucoup d'amis à la maison. Sinon uniquement mes enfants. » P5

« J'ai 8 frères et sœurs. Ça m'occupe bien, et cela me fait du bien aussi. » P7

« Les enfants viennent tous les jours, je cuisine pour eux tous les midis. » P8

Ou alors elles s'occupaient des petits-enfants :

« Disons qu'on a aussi 4 petits-enfants donc on s'occupe énormément d'eux. » P6

« Finalement, on s'est occupés de notre petit-fils donc je n'ai pas eu le temps de m'ennuyer et c'est tant mieux. » P12

Elles considéraient même que c'était primordial :

« Ah oui la famille c'est le plus important, le reste est secondaire. » P6

Une femme était devenue aidante d'un parent :

« Moi je m'occupe de ma mère à 100%. Car je ne me suis pas mariée disons, donc quand elle a eu besoin d'aide, je suis venue vivre avec elle. » P9

À l'inverse, une femme disait passer moins de temps en famille avec l'avancé dans l'âge :

« Ça prend moins de place oui. » P1

Elle remettait en question son utilité :

« Les petits-enfants sont grands, on n'a plus besoin de nous ! » P1

Enfin, certaines femmes disaient passer plus de temps en couple :

« À partir de là, avec mon mari on s'est dit bon les enfants sont partis, on va pouvoir essayer d'en profiter. » P2

« On s'est recentrés sur nous, on a passé plus de temps à deux. » P12

C. Santé mentale et « bien vieillir »

a. Importance accordée à la santé mentale

Plus de la moitié des femmes estimaient qu' être en bonne santé mentale était primordial pour bien vieillir :

« C'est peut-être la première chose. » P1

« Oh elle est obligatoire ! » P5

« C'est très important. » P7

Une femme précisait que la santé mentale était importante à tout âge :

« Toujours même, pas que pour bien vieillir. » P12

Pour pouvoir aborder le quotidien au mieux :

« C'est sûr, quand on se sent bien dans sa peau, on vit les choses différemment. » P3

« Vous savez si on n'a pas le moral, le reste ne peut pas suivre. » P8

Une femme parlait d'optimisme en l'avenir :

« Ah oui il faut garder le moral ! moi je suis une femme optimiste. » P9

Elles insistaient sur le fait de continuer à se sentir bien dans sa peau :

« Oui, et c'est un peu le truc du yoga ça. C'est se sentir bien dans sa peau au moment présent. »

P1

« Je me dis que pour bien vieillir, il faut se sentir bien dans sa peau et bien dans sa tête, et ça n'est pas le cas pour moi. Pourtant je fais des efforts. » P11

Une femme trouvait qu'il fallait d'abord se sentir heureuse soi-même pour bien vieillir :

« Moi je pense qu'il faut surtout se sentir heureuse soi-même. » P1

Elle tenait à ne pas se sentir comme une charge pour son entourage :

« Et puis bon après ne pas ennuyer les autres avec nos problèmes , ne pas se plaindre. » P1

Au sujet de l'importance de la santé mentale, plusieurs reconnaissaient avoir été en difficulté, après l'annonce d'un diagnostic :

« Le cardiologue il a dit « arythmie totale définitive », mais enfin bon je me suis dit j'aurais quand même dû lui demander combien de temps il me donnait quoi. C'est vrai ça n'est pas sympa quoi. »

P1

« Enfin je ne sais pas quand votre pneumologue vous dit « ah non vous ne pouvez plus prendre l'avion », je peux vous dire que c'est un truc qui m'a marqué pendant des mois. Parce qu'on se disait qu'on partirait à la retraite, voyager un peu. Eh bien elle, elle m'a stoppée dans mes élans ! » P3

« Donc là le moral il en prend un coup, au moment de l'annonce. » P3

Ou dans les suites d'un problème de santé :

« Je sais que moi, vu ce qu'il m'est arrivé, j'ai quand même eu beaucoup de mal à remonter la pente. Je me voyais toujours mal. » P3

« J'ai vécu des moments où je ne me levais plus, je voyais que je m'enfonçais...j'ai vécu les deux choses. Donc oui le mental c'est très important. » P5

Ou bien à cause d'inquiétudes pour l'avenir :

« D'ailleurs, moi je suis de nature assez bileuse, cela me gâche la vie. Je m'inquiète pour tout, les enfants, la santé, la ferme, la maison. Je suis constamment inquiète. » P11

Bien qu'elles essayaient d'y remédier :

« Donc je prends des plantes et des choses pour me calmer un peu, le soir je lis un peu, mais je n'y peux rien, c'est de famille. » P11

Enfin, une seule femme déclarait ne pas prêter attention à l'état de sa santé mentale :

« Vous savez moi je suis très terre-à-terre. Je ne pense pas à tout cela. » P10

Elle estimait que l'absence de maladie était plus importante :

« Oui d'abord la santé physique, et une fois que c'est bon, on fait tout pour que le moral suive. »

P10

b. Perception de l'évolution de leur santé mentale :

La plupart des participantes déclaraient s'efforcer de rester positive :

« Mais je me force à rester positive car on a vite fait de se laisser aller. » P8

Et ne pas trop réfléchir au temps qui passe :

« Je pense qu'il faut voir le vieillissement avec un bon état d'esprit, voir le bon côté, car on peut vite tomber dans la tristesse quand on réfléchit au temps qui passe. » P12

Car elles ne voulaient avoir aucun regret :

« Alors je me dis de profiter au maximum avant de ne plus pouvoir, je ne veux pas avoir de regrets. » P12

Elles relativisaient aussi leur situation avec celles d'autres femmes :

« J'essaie de me dire qu'il y a pire que moi. » P8

« Ça m'arrive d'avoir des coups de mou, mais comme tout le monde je pense. » P9

Et se sentaient satisfaites de ce qu'elles avaient accompli :

« Mais j'ai eu une belle vie quand même, de beaux enfants et on est contents qu'ils aient repris la ferme, ça c'est un grand soulagement. » P8

« Je suis satisfaite de ma vie telle qu'elle est. » P9

« Moi c'est vrai que je me plains souvent, mais finalement je relativise, je ne suis pas si mal que ça, j'ai une belle vie. » P12

De ne pas être seules :

« Si j'étais seule peut-être que j'aurais le cafard il faut le dire. La solitude n'est pas facile vous savez. » P9

« Au moins, j'ai mon mari. » P12

Et de pouvoir vivre dans de bonnes conditions :

« On a la chance de vivre dans une belle maison spacieuse, on profite de pouvoir encore sortir et prendre du bon temps. » P12

Enfin, une femme disait garder le moral pour son époux :

« Je me dis que je suis obligée d'aller bien pour mon mari en quelque sorte. » P8

À l'inverse, un autre groupe de femmes estimait que leur santé mentale avait décliné ces dernières années :

« Eh bien là je vous dis ça, depuis deux ans c'est encore pire. » P4

Elles disaient essayer de ne pas le montrer à leur entourage :

« Il y a des jours où je ne suis vraiment pas bien. On fait comme si on allait bien, mais en fait non. » P4

Elles avançaient plusieurs raisons, le plus souvent à cause d'un problème de santé les touchant personnellement :

« Bon et puis, je vous dis, j'ai appris à 55ans que j'avais une maladie génétique, et ça, je ne le savais pas. Avant que je sache ce que j'avais, tout allait très bien. » P4

« Mais vous savez c'est dur parfois, je ne peux plus faire certaines choses. » P8

Car elles se sentaient condamnées :

« Et depuis l'annonce, tout va très mal , car je sais que j'ai toujours l'épée de Damoclès au-dessus de la tête. Donc je ne me sens pas bien du tout voilà. Même si je n'ai aucun symptôme. » P4

Ou à cause d'un problème de santé qui touchait leur entourage :

« Et puis mon mari est souvent hospitalisé, je me retrouve seule et je réfléchis. » P8

Enfin une femme confiait souffrir du manque de ses enfants :

« Je ne vois même plus mes enfants, mon fils devait venir pour Noel, je lui ai dit de ne pas venir ; chez ma fille ils ont tous attrapé le Covid, je leur ai dit de ne pas venir. » P4

D. Évolution des capacités intellectuelles

a. Perception de l'évolution des capacités intellectuelles

Certaines femmes estimaient que leurs capacités intellectuelles étaient restées stables ces dernières années :

« Pour l'instant ça n'a pas changé. » P3

« Il n'y a pas de changement. » P5

« Elle se maintient ! Enfin pour le moment je ne ressens pas de problème. » P8

Elles étaient satisfaites d'avoir une bonne mémoire :

« Je vais vous dire, j'ai surtout la chance d'avoir une très bonne mémoire. » P6

« Ça je pense que c'est plutôt correct, il faut dire que j'ai de bons gènes. » P12

Et de n'avoir jamais ressenti d'oubli :

« Je ne me plains pas pour le moment je n'ai jamais eu de problèmes disons. » P9

« Je ne ressens pas d'oublis et personne ne me l'a rapporté pour le moment. » P11

D'autres femmes ressentaient un déclin de leurs capacités intellectuelles :

« Disons que ça ne va pas en s'arrangeant. » P7

« Je pense qu'elle a baissé. » P10

Certaines le ressentaient à l'occasion de jeux qu'elles ne parvenaient plus à réaliser :

« Avant je faisais des jeux niveaux difficile, là je m'aperçois que les difficiles je n'arrive plus à les faire. » P2

D'autres ressentaient des oublis :

« Souvent j'oublie. Je ne sais pas si je suis la seule. Mais j'oublie, ou alors je vais dans une pièce et je ne sais pas ce que j'allais y faire. » P7

« C'est vrai que j'oublie parfois. » P10

Ou alors elles disaient devenir désorganisées :

« Et je suis devenue un petit peu désorganisée. » P10

D'après leur entourage :

« Moi je ne me rends pas vraiment compte, c'est monsieur qui me fait la remarque. » P10

Pour autant, aucune ne disait ressentir de gêne face à ce déclin :

« Moi cela ne me gêne pas pour le moment. » P10

Mais une femme disait redouter la perte de mémoire :

« Perdre la mémoire serait vraiment une catastrophe pour moi, c'est vraiment une bien triste vie. » P11

b. Moyens mis en place

Les femmes disaient ne pas se laisser aller au sujet de leur mémoire :

« Je ne me laisse pas sur le côté non plus, je la cultive ma mémoire. » P6

« J'essaie de me maintenir. » P12

Car elles estimaient qu'elle pouvait se dégrader si elles ne se stimulaient pas :

« C'est vrai que ça peut être facile de ...la mémoire si vous ne la travaillez pas, c'est comme toute chose, vous perdez vite ! » P6

La moitié des femmes privilégiaient ainsi les jeux de réflexion :

« Moi je suis habituée avec tous les jeux que je fais dans mon bouquin. » P1

« J'essaie d'entretenir, en faisant des sudokus, des mots en vrac. » P2

« Je fais des jeux de mémoire, des mots croisés par exemple. » P11

Qu'elles voulaient volontairement de niveau difficile :

« Mais je ne veux pas que ça soit trop simple non plus, il faut quand même qu'il y ait de la réflexion, je mets la barre un peu plus haute. » P1

D'autres préféraient la lecture :

« Je préviens la perte de mémoire, je la cultive, je lis beaucoup. » P6

« Et puis aussi j'aime beaucoup lire, bon pas de la grande lecture, mais des nouvelles, des petits romans. Et lorsque je ne connais pas un mot, je cherche dans le dictionnaire comme avant. » P12

5. Environnement et vie en société

A. Maintien du lien social et place des nouvelles technologies au quotidien

a. Entourage restreint

Les participantes disaient le plus souvent être en contact avec peu de monde :

« Les proches on n'en n'a plus beaucoup. » P10

Elles étaient surtout en contact avec leurs familles :

« Les proches nous c'est uniquement les enfants et les petits enfants. » P11

« Ma fille on la voit tous les jours. » P12

Moins souvent, leurs voisins et quelques amis :

« Alors moi les proches, ce sont les voisins et les amis. » P9

Elles avançaient plusieurs raisons, le plus souvent, par manque d'habitude :

« Vous savez, on a peu d'amis. » P8

« Et puis je suis solitaire de nature. » P10

« Et puis nous on n'a jamais été très « amis ». » P11

D'autres confiaient préférer rester à distance et craignaient d'être intrusives :

« Je n'ai pas pour habitude de me mêler de la vie de mes proches, que ça soit mes voisins, mes amis ou ma famille. » P6

« Je n'aime pas trop me mêler. » P10

Ou encore elles évoquaient l'éloignement géographique :

« Nous n'avons pas de voisins, je vous dis c'est vraiment le désert, enfin là on va peut-être en avoir. » P7

« Moi ma famille est dans l'Aisne, comme ils sont âgés comme nous, je reconnais qu'on se voit un peu moins. » P2

Certaines d'entre elles avaient perdus leurs amis après un décès :

« Après bon les amis il y en a beaucoup qui sont décédés aussi. » P1

« Certains sont décédés malheureusement. » P8

Enfin, une femme évoquait l'isolement suite à la pandémie de Covid-19 :

« Mais il faut dire il y a eu aussi le problème du Covid, je pense que c'est ça aussi, ça a changé les choses. » P1

b. Moyens utilisés

La grande majorité de notre échantillon disait garder contact par téléphone essentiellement :

« Eh bien, le téléphone. » P3

« Le téléphone beaucoup. » P4

« Je téléphone relativement régulièrement pour prendre des nouvelles. » P5

Parfois en utilisant les appels vidéo :

« Parfois des appels vidéo. » P4

« On fait des appels vidéo. » P12

Ou par messages écrits :

« Ce matin j'ai passé mon temps à envoyer des messages à mon petit-fils. » P1

Une femme disait garder le contact avec ses proches grâce aux réseaux sociaux :

« Et puis il y a aussi Facebook qui nous permet de garder le contact. » P12

Certaines femmes recevaient les visites régulières de leurs enfants :

« Les visites aussi. » P7

« Alors moi les enfants je les vois tous les jours. » P8

« Et ma fille une fois par semaine car c'est elle qui fait les courses. » P10

Pour des raisons professionnelles :

« On voit les garçons tous les jours car ils ont repris l'exploitation. » P11

Ou parce qu'elles s'occupaient des petits-enfants :

« Car c'est nous qui récupérons le petit à l'école. » P12

Une seule femme disait recevoir la visite de voisine proche tous les jours :

« Je reçois parfois pour le café tous les matins. » P9

Enfin, quelques femmes disaient entretenir le lien social à l'occasion de sorties dans le village :

« C'est plus à l'occasion, on se croise dehors. » P1

« Je croise parfois les voisins quand je m'en vais marcher. » P10

« On discute à l'extérieur ou alors si je me rends au supermarché pas plus. » P11

Certaines confiaient que les rencontres avec leur entourage se faisaient plus rares qu' auparavant :

« Disons qu'on ne se voit pas, on ne se reçoit plus énormément. » P1

« On ne reçoit plus énormément, parfois pour les fêtes. » P11

Car elles se sentaient plus fatiguées avec l'avancée dans l'âge :

« En vieillissant, inviter ou faire des grandes tablées, je ne peux plus. » P2

« On ne fait plus de grand repas comme avant. » P9

Ou par crainte de déranger :

« On ne va pas chez eux tant qu'on n'est pas invités ! On ne rentre pas dans leur vie. » P6

« C'est vrai qu'ils sont occupés. » P9

Elles préféraient les sorties programmées :

« Enfin on alterne, cela nous permet de sortir un peu. » P11

« On peut se faire des petits restaurants de temps en temps. » P12

B. Place accordée aux nouvelles technologies :

a. Pour l'administration et les finances

La majorité des femmes interrogées disaient utiliser leur ordinateur au quotidien :

« Oh moi c'est tous les jours, j'allume mon ordinateur. » P5

« Internet, oui, chaque jour. » P6

La première utilisation qu'elles en faisaient était pour traiter leur courriers :

« On reçoit les courriers par email. » P2

« Je m'en sers pour tout, l'administratif aussi. » P3

« C'est surtout pour les papiers. » P11

Et gérer leurs finances :

« Je fais la banque, je traite tous par téléphone et ordinateur. » P5

« Les factures, les modes de paiement, je paie beaucoup par internet. » P6

À ce sujet, certaines regrettaient de ne plus recevoir de courrier papier :

« Moi j'y vais plus par obligation, car on ne reçoit plus de papier. » P2

« Tout passe par l'ordinateur malheureusement. » P11

D'autres laissaient parfois cette tâche à leur époux :

« C'est parce ce que je suis paresseuse je ne veux pas le faire. » P1

« Il aime bien l'ordinateur. Moi non. » P7

b. Pour s'informer

Certaines femmes utilisaient leur ordinateur et internet comme moyen d'information sur l'actualité du village ou de la région :

« Je suis abonnée aux communes, à la page de mon village mais aussi des villages aux alentours. » P5

« Cela me sert surtout pour me tenir au courant de l'actualité vraiment du coin grâce à ma page Facebook. » P6

« M'informer sur internet. » P12

Mais elles disaient rester vigilantes sur le contenu des informations qu'elles pouvaient y trouver :

« J'en prends et j'en laisse évidemment. » P5

c. Pour rester en contact

La moitié des femmes interrogées se servaient d'internet, et particulièrement les réseaux sociaux sur leur téléphone, comme moyen de communication :

« On est quand même inscrit sur Facebook mais avec la famille, on a des nouvelles de neveux et nièces. » P2

« On fait aussi avec les réseaux sociaux, on est bien contents on s'envoie des petits messages, des petites blagues tout ça. » P4

« Pour donner les nouvelles par internet. » P12

Ou par des services de messageries instantanées sur leur téléphone :

« Facebook, internet, Instagram , les réseaux sociaux. Je suis quand même assez connectée disons. » P3

« Beaucoup par messagerie instantanée avec mes amis dans le Sud. » P5

« On a aussi internet, avec leur messagerie là. » P7

D'autres disaient s'en servir pour s'occuper :

« Je m'occupe, je lis beaucoup, je commente parfois pour des banalités. » P5

« Je regarde les photos des amis cela occupe disons. » P12

Elles confiaient en faire un usage pluriquotidien :

« On critique parfois les jeunes, mais on me fait souvent remarquer que j'ai souvent le téléphone à la main. » P5

« C'est vrai qu'on y passe beaucoup de temps finalement. » P12

Certaines exprimaient tout de même de la méfiance et disaient ne pas y ajouter de contenus personnels :

« Mais je ne raconte pas ma vie sur internet. » P5

« J'ai un compte sur Facebook, mais je ne mets rien dessus. » P6

d. Pour le loisir

Certaines femmes disaient utiliser internet pour le loisir, ou faire des recherches :

« Il y a deux ans, j'ai la généalogie de la famille, il a fallu que je cherche sur l'ordinateur. » P1

« Là je fais des recherches généalogiques, bon c'est sur le site « GENEANET ». Bon je tricote , donc je cherche aussi des modèles à tricoter sur les sites spécialisés. » P3

Une femme disait utiliser sa tablette pour faire des jeux :

« Ah moi la tablette, c'est pour les jeux. » P7

e. Pas équipée ou pas d'intérêt

Enfin, quelques-unes rapportaient n'accorder aucune place aux nouvelles technologies dans leur quotidien, car elles n'étaient pas intéressées :

« Je n'y connais rien. » P8

« Zéro place ! je n'y comprends rien. » P9

Ou qu'elles ne parvenaient pas à l'utiliser correctement :

« J'avais ouvert un Facebook mais je ne comprends rien et j'ai peur de faire une bêtise, alors j'ai tout stoppé. » P9

Une seule femme parmi notre échantillon en exprimait le regret :

« Bon c'est embêtant car on me demande souvent une adresse email pour les papiers, c'est vrai que cela m'handicape. » P9

Ou parce qu'elles n'étaient pas équipées :

« Nous n'avons pas d'ordinateur, de toute façon on ne saurait pas l'utiliser. » P10

C. Perception des freins au vieillissement en milieu rural

a. L'éloignement

Le plus grand frein cité par les femmes de notre échantillon était l'éloignement :

« Il faut toujours qu'on aille loin, c'est compliqué. » P5

« Alors nous on est vraiment loin de tout je trouve. » P10

Particulièrement de devoir utiliser leur voiture pour leurs déplacements :

« Et puis il faut la voiture pour tout. » P10

« Bon c'est sûr qu'il faut la voiture pour à peu près tout. » P12

Ce qui pouvait être un frein pour leurs sorties :

« Le soir il faut revenir quand on sort! On est quand même à 30km de Maubeuge ou de Fourmies, quand il faut rentrer et qu'il fait noir, ça n'est pas toujours le top du top quoi. Cela nous freine un peu. » P6

Car elles craignaient que la conduite automobile devienne un obstacle en avançant dans l'âge pour elle ou leur conjoint:

« Mon mari ne conduit plus, alors on est vite bloqués. » P10

« Mon mari ne conduit plus de si longues distances. » P11

« Pour le moment on est assez mobiles, mais je pense que cela pourrait devenir un problème. »

P12

Et elles confiaient que le déplacement pouvait les fatiguer d' avantage en avançant dans l'âge :

« Bien sûr il faut souvent se déplacer loin c'est fatiguant. » P8

Aussi, une femme confiait que l'éloignement pouvait être une source d'insécurité pour elle :

« Aussi la sécurité, vous savez maintenant c'est quelque chose. Vous savez je ne suis pas rassurée du tout. (...) Aller me promener seule, ça changerait oui. » P7

En revanche, une des participantes déclarait que l'isolement pouvait être bénéfique, notamment pendant la pandémie de Covid-19 :

« Oui sinon j'apprécie avoir de l'espace et ne pas être trop collés, comme pendant le Covid, on était bien à la campagne finalement. » P10

b. La désertification

Les femmes soulignaient la disparition des commerces de proximités et autres services, ce qui pouvait leur manquer, comme les administrations :

« Il faut aller plus loin pour refaire ma carte vitale par exemple. » P8

Ou les commerces de proximité :

« La boulangerie a fermé. » P10

« Car finalement tout a fermé dans le village. » P11

« Et puis aussi pour faire les courses. » P12

c. Le manque d'interactions sociales

Une grande partie des femmes de notre échantillon ressentait le manque d'interactions sociales en vivant à la campagne :

« Je manque beaucoup de contact avec les gens. » P7

« Vous savez on ne croise pas grand monde ici. » P9

« Un peu plus de vie je dirais, pas non plus comme en ville, mais parfois cela nous manque. » P12

Elles regrettaient qu'il n'y ait pas de lieux où se rencontrer et échanger :

« On sortirait un peu plus si on était en ville, ça c'est sûr. » P5

« Des lieux où on pourrait sortir, rencontrer des nouvelles personnes, changer un peu, voir d'autres personnes. » P9

« Oui l'éloignement des restaurants, des lieux de loisirs, où se rencontrer, passer du bon temps. » P12

Elles évoquaient aussi l'isolement de leurs familles :

« Mais ce qu'il me manque ce sont mes enfants c'est tout. » P4

« On est loin des enfants qui sont en ville pour le travail. » P10

d. Le manque d'accès à la culture

D'autres femmes disaient manquer d'accès aux activités culturelles :

« C'est vrai que ce qui est culturel, les concerts les choses comme ça. » P5

« C'est surtout, je vais vous dire, le cinéma, le théâtre, qu'on n'a pas à la campagne. Ça me manque, j'aimerais bien de temps en temps. » P6

« Les loisirs aussi. » P7

« Des activités. » P9

L'une d'entre elles confiait même s'ennuyer :

« Il n'y a pas grand-chose à faire à la campagne, on pourrait vite s'ennuyer. » P12

e. L'accès aux soins

Quelques participantes évoquaient le manque d'accès aux soins :

« Le frein ça serait aussi pour les soins médicaux. » P2

Elles manquaient de médecins spécialistes :

« Ce que je trouve aussi, c'est les spécialistes, tout ça, minimum 30km. » P6

Ou de médecins généralistes :

« Oui et puis peut être un docteur aussi...c'est vrai que les médecins manquent par ici. » P9

Elles regrettaient devoir faire de longs trajets pour consulter un médecin :

« Ça nous fait quand même 45minutes de route, ça fait beaucoup quand même. » P6

Ou pour se rendre à l'hôpital :

« Pour l'hôpital il faut aller loin. » P8

« Et puis aussi l'hôpital. » P11

Car elles dépendaient parfois des leurs enfants pour s'y rendre :

« Il faut toujours attendre les enfants pour nous déposer ou le taxi. » P11

Elles regrettaient le manque d'hôpitaux de proximité :

« S' il y en avait déjà sur Avesnes, ça serait déjà très bien. » P6

f. Absence de frein :

À l'inverse, certaines femmes disaient ne trouver aucun frein au bien vieillir à la campagne :

« Non il n'y a aucun problème. » P3

« Je n'en vois pas vraiment, on a tout ce qu'il faut. » P8

Car elles se sentaient à proximité de tout ce dont elles avaient besoin :

« Nous on habite Maroilles donc on a les commerces. » P1

« J'ai mon boulanger pas loin, le Carrefour Market pas loin, les surgelés passent nous livrer, non je suis bien. » P9

Et qu'elles se sentaient assez aidées :

« On a une dame qui vient pour le ménage tout ça. » P1

Elles se disaient chanceuses de vivre à la campagne :

« Nous ici à Maroilles on a quand même de la chance. » P2

« Je me dis toujours que je suis chanceuse d'habiter ici. » P12

Elles s'y sentaient bien grâce au cadre de vie à la campagne :

« C'est moi qui aie voulu et je suis bien ici (...) à la campagne loin de tout ce brouhaha. » P4

« Moi je suis bien ici. » P9

« On a de l'espace, c'est agréable. » P12

Elles ne pouvaient pas envisager vivre en ville :

« Je ne me vois pas habiter dans une grande ville vous voyez. » P2

« Au contraire, dès que je suis dans une ville je dis à mon mari « rentrons vite dans notre petit paradis ». » P4

6. Avenir et perspectives

A. Attentes concernant leur avenir

Trois sujets semblaient importants pour les femmes interrogées : leurs attentes concernant leur avenir personnel, leur entourage et leur lieu de vie.

a. Pour elles-mêmes

Les femmes interrogées disaient vouloir continuer à être heureuses :

« J'espère continuer à être heureuse. » P9

Et souhaitent se consacrer plus de temps :

« Sortir un peu plus, voyager, prendre du temps pour moi. » P9

« Pouvoir profiter des bons moments de la vie. » P12

Une femme parmi notre échantillon disait être heureuse de ce qu'elle avait accompli :

« Je suis déjà contente d'être arrivée là, d'avoir mes petits-enfants, et le reste c'est du bonus, c'est ce que je me dis toujours. » P7

Concernant leur autonomie financière, certaines femmes considéraient qu'elle était importante :

« C'est important oui. » P2

« Ah, ça c'est sûr, c'est important. » P3

« Je ne veux dépendre de personne, c'est important pour moi. » P5

« Alors là...quelque part c'est peut-être une obligation quand même. » P7

« Il faut pouvoir se débrouiller, surtout en étant une femme. » P9

Et ne s'imaginaient pas dépendre de quelqu'un :

« Je ne me suis jamais imaginée autrement. » P3

« On a envie de faire ce que l'on veut. Je gère complètement mon patrimoine à moi. » P5

Elles évoquaient plusieurs raisons, comme le veuvage :

« Par ce que souvent on se retrouve seule, parce que le mari part en premier en général, alors il ne faut pas être perdue le moment venu. Enfin pour moi c'est différent. » P9

Ou une question de confort de vie :

« C'est vrai que j'ai aussi le confort de me dire que je pourrais me débrouiller par moi-même si besoin. » P12

Ou encore car elles craignaient d'être une charge pour leurs enfants :

« Je n'aimerais pas dépendre de nos enfants. » P2

« Je vais vous dire, je ne voudrais pas que mes enfants paient pour moi. » P7

Certaines déclaraient à ce sujet avoir toujours été indépendante financièrement:

« Je suis indépendante depuis toujours. » P9

« Moi j'ai toujours été indépendante. » P12

Car elles avaient toujours géré les finances de leur foyer :

« Mais je veux dire moi j'ai toujours tout géré , donc à partir de là, financièrement je suis autonome quoi, parce qu'en fait c'est moi qui gère. » P6

Ou car elles avaient toujours travaillé :

« Moi j'ai toujours travaillé, j'ai commencé j'avais à peine vingt ans. » P3

« J'ai toujours travaillé alors je ne sais pas ce que c'est de devoir dépendre de mon mari. » P12

Ou par obligation :

« Car je n'ai jamais été mariée. » P9

À l'inverse, d'autres femmes confiaient ne pas prêter attention à leur autonomie financière vis-à-vis de leur époux :

« Non ça ne me dérange pas de dépendre. » P6

« C'est lui qui gère, ça ne me dérange pas. » P8

« Être indépendante financièrement ou non c'est pareil. » P11

Notamment car elles avaient déjà pensé aux années à venir :

« Et puis par la suite, tout est déjà prévu si l'un de nous devait partir avant l'autre. » P11

Et qu'elles relativisaient avec l'âge :

« Aujourd'hui après autant d'années de mariage, on fait presque tout ensemble, alors l'argent il est à nous deux on va dire. » P12

Et qu'elles prenaient plaisir à partager :

« Je n'ai plus cette envie et ce besoin de tout faire par moi-même, au contraire, je prends plaisir à partager. » P12

b. Concernant leur entourage

Concernaient d'abord leur époux :

« Je dis toujours à mon mari, le plus longtemps possible ensemble. » P2

« J'espère être le plus longtemps possible avec mon mari. » P11

« Et puis être à deux le plus longtemps possible. » P12

Mais aussi leurs enfants :

« Mes enfants, toujours les voir tous les jours en bonne santé. » P11

« Voir notre fille heureuse car elle le mérite. » P12

Elles espéraient voir leur petits-enfants grandir :

« Voir mes petits-enfants grandir. » P11

« Voir notre petit-fils grandir. » P12

c. Concernant leur lieu de vie

Enfin, elles exprimaient aussi plusieurs attentes concernant leur lieu de vie.

Plus de la moitié des femmes interrogées souhaitaient d'abord rester vivre au domicile :

« Je ne me vois pas finir en maison de retraite. » P2

« Mais j'espère surtout vieillir chez nous, à la maison. » P6

« Nous on s'est dit de rester à la maison le plus longtemps. » P8

Elles avaient pensé à adapter leur domicile à l'évolution de leur état de santé :

« On l'a faite bâtir il y a quinze ans, donc dans le but d'y rester. » P1

« On a adapté notre maison pour prévoir les années à venir. » P6

« Bon de toute façon elle est bien faite, il n'y a pas d'étage et nous avons de l'espace. » P11

Comme pouvoir vivre au rez-de-chaussée :

« En bas il y a le bureau pour l'instant, mais ça peut être une chambre et on pourrait vivre au rez-de-chaussée si besoin. » P1

« On reste en bas, il y a tout ce qu'il faut, cela nous va bien. On se débrouille. » P8

Ou par l'installation d'aides :

« Comme on a un escalier, il est bien large avec une rampe de chaque côté donc c'est vrai que le jour où on a mal au dos ça nous sert bien. » P1

Certaines femmes déclaraient ne pas vouloir vivre en maison de retraite :

« La maison de retraite, non ça ne me plaît pas. » P1

« En tout cas, on a dit aux enfants, on ne veut pas aller à la maison de retraite. » P8

Car elle pensait ne pas pouvoir s'y plaire :

« Je ne sais pas, je ne m'y plairais pas c'est sûr. » P8

Ou par crainte d'y être moins libre :

« Je pense que quand on y rentre, on est en prison. Quand on visite quelqu'un, il faut sonner et montrer patte blanche » P1

Et de ne plus avoir de contact avec l'extérieur et la nature :

« Les gens de la maison de retraite de Maroilles ne vont même pas s’asseoir sur un banc sur la place verte. » P1

L’une d’entre elle disait attendre le plus tard possible :

« La maison de retraite je me dis c’est quand vraiment on ne peut plus quoi. » P1

Elles souhaitaient aussi pouvoir rester vivre au village :

« Je me vois toujours dans le même village. » P5
« J’aimerais rester ici. » P9

Car elles y connaissaient déjà tout le monde :

« Car je connais tout le monde par ici. » P9

Et qu’elles considéraient avoir tout à proximité :

« C’est facile et il y a tout ce qu’il me faut. » P9

Une seule femme envisageait de quitter son lieu de vie actuel, pour se rapprocher de ses enfants :

« Il faut que je revienne auprès d’elle, elle a besoin de moi et moi aussi d’elle. » P4

B. Leurs craintes

a. Peur de penser à l’avenir

Plus de la moitié des femmes de notre échantillon disaient essayer de ne pas penser à leur avenir :

« J’essaie de ne pas trop y penser car j’ai 71ans. » P2

« Je ne l'imagine pas ! » P7

« Je n'ose pas vraiment l'imaginer. » P10

Car il pouvait être une source d'inquiétudes et d'angoisses :

« Je ne suis pas une grosse dormeuse, je me réveille la nuit et je pense à tout ça. » P2

« Je vous dis, parfois quand je pense au futur j'ai le cafard. » P9

Elles ne parvenaient pas à se projeter :

« Après dans 10ans ça m'étonnerait que je sois encore là. » P1

« Bon j'ai quand même du mal à me projeter sur les mois à venir. Vous voyez. » P3

Bien qu'elles estimaient qu'il fallait y penser :

« Moi je pense qu'il faut quand même se préparer, savoir quoi faire disons. » P12

Leur première crainte était de se retrouver seule :

« Me retrouver seule chez moi. » P2

« Je me dis que je vais me retrouver seule. » P9

« Je me dis s'il devait arriver quelque chose, est-ce que je pourrais rester seule ici dans une si grande maison ? C'est vraiment un point qu'il faut que je discute avec les enfants. » P 10

Particulièrement de ne pas pouvoir vivre seule au domicile :

« Je ne sais pas où j'habiterai. » P9

« Est-ce que je pourrais rester seule ici dans une si grande maison ? » P10

D'autres femmes ne parvenaient pas à se projeter à cause de leur état de santé actuel :

« Mais là à cause de ma maladie j'ai du mal à me projeter. Je n'y pense pas même pas. » P3

« Vous savez j'en ai vu pas mal quand même dans ma vie, j'ai vécu beaucoup de choses. » P7

Ou celui de leur époux :

« Je suis déjà bien occupée avec les problèmes de santé de mon mari. » P8

« Mon mari est fort malade, et moi pour le moment je tiens mais jusque quand. » P10

Une femme évoquait la pandémie de Covid-19 :

« Aussi en ce moment, avec le virus ça n'est pas simple, alors ...c'est pour ça je ne me vois pas dans le futur vous voyez. » P7

b. Peur d'un problème de santé

Leur autre crainte principale était la survenue d'un problème de santé.

Particulièrement, pour la moitié des participantes, la crainte d'une dégradation de leur autonomie :

« Disons que je ne souhaite pas vivre très longtemps si je ne suis pas autonome du tout. » P1

« Vieillir c'est bien, mais pas comme je vois certaines personnes quoi. » P2

« Je prie Dieu de ne pas devenir grabataire au moment de partir. » P4

Et de devenir une charge pour leur famille :

« Mais c'est d'être à la charge de mes enfants ou petits-enfants. Ça serait quelque chose d'insupportable. » P6

Elles redoutaient aussi la perte de mémoire, particulièrement la maladie d' Alzheimer :

« Moi j'espère ne pas devenir débile. Ne pas devenir Alzheimer. » P1

« Et de ne pas perdre la tête surtout. » P4

« Je ne voudrais pas perdre la tête. » P8

Ou la survenue de maladie :

« Moi je ne me vois pas vieillir en étant malade. » P2

« Surtout ne pas tomber malade. » P9

Comme la survenue d'un AVC par exemple :

« C'est vrai que je me dis que si j'avais un AVC, je préférerais être morte. » P1

Une femme disait avoir averti ses proches :

« J'ai déjà dit à mes enfants, moi je me flingue. » P2

L'une d'entre elles préférait même décéder brutalement :

« Oui , je préférerais mourir d'une crise cardiaque. » P2

1. Méthode utilisée

A. Choix de la méthode qualitative

La méthode qualitative selon une approche phénoménologique est la plus adaptée pour répondre à notre question de recherche, car elle permet de recenser chaque argument, sans en orienter les réponses.

B. Les entretiens

Certains entretiens ont été réalisés lors d'une visite au domicile de la patiente, afin de les questionner dans un climat de confiance, en dehors du cabinet médical. Elles ont pu répondre librement aux questions ouvertes, afin de ne pas orienter leurs avis.

D'autres entretiens ont été réalisés par rendez-vous téléphonique, convenu selon leurs disponibilités afin d'assurer un entretien dans les meilleures conditions.

C. Limites de l'étude

La méthode qualitative présente des biais, retrouvés dans notre étude.

Les biais internes, causés par les caractéristiques personnelles du chercheur et celles du sujet interrogé : âge, sexe, expériences, valeurs etc. L' inexpérience du chercheur dans le domaine de la recherche qualitative était compensée par le respect rigoureux de la méthode. Les difficultés de compréhension des questions a pu limiter les réponses des femmes interrogées et, par conséquent, limiter l'apparition de nouveaux thèmes.

Les biais externes concernaient l'environnement de réalisation des entretiens.

Certains entretiens étaient réalisés par rendez-vous programmé au domicile de la patiente, le plus souvent leur époux était présent.

D'autres entretiens étaient réalisés par téléphone durant un créneau choisi par la femme interrogée, leur époux était parfois présent.

La méthode de recrutement raisonnée a été utilisée afin de sélectionner des femmes de profil variables, en âge, état de santé, profession exercée. Une partie des femmes de notre échantillon était recrutée de manière volontaire grâce à l'apposition d'affiches en salle d'attente. Une autre partie était recrutée après appels téléphoniques lorsque les critères d'inclusion étaient respectés parmi une liste pré-définie de patientes.

Les biais d'investigation concernaient la méthode d'entretien et de recueil des données, pouvant orienter les réponses des participantes vers des réponses plus acceptables médicalement ou socialement.

L'utilisation de questions ouvertes avait pour but de limiter ce biais.

Aussi, ce biais de classement pouvait être accentué car toutes les femmes étaient patientes du médecin remplacé ; ou lorsque leur époux était présent lors de l'entretien, leurs réponses pouvaient être plus superficielles. Ce biais était limité par l'installation d'un climat de confiance au domicile de chacune, en dehors du cabinet médical.

Les biais de confusion et l'analyse interprétative du discours des femmes interrogées, selon les croyances du chercheur étaient limités par la réalisation d'une triangulation.

Nous avons pu assurer la validité interne de l'étude.

La validité externe de l'étude était limitée par l'absence d'étude universitaire équivalente, limitant la comparaison.

2. Les résultats obtenus

A. Au sujet de leur alimentation

Les femmes interrogées déclaraient avoir reçu peu d'informations au sujet des recommandations alimentaires après la ménopause. Elles disaient s'informer par elle-même, via les *médias* spécialisés ou par leur entourage.

Elles étaient plutôt satisfaites de leur alimentation, qu'elles qualifiaient de variée et équilibrée. Elles estimaient que l'avantage de vivre en milieu rural était qu'elles pouvaient consommer des fruits et légumes frais, de saison, et le plus souvent cultivés dans leur propre jardin.

Elles reconnaissaient s'autoriser plus d'aliments gras ou sucrés de temps en temps, qu'elles qualifiaient de « petits plaisirs » plus fréquents avec l'avancée dans l'âge.

Aussi, elles jugeaient leur hydratation suffisante, et elles déclaraient une consommation d'alcool de manière occasionnelle le plus souvent.

Néanmoins, elles estimaient qu'il n'y avait pas de modification à y apporter.

Concernant l'avancée dans l'âge, elles disaient favoriser la consommation de produits laitiers afin de garder un apport en calcium régulier, et de protéger leur santé osseuse. Certaines disaient aussi veiller à leur apport en vitamine D ou en compléments alimentaires à visée préventive.

Une publication récente du service de Nutrition et de Médecine Interne du CHRU de Lille a traité des conseils nutritionnels pour la femme ménopausée (6) : l'article met en évidence l'implication des habitudes alimentaires dans bon nombre de pathologies de la femme ménopausée, et leur prévention par de simples modifications de l'alimentation des femmes.

Dans notre étude, les femmes étaient plutôt sensibilisées sur la prévention des pathologies grâce à une alimentation de qualité.

Nous avons relevé les recommandations qui découlaient de l'article en lien avec les préoccupations des femmes de notre étude.

- Prise de poids : une femme dans notre étude disait souffrir de surpoids depuis de longues années malgré des régimes restrictifs. D'autres ont confié surveiller leur prise de poids. D'après l'article, celle-ci est fréquente et débute en réalité plus de dix ans avant la ménopause. Elle est en partie déterminée par des facteurs prédisposant, génétiques et épigénétiques, déterminés par la période périnatale. Tous sont non modifiables et transmissibles.

Il existe aussi des facteurs favorisant cette prise de poids, principalement le déséquilibre de la balance énergétique, par un excès d'apport ou une sédentarité. Ces facteurs favorisant peuvent aussi résulter de pathologies limitantes ou de prises médicamenteuses favorisant.

Enfin, les facteurs déclenchants d'une prise de poids et les facteurs aggravants sont importants à identifier.

D'après l'article, les objectifs devraient d'abord être une modification des habitudes alimentaires, stopper la prise de poids, notamment le poids abdominal et ne pas nuire.

L'article bannit tout régime restrictif, de même que les régimes hypo glucidiques ou hypo lipidiques stricts au risque de voir apparaître des troubles du comportement alimentaire, comme la restriction cognitive et la mésestime de soi.

L'alimentation en cas de surpoids chez la femme ménopausée doit être modérément hypocalorique et hyperprotidique, combinée à une activité physique pour s'opposer à la perte de la masse maigre.

- Risque cardiovasculaire et métabolique : dans notre étude, les femmes étaient sensibilisées sur la question des pathologies cardiovasculaires, soit parce qu'elles étaient déjà atteintes par le diabète par exemple, ou de manière indirecte, par leur entourage. Elles estimaient que leur alimentation était devenue plus saine principalement pour cette raison.

L'article lillois souligne que le risque cardiovasculaire augmente après la ménopause, ainsi que le risque d'hypertension artérielle, notamment à cause de la prise de poids abdominal, et de l'augmentation du périmètre abdominal.

Ce risque est aussi lié à la diminution des apports en nutriments dit « protecteurs » et antioxydants comme la vitamine C, B9, E, les polyphénols, les fibres ou encore les oméga 3, fournis par les fruits, les légumes et les poissons et huiles.

Les femmes de notre étude disaient plutôt favoriser la consommation de ces aliments, mais elles ont peu évoqué les huiles et les poissons.

- Ostéoporose : dans notre étude, les femmes ont souvent évoqué leur intérêt pour leur santé osseuse et le risque d'ostéoporose, bien qu'une seule a abordé la crainte d'une fracture. Elles disaient avoir augmenté leurs apports en produits laitiers et veiller à une supplémentation en vitamine D régulière.

L'article met en évidence les facteurs de risques alimentaires (en plus des facteurs hormonaux ou de sédentarité) tels que la carence en vitamine D, en calcium ou en protéines (maigreur) : c'est plutôt leur effet combiné qui représente un risque majeur d'ostéoporose. Concernant les sources de calcium, l'article insistait sur les produits laitiers fermentés comme les yaourts qui augmentent la solidité osseuse. De même, les protéines lactiques par leur richesse en leucine et leur effet matrice. Enfin, l'article mettait en évidence certains comportements délétères sur le plan de la santé osseuse comme les régimes restrictifs, les apports excessifs en sels (par l'augmentation des pertes urinaires de calcium) et l'excès de boissons sucrées.

Les femmes de notre étude avaient donc une alimentation plutôt protectrice.

- L'article abordait aussi l'impact de l'alimentation dans la survenue de pathologie dégénératives telles que le cancer ou la dégénérescence maculaire liée à l'âge.

Nous n'avons pas détaillé ces points car nos participantes n'en n'avaient pas parlé.

Mais aucune femme de notre étude ne semblait accorder d'importance à ses apports en protéines.

Une revue de littérature gériatrique faisait pourtant état du lien entre nutrition suffisante, balance azotée et prévention du syndrome de fragilité (9). Quelques points nous ont semblé intéressants à souligner.

- Sur le plan quantitatif, la revue trouvait que les recommandations nutritionnelles de 1 à 1,2g /kg/ jour de protéines semblaient loin d'être atteintes : 40% des sujets âgés de plus de 70 ans auraient un apport inférieur à 0,8g/kg/jour, conduisant à une perte de masse musculaire, même pour des apports s'approchant des recommandations, en comparaison aux sujets ayant des apports suffisants. Le suivi de la cohorte Health, Aging and Body Composition confirmait que les sujets avec les apports protéiques les plus faibles présentaient une perte de masse musculaire (10), entraînant syndrome de fragilité, comorbidités et déclin fonctionnel.

Dans notre étude, les femmes n'ont pas abordé ce point.

- Concernant la répartition de l'apport en protéines, certaines études suggéraient un apport réparti sur les trois repas, soit 25 à 30grammes par repas; d'autres montraient qu'une concentration des apports en un seul repas permettait un meilleur bénéfice sur la masse maigre. (11)

Les femmes de notre étude n'ont pas abordé ce point.

- En plus de l'aspect quantitatif, il semble que la qualité des protéines consommées joue un rôle sur la synthèse musculaire.

Certains travaux parlent notamment du rôle de la leucine dans la stimulation de la synthèse musculaire, et dont le sujet âgé aurait besoin en plus grande quantité (12).

On retrouve la leucine en bonne quantité dans certains produits laitiers comme dans le petit-lait par exemple.

Les femmes de notre étude disaient favoriser leur consommation en produits laitiers, pour augmenter leur apport en calcium et protéger leur capital osseux. Aucune n'en attendait un apport en protéines.

D'autres travaux citaient aussi le rôle supposé de la caséine ou la citrulline et restent pour le moment de l'ordre de la recherche scientifique.

- La revue de littérature faisait aussi état de la carence en vitamine D chez la population âgée, plus prononcée chez le sujet fragile.

Les femmes de notre étude ont bien souligné ce point, en veillant à un apport régulier sous forme d'ampoules prescrites par leur médecin traitant. Elles pensaient particulièrement à leur santé osseuse après la période de la ménopause.

Pourtant, au-delà de la préservation du capital osseux des femmes, l'étude de la cohorte américaine NHANES III indique un risque 3,7 fois supérieur de fragilité selon les critères de Fried (13) chez les sujets présentant des concentrations en vitamine D inférieures à 15ng/mL (14). D'autres études ont montré une diminution de 19% du risque de chutes pour une supplémentation quotidienne de 800 à 1000 unités de vitamine D (15). D'autres encore montraient l'impact positif de la supplémentation vitaminique sur la force musculaire (16).

- Enfin, la revue de littérature insistait sur le fait que la nutrition et l'apport protéique suffisants doivent être associés à une activité physique pour accroître l'anabolisme, augmenter les apports énergétiques et améliorer le statut fonctionnel. Une méta-analyse confirmait que les suppléments en protéines combinés à une activité physique permettaient d'améliorer la masse musculaire mais aussi la force musculaire (17).

Dans notre étude, les femmes associaient une nutrition suffisante et de bonne qualité à l'absence de maladies en recrudescence en Occident , comme le diabète ou l'hypercholestérolémie.

Aucune ne parlait du rôle de l'alimentation dans le maintien de leur forme physique ou de leur force musculaire.

B. Au sujet de leur mobilité et activité physique

Les femmes de notre étude disaient majoritairement ressentir un déclin de leur forme physique, le plus souvent après une pathologie aiguë, une chute ou des douleurs. Aussi, elles disaient manquer parfois de temps, de compagnie ou de motivation.

En dépit de ce constat, les femmes que nous avons interrogées estiment que la pratique d'une activité physique régulière est importante avec l'avancée dans l'âge, comme la pratique de la marche. Certaines adaptent d'ailleurs leurs activités à l'évolution de leur état de santé, d'autres ont trouvé de nouvelles activités, comme le yoga ou le club senior. Globalement, elles en attendaient des bénéfices sur leur santé mentale en priorité ; puis sur leur santé physique et l'amélioration de leurs problèmes de santé, et enfin sur le maintien de leur autonomie en prévenant les chutes.

Une revue de littérature espagnole (18) s'est intéressée aux effets thérapeutiques de la pratique de la danse chez le sujet âgé, particulièrement sur l'équilibre et la prévention des chutes. De nombreuses études ont été trouvées et semblaient aller dans ce sens bien que la méthodologie de ces études demeurait imparfaite et donc ne permettait pas de conclure à un effet significatif sur la prévention des chutes.

Une autre revue de littérature (19) allait plus loin et proposait la pratique de la danse comme un complément aux traitements médicamenteux, voire comme une alternative thérapeutique dans certaines pathologies dégénératives.

- La « danse thérapie » est connue aux États-Unis depuis près d'un siècle (20), comme dans la prise en charge globale de la maladie d' Alzheimer et la prévention du déclin des patients. Dans cette revue de littérature, on associait la pratique de la danse à l'amélioration des performances physiques, la réduction du risque de chutes, de la santé psychosociale et du fonctionnement cognitif chez les sujets âgés.
- Par exemple, les danses de salon semblaient améliorer les performances fonctionnelles et l'équilibre (21); ou encore la danse Irlandaise qui améliorait plus les capacités motrices que la physiothérapie chez les sujets Parkinsoniens (22). Ces résultats devront être appuyés par des études de meilleur niveau de preuve, contrôlées et randomisées.

Les femmes de notre étude étaient donc sensibilisées sur cette question de maintien de forme physique grâce à la pratique d'une activité régulière. Dans leurs cas, il s'agissait d'une mesure de prévention primaire car aucune ne présentait de limitation fonctionnelle objectivement importante.

Pour aller plus loin et concernant les symptômes dépressifs que les femmes de notre étude semblaient ressentir, une étude coréenne récente recherchait les effets d'un programme d'activités de 12 semaines combinant danse coréenne et yoga sur les performances physiques, mais aussi sur le statut hormonal des femmes ménopausées (23).

- L'étude concluait, entre autres, à une augmentation des taux de DHEA et d'œstrogènes chez les femmes pratiquant le programme en comparaison au groupe contrôle.
- Depuis quelques années, les recherches scientifiques tendent à expliquer certains symptômes post ménopausiques par la carence hormonale : ainsi, le taux de DHEA semble impliqué dans l'apparition de symptômes dépressifs ou de déclin cognitif lorsqu'il est bas

(24) ; le taux d'œstrogènes bas semble participer à la diminution de la masse maigre chez les femmes ménopausées (25).

Les femmes de notre étude étaient aussi bien informées sur le lien entre pratique d'une activité régulière et diminution des symptômes dépressifs post ménopausiques, bien qu'elles n'aient pas associé leurs symptômes directement à la carence hormonale. Des pistes d'amélioration pourraient être trouvées pour encourager la pratique d'une activité physique, comme faciliter l'accessibilité des structures telles que les clubs seniors en zone rurale.

- Concernant l'application en médecine générale, la pratique d'une activité physique est reconnue comme une thérapie non pharmacologique scientifiquement prouvée et reconnue comme étant complémentaire aux traitements conventionnels. À ce sujet, les médecins généralistes sont encouragés à la prescription d'activité physique adaptée aux patients souffrants d'une « Affection Longue Durée » depuis le décret du mois de décembre 2016 (26).

C. Au sujet de leur santé mentale

Les femmes que nous avons interrogées accordaient majoritairement une grande importance à leur bien-être et leur santé mentale : elles disaient essayer de privilégier leur bonheur personnel, s'efforcer à rester optimistes et se satisfaisaient de ce qu'elles avaient accompli. Pourtant, certaines confiaient avoir déjà ressenti quelques difficultés avec l'avancée dans l'âge, bien qu'elles n'avaient pas clairement cité le terme « dépression ».

Le plus souvent, cela survenait après l'annonce d'une maladie, qu'elles avaient vécu comme un arrêt forcé dans leurs projets, voire comme l'approche de la fin de leur vie. Enfin, quelques-unes ont avoué que leur santé mentale avait décliné sans qu'elles puissent y remédier ou en parler à leurs proches, le plus souvent à cause d'un problème de santé les touchant directement ou leur conjoint, ou encore par le

manque de leur famille. Une femme citait la condition d'épouse d'agriculteur qui pouvait être difficile au quotidien.

- Une revue de littérature américaine s'est récemment intéressée au risque de symptômes dépressifs et de suicide chez les agriculteurs américains et leurs familles, particulièrement leur épouses (27). Les symptômes étaient mesurés par des scores validés par la littérature scientifique comme le CES-D (28). La revue de littérature mettait en évidence différents facteurs de risques influant sur la santé mentale des agriculteurs ou de leur famille : le sexe féminin, le niveau de stress, la satisfaction au travail, le statut financier, la présence de pathologie et la santé perçue ou encore l'usage de pesticides (29) .

Six études parmi celles étudiées dans la revue de littérature retrouvaient une majoration du risque de symptômes dépressifs chez les femmes d'agriculteurs en comparaison aux hommes (30).

- Une étude antérieure retrouvait 24% de symptômes dépressifs chez les épouses d'agriculteurs en Louisiane (USA), particulièrement pour les femmes âgées de plus de 65ans en comparaison aux autres tranches d'âges (31).

Les constats faits dans notre étude semblent en accord avec les résultats des revues de littérature américaine. Les femmes que nous avons interrogées n'étaient pas toutes épouses d'agriculteurs, bien qu'elles aient toutes toujours vécu en milieu rural. Elles présentaient parfois des symptômes dépressifs, sans qu'elles puissent clairement l'identifier, qu'elles ont plutôt rapporté le plus souvent à un problème de santé, et non pas directement à leur vie en milieu rural.

Elles présentaient les facteurs de risques généralement identifiés dans les études (32) :

- Le sexe féminin,
- La présence de problème de santé récent, qui semble être le facteur de risque le plus important, ce qui explique par exemple que la prévalence du syndrome

dépressif chez les patientes hospitalisées soit 10 fois supérieure aux femmes vivant au domicile.

- Les femmes de notre étude ont bien décrit cet épisode de difficultés après l'annonce d'un diagnostic. Certaines se sentaient toujours tristes au moment de l'interview. Le plus souvent, elles n'en n'avaient pas parlé à leur médecin traitant, et ne parlaient pas de « dépression » bien que leurs symptômes pouvaient exister depuis plusieurs mois, et donc être banalisés à la fois par les patientes et leur médecin.
- De ce fait, une annonce adaptée, personnalisée, en tenant compte de la réalité de vie des patientes âgées serait probablement plus adaptée. Cette réalité ne peut être appréhendée qu'avec l'aide du médecin traitant, surtout en milieu rural ; il doit aussi pouvoir dépister les signes de dysthymie, comme après une annonce difficile. Aussi, un soutien psychologique devrait pouvoir être proposé à tout moment, comme lors d'une consultation chez le médecin spécialiste, chez le médecin traitant, ou avec l'aide des professionnels intervenants au domicile.
- Dans notre groupe d'étude, en concordance avec d'autres études, la dépression du sujet âgé était mal diagnostiquée et donc sous-traitée (33). Elle représente pourtant la pathologie psychiatrique la plus fréquente chez les patients âgés (34), avec une plus forte prévalence chez les femmes. Des outils simples et rapides permettent pourtant le dépistage de ces troubles, comme le Mini-GDS (35) dont l'excellente spécificité de 80,9% et la sensibilité de près de 69% en font un outil de choix en médecine générale.

- La sédentarité : plusieurs études ont montré que le fait de rester inactif surtout après avoir été actif (comme lors du passage à la retraite) pouvait être associé à l'apparition de symptômes dépressifs chez le sujet âgé (36).
 - La pratique d'une activité physique aérobie semble être une réponse non pharmacologique satisfaisante par l'augmentation du taux de sérotonine des patients. Pour aller plus loin, certaines études ont montré que la pratique d'une activité physique chez les sujets présentant une dépression majeure renforcerait l'efficacité des traitements médicamenteux anti dépresseurs en favorisant des taux de rémissions plus élevés et plus rapides (37), (38). Cela est d'autant plus intéressant que l'efficacité de ces traitements chez le sujet âgé est plutôt lente et mitigée, encore plus si le patient est sédentaire (39), (40).
 - Bien que les résultats étaient moins satisfaisants chez les sujets avec une démence d'Alzheimer ou après un AVC (41), la pratique d'une activité physique est à ce titre recommandée dans les guidelines Britanniques du *National Institute for Health and Clinical Excellence* en traitement alternatif ou complémentaire du syndrome dépressif du sujet âgée (42).
 - Les femmes de notre étude ont bien compris le rôle de la pratique d'une activité physique dans leur bien-être.
- Le statut divorcé ou séparé,
- Niveau d'éducation bas, ou le faible niveau de revenus.

Enfin, puisque la présence de symptômes dépressifs, qui concerne 15% des sujets âgés (32), d'apathie ou de troubles du sommeil auraient une valeur prédictive dans l'apparition de troubles cognitifs et de démence (43) (44), nous avons aussi interrogé les femmes de notre étude à ce sujet.

D. Au sujet de leurs capacités cognitives

Au sujet de leurs capacités cognitives, une grande partie des femmes de notre étude se sentait satisfaite : elles estimaient avoir « une bonne mémoire ». Quelques-unes avaient déjà ressenti des oublis, ou alors elles disaient devenir désorganisées, ou encore elles disaient recevoir des remarques de leurs conjoints. Néanmoins, aucune ne ressentait de gêne ou de limite face à ces symptômes. Globalement, les femmes que nous avons interrogées étaient toutes conscientes de l'importance de continuer à cultiver leur mémoire avec l'avancée dans l'âge, le plus souvent par les jeux de mémoire ou la lecture.

- Le vieillissement s'accompagne d'un déclin cognitif normal, auquel s'associent des modifications perceptives, physiques et physiologiques (45). Plusieurs travaux ont fait état du vieillissement cognitif dit *normal* : il concerne principalement les capacités attentionnelles, la mémoire de travail et la mémoire épisodique, ces fonctionnalités siégeant dans des structures cérébrales plus sensibles aux effets de l'âge. Ce sont ces régions qui permettent au sujet d'adopter un comportement « flexible » face à une situation donnée, complexe et non routinière. En effet, ce déclin s'explique par la perte de substance blanche et grise des régions frontales, pariéto-temporales et pariétales, particulièrement la région hippocampique. Certains facteurs et habitudes semblent protéger contre l'apparition du déclin cognitif lié à l'âge et contre son évolution en syndrome démentiel :
 - comme le niveau d'éducation (46),
 - la pratique de la méditation (47),
 - la pratique d'une activité physique (48).

- Nous avons déjà abordé les effets positifs de la pratique d'une activité sur la santé physique. Les effets sur la santé mentale et les troubles cognitifs sont aussi prouvés, quelque-soit leur sévérité .
 - Chez les sujets en bonne santé : la pratique d'une activité physique aérobie hebdomadaire améliorerait leurs performances attentionnelles, de mémoire de travail et de mémoire épisodique en comparaison aux sujets sédentaires (36). Elles présentaient aussi moins de risque de développer un déclin cognitif que les personnes âgées sédentaires (49). D'autres études ont même mis en évidence un gain cognitif chez les personnes âgées n'ayant pas de troubles connus, comme les capacités exécutives qui semblent les plus sensibles aux entraînements aérobie (50), (51) : il semble aussi que les femmes tirent plus de bénéfices que les hommes concernant l'amélioration de leurs capacités cognitives, posant la question du rôle des hormones sexuelles.
 - Ces « gains cognitifs » liés à la pratique d'une activité aérobie se traduisent par l'augmentation du volume de l'hippocampe et l'augmentation par celle-ci de la production de la Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF). Cette protéine joue un rôle majeur dans la neurogenèse et sa production est augmentée après la pratique d'une activité aérobie, améliorant la plasticité cérébrale (52). D'autres structures cérébrales semblent activées par la pratique d'une activité aérobie, comme le cortex frontal et fronto-pariétal, augmentant ainsi les capacités attentionnelles.
 - Ces résultats ont permis l'élaboration de recommandations concernant la pratique « optimale » d'une activité physique en vue d'un gain cognitif : ainsi, les programmes d'exercice aérobie longs (plus de 6 mois) semblaient

avoir un meilleur bénéfice cognitif, de même que les séances de durée moyenne (30 à 45 minutes) en comparaison à des séances plus longues.

- Les femmes de notre étude n'ont pas cité la pratique d'une activité physique en tant que protecteur de leurs capacités cognitives. Elles pensaient au contraire à des activités sédentaires comme la lecture ou les jeux de mémoire. Une information à ce sujet serait nécessaire afin de les encourager.

- Chez les sujets présentant déjà des troubles : certaines femmes de notre étude ont rapporté une plainte mnésique à type d'oublis ; d'autres évoquaient la plainte de leur entourage sans qu'elles ne ressentent de gêne dans leur vie quotidienne. Ce stade pourrait s'apparenter au Trouble Cognitif Léger (ou Mild Cognitive Impairment) qui représente un facteur de risque d'évolution vers une démence type Alzheimer, bien que ce risque ne soit pas constant (10 à 15% évoluent chaque année vers une démence) (53). De nombreuses études ont aussi démontré que la pratique d'exercices aérobies permettait une amélioration cognitive, voire une normalisation des troubles, encourageant les professionnels de santé à promouvoir la pratique d'une activité physique à un stade précoce, comme chez les patients souffrant de TCL (54). Ces bénéfices sont aussi prouvés, dans une moindre mesure, au stade de démence, qu'elle soit d'origine dégénérative ou vasculaire, chez la femme particulièrement (55), (56).

- Les femmes de notre étude ayant une plainte mnésique identifiée devraient bénéficier de tests de dépistage, comme le Mini Mental State afin de ne pas méconnaître un trouble cognitif débutant, et de pouvoir appliquer les

mesures de prévention le plus précocement possible (57). Aucune n'a exprimé d'inquiétude à ce sujet.

- Pour aller plus loin, les études récentes cherchent à prouver l'efficacité de la pratique régulière de la méditation sur le statut cognitif des patients âgés. Les études sont peu nombreuses mais leurs résultats sont prometteurs (47) : la pratique régulière de la méditation semble avoir un effet bénéfique sur les structures les plus touchées par le vieillissement. Par exemple, les composantes attentionnelles et exécutives de la cognition, particulièrement les capacités d'inhibition (58). Ces études se heurtent à des limites méthodologiques mais sont à poursuivre, devant le faible coût de la pratique de la méditation et face aux bénéfices attendus pour le bien-être et le statut cognitif des sujets âgés.
 - Une seule femme dans notre étude a évoqué la pratique de yoga pour améliorer son bien-être. Mais aucune n'a mentionné la méditation en tant que tel : un complément d'information serait intéressant pour ces femmes qui présentent déjà pour certaines des plaintes cognitives.

E. Au sujet de leur idée du « bien vieillir » en milieu rural

a. Le bien vieillir

À l'image des objectifs de santé publique concernant la population âgée, nous avons souhaité comprendre ce qu'évoquait la notion de « bien vieillir » chez les femmes de notre échantillon, et particulièrement, en milieu rural.

Pour la plupart d'entre elles, « bien vieillir » signifiait d'abord être en bonne santé, ou plutôt l'absence de maladie et surtout rester autonome. Puis, les femmes pensaient à leur santé mentale, leur bonheur personnel et surtout celui de leur famille.

Ainsi, plus que le cadre de vie rural ou la sécurité matérielle et financière, les femmes de notre échantillon ont bien soulevé leur crainte principale derrière l'idée du « bien vieillir », c'est-à-dire le vieillissement sans dépendance ou sans incapacité.

À ce sujet, la Direction des Recherches, des Études, des Évaluations et des Statistiques (DREES) publie dans ses rapports chaque année depuis 2018 un indicateur intéressant dans ce sens : le nombre d'années vécues sans incapacités (59). D'après le rapport du DREES, il semble que cet indicateur soit plus proche de la réalité vécue par la population âgée, que la simple espérance de vie, qui reste un indicateur objectif. En effet, « l'espérance de vie sans incapacité » apprécie d'avantage l'aspect qualitatif car elle est construite sur des réponses déclaratives au questionnaire SRCV (60) comme « *vous sentez-vous limitée depuis au moins six mois pour des activités que les gens font habituellement à cause d'un problème de santé ?* » .

Dans le dernier rapport publié au mois de février 2023, plusieurs faits nous ont intéressés concernant le vieillissement féminin en France métropolitaine (hors DOM TOM) :

- D'abord l'espérance de vie sans incapacité à la naissance est en augmentation en France : elle est calculée à 67,0 ans pour les femmes françaises, soit une augmentation de 2 ans et 6 mois depuis 2008.
- Ensuite l'espérance de vie *sans incapacité* à 65 ans, donc après la vie active, est aussi en augmentation : les femmes françaises vivent en moyenne 12,6 ans sans incapacités et 18,8 ans sans incapacité forte.

- Fait qui peut paraître étonnant : ces chiffres sont en augmentation depuis 2008, particulièrement depuis 2021 et malgré la crise sanitaire. En réalité, pour déterminer l'effet réel de l'épidémie de Covid-19 sur l'espérance de vie sans incapacité des femmes, il faudra attendre les données pour les années 2022 et ultérieures.
- Particulièrement, toujours d'après le dernier rapport de la DREES, l'espérance de vie sans incapacité à 65ans a augmenté plus rapidement que l'espérance de vie. La part d'années sans incapacité dans l'espérance de vie à 65 ans est passée de 44,7% en 2008 à 54,4% en 2021 pour les femmes Françaises.
 - Les effets de la crise sanitaire du Covid-19 sont aussi à prendre en compte dans l'interprétation de ces données : l'espérance de vie a connu un recul historique en 2020 à cause des décès liés au Covid-19 et n'a pas rattrapé son niveau d'avant crise, et encore moins la dynamique de l'espérance de vie sans incapacité. Les données des années à venir pourront confirmer ou infirmer ces tendances.
- Enfin, l'espérance de vie sans incapacité des femmes françaises à 65ans est supérieure à la moyenne européenne de 1an et 8 mois.

Cette entrée en « incapacité », autour de 75ans pour les Françaises, a un coût : en 2018, les dépenses de soins de longue durée (médicales et para médicales) représentaient 2,4% du PIB, ce qui place la France au 6eme rang des pays européens en terme de dépenses liées au grand âge (61). Pour faire face à ces dépenses grandissantes, les pays de l'OCDE ont adopté différentes stratégies :

- Certains pays comme les Pays-Bas ont choisi de réduire le budget dédié au grand âge, ce qui semble avoir eu un effet néfaste en termes de qualité de soins en augmentant le

nombre d'hospitalisations de patients en situation de grande dépendance, souvent plus coûteuses ;

- D'autres, comme la Suède, ont opté pour la libéralisation du système de soins, qui peut poser le problème des marchés concurrentiels ;
- La France, comme la plupart des pays de l'OCDE, a choisi une stratégie de prévention de la perte d'autonomie, le « bien vieillir ». Cette stratégie repose sur :
 - La détection efficace de la perte d'autonomie : par exemple le dispositif ICOPE (62) développé par l'Organisation Mondiale de la Santé ou encore le suivi de biomarqueurs du vieillissement ;
 - L'accompagnement de la perte d'autonomie, en favorisant la ré-autonomisation des personnes âgées (63), vers un vieillissement « actif » et plus positif, à l'image du succès du modèle Danois « *Fredericia* » (64) ou encore de la Norvège. Ces modèles incitent les personnes à dépasser leur handicap.
 - La mobilisation des nouvelles technologies pour identifier les besoins des personnes âgées et l'évolution de la perte d'autonomie : par exemple pour des robots pour l'identification d'urgences, les semainiers électroniques, etc. Ces dispositifs visent à aider les personnes en perte d'autonomie à se prendre en charge par elles-mêmes, et donc décharger les prestataires de soins. Encore une fois, la Norvège semble pionnière dans ce domaine avec ses villes connectées et l'installation du réseau 4G sur l'ensemble du territoire.
 - La lutte contre l'isolement social des aînés, dans laquelle le Japon se démarque clairement (65).

Les femmes de notre étude ont évoqué leur crainte de la perte d'autonomie, mais n'ont pas identifié les moyens qu'elles avaient à disposition pour retarder la survenue de ce déclin.

b. Particularités relatives au milieu rural

Concernant l'aspect « rural » du bien vieillir, les femmes de notre échantillon ont peu insisté sur ces spécificités : étant toutes natives de milieu rural, et n'ayant jamais connu d'autre mode de vie, elles ont surtout évoqué leur chance de pouvoir profiter de la nature, d'une certaine qualité de vie et d'une relative tranquillité qui pouvait parfois devenir un frein à leur épanouissement.

Finalement, elles abordaient leur vieillissement comme la continuité de la vie qu'elles avaient toujours connu, à la campagne.

F. Freins au vieillissement rural réussi

Certaines femmes de notre échantillon ont identifié plusieurs facteurs comme étant des freins à la pleine réussite de leur vieillissement à la campagne : d'abord, l'isolement géographique et social, les rendant dépendantes à l'automobile. Elles ressentaient un sentiment de solitude ou plutôt de manque d'interaction et regrettaient l'absence de lieux de rencontre ou d'échanges, même si elles appréciaient leur tranquillité à la campagne. Elles relevaient aussi la difficulté d'accès aux événements culturels. Peu de femmes ont évoqué le manque d'accès aux soins comme un frein.

A l'inverse, une part non négligeable des participantes n'identifiait aucun frein au vieillissement à la campagne : elles ne se sentaient pas désavantagées et au contraire, estimaient être chanceuses de vivre dans un cadre rural, et se suffisaient de ce qu'elles avaient pour satisfaire leurs besoins.

Finalement, les freins décrits par nos participantes apparaissaient nuancés par les aspects positifs du vieillissement à la campagne, perçu par certaines d'entre elles comme une chance, pour le calme et l'environnement que la campagne leur apporte. Ce sentiment a déjà été décrit dans un travail mené par l'Inserm auprès de populations rurales en Ardèche et dans la Creuse entre 2004 et 2007 (66).

Concernant les freins identifiés, une analyse du service de recherche du parlement Européen, parue en novembre 2020, traite de la situation des personnes âgées vivant en milieu rural (67). Cette analyse est parue en pleine pandémie de Covid-19 qui a particulièrement touché les sujets les plus âgés, preuve de leur grande fragilité et des efforts à fournir de la part des collectivités.

Elle y fait notamment la liste des futurs thèmes de recherche en matière de vieillissement rural à l'échelle européenne, comme retrouvés dans notre étude :

- La santé et l'accès aux soins : bien que les femmes de notre étude ont peu relevé ce point, la demande de soins est grandissante dans les régions rurales alors qu'elles peinent à attirer des professionnels de santé, de même que les hôpitaux de proximité dont la viabilité financière est menacée.
 - L'Italie semble avoir élaboré une politique nationale sur les hôpitaux en zone rurale ou isolée (68).
 - En France, les stages obligatoires en zone rurale pour les étudiants, la mise en place d'assistants médicaux pour décharger les médecins des tâches administratives, la création de contrats médecins salariés ou encore l'exercice mixte « ville-hôpital » depuis février 2020 sont sensés aider à attirer les jeunes praticiens dans ces régions isolées (69).

- L'isolement social et la solitude des personnes âgées : les femmes de notre étude ont bien soulevé ce point. Plusieurs facteurs augmentent cet isolement social, comme l'âge, la vie en milieu rural (70) mais aussi la modification de la structure familiale à la campagne à cause de l'exode des plus jeunes, et le recul de la solidarité familiale, qui change l'idée reçue selon laquelle les liens sociaux seraient plus étroits en milieu rural (71).
 - Les femmes de notre étude ont insisté sur leur isolement vis-à-vis de leurs enfants, souvent partis travailler en ville. Elles craignaient de se sentir comme une charge

supplémentaire pour leurs enfants, et donc elles se refusaient à les solliciter, ce qui pouvait accentuer leur sentiment de solitude à leur égard.

- Nouvelles technologies : l'utilisation des nouvelles technologies est l'une des pistes soulevées dans le rapport de l'Union européenne. À la fois pour palier à la désertification, à l'isolement social et géographique et même aux difficultés d'accès aux soins.
 - Télémédecine, habitat connecté etc.

G. Au sujet de leur vie sociale et des nouvelles technologies

La vie sociale de nos participantes était assez limitée : elles constataient qu'elles étaient en contact avec moins de monde avec le temps qui passe. Certaines s'en accommodaient et attribuaient cela à une forme de discrétion propre au mode de vie rural, qui consistait à des relations de voisinage courtoises mais sans s'imposer aux autres.

D'autres en revanche regrettaient cet isolement, surtout lorsqu'il s'agissait de leurs enfants, qu'elles voyaient de moins en moins, ce qui pouvait aller à l'encontre du schéma familial solide qu'elles avaient connu. Elles exprimaient parfois de la tristesse, ou avaient le sentiment de « désintérêt » de leurs proches vis-à-vis d'elles une fois que les petits-enfants avaient grandi. Mais le plus souvent, elles exprimaient l'acceptation d'une situation qu'elles ne pouvaient pas changer.

Pour autant, les participantes déclaraient profiter de ce temps et prendre plus de temps pour elles, leur couple ou en redécouvrant des loisirs abandonnés. Elles appréciaient toujours les moments passés à l'extérieur à l'occasion de ballades ou de vacances sur les côtes du Nord.

Pour d'autres, ce temps « excédent » était mal vécu et devenait source d'inquiétude pour leur avenir. Certaines ont évoqué l'apparition de troubles du sommeil à ce sujet.

La place des nouvelles technologies est donc très importante pour les femmes de notre échantillon : elles disposaient presque toutes d'une connexion internet avec soit un smartphone, soit un ordinateur ou une tablette, parfois plusieurs. Elles avouaient en faire un usage quasi quotidien pour garder le contact avec leur proches grâce aux applications de réseaux sociaux, se renseigner sur l'actualité de la commune, ou encore pour la gestion de leurs courriers.

Aucune participante n'a évoqué l'utilisation des nouvelles technologies pour répondre à un besoin de santé.

Enfin, quelques rares femmes parmi notre échantillon n'en voyaient pas l'intérêt, le plus souvent car elles ne savaient pas se servir des appareils.

L'isolement des sujets âgés en milieu rural en fait un terrain de choix pour le développement des nouvelles technologies, notamment pour répondre aux besoins de santé grandissants, bien qu'aucune femme de notre échantillon n'a insisté sur ce point. Le rapport de l'Union européenne cité précédemment a aussi traité de ce sujet, basé sur une étude suédoise parue en 2019 (72).

- Pour les services de santé en ligne : télésanté, télémédecine, santé mobile (mHealth) ;
- Pour la surveillance et le suivi interactif dans les soins aux personnes fragiles au domicile ;
 - Par exemple le projet « Maisons Vill'âge » né en Alsace dans les années 2010 qui propose des logements connectés.
- Pour l'aménagement du domicile : outils dans la prévention des chutes, fauteuils intelligents, sièges de douche anti chute etc.

Ces initiatives bien applicables en ville se heurtent à des obstacles à la campagne tels que le manque d'infrastructures numériques et leur financement, le manque d'accès à internet, ou le manque de formation des plus jeunes en milieu rural, rendant difficile l'initiation des aînés.

Ce sont autant de pistes d'amélioration qu'il faut envisager pour optimiser l'accès des plus âgés aux nouvelles technologies.

H. Leurs craintes et perspectives

Les femmes que nous avons interrogées étaient assez ambivalentes concernant l'avenir : à la fois elles se refusaient d'y penser ou de se projeter car cela était une source d'inquiétudes, mais elles disaient souvent avoir déjà prévu leurs « vieux-jours ». De leurs logements qu'elles avaient aménagé en cas de perte d'autonomie, au partage de leurs biens, les femmes de notre échantillon avaient tout de même une idée claire de ce qu'elles souhaitaient ou non.

Elles restaient réalistes quant à leurs attentes : elles souhaitaient continuer de mener leur vie comme d'habitude, être heureuses et profiter de leur entourage. Elles espéraient vivre à deux le plus longtemps possible, craignant parfois le veuvage et la solitude, et refusaient toutes catégoriquement une institutionnalisation future.

Elles exprimaient surtout la crainte de la survenue de problèmes de santé, qu'elles ont bien désigné : en premier lieu, la perte d'autonomie et le déclin cognitif, particulièrement la maladie d'Alzheimer dont elles avaient gardé un souvenir traumatisant d'un proche atteint par cette maladie et souvent devenu grabataire.

Enfin, sur le plan financier, elles jouissaient pour la plupart d'une certaine autonomie financière vis-à-vis de leurs époux, à laquelle elles tenaient d'ailleurs, ayant pour la plupart travaillé par le passé : elles reconnaissaient que cette autonomie financière leur donnait un certain confort pour aborder l'avenir. Elles souhaitaient ne pas devoir dépendre de leurs conjoints, bien qu'elles appréciaient partager avec l'avancée dans l'âge.

À ce sujet, l'autonomie financière des femmes rurales est un réel défi pour les générations futures: devant la disparition des exploitations familiales au profit des grandes structures, les femmes rurales font face à une précarisation presque inéluctable (73).

Un récent rapport de l'Observatoire des Territoires traite de ce point (74):

- Le taux de chômage des femmes est quasi égal à celui des hommes ;
- Le taux de chômage en milieu rural est plus faible qu'en ville ;
- Mais le différentiel hommes-femmes en termes d'accès à l'emploi est beaucoup plus marqué en zone rurale pour les femmes où le taux de chômage est presque deux fois supérieur à celui des hommes ;
- Les emplois proposés aux femmes en milieu rural sont plus précaires que les hommes (21% des femmes ont des contrats précaires contre 16% des hommes) ;
- Les emplois destinés aux femmes sont restreints et peu rémunérateurs ce qui augmente leur dépendance financière vis-à-vis de leurs conjoints, et éventuellement leur départ vers la ville et le vieillissement accentué des zones rurales.

Les femmes de notre échantillon ont une idée simple du *bien vieillir* en milieu rural : rester autonome au domicile, être en bonne santé, profiter des siens et de la nature.

Elles s'estiment bien renseignées sur les moyens de prévenir la dégradation de leur état de santé, comme une bonne nutrition ou la pratique d'une activité physique régulière ; elles s'informent à ce sujet par divers moyens d'information comme les réseaux sociaux qu'elles utilisent facilement .

Pour autant, elles n'envisagent pas d'appliquer de grand changement dans leurs habitudes pour y parvenir, car elles se sentent satisfaites et estiment que la vie à la campagne leur offre déjà un cadre de vie sain ou qu'elles ne s'imaginent pas changer de vie à leur âge avancé.

Nous regrettons que certains points aient été abordés plus difficilement, comme l'état de leur santé mentale, bien qu'elles reconnaissent toutes son importance fondamentale. Nous avons respecté cette pudeur car notre étude n'était pas exclusivement portée sur ce thème.

Les femmes de notre échantillon n'ont aucune crainte quant au vieillissement à la campagne, qu'elles considèrent compatible avec leur idée du « bien vieillir », bien qu'elles aient soulevé quelques freins comme l'isolement et le manque d'interactions sociales.

Elles abordent plutôt le vieillissement comme la continuité de leur vie et se sentent privilégiées de pouvoir mener une vie sereine à la campagne, qu'elles opposent aux ennuis de la vie urbaine.

Ce sentiment était particulièrement renforcé par la pandémie de Covid-19.

Leurs craintes sont en réalité liées à l'apparition de maladies qui leur feraient perdre leur autonomie, redoutant de devenir une charge supplémentaire pour leurs enfants qui, eux, aspirent souvent à une vie

plus urbaine. Elles ont par exemple largement cité la maladie d'Alzheimer qu'elles associent à la souffrance et à une grabatisation inéluctable.

D'ailleurs, ces craintes au sujet de leur état de santé les empêchent bien souvent de se projeter et les forcent à vivre « au jour le jour ».

L'avenir des femmes vieillissant à la campagne ne peut donc s'envisager sans l'élargissement des campagnes d'information, le dépistage précoce de situations de fragilités et l'application de moyens de prévention personnalisés et adaptés aux conditions de vie spécifiques de la vie rurale qu'il est indispensable de bien connaître.

En effet, il s'agit d'un défi qui soulève plusieurs questions : celle de l'allongement de l'espérance de vie, celle des spécificités auxquelles font face les femmes comme le veuvage et enfin celle des particularités liées au mode de vie rural qui peine à répondre à l'évolution des besoins de sa population vieillissante, comme la lutte active contre l'isolement.

La mise en place de moyens de prévention se heurte actuellement à la carence exponentielle en médecins généralistes et professionnels de santé au domicile en zone rurale, qui ne compense pas les départs en retraite des générations précédentes, retardant ainsi le dépistage et aggravant leur prise en charge.

Aussi, plus que la carence en professionnels de santé, ce sont les modifications des modes d'exercice, la féminisation de la profession et la modification du schéma familial classique « rural » qui tend à perturber la prise en charge de la population vieillissante dont les besoins de santé sont voués à augmenter.

Pourtant, il nous semble que le bien vieillir à la campagne est une richesse à portée de mains, accessible par une adaptation double : l'adaptation des patients aux nouvelles aspirations de vie de leur médecin et l'adaptation des professionnels aux besoins spécifiques des patients vivant à la campagne.

1. Évaluation et suivi du vieillissement physiologique – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [Cité 11 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/evaluation-et-suivi-du-vieillissement-physiologique/>
2. Seformeralageriatrie [Internet]. [Cité 9 juill 2023]. Chapitre 1 cneg. Disponible sur: <https://www.seformeralageriatrie.org/chapitre1cneg>
3. Curtis MA, Kam M, Nannmark U, Anderson MF, Axell MZ, Wikkelso C, et al. Human neuroblasts migrate to the olfactory bulb via a lateral ventricular extension. *Science*. 2 mars 2007;315(5816):1243-9.
4. Biologie du vieillissement cardiaque et vasculaire – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [Cité 12 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/biologie-du-vieillissement-cardiaque-et-vasculaire/>
5. Uno M, Nishida E. Lifespan-regulating genes in *C. elegans*. *npj Aging Mech Dis*. 2 juin 2016;2(1):1-8.
6. Lecerf JM. Conseils nutritionnels pour la femme ménopausée. *RPC Les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 mai 2021;49(5):349-57.
7. Bonnefoy M, Gilbert T. Frailty and nutrition — the current state of play and outlook for the future. *cah année gerontol*. 1 mars 2015;7(1):8-12.
8. Houston DK, Nicklas BJ, Ding J, Harris TB, Tylavsky FA, Newman AB, et al. Dietary protein intake is associated with lean mass change in older, community-dwelling adults: the Health, Aging, and Body Composition (Health ABC) Study. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 1 janv 2008;87(1):150-5.
9. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. *J Am Med Dir Assoc*. août 2013;14(8):542-59.
10. Paddon-Jones D, Rasmussen BB. Dietary protein recommendations and the prevention of sarcopenia. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. janv 2009;12(1):86-90.
11. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 1 mars 2001;56(3):M146-57.
12. Wilhelm-Leen ER, Hall YN, DeBoer IH, Chertow GM. Vitamin D deficiency and frailty in older Americans. *Journal of Internal Medicine*. 2010;268(2):171-80.
13. Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Staehelin HB, Orav JE, Stuck AE, Theiler R, et al. Fall prevention with supplemental and active forms of vitamin D: a meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 1 oct 2009;339:b3692.
14. Moreira-Pfrimer LDF, Pedrosa MAC, Teixeira L, Lazaretti-Castro M. Treatment of Vitamin D Deficiency Increases Lower Limb Muscle Strength in Institutionalized Older People Independently of Regular Physical Activity: A Randomized Double-Blind Controlled Trial. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 31 août 2009;54(4):291-300.

15. Cermak NM, Res PT, de Groot LCPGM, Saris WHM, van Loon LJC. Protein supplementation augments the adaptive response of skeletal muscle to resistance-type exercise training: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* déc 2012;96(6):1454-64.
16. Fernández-Argüelles EL, Rodríguez-Mansilla J, Antunez LE, Garrido-Ardila EM, Muñoz RP. Effects of dancing on the risk of falling related factors of healthy older adults: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr.* févr 2015;60(1):1-8.
17. Lelièvre A, Tuchowski F, Rolland Y. La danse, une thérapie pour la personne âgée. *Revue de la littérature. cah année gerontol.* 1 déc 2015;7(4):177-87.
18. DMT-with-Alzheimers-Disease.pdf [Internet]. [cité 17 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.adta.org/assets/docs/DMT-with-Alzheimers-Disease.pdf>
19. Borges EG da S, Cader SA, Vale RG de S, Cruz THP, Carvalho MC de G de A, Pinto FM, et al. The effect of ballroom dance on balance and functional autonomy among the isolated elderly. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;55(2):492-6.
20. Volpe D, Signorini M, Marchetto A, Lynch T, Morris ME. A comparison of Irish set dancing and exercises for people with Parkinson's disease: a phase II feasibility study. *BMC Geriatr.* 4 juin 2013;13:54.
21. Im JY, Bang HS, Seo DY. The Effects of 12 Weeks of a Combined Exercise Program on Physical Function and Hormonal Status in Elderly Korean Women. *Int J Environ Res Public Health.* 30 2019;16(21).
22. Morsink LFJ, Vogelzangs N, Nicklas BJ, Beekman ATF, Satterfield S, Rubin SM, et al. Associations between sex steroid hormone levels and depressive symptoms in elderly men and women: results from the Health ABC study. *Psychoneuroendocrinology.* 2007;32(8-10):874-83.
23. Munsell MF, Sprague BL, Berry DA, Chisholm G, Trentham-Dietz A. Body Mass Index and Breast Cancer Risk According to Postmenopausal Estrogen-Progestin Use and Hormone Receptor Status. *Epidemiologic Reviews.* 1 janv 2014;36(1):114-36.
24. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. 2016-1990 déc 30, 2016.
25. Reed DB, Claunch DT. Risk for Depressive Symptoms and Suicide Among U.S. Primary Farmers and Family Members: A Systematic Literature Review. *Workplace Health Saf.* mai 2020;68(5):236-48.
26. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D).
27. Stallones L. Suicide and potential occupational exposure to pesticides, Colorado 1990-1999. *J Agromedicine.* 2006;11(3-4):107-12.
28. Rayens MK, Reed DB. Predictors of Depressive Symptoms in Older Rural Couples: The Impact of Work, Stress and Health. *The Journal of Rural Health.* 2014;30(1):59-68.
29. Carruth AK, Logan CA. Depressive symptoms in farm women: effects of health status and farming lifestyle characteristics, behaviors, and beliefs. *J Community Health.* juin 2002;27(3):213-28.
30. Koenig HG, Blazer DG. Epidemiology of geriatric affective disorders. *Clin Geriatr Med.* mai 1992;8(2):235-51.

31. Mathilde M. UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7.
32. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions : rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS [Internet]. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe; 2006 [cité 21 juin 2023]. xi, 175 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328062>
33. Mini-GDS-ou-GDS-4-items.pdf [Internet]. [cité 21 juin 2023]. Disponible sur: <https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/2017/04/Mini-GDS-ou-GDS-4-items.pdf>
34. Lindwall M, Renneberg M, Berggren T. Movement in mind: the relationship of exercise with cognitive status for older adults in the Swedish National Study on Aging and Care (SNAC). *Aging Ment Health*. mars 2008;12(2):212-20.
35. Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, Craighead WE, Herman S, Khatri P, et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med*. 25 oct 1999;159(19):2349-56.
36. Belvederi Murri M, Amore M, Menchetti M, Toni G, Neviani F, Cerri M, et al. Physical exercise for late-life major depression. *Br J Psychiatry*. sept 2015;207(3):235-42.
37. Alexopoulos GS, Bruce ML. A model for intervention research in late-life depression. *Int J Geriatr Psychiatry*. déc 2009;24(12):1325-34.
38. Dillon C, Machnicki G, Serrano CM, Rojas G, Vazquez G, Allegri RF. Clinical manifestations of geriatric depression in a memory clinic: toward a proposed subtyping of geriatric depression. *J Affect Disord*. nov 2011;134(1-3):177-87.
39. Williams CL, Tappen RM. Exercise training for depressed older adults with Alzheimer's disease. *Aging Ment Health*. janv 2008;12(1):72-80.
40. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition) [Internet]. Leicester (UK): British Psychological Society; 2010 [cité 21 juin 2023]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63748/>
41. Blanchet S, Chikhi S, Maltais D. The benefits of physical activities on cognitive and mental health in healthy and pathological aging. *Geriatric et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*. 5 juin 2018;16:197-205.
42. Belleville S, Fouquet C, Duchesne S, Collins DL, Hudon C. Detecting early preclinical Alzheimer's disease via cognition, neuropsychiatry, and neuroimaging: qualitative review and recommendations for testing. *J Alzheimers Dis*. 2014;42 Suppl 4:S375-382.
43. Scheidt R. The Encyclopedia of Adulthood and Aging ENCYCLOPEDIA OF ADULTHOOD AND AGING. In 2016.
44. Gordon BA, Rykhlevskaia EI, Brumback CR, Lee Y, Elavsky S, Konopack JF, et al. Neuroanatomical correlates of aging, cardiopulmonary fitness level, and education. *Psychophysiology*. 2008;45(5):825-38.
45. Sperduti M, Makowski D, Blondé P, Piolino P. Meditation and successful aging: can meditative practices counteract age-related cognitive decline? *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. juin 2017;15(2):205-13.

46. Activité physique : Contextes et effets sur la santé [Internet]. [cité 19 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/80>
47. Daskalopoulou C, Stubbs B, Kralj C, Koukounari A, Prince M, Prina AM. Physical activity and healthy ageing: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews*. 1 sept 2017;38:6-17.
48. Kramer AF, Colcombe S. Fitness Effects on the Cognitive Function of Older Adults: A Meta-Analytic Study—Revisited. *Perspect Psychol Sci*. 1 mars 2018;13(2):213-7.
49. Barha CK, Davis JC, Falck RS, Nagamatsu LS, Liu-Ambrose T. Sex differences in exercise efficacy to improve cognition: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials in older humans. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 1 juill 2017;46:71-85.
50. Cotman CW, Berchtold NC. Exercise: a behavioral intervention to enhance brain health and plasticity. *Trends Neurosci*. juin 2002;25(6):295-301.
51. maladies-apparetees_trouble-cognitif-leger.pdf [Internet]. [cité 20 juin 2023]. Disponible sur: https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/maladies-apparetees_trouble-cognitif-leger.pdf
52. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, Getchius TSD, Ganguli M, Gloss D, et al. Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 16 janv 2018;90(3):126-35.
53. Kemoun G, Thibaud M, Roumagne N, Carette P, Albinet C, Toussaint L, et al. Effects of a Physical Training Programme on Cognitive Function and Walking Efficiency in Elderly Persons with Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 11 févr 2010;29(2):109-14.
54. Marzolini S, Oh P, McIlroy W, Brooks D. The effects of an aerobic and resistance exercise training program on cognition following stroke. *Neurorehabil Neural Repair*. juin 2013;27(5):392-402.
55. Isabelle LP. Haute Autorité de santé.
56. Miyake A, Friedman NP, Emerson MJ, Witzki AH, Howerter A, Wager TD. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex « Frontal Lobe » tasks: a latent variable analysis. *Cogn Psychol*. août 2000;41(1):49-100.
57. L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12,6 ans pour les femmes et 11,3 ans pour les hommes, en 2021 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 3 juill 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/lesperance-de-vie-sans-incapacite-65-ans-est>
58. L'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie | Insee [Internet]. [cité 4 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/4230346>
59. Rapp T. Comparaisons internationales sur la prévention de la perte d'autonomie. 2021.
60. ICOPE - Un programme pour prévenir la dépendance [Internet]. 2023 [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/icope-un-programme-pour-prevenir-la-dependance>
61. Tessier A, Beaulieu MD, McGinn CA, Latulippe R. Effectiveness of Reablement: A Systematic Review. *Health Policy*. mai 2016;11(4):49-59.

62. Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly | en | OECD | OCDE [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.oecd.org/fr/publications/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers-92c0ef68-en.htm>
63. Au Japon, les robots et la VR « réchauffent le coeur » et le corps des seniors [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: <https://usbeketrica.com/fr/article/au-japon-les-robots-et-la-vr-rechauffent-le-coeur-et-le-corps-des-seniors>
64. Gucher C, Mallon I, Roussel V. Vieillir en milieu rural.
65. European Parliament. Directorate General for Parliamentary Research Services. Les personnes âgées des zones rurales de l'Union européenne: problèmes de fond et enjeux : analyse approfondie. [Internet]. LU: Publications Office; 2020 [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2861/685467>
66. Rechel B, Džakula A, Duran A, Fattore G, Edwards N, Grignon M, et al. Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries. *Health Policy*. 1 juill 2016;120(7):758-69.
67. Gouvernement.fr [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Garantir un accès aux soins. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/actualite/garantir-un-acces-aux-soins>
68. PetitsFreresDesPauvres_Rapport_Solitude_Sept2019.pdf [Internet]. [cité 6 juill 2023]. Disponible sur: https://www.age-platform.eu/sites/default/files/PetitsFreresDesPauvres_Rapport_Solitude_Sept2019.pdf
69. Kulcsár L, Bradatan C. The Greying Periphery—Ageing and Community Development in Rural Romania and Bulgaria. *Europe-Asia Studies*. 28 mai 2014;66.
70. EPTA_report_2019.pdf [Internet]. [cité 6 juill 2023]. Disponible sur: https://eptanetwork.org/images/documents/minutes/EPTA_report_2019.pdf
71. Georis C. LA PRECARISATION DES FEMMES EN MILIEU RURAL.
72. Le risque d'être touchées par le chômage et la précarité est plus fort pour les femmes dans les territoires ruraux | L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cité 6 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/kiosque/2021-egalite-05-le-risque-detre-touchees-par-le-chomage-et-la-precarite-est-plus-fort-pour>

Annexe 1 : Guide d'entretien n°1

La proportion de femmes de plus de 65ans tend à augmenter en France comme en Europe.
Les politiques de santé publique développent de plus en plus de stratégies afin d'atteindre le « bien vieillir », en ville comme à la campagne ;
Nous allons nous intéresser à votre avis sur la question.

- 1) Champ nutrition et hydratation :
 - a. Quelles informations avez-vous eu concernant l'importance d'une alimentation variée chez la femme de plus de 65ans ?
 - b. Comment qualifiez-vous la **qualité** de vos prises alimentaires ?
 - c. Selon vous, comment pourriez-vous adapter au mieux votre alimentation à l'avancée dans l'âge ?

- 2) Champ mobilité et activité physique :
 - a. Quel regard portez-vous sur l'évolution de votre forme physique depuis ces 10 dernières années ?
 - b. Quelle importance accordez-vous à la pratique d'une activité physique régulière en tant que femme dans votre quotidien ?
 - c. Que savez-vous des bénéfices de la pratique d'une activité physique régulière chez la femme de plus de 65ans ?

- 3) Champ santé mentale et fonctions cognitives :
 - a. A titre personnel, que vous évoque l'expression « **bien vieillir** » au féminin ?
 - b. Comment a évolué l'occupation de votre temps libre ?
 - c. A quel point pensez-vous que la santé mentale est importante dans l'idée de « bien vieillir » ?
 - d. Quel regard portez-vous sur l'évolution de vos capacités intellectuelles jusqu'à ce jour ?

- 4) Champ environnemental et vie en société :
 - a. Par quels moyens entretenez-vous vos relations sociales au quotidien ?
 - b. Quelle place occupent les nouvelles technologies dans votre quotidien ?
 - c. Selon vous, s'ils existent, quels freins empêchent un vieillissement réussi en **zone rurale** ?

- 5) Champ avenir et perspectives :
 - a. A titre personnel, à quel point l'autonomie financière contribue-t-elle au bien vieillir féminin ?
 - b. Comment imaginez-vous votre vie dans 10ans ?

Annexe 2 : Guide d'entretien final

- 1) Champ nutrition et hydratation :
 - a. Quelles informations avez-vous eu concernant l'importance d'une alimentation variée chez la femme de plus de 65ans ?
 - b. Comment choisissez-vous ce que vous mangez ?
 - c. Comment jugez-vous votre facilité à vous hydrater ?
 - d. Quels points pouvez-vous améliorer concernant votre alimentation ?

- 2) Champ mobilité et activité physique :
 - a. Quel regard portez-vous sur l'évolution de votre forme physique depuis ces 10 dernières années : quels sont les raisons de cette évolution ?
 - b. Quels moyens pouvez-vous mettre en place pour vous aider à garder votre forme physique ?
 - c. Quelle importance accordez-vous à la pratique d'une activité physique régulière en tant que femme dans votre quotidien ?
 - d. Que savez-vous des bénéfices de la pratique d'une activité physique régulière chez la femme de plus de 65ans ?

- 3) Champ santé mentale et fonctions cognitives :
 - a. A titre personnel, que vous évoque l'expression « **bien vieillir** » au féminin ?
 - b. Comment a évolué l'occupation de votre temps libre : quels sont vos nouveaux centres d'intérêt depuis l'âge de la retraite ?
 - c. A quel point pensez-vous que la santé mentale est importante dans l'idée de « bien vieillir » ?
 - d. Quel regard portez-vous sur l'évolution de vos capacités intellectuelles jusqu'à ce jour ?
 - e. Quels moyens mettez-vous en place pour préserver votre mémoire ?

- 4) Champ environnemental et vie en société :
 - a. Par quels moyens gardez-vous contact avec vos proches ?
 - b. Quelle place occupent les nouvelles technologies dans votre quotidien ?
 - c. Selon vous, s'ils existent, quels freins empêchent un vieillissement réussi en **zone rurale** ?
 - d. Que faut-il pour bien vieillir à la campagne en tant que femme selon vous ?

- 5) Champ avenir et perspectives :
 - a. A titre personnel, à quel point l'autonomie financière contribue-t-elle au bien vieillir féminin ?
 - b. Quelles sont vos attentes pour votre futur ?



Référence CNIL :

2230730 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-001

reçue le 26 juillet 2023

Madame Rofaida BOUROUIS

43 RUE DES AUBEPINES
59155 FACHES THUMESNIL

ORGANISME DÉCLARANT

Nom :	Madame BOUROUIS Rofaida	N° SIREN/SIRET :	
Service :		Code NAF ou APE :	
Adresse :	43 RUE DES AUBEPINES	Tél. :	0610480081
CP :	59155	Fax. :	
Ville :	FACHES THUMESNIL		

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 27 juillet 2023

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

Annexe 4 : modèle RATS

■ Qualitative research review guidelines – RATS

ASK THIS OF THE MANUSCRIPT	THIS SHOULD BE INCLUDED IN THE MANUSCRIPT	✓
R Relevance of study question Is the research question interesting? Is the research question relevant to clinical practice, public health, or policy?	Research question explicitly stated Research question justified and linked to the existing knowledge base (empirical research, theory, policy)	✗ ✗
A Appropriateness of qualitative method Is qualitative methodology the best approach for the study aims? <i>Interviews:</i> experience, perceptions, behaviour, practice, process <i>Focus groups:</i> group dynamics, convenience, non-sensitive topics <i>Ethnography:</i> culture, organizational behaviour, interaction <i>Textual analysis:</i> documents, art, representations, conversations	Study design described and justified e.g., why was a particular method (i.e., interviews) chosen?	✗
T Transparency of procedures <i>Sampling</i> Are the participants selected the most appropriate to provide access to type of knowledge sought by the study? Is the sampling strategy appropriate?	Criteria for selecting the study sample justified and explained <i>theoretical:</i> based on pre conceived or emergent theory <i>purposive:</i> diversity of opinion <i>volunteer:</i> feasibility, hard-to-reach groups	✗
<i>Recruitment</i> Was recruitment conducted using appropriate methods? Is the sampling strategy appropriate? Could there be selection bias?	Details of how recruitment was conducted and by whom Details of who chose not to participate and why	✗ ✗
<i>Data collection</i> Was collection of data systematic and comprehensive? Are characteristics of the study group and setting clear? Why and when was data collection stopped, and is this reasonable?	Method (s) outlined and examples given (e.g., interview questions) Study group and setting clearly described End of data collection justified and described	✗ ✗ ✗
<i>Role of researchers</i> Is the researcher (s) appropriate? How might they bias (good and bad) the conduct of the study and results?	Do the researchers occupy dual roles (clinician and researcher)? Are the ethics of this discussed? Do the researcher(s) critically examine their own influence on the formulation of the research question, data collection, and interpretation?	✗ ✗

<p><i>Ethics</i></p> <p>Was informed consent sought and granted?</p> <p>Were participants' anonymity and confidentiality ensured?</p> <p>Was approval from an appropriate ethics committee received?</p>	<p>Informed consent process explicitly and clearly detailed</p> <p>Anonymity and confidentiality discussed</p> <p>Ethics approval cited</p>	<p>✘</p> <p>✘</p> <p>✘</p>
<p>S Soundness of interpretive approach</p> <p><i>Analysis</i></p> <p>Is the type of analysis appropriate for the type of study? <i>thematic: exploratory, descriptive, hypothesis generating</i> <i>framework: e.g., policy</i> <i>constant comparison/grounded theory: theory generating, analytical</i></p> <p>Are the interpretations clearly presented and adequately supported by the evidence?</p> <p>Are quotes used and are these appropriate and effective?</p> <p>Was trustworthiness/reliability of the data and interpretations checked?</p>	<p>Analytic approach described in depth and justified</p> <p><i>Indicators of quality:</i> Description of how themes were derived from the data (inductive or deductive)</p> <p>Evidence of alternative explanations being sought</p> <p>Analysis and presentation of negative or deviant cases</p> <p>Description of the basis on which quotes were chosen</p> <p>Semi-quantification when appropriate</p> <p>Illumination of context and/or meaning, richly detailed</p> <p>Method of reliability check described and justified e.g., was an audit trail, triangulation, or member checking employed? Did an independent analyst review data and contest themes? How were disagreements resolved?</p>	<p>✘</p> <p>✘</p> <p>✘</p> <p>✘</p>
<p><i>Discussion and presentation</i></p> <p>Are findings sufficiently grounded in a theoretical or conceptual framework?</p> <p>Is adequate account taken of previous knowledge and how the findings add?</p> <p>Are the limitations thoughtfully considered?</p> <p>Is the manuscript well written and accessible?</p>	<p>Findings presented with reference to existing theoretical and empirical literature, and how they contribute</p> <p>Strengths and limitations explicitly described and discussed</p> <p>Evidence of following guidelines (format, word count)</p> <p>Detail of methods or additional quotes contained in appendix</p> <p>Written for a health sciences audience</p>	<p>✘</p> <p>✘</p> <p>✘</p>
		?
<p>Are red flags present? these are common features of ill conceived or poorly executed qualitative studies, are a cause for concern, and must be viewed critically. They might be fatal flaws, or they may result from lack of detail or clarity.</p>	<p><i>Grounded theory:</i> not a simple content analysis but a complex, sociological, theory generating approach <i>Jargon:</i> descriptions that are trite, pat, or jargon filled should be viewed sceptically <i>Over interpretation:</i> interpretation must be grounded in "accounts" and semi-quantified if possible or appropriate <i>Seems anecdotal, self evident:</i> may be a</p>	<p>✘</p>

superficial analysis, not rooted in conceptual framework or linked to previous knowledge, and lacking depth <i>Consent process thinly discussed: may not have met ethics requirements</i> <i>Doctor-researcher: consider the ethical implications for patients and the bias in data collection and interpretation</i>

The RATS guidelines modified for BioMed Central are copyright Jocelyn Clark, BMJ. They can be found in Clark JP: **How to peer review a qualitative manuscript**. In *Peer Review in Health Sciences*. Second edition. Edited by Godlee F, Jefferson T. London: BMJ Books; 2003:219-235

Annexe 5 : Stades GIR

Signification du Gir auquel la personne est rattachée	
Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - ou personne en fin de vie
Gir 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante - ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	- Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage - ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Source : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

AUTEUR : Nom : BOUROUIS

Prénom : Rofaïda

Date de soutenance : 09 novembre 2023

Titre de la thèse : Perception du vieillissement chez les femmes de plus de 65ans vivant en milieu rural.
Craintes et perspectives.

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : *gériatrie – santé publique – économie de la santé*

DES : *médecine générale*

Mots-clés : vieillissement féminin, zone rurale

Résumé :

Titre : Perception du vieillissement chez les femmes de plus de 65ans vivant en milieu rural. Craintes et perspectives.

Contexte : Le vieillissement féminin s'accélère pour les françaises depuis près de vingt ans, incitant les pouvoirs publics à mieux identifier leurs attentes, proposer un meilleur dépistage et améliorer leur prise en charge. En zone rurale, cette question se pose d'autant plus à cause de la désertification médicale qui s'y accentue alors même que les besoins sont voués à augmenter. Peu d'études se sont intéressées à cette question, nous avons tenté d'y répondre.

Méthode : Étude qualitative s'inspirant de la théorisation ancrée et utilisant une approche phénoménologique. Entretiens semi dirigés réalisés entre octobre et décembre 2021 dans l'Avesnois. Suffisance des données obtenue après onze entretiens : un douzième a été ajouté afin de s'assurer de l'absence de nouveaux thèmes.

Résultats : Les femmes de notre étude se sentaient bien informées quant aux moyens de prévention des pathologies du grand âge, comme une alimentation saine ou la pratique d'une activité physique. Elles étaient sensibilisées à la question de la santé mentale tout en restant plus discrètes. Elles relevaient toutefois des freins à leur bien vieillir à la campagne, principalement l'isolement de leurs proches ou encore le manque d'interactions sociales, sans que le manque d'accès aux soins ne soit identifié comme frein majeur. Elles exprimaient en revanche des inquiétudes pour leur avenir, comme la perte d'autonomie ou le déclin cognitif qu'elles redoutaient et qui les empêchaient souvent de se projeter dans le futur. Leurs attentes étaient simples : rester autonome, au domicile, proche de leurs familles.

Conclusion : Les femmes interrogées étaient satisfaites de leur vieillissement à la campagne : elles s'estimaient privilégiées de vivre dans un cadre paisible et proche de la nature et n'envisageaient pas d'apporter de changement majeur à leur mode de vie.

Composition du Jury :

Président : Pr PASQUIER Florence

Assesseurs : Dr CHEN Yaohua, Dr DAUCHET Luc

Directeur de thèse : Dr ARMENIER Simon

