



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ANNÉE : 2016

N° :

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention Médecine Générale

PAR
GOLDSCHMIDT ÉLISÉE, PIERRE

Le lundi 17 octobre 2016

**PERCEPTION DU VIEILLISSEMENT ET DU BIEN VIEILLIR CHEZ
LES JEUNES SENIORS DE 65 A 75 ANS
ET IMPLICATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE**

Enquête qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés de treize patients
et de leur cinq médecins traitants.

Examineurs de la thèse :

Président du jury : Mr le Professeur François ALLA

Membre du jury : Mr le Professeur Roland JAUSSAUD

Membre du jury : Mme le Professeur Laure JOLY

Membre du jury : Mme le Docteur Frédérique CLAUDOT

Directrice de thèse : Mme le Professeur Sophie SIEGRIST

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ANNÉE : 2016

N° :

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention Médecine Générale

PAR
GOLDSCHMIDT ÉLISÉE, PIERRE

Le lundi 17 octobre 2016

**PERCEPTION DU VIEILLISSEMENT ET DU BIEN VIEILLIR CHEZ
LES JEUNES SENIORS DE 65 A 75 ANS
ET IMPLICATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE**

Enquête qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés de treize patients
et de leur cinq médecins traitants.

Examineurs de la thèse :

Président du jury : Mr le Professeur François ALLA

Membre du jury : Mr le Professeur Roland JAUSSAUD

Membre du jury : Mme le Professeur Laure JOLY

Membre du jury : Mme le Docteur Frédérique CLAUDOT

Directrice de thèse : Mme le Professeur Sophie SIEGRIST



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

**Président de l'Université de
Lorraine : Professeur Pierre
MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseeurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain
BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques
BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANCON - Jean-Claude BURDIN
- Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-François
CHASSAGNE - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre
DESCHAMPS - Jean DUHIELLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Jean
FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert
GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro
GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle
KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire
LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard
LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU -
Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis
PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
- Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT -

Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER -
Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel
STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel
VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Gérard BARROCHE -Professeur Pierre BEY – Professeur
Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD – Professeure Michèle KESSLER – Professeur
François KOHLER - Professeur Jacques LECLÈRE – Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-
Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER -
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS –
Professeur François PLENAT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Jean-François
STOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Christo CHRISTOV– Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Professeur René ANXIONNAT – Professeur Alain BLUM – Professeur Serge BRACARD – Professeur
Michel CLAUDON - Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT– Professeur Bernard NAMOUR– Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT– Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier
ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN Professeur - Professeur Denis ZMIROU-
NAVIER

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER –

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD – Professeur Luc TAILLANDIER -

Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

- Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur

François SIRVEAUX –

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET– Professeur Yves

JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZIULY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD- Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (*Médecine Générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo Di PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET– Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Bruno GUERCI– Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN – Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXICOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN – Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN – Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)*)

Docteur Aurore PERROT – Docteur Julien BOSEUS (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (stagiaire)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'Urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GÉNÉRALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANTHERS – Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHERT - Madame Natalia DE ISLA- MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Céline HUSELSTEIN Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE – Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

À notre Maître et Président de Jury,

Monsieur Le Professeur François ALLA

Professeur de Santé Publique

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de notre haute considération, de notre profond respect et de nos sincères remerciements.

À notre Maître et Juge,

Monsieur Le Professeur Roland JAUSSAUD

Professeur de Médecine Interne

Vous nous faites l'honneur de nous accorder votre attention en acceptant de juger notre travail. Recevez ici l'expression de notre profond respect et de toute notre reconnaissance.

À notre Maître et Juge,

Madame Le Professeur Laure JOLY

Professeur de Gériatrie

Pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de cette thèse et l'intérêt que vous avez porté à notre travail, veuillez trouver ici le témoignage de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

À notre Juge,

Madame Le Docteur Frédérique CLAUDOT

Docteur en Médecine Légale et Droit de la Santé

Pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de cette thèse, veuillez trouver ici le témoignage de notre sincère gratitude et de nos profonds égards.

Je vous remercie également pour la confiance et l'intérêt que vous m'avez accordés et votre enthousiasme à promouvoir l'éthique.

Veuillez recevoir l'expression de notre respect et de notre considération.

À notre Maître, Juge et Directrice de Thèse,

Madame Le Professeur Sophie SIEGRIST

Professeur associé de Médecine Générale,

Vous m'avez guidé dans ce travail et soutenu tout au long de ce projet de thèse. Nous vous remercions pour votre aide précieuse et votre disponibilité.

Nous tenons également à vous remercier pour votre soutien indéfectible durant ces années d'internat et pour l'attention et la confiance que vous nous avez accordées.

Veuillez trouver dans ces mots notre profond respect et notre plus grande gratitude à votre égard.

À tous les patients d'Alsace et de Lorraine qui ont participé à l'étude, de m'avoir ouvert la porte de votre domicile et de votre intimité. Votre accueil et vos expériences ont été une aide précieuse.

À tous les médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude. Un grand merci pour votre enthousiasme et votre disponibilité !

À Dorothée (et à Victor ;-), de m'avoir permis d'exercer mes premiers remplas dans le cabinet à St Louis. À Philippe et Edouard. Merci à tous les quatre, pour la famille chaleureuse et accueillante que vous êtes !

À mes frères Onésime et Yorm, mes beaux-frères Marc et Olivier, mes belles-sœurs Noémie, Nathalie et Nora et mes nièces préférées, Alya et Naomi. Et pour la relecture attentive, merci beaucoup, Oné !

À mes cousins et belles-cousines (présentes et futures) et mes amis, d'Alsace et de Lorraine. C'est toujours de beaux moments passés à vos côtés et de belles discussions en perspective !

À mes beaux-parents Marlène et Pierre, pour votre soutien et vos encouragements !

À mes parents, pour votre soutien précieux et votre disponibilité. Vous êtes un exemple pour ma vie et pour mon couple ! Merci pour votre relecture minutieuse !

À ma chère et tendre Nathalie, pour ta présence indispensable à mes côtés. La vie est douce avec toi. Merci également pour tes conseils d'écriture !

À Grand-maman, tante Claire, de toujours m'accueillir comme à la maison lorsque je rentre à Altkirch.

À mon oncle Paul, qui a transformé ma perception de la maladie. Merci pour ta force et ta persévérance dans la maladie. Je te dédicace cette thèse.

À tous mes nombreux et fabuleux co-internes,

Spéciale dédicace à toute l'équipe de Remiremont (et leurs conjoints) : Dorothée et Samuel, Claire, Philippe et Isabelle, Françoise et Bibiche, Mélody et Christophe, Annelise et Martin, Dimitri, Virginie, Ngoc Hanh, ...

L'internat aurait été plus terne sans vous !

À Marthe et Rodney, proches et confrères outre-Atlantique qui m'ont fait une traduction parfaite de mon résumé en anglais. Nous sommes de tout cœur en pensée avec vous à l'occasion de cette soutenance !

À Celui qui m'inspire le vouloir et le faire, à Lui reviennent toutes choses !

SERMENT D'HIPPOCRATE

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

*« Alors la porte se referme sur la rue, le bruit du moulin baisse,
le chant de l'oiseau s'éteint, toutes les chansons s'évanouissent.
On a peur de gravir une pente, on a des frayeurs en chemin,
les cheveux blanchissent comme l'aubépine en fleur,
l'agilité de la sauterelle fait défaut, les épices perdent leur saveur.
Ainsi chacun s'en va vers sa dernière demeure. »*

Ecclésiaste ch.12 v.4-5

PLAN DE LA THESE

INTRODUCTION

I. Vieillesse et vieillissement	21
A. Définitions et notions clés	21
1. Le vieillissement et la vieillesse	21
2. Personne âgée, senior, vieux.....	22
3. Âge chronologique/physiologique et vieillissement retardé	23
4. Le vieillissement de la population.....	24
5. Le « troisième âge » : qu'entend-on ?	24
6. Les trois âges de la vieillesse	25
B. Modèles théoriques du vieillissement	25
1. Vieillissement et prévention de la fragilité.....	26
2. Vieillir sur le plan psychologique	27
3. Le concept de la « déprise »	28
4. Vieillissement et « <i>empowerment</i> »	29
C. Le <i>bien vieillir</i>, ancrage théorique et implications modernes... 30	
1. Contexte historique et sociétal	30
2. Aperçu général de la politique française du <i>bien vieillir</i>	31
3. Vers une définition conceptuelle du <i>bien vieillir</i>	36
4. Dérives, projections et limites de la conception du <i>bien vieillir</i>	37
II. Le médecin généraliste, partenaire du <i>bien vieillir</i> ?	39
A. Médecine générale, santé et vieillissement en France	39
1. L'avènement de la prévention en médecine générale	40
2. Evolution législative récente de la prévention en médecine générale	41
3. Quelles spécificités dans la prévention des <i>jeunes seniors</i> ?	42
B. Les missions du médecin traitant	43
1. Suivi des maladies chroniques, prévention et lutte contre les facteurs de risque	43
2. Les dépistages organisés	44
3. Autres dépistages et actions	46
C. Information et éducation du <i>jeune senior</i>	46
1. Information et communication patient-médecin traitant.....	46
2. L'éducation du patient, une « spécialisation informelle ».....	47
D. De la médecine préventive à la médecine prédictive : médecine	
P4 et médecine personnalisée	48

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. La population	52
A. Les <i>jeunes seniors</i> : une « génération intervalle »	52

1. Une situation ambivalente.....	52
2. La spécificité des consultations	53
B. Choix de la population.....	54
C. Caractéristiques de la population cible.....	54
II. Les entretiens	55
A. Constitution de la trame d'entretien	55
B. Les entretiens semi-directifs.....	55
1. Les entretiens-patients	55
2. Les entretiens-médecins	56
3. L'Echelle d'Intolérance à l'Incertitude (EII)	56
C. Méthodes d'analyse des entretiens	57
D. Rédaction et présentation des résultats.....	57

RÉSULTATS

I. Perception du vieillissement et du <i>bien vieillir</i>	59
A. Le processus de vieillissement.....	59
1. Le vieillissement comme expérience sensorielle.....	59
2. Un nouveau rapport au corps.....	62
3. Relativisation des expériences du vieillissement face à la maladie.....	64
4. Un sentiment de sévérité des pathologies accentué avec le vieillissement	65
5. Dissociation entre les facultés physiques et les facultés mentales	66
6. Les répercussions du vieillissement sur le plan psychologique	67
B. Confrontation et comparaison dans la vieillesse	69
1. Comparaison avec les générations antérieures.....	69
2. Comparaison standardisée à partir de références communes	70
3. Comparaison avec l'entourage.....	71
4. L'âge change le regard des autres	73
5. Le vieillissement et le genre.....	74
C. Représentations du <i>bien vieillir</i> et du « vieux »	75
1. Qu'est-ce que le <i>bien vieillir</i> ?.....	75
2. Et qu'en est-il du « vieux » ?	83
3. « Bien vieillir, c'est dans les gènes »	87
4. Le vieillissement, un progrès aujourd'hui	88
5. Une étape de bilan	89
6. Un nouveau départ, une nouvelle vie.....	90
D. Relations familiales et intergénérationnelles	92
1. La famille, un ancrage stable et inaliénable	92
2. Le conjoint dans le vieillissement.....	94
3. Sexualité et conjugalité	97
4. Les enfants.....	99
5. Les petits-enfants	102

6. Relations aux générations antérieures et compréhension symbolique.....	104
E. Reconnaissance sociale et revendication sociétale.....	105
1. La retraite, une transition majeure.....	105
2. Vécu de la retraite par les <i>jeunes seniors</i>	106
F. Représentation des <i>jeunes seniors</i> sur la mort et la fin de vie	109
1. Comment parle-t-on de « la mort » ?.....	110
2. Pour parler de sa propre mort.....	111
3. Comment les <i>jeunes seniors</i> se préparent-ils à mourir ?.....	112
II. Projections et rôles du médecin généraliste dans le bien vieillir	113
A. Le troisième âge, l'âge de la prévention et des dépistages.....	113
1. Une population d'âge décisive en termes de santé.....	114
2. Qu'est-ce que la prévention liée au vieillissement ?.....	116
3. Une consultation spécifique pour la prévention ?.....	117
4. Ouvrir la discussion sur d'autres sujets.....	117
5. Relation des <i>jeunes seniors</i> à leur médecin traitant.....	118
B. Les dépistages	119
1. Le cancer colorectal.....	119
2. Le cancer du sein	121
3. Le cancer de la prostate	123
C. La prévention des facteurs de risque.....	124
1. L'alimentation	124
2. L'activité physique	126
3. La vaccination antigrippale.....	131
4. Traitement médicamenteux chez les <i>jeunes seniors</i> :.....	138
5. La prise de sang.....	144
III. Information et communication médecin-patient.....	145
A. L'exigence contemporaine du droit à l'information.....	145
1. Une évolution qui touche aussi les <i>jeunes seniors</i>	145
1. Les sources d'informations médicales des <i>jeunes seniors</i>	146
2. Considérations des patients concernant l'information médicale	147
3. Considérations des médecins concernant l'information médicale	149
B. Le besoin d'information du patient varie	152
1. En fonction du type d'information	152
2. En fonction de la personnalité du patient.....	152
3. En fonction de la personnalité du médecin	152
C. Stratégies de communication du médecin en consultation....	153
1. Informer, c'est ne pas tout dire.....	153
2. Savoir ce que le patient connaît, partir de son vécu.....	154
3. Ne pas casser la communication, un objectif prioritaire	155
4. L'usage délicat des statistiques pour comprendre un risque.....	156
5. Dépasser le rôle de technicien de la santé	156
6. Questionner la compréhension des patients concernant un risque.....	158

7. Questionner l'adhésion des patients à leur prise en charge et à leur suivi	158
8. Entrer dans une confrontation directe mais bienveillante.....	158
9. La crainte d'être mal compris.....	160
10. Les styles de communication du médecin	160
D. Difficultés et obstacles dans la communication à la prévention	
164	
1. Du côté du patient	164
2. Du côté du médecin	165

DISCUSSION

I. Intérêts et limites de l'étude.....	169
A. Les aspects positifs de l'étude	169
B. Les limites de l'étude.....	169
1. Le recrutement de l'échantillon	169
2. Déroulement des entretiens	170
3. Choix de la méthodologie.....	171
C. Confrontation externe.....	171
II. Synthèse des résultats et commentaires.....	172
A. Concernant le vieillissement et le <i>bien vieillir</i>	172
1. « Devenir vieux ou être vieux ».....	172
2. Transformation et adaptation de l'environnement.....	173
3. La retraite, entre métamorphose et effondrement.....	174
4. Différences homme/femme face au vieillissement.....	175
5. Le capital et la participation sociale.....	176
6. L'implication intergénérationnelle des <i>jeunes seniors</i>	176
B. La prévention et la vieillesse	177
1. Les patients et le discours sur la prévention	178
2. Les médecins et la communication de prévention.....	179
3. Résistances et obstacles à la communication préventive	180

CONCLUSION

LISTE D'ABREVIATIONS

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

Au premier janvier 2016, 18,8% de la population française avait 65 ans ou plus [1]. Cette part a augmenté de 2,4 points en dix ans et de 3,7 points en vingt ans, d'après l'INSEE, et cette tendance se poursuit puisqu'on estime qu'en 2060, une personne sur trois aura plus de 60 ans. Ces chiffres décrivent une évolution qui se traduit dans les faits par un gain de vie considérable. En 2010, la France affichait une **longue espérance de vie à partir de 65 ans**, la première en Europe (23,1 ans pour les femmes, 18,1 ans pour les hommes), ce qui comparativement aux chiffres antérieurs donne un gain considérable de 3 mois d'espérance de vie par an depuis un siècle.

Néanmoins, cette progression n'est pas uniforme et est grevée d'une **moindre espérance de vie sans incapacité (ou espérance de vie en bonne santé)**, ce qui la place en 11^e position dans l'UE (7,9 ans pour les femmes, 8,6 ans pour les hommes [2], selon les dernières données sur l'espérance de vie à l'âge de 65 ans dans les pays de l'Union Européenne sur l'état de santé, période 2008-2010). Ainsi, alors que les Français vivent plus longtemps, ce gain d'espérance de vie ne se convertit pas systématiquement en qualité de vie. Celle-ci se dégrade plus rapidement avec l'âge, marquée par le handicap, la vulnérabilité et la dépendance vis-à-vis des autres et de la société. Ceci a ouvert la voie à de nombreuses recherches dans le domaine de la vieillesse notamment en termes de qualité de vie et de compréhension globale du vieillissement. C'est l'objectif des nombreuses politiques publiques récentes dont celles de 2012, appelée année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle ; c'est à cette occasion qu'a été fixé l'objectif d'un gain de 2 années supplémentaires d'espérance de vie en bonne santé en Europe d'ici 2020 [3], voire même de 3 années en France, d'ici 2025 [4]. Ce mouvement de lutte contre le vieillissement et ses effets est devenu emblématique d'un mouvement sociétal connu sous le nom de *bien vieillir*.

La médecine moderne, bien que n'étant pas la seule actrice impliquée dans le *bien vieillir*, s'inscrit définitivement comme l'un des facteurs-clés vecteur de cette aspiration contemporaine, et les attentes à son égard sont majeures. Il est important de rappeler que dans la modernité, la considération de la vieillesse s'inscrit principalement dans un **discours médical et scientifique**. Les grands événements de la vie (naissance, décès, etc.) sont aujourd'hui marqués par une forme de *médicalisation globale de la vie* [5], et la vieillesse n'échappe pas à la règle. D'ailleurs les progrès de la médecine ont été considérables sur cette période de la vie, l'exemple le plus marquant étant celui de la longévité. Progressivement dans la 2^e moitié du XX^e siècle, le champ d'action du médical sort de son cadre curatif usuel et s'élargit vers le domaine de la prévention et de la santé publique. L'objectif de la médecine n'est plus simplement de soigner les maladies qui surviennent, mais aussi

de prévenir celles qui pourraient advenir. **La médecine générale** en tant que médecine de soins primaires devient la figure de proue de ce mouvement de prévention [6] et de lutte contre le vieillissement [7].

En parallèle, depuis une quarantaine d'années, on observe la progression continue d'une nouvelle génération d'individus entre 60 et 75 ans. Celle-ci se caractérise par, d'une part, une disponibilité suite à leur retraite professionnelle et, d'autre part, un état de santé leur permettant une vie pleine d'activités et d'engagements. Ces nouveaux « vieux » sont le reflet d'une vieillesse en pleine mutation et transforment les représentations traditionnelles de cette catégorie d'âge.

Premièrement, on passe de l'imaginaire d'une vieillesse fragile et cantonnée au repos à une vieillesse dynamique et fortifiée par l'activité [8].

Deuxièmement, cette évolution de la société se traduit par une pluralité des parcours de vie et une diversité dans la manière d'entrevoir ces étapes de l'existence. Ainsi « *l'organisation linéaire du parcours des âges n'est plus adaptable à la société actuelle* » [9].

Enfin, l'accès généralisé à l'information dans nos sociétés contemporaines transforme les rapports à la connaissance médicale, et les *jeunes seniors* revendiquent également un droit à être informés afin de s'impliquer pleinement dans les choix de santé et de vie qui sont les leurs.

En résumé, ces données nous permettent de mieux saisir les enjeux et les problématiques du vieillissement dans le contexte dans lequel s'intègre notre recherche. Mais pour cela, il nous faut préciser certaines notions avant d'aller plus loin dans l'élaboration de l'étude et convenir du cadre théorique dans lequel s'inscrit cette réflexion.

Dans un premier temps nous poserons quelques définitions et concepts essentiels afin d'appréhender les perceptions du vieillissement et d'en saisir les nuances dans les entretiens des patients et des médecins.

Dans un second temps, nous introduirons la notion de *bien vieillir* sous différents aspects : psychologiques, socio-économiques, politiques et idéologiques.

Pour finir, nous rappellerons comment en France le médecin généraliste s'inscrit profondément dans cette démarche par l'application des politiques de santé (dépistages, prévention, information et éducation du patient) et par le caractère privilégié de la relation médecin-patient.

I. Vieillesse et vieillissement

Il y aurait beaucoup à dire et beaucoup a déjà été dit dans ce domaine. L'objectif de cette section n'est pas de faire un inventaire laborieux, ni d'ennuyer le lecteur mais de clarifier certains concepts et idées qui sont à l'origine de la réflexion et de l'élaboration de ce travail. En effet, il nous paraît important de situer notre démarche dans un cadre nosologique précis, ce d'autant que nous nous sommes aperçus de l'hétérogénéité des termes employés dans la littérature.

A. Définitions et notions clés

Qu'on les appelle aînés, anciens, vieux, vieillards, seniors, personnes âgées, aïeuls, sexagénaires, septuagénaires, *young olds*, retraités, vétérans, ancêtres, séniles, papys boomers, vénérables, masters, macrobes, il existe pléthore de qualificatifs pour désigner cette catégorie de personnes que nous disons âgées et marquées par le vieillissement. Il en va de même pour la période de la vie qui leur est associée : troisième âge, quatrième âge, âge de la sagesse, automne de la vie, génération dorée, génération inoxydable, vieillesse, sénilité, maturescence, *silver économie*, etc. Comment s'y retrouver dans cet amoncellement de termes aussi inédits qu'imprécis ? Avant d'entrer dans le vif du sujet, il nous semble important de clarifier les notions essentielles, de nuancer les concepts houleux et d'écarter aussi ceux qui portent à confusion.

1. Le vieillissement et la vieillesse

Le vieillissement renvoie à un processus et s'inscrit dans une évolutivité des choses. Il s'agit d'un terme à caractère biologique et scientifique. Ladislav Robert définit le processus de vieillissement « *comme l'ensemble des mécanismes qui diminuent progressivement la capacité de l'organisme à faire face aux exigences variables de l'environnement et à maintenir l'intégration des organes assurant les fonctions vitales essentielles* ». ¹ Il traduit l'effet général du temps sur un organisme vivant. Les processus de la sénescence biologique sont encore mal connus, mais on considère qu'ils sont influencés par des facteurs d'origine héréditaire (entre 20 et 30%) et des facteurs d'origine environnementale au sens le plus large, incluant les composantes écologique, socioculturelle, alimentaire, sanitaire et climatique [10].

La vieillesse renvoie plus à un état, à une période déterminée, décrite comme « *la période ultime de la vie* » (Dictionnaire Hachette, Edition 2010, Paris). Elle s'inscrit dans une compréhension plus anthropologique et symbolique, en ce sens qu'elle varie en fonction des cultures, des générations et des sensibilités, et est sujette à de multiples interprétations, voire même parfois à une dénégation. Pour preuve,

¹ Robert Ladislav cité dans « Vieillissement et âge : Âge et représentation de la vieillesse », *Actualité et dossier en santé publique* n°21, décembre 1997, p.4.

dans la société Cuiva, société primitive amérindienne, la distinction sociale de la vieillesse est inexistante, ce qui a poussé plusieurs penseurs à catégoriser la vieillesse en tant que construction purement sociale [11]. Il est alors bien difficile de caractériser précisément de quoi l'on parle lorsqu'on évoque la vieillesse et si cette notion est indispensable. Mais c'est précisément ce caractère subjectif qui nous intéresse dans ce travail, autant pour l'étendue des compréhensions possibles que des manières de l'envisager et de l'affronter dans la perspective de la condition humaine.

Aujourd'hui, dans la société moderne, la vieillesse est plutôt un mal à combattre qu'une étape de vie. Les représentations symboliques la conçoivent autour des notions de dépendance, de grabatisation, d'isolement, etc. Simone de Beauvoir en faisait même l'adversaire ultime de la vie : *« Au fond, c'est la vieillesse plutôt que la mort qu'il faut opposer à la vie [...] parce que de la mort on a pu dire qu'elle changeait la vie en destin, elle ne porte pas atteinte à ce qu'a été une vie ; tandis que la vieillesse, c'est vraiment une espèce de destruction et de dérision même de la vie »* [12].

En même temps, une représentation des seniors comme personnes dynamiques et engagées prend une place prépondérante dans la société occidentale. À titre d'illustration, nous citons un article récent de 2014 [13] où les auteurs montrent combien l'image médiatique des célébrités a une résonance dans l'idée que l'on se fait des seniors du troisième âge selon quatre caractéristiques utilisées par les tabloïds : la forme physique (*Fitness*), la mode (*Fashion*), le caractère pratique (*Functional*) et flexible (*Flexible*). Ces « 4 F », éléments-clés d'un vieillissement réussi, introduisent une nouvelle pédagogie de la vieillesse exemplaire en cristallisant des références autour des images véhiculées par les célébrités modernes, icônes de leur époque. Ces représentations inspirent les générations de « fans » vieillissants en vue d'une nouvelle identité et d'un nouveau style de vie. *Bien vieillir* n'a jamais autant signifié « ne pas vieillir » !

En conclusion, on peut dire que de nos jours, en Occident, les représentations de la vieillesse sont polarisées autour de 2 entités radicalement distinctes : **d'un côté, l'image du senior actif, dynamique, investi dans la société ; de l'autre, la personne âgée dépendante, immobilisée et apathique, n'ayant plus que la mort à espérer** [14].

2. Personne âgée, senior, vieux

La « **personne âgée** » est aujourd'hui un terme générique fréquemment employé. Selon l'arrêté du 13 mars 1985, la personne âgée est définie comme une « *personne plus âgée que la moyenne des autres personnes de la population dans laquelle elle vit.* » Le texte ajoute en note : « *Dans l'opinion courante, ce concept sous-entend souvent que cette personne n'a plus d'activité rémunérée et qu'elle a des*

capacités diminuées » [15]. C'est pourquoi selon un sondage, « 61% des 70 ans et plus ne se considèrent pas comme des personnes âgées » [16].

Plus encore que « personne âgée », le terme de « **vieux** » est fortement connoté négativement et renvoie à une image stéréotypée d'une personne grabataire et impotente, isolée socialement. Il s'agit le plus souvent d'une représentation archétypale que l'on attribue préférentiellement aux autres et rarement à soi. Pour autant, quand on se l'approprie, c'est pour désigner un sentiment de perte ou d'étrangeté de son corps associé à une dévalorisation personnelle. « *Être vieux, c'est ressentir un décalage entre la permanence de son être et l'image que l'on donne à voir* » [17]. Ainsi, d'après Marc Billié, « *la meilleure façon de ne pas vieillir serait finalement de ne jamais se sentir vieux* » [6].

Le terme « **senior** », d'origine latine et passé par la littérature anglo-saxonne, connaît aujourd'hui un gain de popularité auprès des personnes de 60 ans et plus qui se l'approprient volontiers, contrairement aux classes d'âges inférieures. Ainsi d'après le baromètre BVA Santé Vieillissement de mars 2014, les Français âgés de 50 ans et plus sont 42% à ne pas se définir comme des « seniors » et seuls 16% se qualifient de « personnes âgées ». Cela est d'autant plus marqué auprès des « jeunes seniors » de 50 à 59 ans qui ne sont que 25% à accepter le qualificatif de « senior », contre **71% pour les 60-69 et 76% pour les 70 ans et plus** [16]. Le rapport poursuit : « *Aujourd'hui on se sent « senior », non pas à partir de 50 ans, mais plutôt à partir de 60 ans.* » Nous y reviendrons, mais il apparaît que pour décrire notre population d'étude (65-75 ans) le terme de « senior » soit le plus sensible et le plus adéquat.

Les qualificatifs sont donc nombreux pour désigner cette catégorie d'âge. Il semble que les termes les plus justes soient ceux de « *young olds* » ou de « seniors » pour les individus et de « troisième âge » pour nommer cette génération. Il est inconcevable de parler de « vieux » ou de « vieillards ». « Les aînés » ou « les anciens » pourraient également convenir, mais ce sont des termes peu utilisés dans la littérature. Le qualificatif que nous avons choisi dans notre titre est celui de *jeunes seniors*, qui tout au long de notre exposé, sera attribué spécifiquement aux personnes âgées de 65 à 75 ans, même si des variations d'utilisation sont possibles.

3. Âge chronologique/physiologique et vieillissement retardé

L'âge chronologique correspond à l'âge « réel » d'un individu, c'est-à-dire l'âge calculé à partir de sa naissance [18]. Il est l'âge officiel, socialement établi, organisant le parcours de vie d'une personne. Il est également utilisé dans les sondages et les statistiques pour définir et ordonner une population. Pourtant cette notion est loin d'être universelle et applicable en toutes circonstances et se révèle être un mauvais reflet du vieillissement individuel. L. Bizzini écrit : « *De nombreux auteurs critiquent l'âge chronologique comme seul facteur d'entrée dans la vieillesse.[...] l'âge représente certes un point de départ commun pour les recherches,*

un indice indispensable, mais il n'est pas une variable qui permet de saisir le changement » [19]. On comprendra aisément cela en disant qu'une personne de 60 ans aujourd'hui n'a rien à voir avec une personne de 60 ans il y a un siècle.

C'est pourquoi, lorsqu'il s'agit de prédire la sénescence du corps humain, certains préfèrent utiliser comme critère **l'âge physiologique ou biologique** (ou encore âge fonctionnel). Celui-ci est le reflet des marqueurs physiologiques de l'organisme (tension artérielle, glycémie, force musculaire, taux hormonaux, capacité aérobie, marqueurs inflammatoires, etc.) [18] et permettrait d'évaluer sur le mode quantitatif le vieillissement biologique, comme le suggèrent certaines publications [20] [21] [22]. Des auteurs estiment même que c'est la seule définition valable de la vieillesse, les autres étant trop sujettes à variation et à confusion.

Dans le cadre de la santé publique, une notion telle que **le vieillissement relatif** est un outil intéressant pour traduire l'influence des facteurs socio-économiques (catégorie sociale, niveau d'études, revenu) sur le vieillissement [23]. On parle alors d'un vieillissement retardé pour les groupes favorisés et d'un vieillissement prématuré pour les populations défavorisées.

4. Le vieillissement de la population

Il s'agit d'un concept décrit par Alfred de Sauvy en 1928 qui précise alors : *« D'après les hypothèses faites sur la constance des taux de natalité et de mortalité, il importe de remarquer que ces résultats ne font qu'enregistrer les conséquences du vieillissement progressif de la population, vieillissement qui a pour effet d'élever la mortalité générale et d'abaisser la natalité »* [24].

En 1983, en réponse aux inquiétudes formulées par Alfred de Sauvy sur le vieillissement de la population, le collectif publiant sous le nom de Louis Dirn écrit : *« C'est l'âge de la retraite qui marque le véritable début de la vieillesse et ce seuil est une pure convention sociale. [...] On voit que beaucoup de vieillards qui ont l'énergie et la ténacité font l'admiration de tous et [...] la compréhension du monde et de ses transformations ne paraît pas non plus un apanage de la jeunesse plus que de l'âge mûr »* [25]. Il conclut en disant : *« Pour la politique de gestion de notre société, il faut cesser de considérer le troisième âge comme un poids qui en bride l'élan et comme une population qui relève pour l'essentiel de mesures d'assistance sociale. De 60 à 80 ans les gens ne doivent pas être plus aidés, assistés, soutenus, encadrés que dans les années précédentes. »*

5. Le « troisième âge » : qu'entend-on ?

Traditionnellement, les représentations du cycle de vie décrivaient celui-ci en trois étapes : l'enfance caractérisée par une phase de formation, la vie adulte en tant que vie active/professionnelle et la vieillesse manifestée par la sortie d'activité ou la

retraite [26]. Depuis plusieurs décennies, avec l'allongement de l'espérance de vie dû à l'élévation du niveau de vie et aux progrès de la médecine, les personnes vieillissantes bénéficient d'une espérance de vie restante oscillant de 20 à 25 ans en moyenne, mais aussi d'une qualité de vie telle qu'il se crée une génération de retraités arrivant en fin de vie professionnelle en excellente santé. Ainsi comme le signale F. Balard : « *dire aujourd'hui qu'un sexagénaire est entré dans la dernière période de sa vie paraît aberrant en regard des modes de vies et de la santé de sa classe d'âge* » [27]. Ce phénomène est décrit depuis les années 60 sous différentes appellations selon les auteurs : il s'agit du « **troisième âge** » pour Laslett [26] et Lenoir [28] ou des « **young-olds** » pour Benedict [29]. Peter Laslett propose de parler de « troisième âge » lorsqu'on réunit 3 critères au sein même d'un pays : l'espérance de vie, le revenu national et l'attitude devant la vie [26].

Le *National Institute of Aging* (1984) spécifie trois catégories de personnes âgées selon leur âge chronologique : les « *young olds* » (65-75 ans), les « *old olds* » (75-85 ans) et les « *oldest olds* » (plus de 85 ans) [30]. Une autre référence propose une classification légèrement différente : les « *young-olds* » (approximativement entre 65 et 74 ans), les « *middle-olds* » (entre 75 et 84 ans) et les « *old-olds* » (au-delà de 85 ans) [31]. Quelle qu'en soit leur appellation, il est indéniable qu'il s'agit là de la reconnaissance d'un phénomène à l'origine de transformations démographiques, culturelles et sociétales majeures.

Cependant, le concept de « troisième âge » qui initialement était « *un âge qui vient s'interposer entre l'âge mûr et la vieillesse* » s'est transformé en « *négarion de la vieillesse* » [28] et l'action perpétuelle du vieillissement a obligé à imaginer une autre catégorie, le « quatrième âge », repoussant les « personnes âgées dépendantes » encore plus aux limites du vivant.

6. Les trois âges de la vieillesse

Dans son rapport de janvier 2013 à la ministre déléguée aux Personnes Âgées et à l'Autonomie, intitulé *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population*, Luc Broussy propose de distinguer trois âges à partir de la retraite jusqu'à la fin de vie : « *le retraité actif, le retraité qui commence à ressentir une fragilité qui peut être physique (fatigue) ou sociale (isolement) puis le retraité qui perd son autonomie* » [32]. Il s'attache également à montrer que ce sont souvent les transitions entre ces trois âges qui peuvent poser problème et doivent être anticipées et accompagnées de la manière la plus adaptée.

B. Modèles théoriques du vieillissement

Au vu de cette première partie, on pourrait définir le vieillissement comme « *un processus de longueur et de vitesse inégales, fonction de nos ressources personnelles et par conséquent difficile à encadrer par des bornes d'âge* » [33] ou

encore affirmer que « *vieillir est un processus universel complexe, multifactoriel et non programmé* » [34]. Il nous semble intéressant de pousser la réflexion en abordant des concepts théoriques à même de nous permettre de cerner le vieillissement sous ses composantes physiques, psychologiques, sociales et idéologiques.

1. Vieillessement et prévention de la fragilité

Dans l'évolution du vieillissement, la perte d'autonomie physique est un élément majeur à prendre en compte puisque la dépendance induit des changements radicaux dans le quotidien de la personne. Cette transition est le plus souvent brutale et imprévisible (chute, décompensation de maladies chroniques, pathologie aiguë, hospitalisation, changement de cadre de vie, etc.), mais de nombreuses études ont mis en évidence l'existence de critères permettant d'évaluer et prévoir l'entrée dans la dépendance de ces personnes ; ces critères ont été rassemblés autour de la notion de « fragilité ».

Le « concept dynamique de la fragilité » est défini comme étant le « *risque qu'a une personne âgée, à un moment donné de sa vie, de développer ou d'aggraver des limitations fonctionnelles ou des incapacités, étant donné les effets combinés de déficiences et de facteurs modulateurs* » (Gonthier, 2000; Meire, 2000 tiré de [33]). L'état de fragilité « *affecte la résilience d'une personne [...] et se caractérise entre autres, par un risque plus grand d'aggravation de l'état de santé* » [33], par la perte progressive des réserves physiologiques et sensori-motrices. La fragilité s'évalue à l'aune de cinq critères : la mobilité, les troubles physiques, les capacités sensorielles, cognitives et le potentiel énergétique. Plusieurs théoriciens proposent des critères d'évaluation de la fragilité pour anticiper et prévenir au mieux le passage de l'autonomie à la dépendance. Nous en citons deux à titre d'exemple : les critères de Fried et ceux de Rockwood. Même si la population des 65-74 ans est peu marquée par la fragilité (3,9% selon la cohorte de la Cardiovascular Health Study [35], cette problématique s'inscrit dans une actualité prégnante. En effet, on estime que la prévalence de la fragilité atteint le quart de la population des plus de 85 ans et que entre 2005 et 2050, la part des personnes âgées de plus de 85 ans dans la population française devrait passer de 1,8% à 7,5% [36]. C'est aujourd'hui que les *jeunes seniors* préservent leur autonomie de demain, semblent conclure ces études.

Par ailleurs sur le plan somatique, on peut traduire le déclin physique dû au vieillissement par deux phénomènes : la diminution des performances et l'augmentation des handicaps. Ce déclin ne suit pas une courbe linéaire, mais exponentielle. On parle d'un effet « d'accélération » des effets du vieillissement [34]. Les études scientifiques ont démontré l'efficacité de deux mesures sur la prévention du vieillissement : **l'activité physique**, démontrée par une expertise de l'Inserm [37] qui étudie l'impact sur les pathologies chroniques (cancer, diabète et maladies cardiovasculaires, ostéoporose) et conclut à une augmentation importante de la survie, une réduction de la mortalité globale et des mortalités spécifiques avec un effet important

sur la santé mentale ; et **l'alimentation**, illustrée par les résultats de l'étude prospective Nurse Health Study [38] qui a démontré les bénéfices du régime dit « méditerranéen » sur le vieillissement en bonne santé et la prévention des maladies chroniques. Ainsi « *la prévention permet en effet de réduire les effets du vieillissement en limitant l'impact des maladies chroniques, de redonner des compétences, des capacités, de la durée et de la qualité de vie* » [34].

En résumé, prévoir et prévenir : c'est par ces deux actions que s'envisage l'accompagnement des personnes vieillissantes dans leur déclin physique.

2. Vieillir sur le plan psychologique

D'après Erikson, la vieillesse en elle-même fournit des raisons suffisantes d'éprouver de la tristesse et du désespoir : « *Les aspects du passé qu'on aurait ardemment désiré différent ; les aspects du présent qui nous causent une souffrance sans rémission ; les aspects du futur incertain et effrayant [sic.]. Et bien sûr, la mort inévitable demeure un aspect du futur qui est à la fois totalement certain et totalement inconnu* » [39].

Comment alors se fait-il que les personnes âgées soient aussi satisfaites de leur vie, en comparaison avec la projection que s'en font les groupes plus jeunes ? La question peut paraître surprenante. C'est pourtant le constat observé par des chercheurs (une étude suédoise comparant un groupe de sujets jeunes (26-35 ans) et un groupe de sujets âgés (66-75 ans) sur la solitude). « *Dans le groupe de jeunes, 32% considèrent la solitude comme un problème pour les personnes âgées contre seulement 11% dans l'autre groupe* » (Östlung, cité dans [40]). Ainsi, malgré une augmentation évidente des maux physiques, de l'isolement, etc., les personnes âgées sont en général aussi satisfaites de leur vie que les jeunes. Comment expliquer ce phénomène ?

L'une des propositions de réponse s'appuie sur le **modèle de « l'optimisation sélective avec compensation »** [40] théorisé par Paul Baltes. Selon ce dernier, c'est une stratégie qui permet de surmonter ou de maîtriser le vieillissement en suivant trois principes :

- « *La sélection* » qui « *signifie la diminution volontaire ou involontaire du nombre d'objectifs et d'activités de vie.* »
- « *L'optimisation* » qui « *décrit l'effort, souvent couronné de succès, de puiser dans ses réserves pour trouver des moyens d'action et d'amélioration.* »
- « *La compensation* » qui « *désigne les différentes façons de "gérer" les pertes, notamment en utilisant des aides extérieures (appareils auditifs, de soins ou techniques de circulation) ou en développant des stratégies compensatoires alternatives.* »

La réussite dans la réalisation de ce modèle caractérise le vieillissement réussi. Baltes ajoute que dans la perspective de la *psychologie développementale du lifespan*

(théorie psychologique du développement cognitif principalement étudié chez l'enfant) « *l'ontogenèse ne consiste pas uniquement en un mouvement de croissance incrémentale (gains) chez l'enfant et un déclin graduel (pertes) chez l'adulte, mais en une orchestration continue entre gains et pertes. [...] Pourtant l'âge avançant, la capacité à tirer profit de ces ressources s'amointrit progressivement et l'individu doit s'atteler bien plus à la régulation des pertes qu'au maintien des gains* » [41]. Il poursuit : « *Au cours du vieillissement, les contraintes internes et externes deviennent plus importantes, et la gamme d'alternatives comportementales se restreint. L'équilibre fonctionnel ne peut alors être maintenu qu'au travers d'efforts grandissants de sélection, d'optimisation et de compensation.* »

Un autre élément de réponse se trouve dans la compréhension de **la stratégie du contraste descendant**, mécanisme psychologique aidant au maintien de l'estime de soi. Il consiste à se comparer préférentiellement avec quelqu'un que l'on juge moins bien que soi. Des études ont montré que la stratégie du contraste descendant est de loin la stratégie de comparaison avec autrui la plus fréquente chez les personnes âgées [42].

Enfin une **synthèse proposée par Ryff et Singer** mentionne les conditions sur le plan psychologique qui sous-tendent le bien-être adaptatif de l'individu : « *l'acceptation de soi, la relation positive et empathique aux autres, le sentiment d'autonomie, le sentiment d'utilité et le développement personnel* » [43] ou autrement dit « *la représentation de soi, de sa valeur et de son propre vieillissement seraient les facteurs déterminants de la qualité de l'avancée en âge* » [43]. C'est ce dont témoigne aussi l'étude longitudinale Berlin Aging Study [44] qui montre que les représentations personnelles du vieillissement sont un facteur prédictif de la mortalité à part entière.

Tout ce que nous avons décrit révèle de très fortes capacités d'adaptation des sujets âgés alors qu'« *on a longtemps cru que la dernière période de la vie se caractérisait par une dégradation des fonctionnements psychologiques* » [43]. Bien au contraire, il existe de multiples stratégies psychologiques favorisant la stabilité du sentiment de bien-être au cours de l'avancée en âge. La « déprise », stratégie psychosociale que nous présentons plus longuement ci-dessous en fait pleinement partie.

3. Le concept de la « déprise »

La déprise peut être définie comme « *le processus de réaménagement de l'existence qui se produit au fur et à mesure que les personnes qui vieillissent doivent faire face à des difficultés accrues* » [45]. C'est un concept sociologique, élaboré par Barthe, Clément et Drulhe en 1988, qui prend racine dans la théorie du « *disengagement* » apparue aux Etats-Unis en 1961 [46]. Elle s'en distingue aussi, car elle ne doit pas être pensée comme un déclin inéluctable de la personne âgée dans l'investissement social et les activités. Elle est fortement connectée à ses déclencheurs qui peuvent être aussi variés que :

- les problèmes, accidents de santé et « *limitations fonctionnelles* »,
- « *un amoindrissement de l'énergie vitale* »,
- « *la raréfaction des opportunités d'engagement* »,
- « *les interactions avec autrui* »,
- « *une conscience accrue de sa finitude* ».

Les éléments déclencheurs sont décrits par V. Caradec dans son article « L'épreuve au grand âge » [47].

Ce processus a pour but de permettre à un individu avançant en âge le maintien de son identité au travers d'un travail de négociation rythmé par les événements de vie et le processus du vieillissement. Comme le souligne S. Clément, la déprise « *suppose un travail de l'individu qui va dans les deux sens : certaines activités ou relations sont quasiment abandonnées (parfois seulement transformées), alors que, quasiment dans le même temps, d'autres sont davantage "tenues", ou acquièrent une valeur plus grande* » [48]. Il souligne que ce processus marque toute la vie entière, mais ajoute qu'au temps de la vieillesse « *se réduisent les possibilités de remplacer ce qui ne peut plus prendre sens pour l'individu (à cause d'empêchements physiques, relationnels, cognitifs, etc.)* ».

4. Vieillesse et « *empowerment* »

Bien qu'il existe des variations dans la définition du concept depuis son émergence dans les années 70, l'« *empowerment* » est généralement défini comme un « *processus qui vise à développer les capacités de participation, de maîtrise et de contrôle individuel sur les décisions et l'action impliquant ses intérêts* ». L'« *empowerment* » renvoie plus généralement à l'emprise que les retraités peuvent conserver sur le processus de transformation des sociétés. Face à la médicalisation de la fin de vie et à la perte de contrôle des événements qui frappent les personnes vieillissantes, ce principe est un appel à une prise en main et à une implication des personnes âgées dans leur processus de vieillissement. Cela peut se traduire par des engagements socio-économiques divers, hors du champ productif, afin de ne pas rentrer dans une logique mercantile, mais tout en témoignant d'une « *lutte contre l'idée d'inertie sociale de la retraite* ». J.-P. Viriot-Durandal ajoute : « *Au-delà de la participation aux actions d'utilité sociale cela implique aussi leur intégration dans les structures décisionnelles et la représentation de leurs attentes ou de leurs besoins dans les prises de décision* » [49]. L'« *empowerment* » est aussi un moyen de critiquer la théorie du désengagement de Brown dans « *The Social Processes of Aging* » [50]. L'idée selon cette approche structuro-fonctionnaliste est que les personnes âgées sont isolées et marginalisées à l'extérieur de la société par les rôles passifs qui leur ont été imposés. A l'instar de la métaphore de l'Ours raconté par Donelan (cité dans [49]), il s'agit de souligner combien les normes et représentations sociales modèlent les comportements à la passivité par le conditionnement des rôles construits socialement. L'« *empowerment* » est alors l'expression de la volonté d'autonomie des retraités qui aspirent à une conversion de « *leur potentiel en action* ».

sociale. »

En conclusion, la vieillesse occasionne de nombreux bouleversements qui s'inscrivent dans la pluralité et la profondeur de la complexité humaine et modifient radicalement le rapport de l'individu à son corps et à son esprit, ainsi que ses interactions sociales avec les autres au sein de la société en général. Au vu de cette présentation, il devient indispensable d'envisager la personne vieillissante dans sa globalité, de ne pas sous-estimer les effets du vieillissement, en particulier sur le plan psychique et social, et d'encourager avec compréhension et empathie le sujet dans son travail de vieillissement.

« C'est un lourd travail que de devenir vieux. [...] Le seul fait de vieillir et de se voir fonctionner différemment constitue un vrai travail à temps plein. »

Ingmar Bergman

C. Le bien vieillir, ancrage théorique et implications modernes

1. Contexte historique et sociétal

La prévention des effets du vieillissement a pour objectif de maintenir le corps en forme tout en allongeant la durée de vie. Même si la notion de prévention est déjà présente chez Hippocrate, cette notion appliquée au vieillissement est inscrite pour la première fois au *Dictionnaire Universel de Médecine* en 1747 sous le terme de « gérocomie », définie comme « *partie de la médecine qui prescrit un régime aux vieillards* ». Plus tard en 1872, le terme « géroncotomie », soit « *l'hygiène des vieillards* », est mentionné dans le *Grand Dictionnaire Littré*. Et c'est en 1912 que débute la gérontologie en tant que pratique clinique, par le travail de Nascher qui fonde la société de gériatrie de New York. A cette époque, il s'agit avant tout de décrire les pathologies du vieillissement en fonction de leurs caractéristiques morphologiques et physiologiques.

Puis dans la deuxième moitié du XX^e siècle, les succès de la médecine curative recentrent les problématiques de santé autour des maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, cancers, etc.), ce qui transforme les manières de soigner. Nous sommes passés **d'une médecine de la maladie à une médecine du risque** [51]. Dans le même temps, « *la généralisation de la retraite, à la sortie de la Seconde Guerre mondiale, marque la reconnaissance de la vieillesse en tant qu'âge social. Les personnes âgées vont dès lors constituer une catégorie sociale spécifique, avec un statut propre, assortie de droits et devoirs spécifiques* » [52]. « *Le contexte des années 70 – mutations économiques et démographiques – introduit un changement dans la façon de poser la question des générations : il ne s'agit plus tant de réfléchir à la succession qu'à la coexistence des générations* » [53]. Rémi Lenoir, dans son livre *L'émergence du troisième âge*, constate : « *Derrière la constitution du*

“troisième âge”, c’est tout le cycle des échanges entre générations dans la famille qui est en cause » [28].

Dans les années 80, les travaux de recherche sur le *bien vieillir* marquent l’avènement de la démarche préventive dans le cadre de la santé publique. En France, les politiques de la santé se définissent dans une logique de plus en plus préventive autour du concept de « **promotion de la santé** », apparu en 1986 dans la charte d’Ottawa promulguée par l’OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Cet élan promotionnel est particulièrement orienté vers des populations cibles et, compte tenu de l’évolution démographique des pays occidentaux, trouve dans la vieillesse un terrain d’application et de concrétisation de ses principes. Les personnes âgées sont au premier plan de ces politiques qui visent à préserver les capacités psycho-physiques et sociales et à repousser l’échéance de la dépendance.

On parlera alors de **vieillissement réussi** (Plan Bien vieillir), de **vieillissement actif** (OMS 2002) ou encore de **bien vieillir**. « *L’individu entouré de savoirs médicaux, thérapeutiques, psychologiques, devient l’acteur principal de sa propre santé et de son bien-être* » [54]. Dans le sillage de ce mouvement se développent des discours, scientifiques ou non, à tendance normative, qui dérivent parfois vers la standardisation des pratiques et des comportements hygiéno-diététiques.

Parallèlement les parcours de vie sont de plus en plus fondés sur la liberté à construire un projet propre, à l’image de l’individu et cette quête passe par l’aspiration vers un idéal. **Le bien-être n’est alors plus seulement un état, il devient un objectif de vie** [55]. La conjonction entre primauté au bien-être et impératif d’uniformisation des aspirations et des conduites mène à un paradoxe que Stefano Cavalli décrit ainsi : « *La notion de projet a acquis un caractère normatif : non seulement les hommes et les femmes ont le droit de choisir leur vie, mais le fait de construire son propre parcours biographique se transforme en injonction* » [52]. Le *bien vieillir* n’est plus seulement un droit, il devient un devoir, une exigence. Cette vision engendre un certain nombre de dérives sur lesquelles nous reviendrons dans notre exposé.

Comme nous le savons, le monde politique est le reflet de la société dont il s’imprègne. Dans la section suivante, nous proposons un bref parcours de l’évolution de la politique française du *bien vieillir* dans des rapports et projets de loi déterminants depuis les dernières décennies, parcours qui donne un aperçu du contexte français global où s’inscrit cette problématique.

2. Aperçu général de la politique française du bien vieillir

a) Le rapport Laroque (1962) et le rapport Lion (1981)

« *Quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française d’aujourd’hui et bien plus encore dans celle de demain ?* » C’est la question

que pose le rapport Laroque qui fait aujourd'hui office de pionnier dans le domaine des politiques du vieillissement. Egalement à l'origine de la sécurité sociale, Pierre Laroque publie ce rapport en 1962 dont l'objectif est de sensibiliser les autorités publiques et politiques sur les conditions économiques et sociales de nombreux retraités de l'époque.

Le rapport Laroque donne un cadre à la politique publique de gestion du vieillissement. Il envisage notamment une politique du maintien à domicile des personnes âgées tenant compte des problématiques sociétales [56] : « *L'accent doit être mis sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, tout en leur fournissant les moyens de continuer le plus longtemps possible à mener une vie indépendante* ». Pour autant, les critiques remettent en cause la conception du vieillissement posée dans le rapport comme un phénomène négatif contre lequel il faut s'opposer et lutter, tel un mal qui affecterait petit à petit la personne vieillissante.

Une vingtaine d'années plus tard, en 1981, dans le rapport « Vieillir demain » de Robert Lion, la tendance semble rester la même. Jacqueline Trincaz dit à ce propos : « *L'espoir surgit d'une réorientation des discours vers la prise en compte des rôles attribués aux plus âgés. Mais une lecture plus approfondie montre que le modèle implique lui aussi une lutte. L'idéalisation du vieillissement, vu aussi comme une période de sagesse, impose à ceux qui vieillissent des injonctions intenable* » [6].

b) Le rapport OMS (2002)

Il s'agit d'un cadre d'orientation établi en mars 2002 à Madrid par le programme « OMS vieillissement et qualité », en contribution à la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement. Il propose le concept de « Vieillissement actif » défini comme « *le processus d'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées tout au long de la vie* » [57].

Face au vieillissement mondial de la population, l'OMS propose d'axer les démarches en faveur d'un vieillissement actif sur des objectifs généraux : « *Mettre en place des politiques et des programmes favorables à un vieillissement actif, c'est reconnaître qu'il faut encourager et équilibrer la prise de responsabilités personnelles (auto-prise en charge), les environnements aménagés à l'intention des personnes âgées et la solidarité intergénérationnelle. Chaque personne, chaque famille doit prévoir et se préparer pour la vieillesse, et faire des efforts personnels pour adopter de bonnes pratiques favorables à la santé tout au long de la vie. Parallèlement, il faut créer des environnements porteurs dans lesquels les bons choix en matière de santé soient les choix les plus faciles à faire* » [57].

c) Les plans Bien vieillir (2003 et 2007-2009)

Le programme national *Bien vieillir*, initié en 2003 et renforcé en 2005, s'est vu complété par le *Plan national Bien vieillir* (PNBV) 2007-2009 dans le cadre du projet multinational « Healthy Ageing », lancé par le programme de santé publique de l'Union Européenne en 2004.

Le PNBV s'est fixé pour objectif d'assurer un « vieillissement réussi » au plus grand nombre de citoyens en proposant des mesures tant sur le plan de la santé individuelle que des relations sociales tout en favorisant l'organisation et la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées. Ses principaux axes concernaient la prévention des complications des maladies chroniques, la promotion de comportements favorables à la santé, l'amélioration de l'environnement individuel et collectif, le renforcement du rôle social des seniors par leur participation à la vie sociale, culturelle, artistique, et la consolidation des liens entre générations. Les mesures mentionnées ci-dessous sont développées dans le plan par le Pr Jean-Pierre Aquino, président du comité de suivi du PNBV [3] :

- 1) Dépister et prévenir lors du départ en retraite les facteurs de risque liés au vieillissement ; cette mesure est envisagée sous la forme d'une consultation dite « de longévité » auprès du médecin traitant.
- 2) Promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme après 55 ans
- 3) Promouvoir une activité physique et sportive
- 4) Prévenir les facteurs de risque et les pathologies influençant la qualité de vie
- 5) Promouvoir le bon usage des médicaments
- 6) Promouvoir la solidarité entre générations
- 7) Développer le *bien vieillir* au niveau local
- 8) Développer la recherche et l'innovation
- 9) Inscrire la démarche française dans la dimension européenne

Une mesure d'instauration d'une consultation de prévention adressée aux personnes concernées lors de leur départ en retraite, bien que présentée en proposition de loi par Mme Boyer le 15 mai 2013, n'a pas donné de suite à notre connaissance.

d) Le rapport Ladoucette (2011)

Publié le 21 mai 2011, il s'agit d'un rapport demandé par la secrétaire d'Etat chargée de la santé au Dr Olivier de Ladoucette. Son contenu s'oriente vers la santé mentale et le bien-être psychologique des personnes âgées. Les cinq clés d'une bonne santé mentale sont décrites comme suit : conserver une bonne estime de soi, garder une identité positive, lutter contre l'isolement et la solitude, conserver le contrôle sur sa vie et savoir s'adapter.

e) *Le rapport Trillard (2011)*

La même année, suite à la demande du président de la République, André Trillard propose un rapport [4] sur la prévention de la dépendance des personnes âgées le 13 juillet 2011. Il comprend quatre grandes parties orientées autour de quatre axes de travail sur la prévention de la dépendance. Faire l'état des lieux des populations à risque, recenser les facteurs pouvant conduire à la perte d'autonomie, définir les clés d'un vieillissement réussi et encourager le maintien dans le milieu ordinaire. Nous mentionnons les objectifs et recommandations du rapport Trillard sur les mesures de prévention en faveur du *bien vieillir* [4].

- 1^{ère} recommandation : gain de 3 ans d'espérance de vie supplémentaire en bonne santé pour nos aînés à l'horizon 2025.
- 2^e recommandation : promouvoir l'activité des seniors pour prévenir la dépendance.
- 3^e recommandation : lancer une campagne nationale en faveur du bien vieillir.
- 4^e recommandation : labelliser les entreprises qui mettent en place des programmes de prévention et d'éducation en santé.
- 5^e recommandation : cibler et organiser des consultations de prévention vers les populations les plus vulnérables et les plus fragiles tout en assurant un suivi régulier.
- 6^e recommandation : aider les aidants en s'appuyant sur les professionnels de l'aide à domicile et en développant un suivi préventif individuel.
- 7^e recommandation : encourager et développer la recherche clinique et appliquée dans le domaine de la gériatrie en rendant prioritaire le développement de la recherche fondamentale dans les domaines du vieillissement, des pathologies du grand âge et de l'économie de la santé.
- 8^e recommandation : lutter efficacement contre les dépendances évitables et iatrogènes survenues lors d'un séjour à l'hôpital.
- 9^e recommandation : engager des mesures incitatives au plan national et local en faveur du sport et de l'activité physique des seniors en partenariat avec les fédérations sportives.
- 10^e recommandation : produire dans les prochaines années, tant en accession à la propriété que dans le secteur libre locatif ou dans le secteur social, un programme ambitieux de logements adaptés.

f) *Le Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement (2014)*

Il démarre avec le rapport Broussy [32] sur l'adaptation de la société au vieillissement de sa population et propose de prioriser 10 objectifs autour de ces problématiques :

- L'adaptation des logements afin de favoriser le maintien à domicile
- Le développement dans les quartiers de formules d'hébergement intermédiaire situées entre le domicile et l'EHPAD

- L'adaptation de la ville (infrastructures, services, accessibilité, etc.)
- Les déplacements et l'adaptation des transports pour permettre aux seniors de rester mobiles le plus aisément et le plus longtemps possible
- L'organisation des différents territoires du pays, touchés de façon très variée par le vieillissement
- La mise en valeur du vieillissement au service du redressement productif, de la croissance et de l'emploi
- l'organisation d'une filière industrielle et de services autour des gérontechnologies
- L'intégration de la personne âgée dans le périmètre familial
- La vigilance par rapport aux discriminations liées à l'âge
- La mise en place d'un guichet unique et de la gouvernance.

Dans le dossier de presse présentant le projet, cinq axes ont été définis autour de ce projet de loi : une politique globale tournée vers l'autonomie, une véritable réforme de justice sociale, un droit au répit, une action de proximité et un financement ambitieux responsable.

Les trois grands enjeux de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement consistent en :

- la mobilisation de toute la société : il s'agit d'impliquer toutes les catégories de la société autour de la prévention individuelle et collective, et de favoriser les liens intergénérationnels.
- l'accompagnement du parcours des personnes âgées et une revalorisation de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie).
- le respect des droits et libertés des personnes âgées.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement présentée sous le nom de Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 est entrée en vigueur au premier janvier 2016.

Pour conclure, nous ne rentrerons pas plus dans la description détaillée des mesures attachées à ces propositions législatives. L'essentiel est de signaler le fait que depuis le rapport Laroque (1962) jusqu'à aujourd'hui, le champ politique s'est emparé de ce discours sur la nécessité d'une action publique en faveur du *bien vieillir*, ce qui met en lumière l'importance de cette problématique et du débat citoyen qui l'accompagne. De plus, nous voyons l'imminence du besoin de légiférer et de poursuivre la réflexion autour de ces questions. Il s'agit bien là d'une nécessité face à l'évolution attendue de la démographie et face à l'imminence des problématiques plurifactorielles qui transforme la société française dans ce domaine. Chaque citoyen est ou sera amené à s'interroger sur la pertinence du *bien vieillir* pour sa vie, car bien vieillir est avant tout bien vivre.

3. Vers une définition conceptuelle du *bien vieillir*

Comme nous l'avons montré, le processus d'un vieillissement réussi comporte une pluralité de composantes et de facteurs exprimés, que le législateur tente de transposer au paysage socio-politique sous l'appellation « conditions du bien vieillir ». Nous pouvons, à l'instar de D. Alaphilippe [43], regrouper ces dimensions en quatre catégories : somatique, environnementale, sociale et cognitive, ce à quoi nous proposons d'ajouter une dimension supplémentaire, spirituo-existentielle. Il est important de noter que chacune de ces composantes s'inscrit dans une perspective à la fois individuelle et collective.

Le versant somatique vise à maintenir les capacités d'apprentissage et de compensation dont plusieurs études ont montré qu'elles sont bien présentes malgré le grand âge. Elles permettent de rester actif et d'exercer des capacités diverses tout en n'occultant pas d'en apprendre de nouvelles. C'est une manière de niveler les performances physiques aux exigences du quotidien.

Au travers de la **composante environnementale** (ou physico-chimique), il convient de constater que malgré tous les efforts fournis, il est souvent de plus en plus difficile à une personne vieillissante de faire correspondre ses capacités à ses besoins. Il s'agit alors de répondre à ces contraintes environnementales intrinsèques en adaptant le domicile et les lieux publics par des aménagements et des restructurations. La prise en considération des aspects fonctionnels de l'habitat est un des facteurs qui permettent à la personne de rester au contrôle de son environnement.

Le cadre social constitue également « *une source de sollicitation adaptative* » [43]. A partir de la retraite, le cadre social de la personne âgée évolue considérablement tout au long de la vieillesse, que ce soit sur le plan du lien social ou de l'ancrage familial. La perte de proches ou l'isolement social sont des situations importantes que le sujet peut avoir à traverser.

La cognition sociale intègre l'ensemble des représentations sociales. Bien vieillir repose sur la capacité à faire évoluer ses idées et ses représentations et à rester connecté au monde sous toutes ses formes en développant de nouveaux modes d'interactions sociales.

Enfin, **la dimension spirituelle** renvoie à l'aspiration de chacun de s'inscrire dans une quête de sens dans la compréhension d'une réalité existentielle qui peut être saisie de divers points de vue. Sans forcément traduire un attachement religieux, elle exprime le besoin de tout être vivant de trouver des réponses face aux grandes interrogations de la mort et du sens de l'existence.

Ces cinq dimensions sont évidemment interdépendantes et s'influencent réciproquement. Elles sont perçues et intégrées de manière variable par chacun, mais nous croyons qu'elles sont toutes nécessaires à des degrés variables pour permettre d'entrevoir le vieillissement dans une perspective valorisante et humaine, sans occulter la vulnérabilité qui lui est constitutive.

4. Dérives, projections et limites de la conception du *bien vieillir*

a) Injonction sociétale et « tyrannie du *bien vieillir* »

Dans le concept du *bien vieillir* se cache le spectre d'une désillusion et d'une impuissance face à un tel diktat. Ainsi, proclamer le *bien vieillir* signifie qu'on peut mal vieillir, et parler de vieillissement réussi porte en soi la crainte que le vieillissement soit un échec plutôt qu'un succès. De la même manière, le fait que l'on ait besoin d'ajouter le substantif « bien » à « vieillir » pourrait signifier que la vieillesse est intrinsèquement négative. Cette vision fortement relayée par les médias pose les bases des dérives et des limites d'une conception idéaliste et restrictive du vieillissement, avec en toile de fond la peur de rater sa vieillesse, voire la peur de vieillir, tout simplement.

Par conséquent, « *le bien-être n'est pas seulement un but à atteindre pour l'individu. Sa recherche devient presque un devoir dans les recommandations nationales et internationales* » [54]. C'est ce que nous avons pu observer dans les textes de loi et les rapports nationaux et internationaux. C'est aussi ce qui est visible dans la presse et les médias contemporains, et ce que décrit également Rémi Lenoir : « *“Ne pas être une charge”, tel est, en résumé, le contenu de cette morale du renoncement que diffusent la plupart des manuels de “savoir vieillir” et les revues pour personnes âgées* » [28]. Les risques d'âgisme sont bien présents, et le besoin de définir la vieillesse « comme une nouvelle jeunesse », le « troisième âge » comme « l'âge des loisirs » et la « retraite » comme une « retraite active » est symptomatique de l'imaginaire négatif des sociétés contemporaines vis-à-vis du vieillissement.

b) Représentations négatives du corps vieillissant

La vision moderne du corps vieillissant souffre d'une dévalorisation conséquente de ses représentations. Comme le dit Jacqueline Trincas, « *le corps vieilli n'est pas seulement laid, c'est aussi un corps déchu, qui rend la vieillesse abjecte parce que, telle une machine usée qui ne répond plus, il impose à l'homme des limites ignorées dans sa jeunesse* » [12].

L'exigence au niveau physique est de conserver au maximum tous les attributs de la jeunesse, « *à savoir la beauté, la santé, la forme physique* ». L'important est de « *ne pas manifester trop de déchéances physiques, de ne pas être trop visible dans le paysage social si son corps ne correspond plus aux normes en vigueur* » [12]. Le

danger est de ne pas voir l'aspiration profonde d'immortalité, d'une part, dans la recherche d'une compensation de l'érosion des capacités physiques et psychologiques et, d'autre part, dans le refus de voir le temps laisser son empreinte sur le corps et l'être. Il transcrit aussi le besoin de contrôle de la personne sur son corps, qui représente l'interface entre l'étendue de la pensée et de la volonté humaine et la prégnance de la réalité du monde.

En résumé, le corps est l'un des symboles de l'action rédemptrice de la médecine face aux affres des effets du vieillissement. Le soignant se doit de prendre en compte cet imaginaire pour lui-même et pour les patients afin de construire une réponse lucide et cohérente, sans faire miroiter les prouesses d'une science qui serait toute-puissante dans son action sur le corps.

c) *Risque de standardisation*

Comme le dit S. Cavalli, « *les moments clés qui jalonnent les dernières phases de la vie font l'objet d'un travail multiple et complexe de codification : définition de la fragilité et de la dépendance du vieillard, identification des critères pour avoir recours à des aides à domicile ou entrer en établissement médico-social* » [52].

Pour appréhender le vieillissement de manière objective, les professionnels quel que soit leur domaine de compétence (professionnels de santé, du droit, de la politique, etc.) s'enjoignent à le modéliser et le faire rentrer dans des cadres académiques. Les critères d'évaluation du *bien vieillir* souffrent alors le risque d'en réduire la teneur à une simple liste de conditions à remplir afin d'accéder à des droits ou des revenus.

Par ailleurs, à force de proposer des définitions du *bien vieillir*, la tendance normative prend le dessus et peut s'ériger en dogmes pour décrire « la recette idéale » sur la façon de vivre cette période de la vie. Pour retranscrire le problème au champ médical, le patient et son médecin courent tous deux le risque de standardiser leur discours sur le vieillissement et, sous l'influence d'une idéologie réductrice de la médecine fondée sur les preuves, d'ériger des principes nécessaires et une ligne de conduite indispensable pour vieillir du mieux possible.

L'enjeu du discours du médecin est alors de progresser le long d'une ligne ténue entre communication sur l'intérêt des découvertes scientifiques et médicales pour le vieillissement individuel et une certaine retenue face à la tendance prescriptive et normative d'un vieillissement stéréotypé et formaté.

II. Le médecin généraliste, partenaire du *bien vieillir* ?

Dans cette deuxième partie, nous nous intéresserons plus particulièrement aux rôles et aux missions du médecin généraliste dans son rapport avec le patient vieillissant.

Les médecins traitants en tant que coordinateurs du parcours de soin et de santé de leurs patients sont au cœur de mutations sociétales majeures, le *bien vieillir* étant devenu une exigence citoyenne. Dans le panorama politique et sociétal, la question est de savoir comment les patients et les médecins généralistes répondent à ces exigences idéologiques d'un vieillissement sans incapacités, ni perte d'autonomie, c'est-à-dire d'un vieillissement sans vieillesse. Plus généralement, comment le médecin traitant accompagne-t-il son patient face aux défis du vieillissement ? Y a-t-il des attentes particulières de la part des *jeunes seniors* à l'encontre de leur médecin généraliste ? Si oui, dans quels domaines ?

Nous évoquerons premièrement **le cadre théorique et légal** dans lequel évolue le médecin généraliste dans son rapport avec les *jeunes seniors*, en mettant l'accent sur le rôle préventif défini dans les textes récents.

Puis, nous rappellerons **les rôles et les missions du médecin généraliste** dans le *bien vieillir* en pratique de consultation quotidienne, en ce qui concerne les dépistages pour les populations cibles des *jeunes seniors*, la promotion de la santé et la lutte contre les facteurs de risque.

Enfin, nous aborderons **la relation médecin-patient** dans l'information échangée et la communication lors des consultations.

A. Médecine générale, santé et vieillissement en France

Comme nous l'avons déjà mentionné, la population des retraités en France se retrouve confrontée à une situation discordante en termes d'espérance de vie. Alors que l'espérance de vie globale à partir de 65 ans des Français est la meilleure de toute l'Union Européenne, l'espérance de vie sans incapacité est beaucoup moins significative. Ainsi à 65 ans, un Français peut espérer vivre 8,8 années en bonne santé, soit exactement la moyenne des pays de l'OCDE, alors que des pays dont l'investissement dans la santé est moindre obtiennent de bien meilleurs résultats (9,2 années en Espagne ; 10,2 en Belgique ; et plus de 13 ans en Norvège et Belgique, source : *Panorama de la santé 2013*, OCDE) [58].

Bien qu'il faille considérer de nombreux facteurs, un bref aperçu montre que « *un tiers des décès prématurés sont potentiellement évitables par une réduction des comportements à risque* » [59] (tabagisme, alcoolisme, conduites à risque, maladies chroniques, etc.). Dans ce contexte, la France poursuit actuellement un vaste

programme de santé publique, dont nous rappelons ci-après les implications pour la médecine générale.

1. L'avènement de la prévention en médecine générale

D'après l'OMS, la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. La prévention « *peut être primaire (éviter l'apparition de maladies), secondaire (éviter la récurrence d'un accident vasculaire, d'une fracture, etc.) ou tertiaire (éviter l'aggravation)* » [60].

L'évolution des connaissances et des savoirs médicaux depuis le milieu du XX^e siècle a entraîné une réorientation des pratiques et des fonctionnements. De nos jours, le patient peut vivre avec une ou plusieurs maladies chroniques et ne pas se sentir « malade », de même que le motif de la consultation peut ne pas être la demande de guérison. Plus encore, le médecin traitant enjoint régulièrement ce dernier à pratiquer des examens ou des mesures hygiéno-diététiques alors même qu'il ne souffre d'aucun symptôme. Cette projection change le rapport à la santé et à la maladie et, par conséquent, la communication dans la relation médecin-patient. La médecine générale est devenue une médecine de l'anticipation basée sur des référentiels épidémiologiques, mais appliquée à des sujets précis. Cette position peut expliquer la complexité de la démarche de persuasion que s'efforce de trouver le médecin dans les échanges avec le patient. En ce sens, la médecine générale constitue le lieu privilégié du lien entre l'individuel et le collectif [61]. Le médecin généraliste est alors celui qui « *dans le colloque singulier traduit les recommandations collectives dans le langage de chacun* » [7].

Qui plus est, pour les *jeunes seniors* (65-75 ans), ce nouveau rapport au soin et au médical envahit de plus en plus le cadre de la médecine de soins primaires. De la découverte d'une maladie chronique avec l'introduction d'un nouveau traitement (HTA, diabète, dyslipidémie) ou la réalisation d'un rappel vaccinal ou antigrippal saisonnier, à la programmation d'une consultation « prévisionnelle » chez le cardiologue, **la pratique préventive est omniprésente**. Elle s'accompagne souvent aussi d'informations et d'échanges sur les comportements alimentaires et la lutte contre la sédentarité. C'est pourquoi, « *au-delà de l'appropriation de la dimension de santé publique dans leurs activités de prévention, c'est finalement d'une vue d'ensemble dont les médecins généralistes ont besoin afin de mieux intégrer et amplifier leur mission de prévention dans une logique collective* » [62].

Le médecin généraliste est aujourd'hui l'emblème et le promoteur principal de ces nouvelles pratiques. D'après la définition de la WONCA Europe en 2002, la médecine générale « *développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire* » et « *utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée* » [63]. Ainsi, la santé publique propulse-t-

elle la médecine générale comme « *spécialité au centre de laquelle se trouve la prévention ; elle investit le médecin d'un pouvoir éducatif et lui confère une certaine fonction morale* » [64].

La société française de santé publique (SFSP) argumente de son côté : « *Dans la perspective d'une politique ambitieuse de prévention telle que la dessine la loi de santé publique, les médecins généralistes occupent une place privilégiée dans le système de soins. En effet, ils représentent, aux yeux des usagers, une source crédible d'information, contrôlent l'accès aux examens cliniques (mammographie, dosages sanguins...) et aux traitements (anti- hypertenseurs...) et sont consultés chaque année par une grande partie de la population. Les mesures qu'ils mettent en œuvre peuvent donc avoir un impact important sur la santé publique* » [65].

2. Evolution législative récente de la prévention en médecine générale

De nombreuses réformes ont transformé le paysage de la médecine générale depuis plusieurs dizaines d'années. Nous rappellerons brièvement les quelques mesures phares instituant la place du médecin généraliste comme acteur principal et coordonnateur de soins du patient.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a introduit cinq plans nationaux concernant entre autre la lutte contre le cancer, la santé et l'environnement, la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Elle instaurait le développement de parcours de soins autour d'un médecin traitant, ayant pour mission d'orienter le patient dans le système de soins et de gérer son dossier médical. Elle prévoyait également des consultations de prévention aux différents âges de la vie, mais la mise en place concrète de ces mesures a été plus complexe et n'a pas abouti à des mesures concrètes. Plusieurs limites ont été mises en évidence, notamment le fait que ces consultations touchent majoritairement ceux qui consultent le plus, mais n'arrivent pas à atteindre ceux qui en auraient le plus besoin.

Quelques années plus tard, **la loi HPST** (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) vient préciser entre autre les missions du médecin généraliste dans les soins de premier recours. Promulguée le 21 juillet 2009, elle met l'accent sur le rôle de coordination du parcours de santé et son implication dans le champ de la prévention. Deux de ses mesures concernent directement le rôle préventif du médecin généraliste

10) « *contribuer à l'offre de soins ambulatoire en assurant pour les patients la prévention, le dépistage [...] ainsi que l'éducation pour la santé.*

11) *contribuer aux actions de prévention et de dépistage* » [66].

Toutes ces mesures ont pour but d'infléchir les comportements à risque en cause dans la morbidité prématurée française. Parallèlement, la lutte contre les inégalités de santé passe par une prévention ciblée des populations des plus marginalisées.

Mais qu'en est-il plus précisément de l'action du médecin généraliste dans l'accompagnement au *bien vieillir* des *jeunes seniors* ? Y a-t-il des particularités à prendre en compte ?

3. Quelles spécificités dans la prévention des *jeunes seniors* ?

L'âge apparaît comme un déterminant essentiel de l'inclusion dans un dispositif (campagnes d'information, consultations, actions de prévention conventionnelles) et les actions entreprises sont établies à des âges variables et basées sur un ou plusieurs risques de santé. Gilles Leboube, médecin conseil à la Direction régionale du service médical (Bourgogne, Franche-Comté) propose de cibler 3 classes d'âge dont « *les 70-75 ans avec les risques liés au grand âge et à la dépendance (chute, iatrogénie, ostéoporose, Alzheimer...)* ». De son côté, le professeur Bruno Vellas, coordonnateur au gérontopôle de Toulouse affirme qu'« *il est urgent de former les médecins généralistes à la détection de la fragilité à partir de 65 ans, pour éviter les hospitalisations et placements en institution qui interviendront, si rien n'est fait, quelques années plus tard* ». D'ailleurs, on peut être surpris que cette tranche de la population n'ait pas de champ médical préventif qui lui soit spécifiquement relié. A titre de comparaison, la période de l'enfance est couverte par la médecine scolaire et la vie active l'est par la médecine du travail.

Par ailleurs, la société française de santé publique proposait également en 2008 l'instauration d'une **consultation de prévention ou consultation de longévité** : « *La consultation de prévention est, sur le principe, fondamentalement différente d'une consultation traditionnelle : l'une est l'offre d'un bilan de synthèse axé sur les questions de prévention, l'autre répond à une demande d'un patient le plus souvent dans une logique de soins. Dans son pré-supposé, la consultation de prévention sous-entend que le repérage, le dépistage des facteurs de risque ou de certaines pathologies n'est pas actuellement suffisant et qu'il faut faire plus* » [61].

Le Plan *Bien vieillir* précise les objectifs de cette consultation au bénéfice des jeunes retraités. Elle est décrite de la manière suivante : « *Dans cette perspective, on visera à organiser la consultation médicale lors du départ en retraite. Elle a deux objectifs : dépister les facteurs de risques notamment cardiovasculaires, donner l'occasion d'une information sur les comportements favorables à un vieillissement réussi et, si la personne le souhaite, aménager un temps de parole pour faire le point sur les événements de sa vie* » [3]. Suite à l'évaluation du dispositif mis en place à Bordeaux, cette consultation a été jugée « *trop lourde et trop chronophage pour le médecin généraliste* ». Il faudra donc réajuster. « *Mais mieux vaut prendre son temps pour que ce soit une consultation opérationnelle* » ont jugé les experts, les Prs Françoise Forette, directrice de la Fondation nationale de gérontologie, et Claude Jeandel, du centre gérontologique de Montpellier.

Aujourd'hui, il n'existe aucun dispositif légal ou administratif sur le plan national permettant aux médecins généralistes d'accompagner de façon cohérente et construite les *jeunes seniors* de leur patientèle sur le long terme afin de les aider et de les soutenir dans les défis qu'ils rencontrent en vieillissant.

B. Les missions du médecin traitant

Selon le Haut Conseil de la Santé Publique, le médecin traitant « assure les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, etc.) et contribue à la promotion de la santé ». Appliqué à la population des *jeunes seniors*, la promotion de la santé passe par l'information sur le rôle primordial du médecin généraliste.

Le rapport sur le *bien vieillir* de l'Institut de Gérontologie Sociale mentionne qu'« afin de bien vieillir, il convient d'être régulièrement suivi par un médecin généraliste » [67], puis : « Un bilan de santé à renouveler une fois par an est primordial afin de prévenir tout ennui de santé, même si vous vous sentez en pleine forme » [67].

Ce rôle du médecin traitant est aussi l'objet des attentes des Français, selon lesquels les causes de préoccupations concernant le vieillissement sont en premier lieu le suivi de certaines maladies (94%), ensuite l'isolement social des seniors (89%) et ensuite les risques domestiques (86%) [16]. Les problèmes de prévention en matière de santé (mauvaise alimentation, sédentarité) se situent en quatrième position (81%). Il est important de noter que dans ce cas, l'avis des seniors et des aidants diffère peu de celui de l'ensemble de la population.

1. Suivi des maladies chroniques, prévention et lutte contre les facteurs de risque

a) Lutte contre la sédentarité et équilibre diététique

Devant les progrès de la médecine et les effets du vieillissement de la population, les maladies autrefois mortelles se sont progressivement transformées en maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, sida, etc.). L'activité de soins des médecins généralistes s'est en conséquence fortement concentrée sur la prise en charge des maladies chroniques, des déficiences, incapacités et handicaps [68]. Ainsi, la promotion des règles hygiéno-diététiques constitue un élément fondamental de la consultation du *jeune senior*.

Néanmoins, il est souvent difficile d'évaluer l'efficacité des conseils du généraliste sur les habitudes alimentaires et l'activité physique. J.-P. Génolini et *al.* soulignent le fait que « les conseils hygiéno-diététiques ont leur propre logique et constituent un domaine que les médecins investissent ou non comme sujet périphérique et autonome dans la relation de soin » [64]. D'ailleurs, les concordances médecin-patient sont fortes sur la consommation de tabac et d'alcool mais restent

faibles sur la nutrition, l'activité physique et la perte de poids [64]. En ce sens les médecins se montrent plus incertains et moins directifs en ce qui concerne les recommandations alimentaires et d'activité physique.

Pour compliquer le tout, la personnalité du médecin est également un critère prédictif de la propension à éduquer et encourager des comportements bénéfiques à la santé et au *bien vieillir*. Dans ce contexte de la promotion de l'activité physique chez les personnes âgées, P.-C. Hénaff-Pineau décrit trois figures qui dépendent en partie de l'implication et de l'intérêt des médecins à la pratique personnelle d'une activité physique et sportive, ainsi que de « *l'avancée en âge et l'expérience du praticien* » [8]. Cela révèle une discordance entre les injonctions médiatiques à pratiquer une activité physique et la persuasion dont le médecin fait preuve dans ses conseils en cette matière, qui dépendent de sa culture sportive et de son intérêt pour l'approche préventive.

b) Les vaccinations

A partir de 65 ans, la vaccination des principales valences, Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, est à nouveau recommandée à une fréquence plus importante, soit tous les 10 ans, contrairement aux tranches d'âge entre 25 et 65 ans, qui n'en bénéficient que tous les 20 ans.

Par ailleurs, au calendrier vaccinal des plus de 65 ans vient s'ajouter la vaccination antigrippale annuelle. L'avis du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) du 28 mars 2014 stipulait que « *du fait de l'immunosénescence, l'efficacité vaccinale sur la mortalité des personnes âgées de 65 ans et plus est moindre dans cette tranche d'âge* » mais que l'impact de la vaccination reste important. L'Institut de Veille Sanitaire estime à 9000 le nombre annuel de décès liés à la grippe chez les personnes âgées de 65 ans et plus et à 2000 le nombre annuel de décès évités par la vaccination. C'est pourquoi elle reste recommandée dans cette population malgré les nombreuses réticences et controverses à son égard.

2. Les dépistages organisés

La population des 65 à 75 ans est incluse dans l'ensemble des grands dépistages nationaux et ceux-ci sont systématiquement proposés via le médecin généraliste ou certains spécialistes. Nous évoquons ici les trois principaux, dont deux font partie des programmes nationaux de dépistage. Le troisième jouit encore d'une certaine actualité, malgré les controverses.

Nous laisserons de côté le dépistage du cancer du col qui s'arrête à l'âge de 64 ans et n'intéresse donc pas notre échantillon, et les dépistages spécifiques (cancer de la peau, cancer de la bouche) qui concernent des populations très ciblées.

a) *Le cancer colorectal*

Le test a pour but de dépister les polypes ou cancers débutants, asymptomatiques, car s'il est détecté et traité tôt, le cancer colorectal guérit dans 9 cas sur 10. Il est réalisé tous les 2 ans de 50 ans à 74 ans. Il consiste en une recherche de traces de sang humain dans un prélèvement de selles envoyé au laboratoire. Les patients sont invités par courrier à se rendre chez leur médecin traitant qui leur délivre le dispositif lors de la consultation. Le test est réalisé par le patient à son domicile et les résultats sont envoyés au médecin et au patient.

Le test n'est pas indiqué en cas d'antécédents personnels ou familiaux de polypes, cancer ou maladie colorectale et/ou en cas de troubles digestifs inhabituels et persistants, de douleurs abdominales ou de sang dans les selles.

Lorsque le test est positif, il est alors suivi d'une consultation spécialisée avec réalisation d'une coloscopie par le gastro-entérologue.

b) *Le cancer du sein*

Cet examen est destiné à dépister les cancers mammaires asymptomatiques, non palpables. Il est recommandé aux femmes entre 50 et 74 ans sans autre facteur de risque que l'âge. L'existence d'antécédent personnel ou familial de cancer du sein, d'irradiation thoracique, une prédisposition génétique ou un symptôme conduit à un dépistage différent.

Pour ces femmes, il s'agit de réaliser une mammographie, ou radiographie bilatérale des seins. Les patientes sont convoquées par courrier dans un cabinet de radiologie agréé pour y passer l'examen. L'interprétation radiologique permet de classer les images en 6 catégories selon le système BIRADS de l'American College of Radiology : de ACR 0 à ACR 5. Les résultats sont ensuite remis à la patiente et envoyés à son médecin traitant déclaré. Ainsi détectés, ce sont 9 cancers sur 10 qui guériront grâce aux traitements.

Il existe de nombreuses controverses à propos de ce dépistage, et notamment concernant les risques de surdiagnostic avec comme conséquences des traitements excessifs (chirurgie, radiothérapie), mais aussi par l'exposition à des rayons X qui pourraient eux-mêmes induire l'apparition de cancer du sein.

c) *Le cancer de la prostate*

Illustré par les résultats contradictoires entre deux études scientifiques majeures récentes (l'étude européenne ECRP et l'étude américaine PLCO) [69], le bénéfice du dépistage systématique du cancer de la prostate n'est à ce jour pas démontré. C'est pourquoi il ne s'agit pas à proprement parler d'un programme

national proposé de manière systématique. Néanmoins, il est encore fréquemment évoqué et/ou prescrit par les médecins et parfois réclamé par les patients.

En pratique, il s'agit du dosage du PSA (Prostate Specific Antigen) lors d'une prise de sang qui peut être réalisée en routine, demandée par le médecin traitant. Si le patient envisage de se faire dépister ou si le médecin le propose, il est important de disposer d'une information claire et globale sur les bénéfices et les inconvénients potentiels et sur leurs conséquences.

Le cas échéant, le dépistage est réalisé en général chez les patients entre 50 et 74 ans. Le médecin généraliste joue un rôle prépondérant dans la communication d'informations impartiales et équilibrées, puisque les décisions prises peuvent avoir des conséquences majeures sur la santé des sujets. Ainsi, sur le site de l'Institut National du Cancer, on retrouve l'intitulé suivant : « *Votre médecin est la personne la mieux formée pour répondre à toutes vos questions sur le dépistage du cancer de la prostate et vous aider dans votre réflexion. N'hésitez pas à en parler avec lui et avec votre entourage avant de prendre votre décision* ».

3. Autres dépistages et actions

Le médecin généraliste est également impliqué dans le dépistage d'autres pathologies : le cancer de la peau (carcinome baso-cellulaire, épidermoïde, ou mélanome), les cancers naso-oro-pharyngés et l'hygiène bucco-dentaire. Il est également impliqué dans la prévention du suicide. A titre d'exemple, concernant les syndromes anxio-dépressifs et autres troubles de l'humeur touchant le sujet âgé, on estime que « *75% des personnes âgées qui ont commis un suicide ont consulté le médecin traitant au cours du mois précédent, et 35% la semaine précédente* » [70].

C. Information et éducation du *jeune senior*

1. Information et communication patient-médecin traitant

De plus en plus, ce qui est demandé au médecin est de prédire l'avenir de son patient (on parle de « pronostic » et d'« information sur les risques encourus en cas de non-observance »). Aujourd'hui convaincre de l'utilité d'un traitement, de l'intérêt d'une vaccination, de la nécessité d'un changement des habitudes de vie et des comportements alimentaires est devenu le quotidien de la pratique médicale en soins primaires. Le médecin généraliste doit trouver les mots, expliquer en toute clarté, informer sans apeurer, convaincre sans forcer. Il passe inlassablement du général au particulier, des données statistiques au colloque singulier, des exigences de santé publiques aux préoccupations individuelles.

A l'instar de F. Piette, on peut qualifier l'approche médicale préventive de « *laborieuse* » car elle nécessite « *de la persuasion de la part du professionnel et de la volonté, de la compliance et de la persévérance de la part du patient pour modifier*

son comportement » [60]. « *Le travail entrepris par le médecin sur le changement comportemental est une “négociation” qui oscille entre le registre d’une médicalisation du style de vie et celui d’une communication ordinaire* » [64]. Le premier mode d’action du médecin traitant vis-à-vis de ses patients est la communication dans le cadre du colloque singulier.

De plus, les exigences vis-à-vis de la médecine ont changé : « *La société attend beaucoup de la science et souhaite en être bien informée. La révolution d’Internet, après celle de l’audio-visuel nous a submergés d’informations, mais ce trop-plein n’a pas pour autant fait disparaître l’énorme fossé qui existe entre le scientifique – ou le médecin - et le citoyen ou le politique* » [71].

Du fait de ces transformations idéologiques majeures et des exigences accrues, les médecins généralistes estiment que, parmi les échanges avec leurs interlocuteurs, la relation médecin-patient est « *la plus difficile à gérer, suivie par la relation avec l’assurance maladie* ». Les difficultés relationnelles apparaissent importantes pour les médecins libéraux, et de nos jours, c’est avec les patients qu’elles sont les plus prononcées (54% chez les généralistes) [72].

2. L’éducation du patient, une « spécialisation informelle »

L’éducation du patient est un des éléments centraux de la consultation en médecine générale. Elle a pour but de modifier les comportements, de renforcer l’autonomie de décision et de responsabilité des patients et de promouvoir la santé. Pour autant, elle reste très mal appréhendée, parfois considérée comme une activité périphérique du soin, parfois comme un temps spécifique et inclusif de la consultation. La représentation mentale collective de l’éducation à la prévention est chargée de préjugés et de dogmes hygiénistes qui sont des puissants freins à la conversion de ces principes en actions.

En effet, les écueils sont nombreux : le médecin se sent parfois pris en étau entre la transmission des informations à tendance normative que peuvent constituer les références des autorités de santé et autres recommandations scientifiques et l’adaptation aux réalités diverses des patients (socio-économique, familiale, etc.). Les préjugés et les idées reçues de la part des patients comme des médecins sont aussi de nature à limiter la confiance et les échanges réciproques. L’étude INTERMEDE montre à propos des modes d’agir ensemble et de l’éducation que les médecins ont l’habitude de distinguer deux catégories de patients « *ceux avec qui on peut faire* » et « *ceux avec qui on ne peut pas faire* » sur la base de critères subjectifs.

C’est pourquoi l’un des défis auquel le médecin traitant fait face consiste en un dépassement des préceptes moralisateurs et normatifs pour s’imprégner avant tout de la sensibilité et des schémas de pensée de son patient. Bien sûr, il s’agit d’un travail de longue haleine où la collaboration et l’échange réciproque sont au cœur de

la relation de soin, le médecin en offrant son écoute et son expérience, le patient sa sincérité. Bien souvent, les rapports hiérarchiques et asymétriques d'une médecine paternaliste sont peu compatibles avec le partenariat que nécessite l'approche éducative.

D'après J.-P. Génolini et *al.*, la réussite d'une approche éducative tire sa dynamique d'une communication partagée et d'expériences communes. A l'inverse, une communication trop rationnelle et basée sur un raisonnement médical formel conduit à une stigmatisation des conduites déviantes. Il poursuit : « *Les outils de mesure communs, comme la balance, décroissent les espaces et assurent la continuité des contrôles entre le cabinet médical et le domicile. Le médecin débride la relation, fait appel à la réflexivité du patient, l'invite à se regarder sous le jugement d'autrui, ou encore autorise l'inversion des rôles* » [64].

En résumé, l'éducation du patient semble être devenue l'apogée de l'art médical ; entre partage intimiste et provocation humoristique, l'objectif est d'instaurer un climat de confiance absolue. La communication s'inspire à la fois des vérités scientifiques fondamentales distillées à bon escient et également du témoignage d'une préoccupation sincère, ancrée dans une écoute et une compréhension empathique des réalités de vie du patient.

D. De la médecine préventive à la médecine prédictive : médecine P4 et médecine personnalisée

Comme nous l'avons dit, la médecine préventive s'est fixé pour objectif d'identifier les facteurs de risque de survenue des maladies et de réduire leur incidence par des comportements préventifs des individus, en agissant également sur leur environnement. Néanmoins, il n'existe aucun moyen d'agir préventivement sur le génome des personnes, alors que nous connaissons le rôle des gènes dans de nombreuses pathologies.

La médecine personnalisée ambitionne de franchir ce nouveau cap, c'est-à-dire « *d'adapter un traitement médical en fonction des caractéristiques individuelles du patient* ». Elle se base sur 4 caractéristiques ; c'est pourquoi certains auteurs comme Leroy Hood l'ont baptisée « **Médecine P4** » :

- *Une médecine prédictive* : chaque individu présente un risque différent de développer une maladie indépendamment du poids des facteurs environnementaux.
- *Une médecine préventive* : la prévention active du risque doit être développée.
- *Une médecine personnalisée* : ces approches doivent tenir compte des risques individuels. On parle alors d'approche ciblée.
- *Une médecine participative* : la participation des patients et/ou groupes de patients est indispensable à une prévention et un traitement efficace.

D'autres parlent de **Médecine P5**, en ajoutant la médecine fondée sur les preuves (*Evidence-based Medecine*). Selon le philosophe Paul-Loup Weil-Dubuc, le principe de la médecine prédictive est qu'elle « *entend révéler par la lecture des gènes d'un individu les "sur-risques" auxquels il se trouve exposé* ».

Si l'essor scientifique va dans le sens de cette médecine personnalisée et prédictive, il est fort à parier que de nouveaux questionnements éthiques et législatifs pourraient fortement bouleverser la teneur des échanges entre médecin et patient. Il semble que nous soyons déjà en mesure d'en apprécier certaines répercussions.

Voici un exemple dans le domaine de l'information médicale. Depuis 14 ans, la loi du 4 mars 2002 prévoit de nouvelles obligations en termes d'information du patient. A présent, c'est le médecin qui doit justifier de la communication sur les risques et bénéfices attendus d'un comportement ou d'un acte médical. Le but est de permettre au patient un choix éclairé et de prendre une décision réfléchie à la lumière des connaissances obtenues sur les bénéfices et les risques d'une intervention. Cela va même plus loin. En effet, auparavant l'information était circonscrite au diagnostic et au pronostic et aux risques inhérents à un traitement, un geste d'investigation ou de prévention ; l'article L.1111-2 de la loi du 4 mars 2002 a rendu obligatoire « *l'information en cas de nouveaux risques identifiés postérieurement à la réalisation d'un acte médical, risques inconnus et imprévisibles au moment de la décision médicale* » [73].

Déjà influencée par l'obligation de l'annonce des risques potentiellement graves et fréquents, l'information médicale pourrait devenir un acte prédictif et pronostique à part entière, ce qui laisse augurer de profonds changements dans le rapport du patient et du médecin à l'information. Le médecin est en passe de devenir une sorte de devin prédisant l'avenir de la santé et du bien-être de son patient sous obligation légale.

En résumé, dans cette introduction, nous avons voulu décrire le cadre théorique de cette recherche en mettant en évidence plusieurs dynamiques qui s'inscrivent dans une compréhension globale des sciences humaines et de la médecine. Il s'agissait également d'introduire et de familiariser le lecteur avec un certain nombre de concepts et de fondamentaux sur lesquels s'appuie cette recherche. Et aussi de rappeler l'implication et les rôles du médecin généraliste dans l'accompagnement des *jeunes seniors* qui font face aux défis du vieillissement.

Ainsi, l'entrée dans le troisième âge, à l'intervalle entre la vie professionnelle exigeante et chronophage et le grand âge, marqué par les représentations débilantes, est le terrain de nombreuses problématiques qui affectent le *jeune senior*. Le médecin se doit de les intégrer dans sa relation et sa communication avec le patient vieillissant.

De plus, les mutations de la médecine axée sur une conception préventive des soins et une approche holistique font la part belle à la médecine générale, renforcée par les décisions politiques et les programmes sanitaires et sociaux mis en place au cours des dernières décennies.

Entre l'exigence de la communication d'informations nécessaires à l'implication des patients *young olds* (ou *jeunes seniors*) et les stratégies de prévention des facteurs de risque, favorables au *bien vieillir*, se joue l'un des principaux changements de la médecine moderne en quête de nouvelles formes de pratiques et de relations entre médecin et patient.

Notre objectif sera de comprendre comment les *jeunes seniors* entre 65 et 75 ans perçoivent la vieillesse et le *bien vieillir* et comment le médecin généraliste accompagne son patient dans son vieillissement.

MATERIEL ET METHODE :

I. La population

A. Les *jeunes seniors* : une « *génération intervalle* »

Notre volonté de cibler une classe d'âge (65-75 ans), plutôt qu'une catégorie de malades, s'appuie sur notre expérience de médecin remplaçant ainsi que sur une recherche approfondie de la littérature. Cette décision peut paraître arbitraire, c'est pourquoi il nous semble important d'argumenter et d'explicitier ce choix.

1. Une situation ambivalente

La population française des 65-75 ans se trouve dans une situation ambivalente. Elle est marquée par un double mouvement.

Les générations entre 45 et 85 ans sont celles qui ont le plus **fort investissement** associatif et la participation la plus importante à la vie locale et du voisinage. Entre 65 et 75 ans, 43% des seniors adhèrent à une association (source : Insee - enquête Handicap-Santé, volet ménage 2008). Cette dynamique atteste d'une profonde aspiration à une vie active, en dépit de la retraite et des changements de mode de vie correspondants.

Mais les seniors de 65 à 75 ans commencent à expérimenter certaines **limitations, pertes de mobilité et d'autonomie**. Ainsi, les données statistiques des ressources en santé mettent en évidence un effet d'âge progressif avec un chiffre doublé de personnes attestant de limitations fonctionnelles passant de 14,7% à 28,7% entre 65-74 ans et 75-84 ans. De la même manière, 32% des personnes âgées de 55 à 65 ans décrivent une déficience motrice, alors que cela monte à 42,5% pour la classe d'âge supérieure qui nous intéresse (65-75 ans) soit près d'une personne sur deux (Insee – enquête Handicap-Santé, volet ménage 2008). On constate également des limitations fonctionnelles modérées en augmentation dans cette tranche d'âge.

En ce sens, la restriction d'activités amène à une réadaptation des comportements de la personne âgée et l'incite à s'entourer d'aides humaines. En témoigne la présence accrue de ces aides humaines (proches ou professionnelles) qui passe de 18,8% à 46,1% entre 65-74 ans et 75-84 ans. Cela s'applique également aux aides techniques ; l'utilisation d'une aide au déplacement et à la mobilité augmente d'un facteur 3,5 de 7% à 23,8% entre les mêmes catégories d'âge.

Il existe donc une situation paradoxale à cet âge : un élan de vitalité pousse le *jeune senior* à l'engagement et à la prise d'initiative (vie associative et politique riche,

environnement social étoffé), mais il prend également conscience d'une modification de l'état de sa santé et de la survenue de déficiences agrégées, principalement sur le plan de la motricité. Monique Haicault qualifie ces jeunes retraités de « *génération intervalle* », impossible à confondre avec la catégorie des « *personnes âgées* » [74]. C'est un des éléments principaux qui nous a encouragés à élaborer ce travail, afin de comprendre quelles sont les perceptions de la vieillesse du point de vue de ceux pour qui elle se fait connaître petit à petit.

2. La spécificité des consultations

Dans notre pratique de médecin remplaçant, nous avons réalisé que les consultations des jeunes retraités présentent un certain nombre de spécificités :

Tout d'abord, dans la majorité des cas, ces consultations se déroulent **en dehors de tout problème aigu**, à la faveur d'un renouvellement de traitement, d'un compte-rendu de spécialiste ou tout simplement d'une demande de « *check-up* » de la part du patient. D'ailleurs, les motifs de consultation sont souvent multiples et peuvent s'avérer difficiles à résoudre en une seule fois.

Deuxièmement, c'est **l'âge des principaux dépistages**, où il est de rigueur d'interroger le patient sur les facteurs de risque de cancers (colorectal, mammaire, prostatique, cutané, etc.) et les facteurs de risque cardio-vasculaire héréditaire et acquis (HTA, tabagisme, diabète, dyslipidémie).

Il s'agit également de la période optimale pour déceler et **lutter contre les inégalités de santé et la précarité** qui peuvent s'aggraver lors du passage à la retraite et **prévenir les difficultés ultérieures**. Il s'agit avant tout de « *repérer les personnes engagées dans un processus de fragilisation et qui nécessitent d'être aidées* » [75].

On peut résumer ces principes autour de 4 entités phares :

- les dépistages au sens large (cancer colorectal, cancer du sein, cancer de la prostate, troubles de l'humeur, fragilité, etc.),
- la vaccination antigrippale et conventionnelle (dTPCa),
- la promotion d'un équilibre nutritionnel et le maintien d'une activité physique avec des objectifs tels que la lutte contre l'obésité et la prévention du risque de chute, etc.,
- le suivi des maladies chroniques (bilan sanguin, consultations spécialisées, etc.) et l'observance des traitements médicamenteux.

En résumé, les seniors de la catégorie 65-75 ans, appelés *jeunes seniors* nous semblent constituer une tranche d'âge où se concentrent de nombreuses problématiques en lien avec des dynamiques psychologiques et sociétales, mais aussi dans leur rapport avec la santé et la médecine des soins primaires.

B. Choix de la population

Afin de constituer notre échantillon nous avons contacté 9 médecins généralistes de notre entourage par courrier électronique (cf. annexe 3). Parmi eux, cinq ont accepté de participer à notre étude. Les caractéristiques de ces médecins sont présentées dans le tableau de l'annexe 2. Pour deux d'entre eux, il s'agit en réalité d'une même patientèle : l'un des médecins vient de partir à la retraite et l'autre est son successeur dans le cabinet, après une collaboration de deux ans pour assurer une meilleure transition. Quant aux autres médecins, ils ont tous leur propre patientèle.

L'objectif était qu'ils proposent à un ou plusieurs de leurs patients entre 65 et 75 ans de participer à l'étude en acceptant un entretien réalisé par l'enquêteur à leur domicile. Le seul critère d'inclusion était **l'âge : avoir entre 65 et 75 ans**. Nous n'avons pas eu besoin d'adresser d'autres requêtes aux médecins, puisque la parité hommes-femmes et la répartition d'âge au sein de la tranche choisie ont été relativement équivalentes au long du recrutement. Néanmoins pour les derniers patients inclus, nous avons suggéré aux médecins d'autres critères (tels que l'anxiété perçue et les difficultés financières) afin d'obtenir une représentativité et une hétérogénéité des profils de patients. Les données ont été utilisées uniquement à but de recherche et dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat, et les participants en ont été informés. Par conséquent, il n'a pas été nécessaire de recourir à un comité d'éthique et de protection des patients.

C. Caractéristiques de la population cible

L'ensemble des caractéristiques de notre population de patients et de médecins est présenté respectivement dans les annexes 1 et 2.

Les entretiens ont été réalisés dans un premier temps avec les patients, puis à l'issue de ceux-ci, avec les médecins participant à l'étude. Il nous a paru intéressant d'interroger *le patient* sur ces représentations de la vieillesse et ses attentes à l'encontre du médecin généraliste, mais également de recueillir *le point de vue du médecin*, en permettant à celui-ci de réagir à certaines remarques des patients rapportées par l'enquêteur. Ceci avait pour but d'évaluer entre autres la convergence des attentes du patient à l'égard de son médecin traitant ainsi que les solutions et les remarques qu'y apporte ce dernier. Concernant la représentativité de l'échantillon, nous avons tenu à ce que les catégories présentes dans le questionnaire d'information soient les plus hétérogènes possibles.

II. Les entretiens

A. Constitution de la trame d'entretien

Au vu du faible taux de l'effectif, nous avons intégré les premiers entretiens dans le corpus, sans les considérer comme des tests validant l'élaboration du questionnaire. La trame d'entretien a été établie sur la base des recherches bibliographiques regroupant deux catégories de littérature.

Premièrement, **les articles issus des sciences humaines**, dont certains des auteurs notoires ont déjà produit de nombreuses références en ce qui concerne la perception de la vieillesse et du vieillissement. Les principaux domaines sont ici répertoriés et leurs auteurs majeurs ajoutés entre parenthèses : sociologie du vieillissement (C. Lalive d'Epinay, C. Trincas, V. Caradec, S. Clément, etc.), anthropologie de la relation médecin-malade (S. Fainzang), etc.

Le deuxième type de source bibliographique a été **les rapports statistiques** (INPES, INSEE, OCDE, etc.), **les enquêtes d'opinion et les documents à valeur légale** (rapports et projets de loi).

B. Les entretiens semi-directifs

Treize entretiens de patients ont eu lieu à leur domicile à compter du 18 décembre 2015 jusqu'au 22 mars 2016. Les patients étaient domiciliés en Alsace (Haut-Rhin) et en Lorraine (Moselle) Ils ont été suivis par les entretiens des cinq médecins participant à l'étude (deux installés dans le Haut-Rhin et trois installés en Moselle) entre le 25 avril et le 4 mai 2016. Les entretiens ont duré entre 40 minutes et 1h15. Ils étaient suivis d'un questionnaire biographique informatif et d'un questionnaire d'intolérance à l'incertitude, dont nous expliquons l'intérêt plus loin.

1. Les entretiens-patients

La trame des entretiens-patients est disponible dans l'annexe 4.

Les thèmes suivants ont guidé les entretiens :

- Qu'est-ce que signifie *bien vieillir* pour vous ?
- Comment vous sentez-vous actuellement dans votre santé ?
- Qu'attendez-vous de votre médecin traitant en termes de *bien vieillir* ?
- Que pensez-vous des dépistages (cancer colorectal, cancer mammaire, cancer de la prostate) et des mesures de soin proposées chez le médecin généraliste (vaccination antigrippale, traitement médicamenteux, etc.) ?
- Quels sont vos opinions et vos comportements en ce qui concernent les différents moyens de dépistages et de prévention qui vous sont proposés par votre médecin traitant ?
- Vous arrive-t-il de vous projeter dans l'avenir et comment vous voyez-vous évoluer ?

2. Les entretiens-médecins

La trame d'entretien-médecin est disponible en annexe 5. L'idée consistait à analyser le rapport médical au vieillissement des patients et de le mettre systématiquement en perspective avec l'apport potentiel ou réel du médecin généraliste. Les idées suivantes ont inspiré les entretiens :

- Combien représente en pourcentage dans votre patientèle la proportion de personnes âgées de 65 à 75 ans ?
- Est-ce une classe d'âge qui vous semble décisive sur le plan de la santé ?
- A votre avis, quelle est la place du médecin généraliste dans le bon vieillissement des patients ?
- Comment se déroule une consultation type avec un *jeune senior* (depuis la salle d'attente jusqu'à la prescription et/ou la fin de l'entretien) ?
- Comment communiquez-vous sur les principaux dépistages (cancer colorectal, cancer du sein, cancer de la prostate), la vaccination antigrippale et les facteurs de risque ?
- Quels sont vos outils pour motiver vos patients *jeunes seniors* à un changement comportemental (habitudes alimentaires, lutte contre la sédentarité) ?
- Comment introduisez-vous un nouveau traitement chez un *jeune senior* ?

3. L'Echelle d'Intolérance à l'Incertitude (EII)

L'Intolérance à l'Incertitude peut être définie *comme « la difficulté à accepter le fait qu'il n'est pas complètement impossible qu'un évènement négatif puisse se produire malgré sa faible probabilité »* [76]. Plus exactement, on peut considérer qu'il s'agit d'une tendance démesurée à considérer incertaine une situation stressante et contrariante. De plus, l'intolérance à l'incertitude amène à une incapacité d'agir lorsque les circonstances sont incertaines. C'est un concept utilisé dans la recherche en psychologie en association avec les troubles anxieux, mais c'est au niveau du vécu psychologique et de l'intégration personnelle de la notion de facteurs de risque que ce critère nous intéresse. Il a par exemple été utilisé pour mesurer le degré de détresse psychologique chez les patients ayant un test de prédisposition génétique au cancer du sein non concluant [77].

L'Echelle d'Intolérance à l'Incertitude (EII) (*cf.* Annexe 6) évalue « *les réactions émotionnelles, cognitives et comportementales face aux situations ambiguës, les implications du fait d'être incertain et les tentatives pour contrôler le futur* » [75]. Le score moyen de la population générale est de 44, celui des étudiants est estimé à 50 environ, alors que pour les personnes ayant un trouble anxieux généralisé, le score de l'EII est de 75 en moyenne. Ainsi, le fait de vieillir et de ne pas en saisir toutes les implications notamment sur le plan de la santé future, nous a semblé être un facteur à prendre en compte dans l'élaboration. Cependant, la limite de l'interprétabilité des scores repose sur l'hétérogénéité des profils et la compréhension

des énoncés de l'échelle. Au final, il s'agit plus de rechercher une tendance à s'inquiéter face à l'avenir, pouvant influencer la perception de la vieillesse, qu'une quantification prédictive d'une détresse psychologique future.

C. Méthodes d'analyse des entretiens

A l'issue de chaque entretien, une retranscription intégrale du corpus des entretiens a été faite par dactylographie à l'aide du logiciel Microsoft Word. L'analyse s'est ensuite faite en trois étapes.

Une première fondée sur une **lecture seule, globale et attentive** de l'ensemble du corpus.

La deuxième étape a consisté dans le **regroupement catégoriel et l'analyse thématique** des sujets abordés ainsi que la mise en commun des déclarations par concept. Pour cela, nous avons effectué une analyse lexicale transversale, pour chaque groupe, avec recherche des thèmes (occurrences) qui se dégagent en listant les verbatim (phrases ou expressions) utilisés par les patients et par les médecins grâce à Nvivo 9 (logiciel informatique d'analyse qualitative pour classer les données autour des thématiques de notre étude selon des catégories de codage). Ce logiciel propose un grand nombre d'outils d'analyse et possède un bon degré d'expertise et une puissance d'analyse significative ; il propose également une version d'essai de 15 jours, qui a été suffisante pour classer l'ensemble du corpus. Néanmoins nous n'avons pas pu l'utiliser dans tout son potentiel, notamment pour des raisons de temps et du nombre réduit d'entretiens.

La troisième phase consistait en un **regroupement plus spécifique des catégories d'encodage** en trois sections thématiques de résultats : perception de la vieillesse ; relation et communication médecin-senior ; prévention des facteurs de risque et dépistages.

D. Rédaction et présentation des résultats

Nous avons structuré la présentation des résultats des entretiens à partir de ces trois grands thèmes, divisés à leur tour en sous-thèmes sous forme arborescente. Ils sont présentés par des titres de niveaux hiérarchiques différents et sont illustrés par des fragments d'entretiens qui les ont motivés. Les résultats figurent sous forme de citations qui argumentent l'idée mentionnée dans le titre correspondant. A ce titre, il arrive qu'un extrait apparaisse plusieurs fois pour étayer différents sous-thèmes. Parfois une courte introduction permet de situer le contexte dans lequel s'inscrivent les citations. Certaines explications précisent ce qui a retenu notre attention dans les passages. Les verbatim des médecins et ceux des patients peuvent être intégrés communément dans une même catégorie.

RESULTATS :

I. Perception du vieillissement et du *bien vieillir*

A. Le processus de vieillissement

1. Le vieillissement comme expérience sensorielle

Avant d'être un mécanisme mental ou une construction sociale, le vieillissement est en premier lieu la perception de nouvelles sensations physiques manifestées de manière plus intense et/ou plus fréquente. Beaucoup de personnes décrivent la perception de leur vieillissement en se basant sur le ressenti soit de leur corps physique qui exprime des signes de faiblesse et d'inconfort, soit que les facultés mentales ne sont plus aussi performantes. C'est ce que nous pourrions appeler « le vieillissement ressenti ». C'est un processus qui se distingue clairement de la vieillesse en tant qu'état caractérisé. Ceci, d'autant que ça n'est pas parce qu'on ressent les effets du vieillissement sur le corps et le psychisme, qu'on se considère marqué par la vieillesse, et cette distinction joue un rôle majeur. L'expérience sensible de l'organisme vieillissant est décrit comme inconvenant, désagréable, à l'origine d'inconfort et de douleurs. Les patients la traduisent comme l'épuisement des différentes réserves du corps humain. C'est donc un ajout sensoriel qui traduit une perte, une carence fonctionnelle.

C'est ce que souligne un patient :

Patient 5 :

« je pense que arrivé à 65 ans, je vous dis, on commence à s'approcher du bout de la table, et que le corps ne réagit plus de la même manière ; y'a plus de jeune valve qui pousse et tout ça, y'a plus... le corps il commence à fatiguer tout doucement. »

Les patients l'expriment à différents niveaux :

a) Les organes des sens

Patient 12 : (au niveau de la vision)

« On sent aussi les signes de vieillissement, personnellement, je les ressens, j'ai l'impression que la vue n'est plus aussi perçante qu'avant, encore que j'ai jamais été un œil-de-lynx, mais disons, des fois, je suis obligé de me concentrer sur quelque chose pour bien voir l'image. »

Patient 12 : (au niveau buccal)

« Là où je remarque aussi c'est la qualité des dents, y'a des déchaussements qui se font à droite à gauche, personnellement, j'ai encore mes dents, j'ai pas

de prothèses dentaires, bon j'ai quelques pivots, mais je constate aussi que faut un suivi, faut être conscient de ça. »

b) L'appareil digestif, de l'œsophage au colon

Patient 7 :

« Avec les articulations, peut-être y'a aussi la digestion qui ne fonctionne plus tellement bien, ça dépend ce qu'on mange, je remarque qu'il y a quelque chose qui n'est plus comme c'était avant. »

Patient 9 :

« C'est surtout la nuit quand je suis allongé, et la nuit, j'ai plein d'acide dans la gorge. Ma gorge est desséchée comme du papier qui est grillé, alors c'est très, très désagréable. »

Patient 12 :

« Le fait que le soir, on fait plus attention à ce qu'on mange, on sait que la digestion va être plus difficile, je sais qu'un abus, ça veut dire que je vais me balader 5 minutes dans la maison, pour pouvoir me rendormir et encore ça se fait pas très rapidement. »

c) Les sensations vertigineuses

Patiente 4 :

« Bon avec l'âge, on a quand même des petites bricoles, le matin vous avez la tête qui tourne, qu'est-ce que j'ai, une heure après c'est passé. A 10 heures, ça me prend, des tournis des choses comme ça , mais bon, après, qu'est ce que vous voulez que je fasse ? »

Patient 5 :

« Maintenant, tout doucement on s'attrape des petits trucs, en ce moment, j'ai des étourdissements, je me lève du lit, tout d'un coup, je veux partir...pop, pop, pop ; donc j'ai fait un IRM, j'étais voir mon cardiologue, on ne voit rien, on trouve rien, mais je sais pas, je suis un peu... »

d) Les douleurs articulo-musculo-squelettiques

Patient 12 :

« Les petits bobos du jour, sur le moment, on sent qu'il y a une gêne un peu douloureuse, puis ça passe tout seul, le matin, le petit mal de dos, puis en fin de compte "tiens j'ai plus mal", on se rend compte que ça passe, des petits bobos comme ça , donc ça c'est dans le cadre du vieillissement de ce qu'on ressent. »

Patient 9 :

« Physiquement, j'ai un mal de dos épouvantable que j'avais pas à votre âge, et pis déjà depuis longtemps, mais maintenant ça prend des proportions qui me handicapent. »

Patiente 4 :

« Avec ma 2^e hernie discale, j'ai eu une paralysie de la jambe, toutes ces choses, ça me tracasse, mais sur le coup, et pis après, une fois que c'est passé, ça va. C'est ça qui m'inquiète le plus, la mécanique. »

Patient 5 :

« J'ai les muscles qui sont plus à la hauteur vu qu'ils n'ont plus l'entraînement qu'ils ont eu, l'autre fois, j'étais chez mon frère, faut faire un peu de plâtre, c'est mon métier ; mon vrai métier, c'est plâtrier ; j'en ai fait un peu, juste pour dire, un peu de pan de mur, le soir, j'avais mal partout, je dis à ma femme "j'ai l'impression que y a un camion qui m'a roulé sur le dos".»

Patient 7 :

« Depuis quelques temps maintenant, plus de 3 ans, je commence à avoir des problèmes d'articulations ; chuis assis quelque part, quand je me lève sur le coup, je prends d'abord un peu la hauteur pour dégager ce mal qui se monte sur l'instant.[...] Avant je ne connaissais pas, mais depuis environ 1 an, 1 an et demi, je remarque quand même que avec les articulations, ça ne fonctionne plus tellement bien comme avant. »

e) Les fonctions cognitives

Patient 9 :

« Là c'est devenu important, le vieillissement de l'esprit, oui, j'ai des problèmes avec ça , m'enfin je vous dis ça , j'ai des problèmes de mémoire qui sont quand même pas mal importants [...] Ma mémoire est mauvaise depuis tout le temps, mais maintenant ça s'accroît, c'est sûr. »

Patient 12 :

« Des fois, on a de plus en plus de mal à se rappeler de noms, circonstances, "tiens, celui-là, où est ce que je l'ai vu ?" »

f) Le système immunitaire

Patiente 4 :

« C'est le fait qu'on ait un corps moins batailleur, quand on est jeune, je trouve que tout se passe ; dès qu'on tombe malade, on voit tout de suite l'amélioration. Là on voit dit "t'as une sale tête, t'as l'air fatigué", vous dites

pas ça à un jeune. Un jeune qui est malade, on lui donne le même traitement que moi qui ait la même chose, vous voyez la différence, y'a pas photo. Un jeune qui est malade, il pète le feu 48 heures après. »

g) Le sommeil

Patiente 8 :

« Un assoupissement au volant ; ça se produit à nos âges, c'est pas un endormissement, mais c'est la même chose, ça s'est bien passé. J'ai cassé la voiture, y'a pas eu de blessés. »

Médecin 3 :

« Comme on dit bien vieillir, c'est plein de points ; donc effectivement, le sommeil, la prise de benzodiazépine, c'est quand même quelque chose qui est important dans cette tranche d'âge. »

2. Un nouveau rapport au corps

a) Fluctuations des performances et de l'inconfort

Patient 7 :

« ça c'est venu comme ça, au fil du temps, tout doucement ; un jour ça va peut-être un peu mieux et l'autre jour, je ressens de nouveau plus fort. »

Patiente 11 :

« A notre âge, on a quand même toujours des problèmes, un jour c'est ça , un jour c'est autre chose, y'a toujours quelque chose qui cloche. »

b) Se réapproprier son corps

Comme nous l'avons décrit, avec l'âge, l'organisme montre des signes de faiblesse, de par l'expression symptomatique de symptômes cliniques et d'une variabilité de l'état de forme à l'origine de discordances entre la volonté psychique et les capacités physiques. Le vieillissement implique un travail de réintégration des facultés physiques avec les nouvelles limites qui s'imposent. Il est question de reprendre conscience des signaux du corps en étant attentif au cadre dans lequel il évolue. Celui-ci se restreint certes, mais plus intéressant ici est le fait que c'est l'individu lui-même qui parfois choisit volontairement de se contenir dans ses efforts pour ne pas pousser l'organisme dans ses retranchements par la crainte d'un retentissement secondaire. C'est l'expérience que décrit le patient suivant :

Patient 12 :

« Point de vue physiquement, je jardine un peu ; bon quand j'ai jardiné une heure, j'arrête ; je fais partie d'un club de randonneur, maintenant, quand je tourne autour de 8-10 km et ça me suffit largement, alors que d'habitude, la

randonnée prévue dans le groupe, c'était le double. [...] Je limite maintenant, et quand on présente une marche, si le dénivelé est trop important, j'y vais pas, parce que je sais que le lendemain, le surlendemain, j'aurai du mal à récupérer tout ça. »

c) Une hygiène de vie volontaire

La prise de conscience et l'écoute apportées aux signaux de l'organisme sont de véritables éléments déclencheurs de modification des habitudes de vie. Ces transformations sont à l'initiative du patient le plus souvent. Cela peut constituer pour le médecin un tremplin pour permettre à son patient d'être un acteur volontairement engagé dans des changements d'habitudes de vie, dont il devient le premier bénéficiaire.

Patient 7 :

« Maintenant je fais attention à ce que je mange. [...] Surtout si on quitte la maison, si on part quelque part, et qu'il y a ces ballonnements, on ne peut pas le libérer comme on veut. C'est gênant, donc là on fait attention par exemple. Ce sont des petites choses... »

Certains patients comprennent leur santé comme un équilibre précaire pouvant être remis en cause par n'importe quel acte invasif ; l'exemple de la vaccination est ici identifiable :

Patiente 4 :

« et c'est un peu pour ça que j'ai du mal à vouloir m'inoculer des choses, j'ai tellement peur que ça donne un coup de pied dans une fourmilière quelque part que je dis "reste comme ça t'es bien" ».

d) Intolérance de l'incertitude et de l'inconnu

Suite à un développement considérable depuis plus d'un siècle, la médecine a offert comme imaginaire aux individus l'éventualité d'une connaissance scientifique absolue. La performance des technologies d'imagerie et thérapeutiques modernes serait telle que ces dernières pourraient expliquer tous les phénomènes et soubresauts du corps humain. Cela occasionne des incompréhensions de la part des patients concernant les symptômes pour lesquels on tarde à donner un nom ou un diagnostic.

Concernant des sensations vertigineuses

Patient 5 :

« Le fait que la tête qui tourne, ils savaient pas d'où ça venait donc on a fait le cardiologue, on a fait l'IRM, on a rien vu, donc c'est pas ça . Donc à un moment, je me dis "c'est peut-être moi, dans ma tête" (rires) je rigole. [...] Je sais pas ; je dis toujours "c'est pas possible, ça doit venir de quelque chose

ou alors je deviens cinglé” que la tête tourne comme ça , il doit bien y avoir quelque chose, parce que cervical, j’étais voir l’ostéo, il m’a fait une petite séance, il m’a dit ça devrait aller, mais bon c’est toujours là. »

Concernant des sensations de palpitations :

Patient 7 :

*« De temps en temps, j’ai des arythmies et je ne sais pas pour quelles raisons maintenant, ça c’est depuis 3-4 semaines, j’ai ressenti ça souvent dans la journée, même la nuit, Dr C. m’avait prescrit ce contrôle de mon sang et puis y’avait rien, toutes les données sont parfaites donc y’a pas de problèmes. Et en même temps, elle m’avait prescrit un contrôle chez le Dr W. le cardiologue à S. et là c’est parfait aussi. Alors il m’a mis un appareil pour 24 heures, pour enregistrer le rythme. [...] il m’a posé l’appareil et c’était fini, j’ai plus rien ressenti et depuis c’est bon, je ressens plus rien. **Alors dites-moi ce que c’est ? Si c’est psychologique ou quoi,** je ne sais pas [...] Oui, maintenant je ne sais pas si c’est peut-être le contact avec cet appareil qui m’a provoqué cette normalisation, je ne sais pas »*

e) Prise de conscience du risque, d’une forme de fragilité

Tous les phénomènes de sénescence de l’organisme éveillent dans l’esprit des jeunes seniors une prise en considération d’une forme de fragilité du corps en lien avec un risque accru.

Patient 5 :

« Mais on a quand même plus de risque d’attraper quelque chose que un plus jeune, c’est vrai que y’a des jeunes qui attrapent le cancer, mais nous, en vieillissant, on a plus de risques que les plus jeunes, on rentre quand même dans les moments où faut quand même penser à se soigner un peu plus, faire un peu plus attention. »

Patiente 11 :

« Mettons quand on descend les escaliers, on se cramponne, parce qu’on a peur de tomber, non, mais c’est vrai. (A son mari qui tente de réagir) Il demande si on est plus prudent.[...] en matière de prudence, dans mes douches, j’ai mis des barres de maintien pour éviter de glisser »

3. Relativisation des expériences du vieillissement face à la maladie

Les jeunes seniors interrogés distinguent clairement les expériences en lien avec le vieillissement de celle de l’ordre de la maladie. Mais les nuances entre ces deux situations (vieillissement normal et vieillissement pathologique) s’appuient sur des critères plus subjectifs : *l’absence de conséquences en termes de qualité de vie*

(contraintes physiques ou thérapeutiques) et du vécu psychologique face à la gravité du pronostic (anxiété et désespoir). Le réflexe est alors de relativiser leur état en comparaison avec d'autres situations plus graves.

Patiente 4 :

*« y'a une perte, ben au niveau de notre état, on voit bien qu'on diminue physiquement, on diminue, on a des choses qu'on fait, qu'on n'arrive plus ou moins à faire, on arrive un peu moins à se baisser, on a plein de petits trucs, tiens, le matin en se levant, j'ai mal là, qu'est-ce que c'est que ce truc là ? C'est tout ces petits choses...**Tant que c'est quand des petits choses comme ça, c'est pas gênant.** »*

Patient 5 :

*« Moi je suis bien dans ma peau, des fois je souffle quand je fais des mouvements, je me dis "quand même, y'a des moments, tu pousse un peu" mais **je serre les dents, faut aller de l'avant**, Vu qu'on a toujours été obligé d'être comme ça. »*

Patient 2 :

« C'est pas des gros problèmes, c'est pas un cancer, c'est pas...; une éviscération, ça s'opère. Ceux qui ont de cancers, c'est pas...; je préfère être dans ma peau que dans celle de celui qui a un cancer. »

Patient 7 :

« Oui, si on n'est pas malade, je parle d'une maladie grave, alors à ce moment-là, ces petits bouts que je vous ai dits ça me dérange sur le coup, mais ça me travaille pas. »

4. Un sentiment de sévérité des pathologies accentué avec le vieillissement

Patiente 4 :

*« je trouve que **en vieillissant, quand on a un truc, c'est toujours plus grave que ce que c'était quand on était jeune.** Un petit bouton, c'est rien du tout ; Puis quand on vieillit, ah c'est un furoncle. Tac ! C'est pour vous dire un peu, moi j'ai l'impression que les choses sont décuplées quand on vieillit ; Dès qu'on a mal quelque part, c'est tout de suite, long à guérir, alors que quand on est jeune, ça va quand même trois fois plus vite. »*

Le patient s'explique l'accentuation des phénomènes pathologiques en lien avec le vieillissement de diverses manières : par la réduction des défenses de l'organisme, par des affections masquées et par des excès.

(1) En lien avec la réduction des défenses de l'organisme

Patiente 13 :

« Parce que les petits bobos, ça peut être quelque chose de plus grave. Avec l'âge, quand même »

Patient 5 :

« C'est vrai qu'on a une épée de Damoclès au-dessus de la tête, en vieillissant, on risque quand même plus que quand on est plus jeune. [...] Parce que je pense que en vieillissant, le corps n'est plus aussi vigoureux que quand on était plus jeune, parce que dans le temps, moi je serais parti travailler, grippe ou pas grippe »

(2) Par des affections masquées

Patiente 6 :

« je me plains que j'ai mal au dos, on me donne les anti-inflammatoires et on me dit "c'est la vieillesse" et pourtant c'était la maladie donc j'ai traîné ça pendant longtemps au pays ; on n'a pas vu la maladie. »

(3) Par des écarts moins bien supportés

Patient 7 :

« aujourd'hui moins mais dans le temps y'avait pas mal d'alcool qui passait donc quand on est jeune, on arrive à digérer y'a pas de problème, l'alcool fort quand on avait des amis, invités, on picolait ; aujourd'hui, c'est plus le cas. »

5. Dissociation entre les facultés physiques et les facultés mentales

Les patients décrivent une discordance entre, d'une part, les facultés de projection du désir d'action et, d'autre part, les capacités physiques.

Patient 9 :

« Y'a le vieillissement, y'en a deux, le vieillissement corporel et l'autre qui existe dans la tête, bon alors le vieillissement...du corps, chais pas comment dire, à l'époque c'était un peu négligeable. Là c'est devenu important, le vieillissement de l'esprit »

Patient 5 :

« On est encore un peu vigoureux, un peu, on a l'impression, et dans la tête oui. [...] Pour nous, l'impression elle est là ; on est vigoureux, mais bon le corps après, vu qu'il n'est plus jeune comme on dit, vu qu'il a perdu un peu de sa puissance et tout, je sais pas si après, ça doit... [...] Ah non, non, moi

comme je vous dis, dans ma tête. J'ai 20 vingt. Mais le corps des fois ne suis plus, on s'essouffle. »

Patiente 6 :

« le cœur reste... le cœur a envie de faire, mais le corps, ça ne tient plus. »

Patient 7 :

« Oui, je pense que c'est des signes de la vieillesse. Le corps il a quand même plus de 70 ans, donc y'a quand même des petites défaillances qui se montrent avec le temps. »

Patiente 8 :

« Vous me direz maintenant à notre âge, on est quand même...on se dit "on est tranquille" il nous faut du repos quand même, il faut quand même qu'on soit un peu soulagé. »

6. Les répercussions du vieillissement sur le plan psychologique

a) Découverte de nouvelles situations d'inquiétude et de préoccupation

Patient 12 :

« Disons que on passe par une période où on se fait du souci et puis ça va mieux, et après, le moment où faut aller à l'hôpital, on y va, faut faire les papiers, faut...On a passé le pic "souci", mais il existe. »

Patiente 5 :

« Elles (mes filles) me comprennent, oui. Elles se mettent à ma place, mais quand même c'est énervant, ou bien on cause "parle pas si fort". [...] Oui, on est vexé. On se vexe quand même. »

b) Symptômes à l'origine de frustration, de culpabilité vis-à-vis de soi et de son conjoint

Patiente 8 :

« Ah oui, c'est vraiment un handicap. Puis, on est gêné, on est gêné par le fait mettons qu'on soit à table, "hein, qu'est-ce que tu dis ?" quand on parle à quelqu'un "qu'est-ce que tu dis ?" ou bien on tend l'oreille, c'est gênant ; faire des grands repas. »

Patient 9 :

« Parce que je me trouve un peu stupide de voir... "ah il faut que je réfléchisse", alors que ça devrait couler de source. »

Patiente 13 :

« l'ORL m'a dit aussi que mes problèmes de vertiges, tout ça, ça pouvait provenir d'une fatigue, ou du stress. Alors j'essaie de ne pas stresser, alors c'est sûr que ça, c'est mon problème, je peux faire beaucoup de choses, mais si je dois stresser, je suis perdue. Je ne supporte pas. »

Patiente 11 :

« y'a des moments où il (mon mari) arrive pas bien à parler, ou bien des fois il cherche, il sait plus.[...] Ben c'est pas toujours facile. Il faut dire aussi que j'ai pas toujours la patience, je reconnais. »

c) Perte du sentiment de valorisation et d'utilité pouvant aller jusqu'à une remise en question existentielle du sens de la vie

Patient 9 :

« Y'a quand même quelque chose psychologiquement dans la tête, si du jour au lendemain, je suis là en train de travailler à mon école et là je suis chez moi, j'ai pas changé de... statut ; mais dans la tête y'a quand même un effet, c'est sûr que y'a... je pense que beaucoup de gens accuse le coup, sans s'inquiéter, s'ils sont en bonne santé, ils s'inquiètent pas. Si ils sont en mauvaise santé,... (silence). C'est lié à l'activité professionnelle dans une certaine mesure. »

Patiente 8 :

« Que chuis plus utile, finalement. [...] Plus du tout utile. [...] Ben vu que j'entends pas bien, je me suis dit "qu'est-ce que je fais sur terre ?" »

d) Crainte de vieillir avec des préoccupations par rapport à l'avenir, qu'elles soient d'ordre humaine, relationnelle, thérapeutique ou financière :

Les patients expriment plusieurs craintes qui renvoient à leur capacité à envisager le futur. Cette inquiétude face à l'avenir est mêlée d'un sentiment de satisfaction et de relativisation de la période de vieillesse actuelle.

Patiente 11 :

« Après, on a l'impression, on se dit "c'est ce que je ressens aussi, c'est ce que j'ai". Elle (une amie), elle se mettait toujours des idées en tête. Elle dit "j'ai ça, j'ai ça, ils ont parlé de ça, c'est ce que j'ai" ; moi c'est pas pour ça , mais je regarde pas le programme et l'autre fois, je sais plus ce qu'il y avait, j'ai dit "non, je vais pas regarder", j'ai pas fait attention, mais j'aurais pas regardé quand même. Parce que des fois, moins on en sait, [...] Mieux c'est !»

Patient 12 :

« Aussi bien avec l'entourage tout ça, parce que... les rapports avec l'entourage sont plus difficiles à partir du moment où vous êtes plus... ils savent que vous êtes malades, vous êtes plus quelqu'un de gai. (...) ça peut être comme dans toutes les familles, y'a des fois, y'a un décès qui est subi, très rapide, je parle même pas de l'accident, et pis y'a des fois, ça traîne un peu en longueur, c'est pénible aussi de rendre visite à quelqu'un à l'hôpital tous les jours pendant longtemps. »

Patiente 13 :

Sur le plan de la santé :

« Bon les médecins je sais, ils sont pas tellement T. (hypnotique type benzodiazépine), mais je préfère continuer de prendre ça et partir plus vite, parce que je ne pourrais pas ; je ne pourrais pas vivre sans. »

Sur le plan financier :

« Ben de toute façon, faudra aussi payer la maison de retraite, et c'est pas donné, et je ne voudrais pas que mon fils soit obligé de payer. [...] C'est pour ça que maintenant je me sens mieux, parce que je me faisais beaucoup de soucis financièrement. »

B. Confrontation et comparaison dans la vieillesse

Les *jeunes seniors* expérimentent et décrivent une confrontation aux exigences de similitudes sociales, qui mène à une évaluation comparative de leur situation et de leur génération. Les considérations liées à l'âge dépendent du référentiel où on se place. Ainsi, plusieurs d'entre eux utilisent des échelles de comparaison multiples pour estimer le degré de vieillesse et de sénilité. Les risques sont estimés au regard de la comparaison avec plusieurs standards légitimés par l'individu. Nous avons observé dans notre étude que ces comparaisons se font dans le cadre de trois dimensions :

- La première dimension dite généalogique fait référence à la comparaison aux générations antérieures.
- La deuxième dimension se base sur des normes supposées standardisées, soit statistique, soit symbolique, et sur lesquelles l'individu évalue son âge et son état de santé.
- La troisième dimension de comparaison est interindividuelle et consiste à évaluer ses critères d'âge et ses conditions de santé par rapport à ceux des membres de sa famille, quel que soit le degré de filiation, à des proches et des fréquentations.

1. Comparaison avec les générations antérieures

Patient 3 :

« J'ai en mémoire que quand j'avais 10 ans, quelqu'un de 60 ans, c'était quelqu'un de vieux. Aujourd'hui, j'en ai 69 et dans ma tête, chuis pas vieux. »

Patiente 4 :

« moi je sais que mes grands-parents à 57 ans, ils sont décédés. Pour moi ils faisaient déjà âgés. Maintenant avec le recul, je me disais ils étaient pas comme moi. Moi j'en ai 65. J'ai l'impression d'être 100 fois plus jeune qu'eux. »

Patient 7 :

« j'ai perdu mon grand-père il avait je crois 57, donc... Quand j'étais enfant, je me disais "tiens il était âgé"; 57, c'était pour moi, un personnage âgé mais aujourd'hui à 73, 72 maintenant, non, non, je suis toujours encore le même, comme y'a 30 ans. »

Patiente 8 :

« Non, ils (mes parents) ont bien travaillé, ils ont vécu 93 ans, tous les deux. Rendez compte ! Ils ont vécu 92 ans 11 mois et 15 jours, et l'autre 92 ans 11 mois et 16 jours, je sais plus lequel, avec 5 ans de différence. Alors c'est quand même un peu extraordinaire. »

Patient 9 :

« C'est un autre vieillissement, avant c'était un vieillissement très physique parce qu'ils ont tous travaillé comme des dingues, les vieux, et cette année, c'est maintenant le vieillissement, y'a plus beaucoup de contraintes physiques, et donc le vieillissement si on vieillit bien ou mal c'est plus dans la tête que dans son dos [...] Y'a le vieillissement, y' en a deux, le vieillissement corporel et l'autre qui existe dans la tête, bon alors le vieillissement... du corps, chais pas comment dire, à l'époque c'était un peu négligeable ; là c'est devenu important, le vieillissement de l'esprit »

Patiente 11 :

« Ben moi je trouve que c'est jeune, 72 ans, dans le temps, on disait que à 70 ans, c'était déjà âgé, maintenant c'est plus âgé, 72 ans »

2. Comparaison standardisée à partir de références communes

a) Comparaison à partir de références statistiques

Patiente 4 :

« Mais bon, 65, moyenne d'âge c'est 75. Alors il reste une dizaine. »

Patient 5 :

« Parce que quand je regarde la moyenne d'âge, 65, on se dit j'ai encore une dizaine d'années, mais après, c'est le grand vide, est-ce qu'on ira plus loin ? »

b) Comparaison à partir de références symboliques

Patient 9 :

« J'ai pas vu le temps passer, parce que j'étais toujours pris, tout le temps, tout le temps par ma maison. Les autres gens qui vivent, qui voyagent beaucoup, je sais pas comment se passe leur retraite à eux ; il y a sûrement les deux [...] j'avais pas ça quand j'étais plus jeune. Oh ça c'est l'âge, je ne vais pas me plaindre, y'en a qui sont bien plus embêtés que ça. »

Patiente 8 :

« Après tout, oui, parce que après tout, pourquoi on serait pas suivi (sur le plan médical), quand on voit des personnes qui vivent jusque 100 ans ? »

Patiente 8 :

« y'en a que c'est plus grave que moi. J'ai rien par rapport à certaines personnes que je connais. »

Patient 12 :

« Vous savez quand je discute avec les gens de mon âge, ben c'est presque courant ; j'ai pas l'impression d'être une exception. »

Patient 9 :

« j'ai pas un immense regret si vous voulez, mais j'en ai un quand même, j'aurai pu choisir un autre mode de vie ; y'a des gens qui ont mon âge et qui ont choisi de partir en vacances au bout du monde, souvent j'aurais pu le faire, et j'ai pas le punch pour le faire... »

Patiente 8 :

« (y'en a) qui sont plus arrangés que moi ; par rapport à eux, à elles, c'est quand même ; je peux être fier de moi. [...] De ma santé au moins. »

Patient 9 :

« Au point de vue santé. Y'en a d'autres qui sont pires que moi. »

Patiente 1 :

« Oui, ça pourrait arriver, que j'aie une maladie. Pourquoi chez les autres et pas chez soi ? »

3. Comparaison avec l'entourage

a) Pathologies chez les proches :

Patiente 10 :

« Mon patron et sa femme, tous les deux, c'est curieux, ils sont morts du cancer du pancréas, et la fille est médecin à M. (ville) [...] ça j'ai toujours eu

peur du cancer du pancréas ; je me trouvais jaune, combien de fois je me suis trouvé jaune, ça , j'ai eu peur de ça . Je me dis "oh là là" ça, ça fait peur. »

Patient 5 :

*« de temps en temps, on entend, "tiens, une histoire de prostate, une histoire de..." ; j'ai fait un petit cancer, des trucs, on m'a enlevé des polypes, donc, on se dit "tiens", on se dit toujours "les autres oui, moi peut-être", le peut-être peut arriver. [...] ça a commencé tout doucement, parce qu'on entend un, on entend l'autre, j'ai **un bon copain**, une histoire de prostate, c'est arrivé chez le copain, ça peut arriver chez soi aussi. Faut quand même penser à vérifier. [...] Tout doucement, on se dit "ah, c'est souvent chez le voisin, mais des fois, ça arrive chez soi". »*

Patiente 1 :

*« **Notre entourage**, y'a des gens qui sont bien malades ; Nous pour l'instant, touchons du bois... [...] dans nos alentours, cancer du sein, on en a déjà vu pas mal. [...] vu que mon taux de cholestérol est descendu, j'ai dit : "faudrait peut-être lui poser la question, savoir si... parce que **ma sœur** est dans le même cas, alors elle m'a dit : "moi de toute façon, je les prends plus les médicaments". »*

Patient 2 :

*« je préfère être dans ma peau que dans celle de celui qui a un cancer. [...] ça dépend quel cancer, on a eu **notre beau-frère** qui est mort d'un cancer du pancréas, le voir comme ça souffrir, autant partir tout de suite. »*

Patient 3 :

*« que **j'ai un copain** qui a fait un AVC et maintenant il met l'appareil, et comme je sais qu'on peut faire des AVC suite à l'apnée du sommeil, là, j'ai pris conscience. »*

b) Bonne santé chez les proches

De savoir que d'autres personnes dans l'entourage, dans la majorité des cas, des membres de la famille se portent bien fait présager d'un vieillissement favorable.

Patiente 11 :

*« C'est vrai, maintenant beaucoup de personnes qu'on connaît qui ont beaucoup plus de... **la belle-mère de notre fille** va avoir 90 ans, y'a beaucoup de personnes qu'on connaît qui ont 90 ans ils sont encore bien, enfin, bien, relativement bien, on avait **une tante** qui a eu 100 l'année dernière. [...] Oui, puis elle est bien encore, vu son âge, je trouve qu'elle est encore bien, alors 72 ans, je trouve que c'est jeune. »*

Patiente 1 :

*« Non, on est quand même pas vieux à un point, on a un âge avancé déjà,... enfin peut-être pas avancé tant que ça... bon **la grand-mère** elle a 89 ans. On n'y est pas encore ; on n'y sera peut-être pas, on n'y arrivera peut-être pas. »*

Patiente 4 :

*« Si on doit être **comme maman et ma belle-mère**, bon à 86 ans, on pourra encore faire quelque chose dans une maison adaptée pour moi, le plus tard possible. »*

Patient 7 :

*« J'ai **deux frères**, qui étaient plus âgés que moi et là, j'ai vu que quand ils sont arrivés vers 80, que ça commençait à... qu'il ont commencé à souffrir, parce que l'un de mes frères avait un problème cardiaque et le 2^e justement vers 80, il a aussi eu des problèmes là. Ils sont décédés entretemps et c'est là que je me dis "tiens, si ça va une fois vers cet âge-là, ça devrait commencer quand même à fléchir". »*

Les *jeunes seniors* vivent une nouvelle vie où le contact et les échanges avec le domaine médical deviennent de plus en plus communs. Une personne âgée ne verra pas d'inconvénients à fréquenter le milieu médical, d'autant qu'elle se rendra compte que son voisin ou les personnes de la même classe d'âge ont cette même propension. Elle en fera parfois même un critère et un élément référentiel pour évaluer son état de santé.

Un médecin explicite cette notion en rapportant l'importance d'une étape telle que la visite chez le cardiologue. Cet événement est presque identifié comme étant spécifique de la période de vie des *jeunes seniors*.

Médecin 4 :

*« C'est surtout le cardiologue, les autres spécialistes, ils s'interrogent pas trop, mais le cardiologue, c'est important parce que c'est le cœur quand même. ça a l'air d'être important, puis **le voisin, il y va tous les ans**, alors... »*

4. L'âge change le regard des autres

Parce que le vieillissement affecte l'aspect physique, l'image d'une personne porte en elle la marque de son appartenance à un groupe socio-générationnel. Dans ce contexte, il est intéressant de noter que l'identification des *jeunes seniors* au groupe des personnes âgées marque un décalage, en ce sens que les images habituelles de la vieillesse ne coïncident pas avec la perception de ces personnes et leur vécu de la vieillesse. C'est ce que traduisent les extraits suivants :

Patiente 10 :

« j'ai pas l'impression, je me dis quand on me regarde, j'ai pas l'impression qu'on regarde une vieille, j'ai pas l'impression de ça , alors que je le suis, je sais bien, mais ça me dérange pas, je m'en fous, ça m'est un peu égal. Non, ça me dérange pas qu'on me regarde comme une vieillie. »

Patient 12 :

« Et puis y'a un peu le regard des autres aussi [...] Ah oui, pas forcément péjoratif, un peu taquin des fois, bon même entre gens du même âge. [...] Aussi bien avec l'entourage tout ça, parce que... les rapports avec l'entourage sont plus difficiles à partir du moment où vous êtes plus..., ils savent que vous êtes malades, vous êtes plus quelqu'un de gai »

5. Le vieillissement et le genre

Pour finir cette partie sur la comparaison dans le vieillissement, nous relevons certains propos qui nous ont été communiqués au sujet de la différence de vieillir entre les hommes et les femmes. Ceux-ci ne sont issus que d'entretiens avec des femmes, donc il est difficile d'en tirer de quelconques conclusions. Cependant, il nous a paru intéressant de les faire figurer dans les résultats dans la mesure où ils peuvent apporter un éclairage dans la distinction des propos en lien avec leur vieillissement.

a) Les hommes vieillissent plus vite lorsqu'ils sont seuls

Patiente 4 :

*« Moi **je pense qu'un homme vieillit plus vite qu'une femme.** J'ai ce sentiment-là, pour fréquenter les anciens combattants, tous ces groupes d'hommes et j'ai l'impression qu'il y en a qui... je chais pas, j'ai l'impression qu'ils vieillissent plus vite que les femmes. Je sais pas pourquoi, si c'est physiquement, quand je les vois, des fois je me dis "bonté divine, il a pris un coup de vieux ; ça fait pas longtemps, qu'est ce qui s'est passé" ; mais bon, **je pense qu'ils vieillissent plus vite lorsqu'ils sont seuls.** Je trouve. [...] j'ai vu les femmes qui ont perdu leur époux, qui ont été complètement l'opposé de ce qu'elles étaient. Quand elles avaient leur mari, elles étaient couvées, "coucounées", elles s'occupaient de rien, parce que le mari gérait tout, mais ça c'était l'ancienne génération qui était comme ça, l'homme travaillait, la femme était à la maison souvent, et au jour d'aujourd'hui, **quand l'homme est plus là, la femme, elle reprend un regain de vitalité, d'assurance,** "je gère, je vais, je fais", qu'elle faisait pas avant. »*

b) Les hommes tolèrent moins la douleur et l'inconfort

Patiente 11 :

« A mon avis je trouve que les hommes ils supportent moins qu'une femme. [...] Dès qu'ils ont quelque chose, ils sont beaucoup plus vite... c'est vrai quand même [...]. Ils supportent moins bien... moi je trouve que les femmes

sont plus fortes du côté, tout ce qui arrive, on supporte mieux que les hommes. »

c) Les hommes vivent plus mal la solitude

Patiente 4 :

« Et puis la solitude, je crois que nous, je sais pas, j'ai l'impression que les femmes peuvent plus facilement rester seules qu'un homme. »

C. Représentations du bien vieillir et du « vieux »

1. Qu'est-ce que le bien vieillir ?

Patient 2 :

« Bien vieillir, c'est vivre le plus longtemps possible, et avec le moins de maladies possibles, puis être heureux »

Nous renseignons ici ce qui constitue un idéal du vieillissement exprimé par les patients lors des entretiens. Il faut souligner ici combien cette description du *bien vieillir* coïncide peu avec la réalité du vieillissement. Comme tout idéal, cela renvoie bien plus à un imaginaire utopique qu'à une référence sur laquelle s'appuyer dans le cadre d'une pratique clinique. Néanmoins, saisir cet univers fantasmé permet de comprendre certaines demandes ou réactions au sein de la consultation médicale et de trouver des réponses adéquates aux doléances des patients vieillissants.

a) Être en bonne santé et ne pas souffrir

Patient 9 :

« Difficile, ça c'est plutôt lié à la santé, oui, c'est la santé, la réponse c'est ça , c'est la santé qui ma foi, sanctionne l'âge. »

Patiente 4 :

« Vieillir en bonne santé, moi c'est important. Si j'ai la santé, le reste, ça devrait pas poser de problème. La santé surtout, et pas souffrir surtout. »

Patient 7 :

« Bien vieillir, avoir la santé. Ça c'est la première des choses. Si on n'a pas la santé, alors je pense que c'est plus tellement agréable à séjourner. »

Patient 9 :

« ça serait de vieillir en douceur, de vieillir sans maladie, sans handicap, handicap au sens large »

a) Être autonome, indépendant dans les actes de la vie quotidienne

Patiente 1 :

« Pour ne pas avoir besoin de quelqu'un d'autre. [...] être autonome, se débrouiller seul et pis voilà. [...] aller vaquer un peu petit à nos occupations à droite et à gauche sans avoir besoin de quelqu'un qui soit à nos côtés. »

Patient 2 :

« On est un peu diminué, mais pas... ça va ; tant qu'on peut le faire, on le fait. [...] je vois mal une personne qui peut plus rien faire, bon ben là, c'est pas pareil ; c'est pas la même vieillesse »

Plus que seulement être indépendant, c'est aussi pouvoir maintenir ses activités telles qu'elles ont été pendant une bonne partie de la vie, être fidèle à soi-même.

Patient 2 :

« Si on peut travailler, on peut continuer à faire le train-train, le jardin, les bricoles, y'a pas de problème là »

Patiente 4 :

« Ben, nous on tient en compte qu'en vieillissant, il va falloir qu'on se débrouille tout seul, cher monsieur. Donc ou nous aurons une maison très pratique pour nous deux, ou alors se faire placer pis c'est tout. »

b) Avoir un équilibre psychologique et ne pas souffrir de détérioration cognitive, voire même « être jeune dans sa tête »

Patient 3 :

« Bien vieillir, ça signifie qu'il faut être bien dans sa tête »

Patient 5 :

« Là vraiment, même un peu trop jeune, encore. J'ai toujours 20 ans. [...] Dans ma tête. [...] ça veut dire que le samedi je vais voir les copains et tout, donc on est là à une terrasse, on commence à regarder les nanas, même si elles sont plus jeunes que nous, des fois on se dit "si on se présente devant elle, elle nous enverra péter", mais c'est le petit truc du matin, du samedi matin, terrasse de café, boire un petit café, discuter. »

c) Avoir une vie active, interactive, divertissante

Patient 2 :

« Pour bien vieillir, il faut avoir une occupation ! »

Patiente 4 :

« Le fait d'être toujours aussi active et de pouvoir peut-être même avoir des choses supplémentaires à faire, fait qu'on vieillira pas [...]. Et moi je pense que si on nous rajoute des choses intéressantes, on vieillira mieux. »

Patiente 7 :

« Je suis pas là à être assis toute la journée à table, on bouge pas mal. »

d) Perception de son estime de soi

Patiente 10 :

« Non, ça me dérange pas qu'on me regarde comme une vieille. Après, je me dis "c'est vrai, tiens" si je me regarde dans la glace, ou dans les vitrines, je vois une femme grise, ça me fait drôle des fois, [...] Oui, oui, je me dis " c'est vrai que je suis grise" (Rires). »

e) Être séduit et vouloir plaire

Patiente 10 (concernant le fait de regarder le physique des gens dans la rue) :

*« Plutôt les plus jeunes ; je regarde ; enfin comme ça , j'ai les sens un peu plus développés que mon mari, parce que les yeux, c'est fait pour regarder, c'est pas fait pour tourner la tête ; **c'est vrai que les personnes âgées, on regarde pas trop.** C'est vrai, j'ai pas trop envie. [...] Ben, on n'a pas trop envie, je n'sais pas, c'est parce que c'est notre propre regard. »*

Dans cette citation, *bien vieillir*, c'est ne pas être marqué par les stigmates du vieillissement. Il s'agit de mentionner ici l'influence majeure de la société de consommation et de son pendant publicitaire qui, se faisant l'écho des mentalités modernes, porte haut le mythe de l'éternelle jeunesse. L'incarnation de cette volonté d'immortalité s'affiche par l'apparence physique et l'attrait visuel agit comme une confirmation de la réussite de cette entreprise. Lorsqu'on admire un beau jeune homme ou qu'on dévisage une charmante jeune femme, c'est en réalité l'image à laquelle nous aspirons.

Ainsi la vieillesse ne donne pas envie au sujet d'être dévisagé, d'être reconnu, peut-être, comme le suggère la patiente parce qu'elle projette une certaine image de soi ; mais il nous semble que cela va plus loin ; c'est l'image même d'un corps, d'un visage vieillissant, qui ne génère pas d'attrait, pas de séduction, pas de désir d'identification. Par conséquent dans cette volonté d'être séduit par la jeunesse, c'est en réalité un désir d'appropriation et de similitude.

f) Maintenir une vie relationnelle et des interactions sociales

Patiente 11 :

« Je pense que faudrait voir du monde ; souvent, du monde ça passe mieux, et sortir un petit peu. Par exemple, hier, on était au repas des anciens, il voulait pas y aller, il voulait jamais y aller, et on y a été ; bon ben ça fait une après-midi, le repas, plus les personnes qu'on connaît, on discute avec, et je pense que ça, il faudrait plus sortir. »

Patiente 4 : (Concernant un engagement en tant d'élue locale)

« C'est peut-être ça qui me maintient éveillée, réveillée, qui me booste un peu, c'est le fait d'avoir ces relations avec beaucoup de personnes de tous les âges, tous les problèmes, tous les travaux. »

Patiente 11 :

« On fait notre petit train-train habituel mais quand y'a du monde, c'est un peu plus... c'est mieux ! Là ce soir, on sait que quelqu'un va venir, eh ben, on est content, parce que ça change, on discute. »

g) Importance des relations familiales

Nous y reviendrons plus loin en détail sur l'importance et l'enjeu des interactions familiales et générationnelles sur la compréhension du *bien vieillir* (place du conjoint, des enfants, des petits-enfants, des parents, etc.). Toutefois, voici deux réactions notables qui résument cette idée.

Patiente 4 :

« Ce qui est une qualité de vie c'est la famille ; c'est d'être bien en famille [...] que tout le monde trouve sa place »

Patiente 6 :

« On vieillit en perdant les forces ; tu n'as plus assez de force comme avant, mais quand tu es bien encadré, tu n'as pas de problème. Tu es bien, tu attends seulement ton dernier jour, mais tu vieillis bien ; tes enfants sont là, ils t'encadrent ; tu veux quelque chose, on te donne »

h) S'actualiser et rester connecté au monde professionnel et virtuel, emblème de la modernité

Patient 5 :

« C'est pour ça que j'essaye toujours de rester dans le giron ; aller faire un tour, aller voir comment ça se passe, pour garder un peu les pieds à terre dessus. »

Patiente 4 :

« Moi je vois ma mère et ma belle-mère, c'est pas des vieux. C'est des gens qui sortent, qui discutent, qui ont pas peur de prendre le téléphone, d'appeler, machin, truc ; ils mènent une vie normale, ma mère elle est sur l'ordinateur,

elle a Facebook (réseau social) à 86 ans, donc pour moi ils sont pas vieux. »

i) Cela dépend de l'endroit, de l'environnement où l'on vieillit

Patient 7 :

*« Comme j'ai dit quand on voit ce que j'ai trouvé dans ma piscine, à l'époque, y'a ça de graisse, et surtout on avait le potager à côté, je ne sais pas, notre salade, nos légumes, **je pense que ça a été saupoudré par ce qui est venu d'en haut** [...] Oui, justement, on mange ça et pis ça pourrait quand même faire, avoir un effet sur notre corps, je pense [...] **C'est possible qu'on vieillit moins bien.** »*

Patiente 6 :

« Selon moi, je vieillis en bonne condition parce que je suis venu en France. Parce que si je restais au pays, je serais déjà morte. »

Patient 7 :

« On a aussi réfléchi d'acheter quelque chose dans les Vosges, un petit chalet ; en fin de compte, on est de nouveau, loin des commerces, justement loin, médecin, hôpital, pharmacie ; s'il arrive quelque chose, si il faut prendre la voiture pour aller faire ses courses, à un certain âge ; pour l'instant ça va, on peut rouler, mais s'il arrivera quelque chose, si on n'arrive plus à prendre la voiture, on ferait quoi alors ? »

j) Bien vieillir, c'est vieillir à domicile

Patiente 1 :

« Le plus longtemps possible à la maison ; mais tout dépend si on a le bonheur de ne pas perdre la tête. Mais sinon, moi, j'ai eu mes parents à la maison, la belle-mère, elle est là ; faire comme eux, quoi, essayer de rester à la maison, de ne pas être obligé de partir, être placé. »

Patiente 8 :

« On aime bien sa maison. On préfère rester dans sa maison, que d'aller en maison de retraite, mais si ça va pas, ça va pas. »

Même si les patients souhaitent vieillir à domicile, ils se rendent compte du besoin d'adaptation au cadre et aux conditions de vie, comme en témoignent les citations suivantes.

Patiente 11 :

*« On pense bien qu'on restera tous les deux, **ici**, même s'il faut que quelqu'un vienne, vous savez, comme des aides. »*

Patiente 4 :

« On pourra encore faire quelque chose dans une **maison adaptée pour moi**, le plus tard possible. »

Patiente 8 :

« Je connais pas beaucoup de famille où je connais une personne des deux et ils restent dans une maison aussi grande que la nôtre ; **changer pourquoi ?** Oui y'aura moins de... oui. Mais je connais beaucoup de familles qui restent dans leur maison. Parce que changer pourquoi, pour prendre plus petit ? Oui, puis après, faut essayer de la vendre, c'est tout un problème. Autant finir ses jours, si c'est possible, si on est encore capable. Si après, y'a les maisons de retraites... On n'ose pas y penser. Si faut y passer un jour. »

Patiente 4 :

« C'est toujours la même, essentiellement, vivre dans cette maison ; qui est devenue trop grand ; ici, on est deux, mais l'entretien comme si on était encore quatre et pis avec certainement un handicap, méticuleux, soigneux. »

k) La maison de retraite : images et projections

Patiente 8 :

« Si, après, y'a les maisons de retraites... On n'ose pas y penser. Si faut y passer un jour. »

Patiente 11 :

« On n'espère pas aller dans une maison de retraite, mais si il faut y aller, on ira. »

La maison de retraite est décrite comme le lieu de la vieillesse et de la maladie, un cadre désocialisant et déshumanisant, hors du temps. Il est celui où l'on place ceux qui ont perdu la tête ce qui, aux dires de certains, en fait presque l'antichambre de la mort, où il serait même préférable de ne pas trop s'attarder.

Patiente 4 :

« Vous allez à l'unité de vie (de la maison de retraite) ; ils ont 86 ans, ils sont assis sur une chaise toute la journée, ils vous regardent, ils savent pas qui vous êtes ; ils sont perdus, même sans être Alzheimer, mais comme ils n'ont plus de vie sociale, ils sont là toute la journée, ils attendent que les jours passent ; pour moi, c'est des personnes qui sont vieilles »

Patiente 11 :

« Et alors, on a dit "c'est pas possible, **dans 8 jours, il (mon mari) est dans une maison (de retraite)**" **au point, tellement il faisait des bêtises**, j'ai dit c'est Alzheimer, comme j'ai dit fulgurant. »

Patiente 6 :

« J'aime voir les enfants, mes petits fils, mais aller là-bas à la maison de retraite, s'ils n'ont pas le temps de venir te voir, tu n'es pas isolée, mais tu n'es pas tranquille. »

Patiente 11 :

*« Elle (une tante) a eu une attaque quand même et après, on a été la voir à la maison de retraite, oh là là... pfff, non. [...] Elle était, reconnaissait plus, elle était complètement...elle avait dû faire une attaque et elle était... et **quand on est rentré dans la maison de retraite, là quand on a vu tous ces... pfff, Faudrait pas, faudrait partir à peu près bien.** »*

Médecin 1 :

« Je bosse dans une maison de retraite où la moyenne d'âge est de 87 ans, 73% de démence, 40% troubles du comportements, des gens qui grimpent sur les fauteuils, qui se trompent de chambre la nuit, qui font pipi dans les toilettes du voisin, qui fouillent partout. »

l) Ne pas avoir de problèmes financiers

Patient 2 :

*«**Ne pas avoir de souci d'argent**, ne pas avoir de problème de santé, de problème familial. Si tous les problèmes là on les a pas, y'a pas de problème. »*

Patiente 12 :

*« Bien vieillir c'est le faire dans des bonnes conditions, des conditions de santé, **des conditions pécuniaires**, des conditions d'environnement familial, disons que c'est très vaste, mais effectivement, suivant le caractère de chacun, ça peut altérer la qualité de vie »*

m) La précarité des jeunes seniors

Elle peut se manifester de manière très diverse. Souvent ils ont acquis un patrimoine pendant leur vie active, mais la retraite marque un tournant qui peut être difficile à vivre sur le long terme, et ce d'autant plus que la personne est seule et qu'il s'agit d'une femme (la plupart dépendent de la pension de leur mari souvent seul à avoir travaillé). Les difficultés ne se manifestent alors que lors d'un changement de conditions de vie (passage en maison de retraite, décès du conjoint, etc.).

Patiente 13 :

« De toute façon, faudra aussi payer la maison de retraite, et c'est pas donné, et je ne voudrais pas que mon fils soit obligé de payer. [...] Parce que bon j'espère que mon mari vivra le plus longtemps possible, mais il peut aussi... et

puis après, moi j'ai plus rien ; je ne peux pas vivre avec ce que j'ai, avec la pension que j'ai. [...] mon ex-mari doit me verser une pension alimentaire, mais s'il devait décéder avant moi, c'est fini, je toucherais plus cette pension, donc moi j'ai une toute petite pension, je ne sais pas...[...]. Et si je vais en location et si je vends la maison, comme j'ai 70 ans maintenant, l'argent de la maison et le peu d'argent que j'ai encore de côté, me permettront de vieillir, si je ne vis pas jusqu'à 90 ans (Rires) [...] alors vous savez, on a vite fait d'être dans une situation financière difficile, ça peut arriver à n'importe qui et je sais que ça peut m'arriver, je le sais, et maintenant depuis que j'ai eu cette idée de ne pas m'acheter un appartement, mais d'en louer un, de garder l'argent, maintenant que j'ai 70 ans, eh ben ça me suffira. »

Les dépenses de soins peuvent également constituer un investissement financier conséquent et certains médecins en profitent pour communiquer sur les dépenses en matière de santé et si celles-ci sont justifiées sur le plan médical.

Médecin 2 : (concernant les dépenses des jeunes seniors)

« Par contre, juste, sur là-dessus, je mets quand même en garde sur l'aspect financier, parce que ils ont pas toujours beaucoup de sous, c'est une période où ils en ont moins, et moi, qu'ils aillent voir des machins, des manitous, ok, mais je leur demande toujours "mais ça coûte combien ?", voilà, parce que ils peuvent un peu y perdre leur argent quand même. »

n) Bien vieillir, c'est ne pas avoir à renoncer

Cette patiente envisage le bien vieillir comme la possibilité de répondre aux sollicitations et aux envies du moment. Le fait de savoir que des changements d'orientation de vie sont possibles ne signifient pas forcément qu'ils sont souhaitables pour la personne, mais simplement qu'elle est en mesure de les mener à bien. On retrouve ici l'importance accordée à la permanence des capacités d'initiative, symptôme d'un vieillissement réussi.

Patiente 4 :

« J'n'accepte pas de vieillir non plus, mais bon je peux pas faire autrement, mais renoncer, non, renoncer à quoi ? Moi j'ai envie de renoncer à rien, j'ai envie de profiter au contraire. Si j'ai encore 15 bonnes années devant moi pour vivre, partir, voyager, moi, oui, oui tout de suite ! Je signe [...] à part les problèmes physiques, moi y'a rien qui m'empêchera, ou alors que je perde ma tête, mais j'en sais rien du tout à l'avance. Moi chuis prête, vous me dites "demain vous partez", moi je prends ma valise et je m'en vais. Rien ne m'arrête, faut que je sois sûre de moi, faut que je sois bien dans ma tête et que j'ai pas de problèmes, sinon je pars pas. »

Pour cet autre patient, cela signifie profiter du présent, sans inquiétude du

lendemain :

Patient 7 :

« Non, je laisse venir ce qui vient donc je ne sais pas l'avenir. Je vis ma vie, je profite de maintenant, de ce qui se présente, et puis voilà, on profite encore. »

o) C'est prendre conscience de la finitude de la vie

Patient 12 :

« Bien vieillir, c'est aussi se dire : "on entame la dernière partie de sa vie", faut être conscient de la chose, et puis un jour, j'irai rejoindre mon père. (Rires) »

Patient 6 :

« Quand tu es bien encadré, tu n'as pas de problème. Tu es bien, tu attends seulement ton dernier jour, mais tu vieillis bien »

2. Et qu'en est-il du « vieux » ?

Nous aurions pu faire le même travail d'analyse pour décrypter les évocations du « vieux » et prendre chacune des affirmations afin de les thématiser comme pour le *bien vieillir* et présenter les résultats. Toutefois, il nous a paru plus intéressant de les faire figurer dans un tableau (cf. tableau 1) afin de faire ressortir l'opposition entre ces deux termes, la représentation du « vieux » se construisant en symétrie du *bien vieillir*. C'est par ce jeu de miroir et d'opposition que se construit l'antagonisme de ces deux concepts qui sont forgés autour d'un même radical, mais signifie aujourd'hui deux réalités antithétiques.

En conclusion, nous pourrions résumer cela en disant que **bien vieillir, c'est ne jamais devenir « vieux »**, et réciproquement qu'un « vieux » n'a pas de prétention au *bien vieillir*. Ces résultats sont à nuancer avec le fait qu'il s'agit bien ici d'une représentation globale et synthétique du « vieux » exprimée par les patients, mais toutes les utilisations de ce mot ne renvoient pas toujours à la même symbolique.

Tableau 1 : Distinction bien vieillir - être « vieux »

bien vieillir	être « vieux »
Logement	
A domicile <i>Patiente 1 : « Le plus longtemps possible à la maison ; mais tout dépend si on a le bonheur de ne pas perdre la tête. Mais sinon, moi, j'ai eu mes parents à la maison, la belle-mère, elle est là ; faire comme eux, quoi, essayer de rester à la maison, de ne pas être obligé de partir, être placé. »</i> <i>Patiente 8 : « On aime bien sa maison. On préfère rester dans sa maison, que d'aller en maison de retraite, mais si ça va pas, ça va pas. »</i>	En maison de retraite <i>Patiente 4 : « vous allez à l'unité de vie, ils ont 86 ans, ils sont assis sur une chaise toute la journée, ils vous regardent, ils savent pas qui vous êtes, ils sont perdus, même sans être Alzheimer, mais comme ils n'ont plus de vie sociale, ils sont là toute la journée, ils attendent que les jours passent ; pour moi, c'est des personnes qui sont vieilles »</i> <i>Patiente 11 : « elle avait dû faire une attaque et elle était et quand on est rentré dans la maison de retraite, là quand on a vu tout ces... pfff. Faudrait pas, faudrait partir à peu près bien. »</i>
Santé physique	
<i>Patient 2 : « Ne pas avoir de problème de santé, de problème familial. Si tous les problèmes là on les a pas, y'a pas de problème. »</i> <i>Patiente 4 : « Vieillir en bonne santé, moi c'est important. Si j'ai la santé, le reste, ça devrait pas poser de problème. La santé surtout, et pas souffrir surtout. »</i> <i>Patient 7 : « Bien vieillir, avoir la santé. ça c'est la première des choses. Si on n'a pas la santé, alors je pense que c'est plus tellement agréable à séjourner. »</i> <i>Patient 9 : « ça serait de vieillir en douceur, de vieillir sans maladie, sans handicap, handicap au sens large »</i>	La souffrance physique <i>Patiente 11 : « Quand on est bien, on n'a pas l'impression qu'on a l'âge là. c'est quand on a ces douleurs et ces inconvénients qu'on dit "on n'a plus 20 ans". »</i>
Santé psychique et bien-être moral	
<i>Patient 3 : « Bien vieillir, ça signifie qu'il faut être bien dans sa tête »</i>	<i>Patiente 11 : « Et alors, on a dit "c'est pas possible, dans 8 jours, il est dans une maison" au point, tellement il faisait des bêtises, j'ai dit c'est Alzheimer, comme j'ai dit fulgurant. »</i> <i>Patiente 4 : « Le vieux, c'est vraiment la personne qui perd la tête, pour moi, ça c'est des vieux »</i>
Être heureux <i>Patiente 13 : « La période que je vis actuellement, pour moi, elle est très heureuse, elle est très heureuse, parce que y'a quelques années en arrière, je vivais mal le fait d'être..., mais maintenant, j'en ai fait mon deuil, et je m'accroche à d'autres choses qui me satisfont, qui me remplissent »</i>	Être malheureux <i>Patient 2 : « Ben une personne qui peut plus rien, elle est plus malheureuse que l'autre. Si elle peut plus rien faire, qu'est-ce que vous voulez qu'elle fasse toute la journée. »</i>

Estime de soi <i>Patiente 10 : « J'ai pas l'impression, je me dis quand on me regarde, j'ai pas l'impression qu'on regarde une vieille, j'ai pas l'impression de ça, alors que je le suis, je sais bien, mais ça me dérange pas, je m'en fous, ça m'est un peu égal. »</i>	Dévalorisation de soi <i>Patiente 11 : « toi, t'en avais 77. (Rires) (son mari : « et j'étais déjà à moitié foutu... ») il se croit déjà à moitié foutu. »</i>
Capacités et autonomie	
Être capable de faire <i>Patiente 1 : « pour ne pas avoir besoin de quelqu'un d'autre. [...] être autonome, se débrouiller seul et pis voilà. [...] Aller vaquer un peu petit à nos occupations à droite et à gauche sans avoir besoin de quelqu'un qui soit à nos côtés. »</i> <i>Patient 2 : « On est un peu diminué, mais pas... ça va ; tant qu'on peut le faire, on le fait. »</i>	Ne plus être capable de faire <i>Patiente 1 : « ben si jamais on était dans une chaise toute gâteuse, des fois »</i> <i>Patient 2 : « Moi je vois mal une personne qui peut plus rien faire, bon ben là, c'est pas pareil ; c'est pas la même vieillesse. »</i> <i>Patiente 4 : « Le vieux, c'est vraiment la personne qui peut plus rien faire, qui est coincée et à la limite dans son fauteuil roulant, avec des cannes, qui perd la tête, pour moi, ça c'est des vieux »</i> <i>Patiente 8 : « C'est la santé, c'est la fatigue, l'impossibilité maintenant de faire des travaux manuels, plus comme ça, c'est devenu difficile, je pense que c'est une marque de la vieillesse. Ne plus avoir les mêmes possibilités que vers 50-40 ans. »</i>
Ne dépendre de personne <i>Patiente 4 : « Ben, nous on tient en compte qu'en vieillissant, il va falloir qu'on se débrouille tout seul, cher monsieur. Donc ou nous aurons une maison très pratique pour nous deux, ou alors se faire placer pis c'est tout. »</i>	Dépendre de quelqu'un <i>Patiente 1 : « des fois qu'il faudrait avoir une personne à côté de soi pour s'occuper de nous. »</i> <i>Patient 2 : « Moi je pense qu'on est vieux quand on peut plus rien faire, quand on est grabataire, quand on est à la charge de quelqu'un. J'ai pas un âge pour dire... »</i>
Activités, projets, vie sociale et familiale	
Ne pas s'ennuyer, être actif et dynamique <i>Patient 2 : « Pour bien vieillir, il faut avoir une occupation ! »</i> <i>Patiente 4 : « Le fait d'être toujours aussi active et de pouvoir peut-être même avoir des choses supplémentaires à faire, fait qu'on vieillira pas. [...] Et moi je pense que si on nous rajoute des choses intéressantes, on vieillira mieux. »</i> <i>Patient 7 : « je suis pas là à être assis toute la journée à table, on bouge pas mal »</i>	S'ennuyer, perdre son temps, être apathique <i>Patient 2 : « Une personne qui s'ennuie toute la journée, qui n'a rien à faire, à moins qu'elle bouquine, qu'elle... autrement, c'est pas la même vieillesse. »</i> <i>Patiente 4 : « moi je vois le vieux comme mes grands-parents, qui bougent plus de la maison, qui sont là sur leur chaise, qui disent deux mots, qui dorment la moitié du temps, qui n'ont plus rien que de laisser le temps filer »</i>

<i>Patiente 11 : « Je pense que faudrait avoir du monde, souvent, du monde ça passe mieux, et sortir un petit peu. Par exemple, hier, on était au repas des anciens, il voulait pas y aller, il voulait jamais y aller, et on y a été, bon ben ça fait une après-midi, le repas, plus les personnes qu'on connaît, on discute avec, et je pense que ça il faudrait plus sortir. »</i> <i>Patiente 4 : (Concernant un engagement en tant d'élue locale)</i> <i>« c'est peut-être ça qui me maintient éveillée, réveillée, qui me booste un peu, c'est le fait d'avoir ces relations avec beaucoup de personnes de tous les âges, tous les problèmes, tous les travaux »</i>	Isolement, perte d'initiative <i>Patiente 4 : « Moi je dis ça c'est des vieux, pourquoi, parce qu'ils sont assis sur leur chaise toute la journée, ils sont contents quand y'a quelqu'un qui vient, "bonjour", ils vous font un sourire jusque là, puis c'est fini. Ça c'est des vieux »</i>
<i>Patiente 4 : « ce qui est une qualité de vie c'est la famille, c'est d'être bien en famille [...] que tout le monde trouve sa place »</i>	<i>Patiente 13 : « Vous savez, j'ai pas de neveux, j'ai pas de nièce, j'ai un fils qui est loin. j'ai personne, donc je suis seul, donc j'ai pas besoin de faire l'illusion »</i>
Il n'y a pas d'âge pour être pris en soins <i>Patient 12 : « et ma mère elle était insulino-dépendant et elle était suivie et malgré son âge, on a jamais...elle a été voir un diabétologue, on lui a jamais fait comprendre qu'elle est trop vieille, que c'est plus la peine qu'on la soigne »</i>	Trop vieux pour être pris en soins <i>Patiente 8 : « Ben c'est la gynéco qui m'envoie. Je sais pas si à mon âge, je pourrais encore aller chez la gynéco. »</i> <i>Patiente 8 : « Mais c'est plus maintenant que je vais maigrir ou que je vais chercher à maigrir, vous croyez ? »</i>
Situation financière	
<i>Patient 2 : « Ne pas avoir de souci d'argent, [...] de problème familial. Si tous les problèmes là on les a pas, y'a pas de problème. »</i> <i>Patient 12 : « Bien vieillir c'est le faire dans des bonnes conditions, des conditions de santé, des conditions pécuniaires, des conditions d'environnement familial, disons que c'est très vaste, mais effectivement, suivant le caractère de chacun, ça peut altérer la qualité de vie »</i>	<i>Patiente 13 : « comme j'ai 70 ans maintenant, l'argent de la maison et le peu d'argent que j'ai encore de côté, me permettront de vieillir, si je ne vis pas jusqu'à 90 ans (Rires) »</i> <i>Patiente 13 : « on a vite fait d'être dans une situation financière, ça peut arriver à n'importe qui et je sais que ça peut m'arriver »</i>

3. « Bien vieillir, c'est dans les gènes »

Aujourd'hui la conception du vieillissement tend à associer la vieillesse aux conséquences d'une mauvaise hygiène de vie ou d'une négligence des pratiques de préservation de ses capacités. Toutefois, nous avons constaté également de nombreuses références en lien avec un vieillissement d'ordre inné. Plusieurs patients mentionnent l'idée explicite ou implicite que le vieillissement est un processus provoqué soit par des mécanismes génétiques ou par des déductions par rapport aux antécédents familiaux. Toutes ces pseudo-analyses renvoient à l'idée, soit d'une protection octroyée par transmission familiale, soit au contraire, d'une vulnérabilité au sein de la famille, voire d'une fatalité à laquelle il serait impossible de remédier.

a) **La génétique, un facteur protecteur du vieillissement**

Patient 7 :

*« Mon frère le 2^e est décédé il y a 1 an maintenant ; l'autre frère, y'a 2 ans de cela. Mais ils étaient plus âgés, l'un avait 15 ans de plus, et le 2^e 12 ans de plus, donc ça me laisse encore un peu le temps, si j'arrive à cet âge-là. [...] Y'avait la chance maintenant, parce qu'on voit des fois les gens qui meurent d'un cancer du poumon à leur jeune âge, donc mon père il avait la chance, mais il a atteint 90 donc...Et là y'a mes grands-parents aussi du côté paternel, ils sont devenus très, très vieux, donc de ce fait, **je pense que j'ai les mêmes gènes, je ne sais pas.** »*

Patient 7 :

*« **L'homme, son gène** ; y'a des gens qui ont travaillé toute leur vie dans des circonstances terribles des fois, l'entourage qui n'était pas tellement dans les meilleurs conditions, ils sont devenus vieux. ça dépend de ça, le personnage. »*

b) **Ou au contraire, une vulnérabilité transmise**

Patiente 13 :

« elle (sa mère) avait des vertiges de meunière (fait référence à la maladie de Ménière) C'est pour ça que quand j'ai eu des vertiges, j'ai tout de suite pensé, ça vient de l'oreille, parce que j'avais déjà vu le cas avec maman. »

Patient 9 :

« ça me semble injuste, parce que j'ai peut-être pas cultivé ma mémoire, j'aurai dû, mais ce dont je suis sûr ce que j'en ai pas une comme ma femme, quand je suis venu au monde, ça c'est sûr. On n'a pas tous la même mémoire, c'est évident. ça ça me tracasse... »

4. Le vieillissement, un progrès aujourd'hui

Plusieurs patients notent qu'il existe des avancées concrètes dans l'expérience et la manière de cheminer au long de leur vieillissement. Les raisons sont plurielles, mais en figure de proue, on retrouve la médecine moderne qui a offert une qualité de vie que les patients constatent aisément.

a) Les progrès médicaux en cause

Patient 7 :

« La médecine d'aujourd'hui ; si on a un mal de tête, hop un D. et pis c'est passé. A l'époque, les gens s'ils avaient mal au crâne, ils traînaient ça des jours entiers, je sais pas, je pense ou alors si y'a vraiment quelque chose de grave, y'avait pas ces méthodes de traitement comme aujourd'hui, donc je peux que ces gens-là à l'époque, ils souffraient plus et ils remarquaient plus leur vieillissement. »

Médecin 1 :

« Vers 1980, les gens étaient vieux à 80 ans, maintenant dans les années 2016, ils sont pas vieux à 80 ans, ils sont vieux à partir de 90 ans, j'ai l'impression qu'on a gagné 10 ans en 35 ans de vécu en bonne santé »

Patient 3 :

« Je pense déjà le monde... l'espérance de vie, la technologie, le médical qui a évolué énormément. [...] Ah on vit nettement mieux, maintenant qu'auparavant. »

Patient 3 :

« Opéré le lundi matin, le samedi j'étais à la maison et je suis sûr que dans quelques années, on opérera le lundi pis ça sera le mercredi qu'on rentrera à la maison. »

b) Une période plus agréable à vivre qu'auparavant

Patiente 6 :

« Oui, je crois que la vieillesse est la bonne période, parce que là tu ne dépenses plus beaucoup d'énergie, tu fais ce que tu peux faire, mais dans la jeunesse, il faut travailler pour élever les enfants, manger. »

Patient 9 :

*« Mes parents avaient une bonne santé, ils ont eu vécu la difficulté des gens de cette époque-là, c'était quand même dur, et pis **au moment de la retraite de mon père, ça s'est bien amélioré.** »*

c) *Des maladies moins réactives ?*

Nous avons été surpris de ces propos mais c'est bien ce qu'a exprimé un patient qui présume que du fait du vieillissement corporel, les mécanismes pathologiques seraient également en décrépitude dans l'organisme, à l'instar des ressources physiologiques, d'où un ralentissement de la survenue de certaines maladies.

Patient 7 :

« Un jeune il réagit plus vite sur cette maladie qu'un corps qui est déjà vieux que ça traîne [...]. Un jeune il réagit plus vite sur un cancer qui le ronge, qu'un personnage qui a déjà un certain âge que ça met plus de temps pour se développer, parce que j'ai déjà entendu ou vu des fois dans mon entourage, des gens qui avaient un certain âge, qui était vieux, qui ont eu un cancer de prostate, mais ça a traîné des années encore, tandis qu'un jeune des fois, il a plus de problèmes qui se suivent qu'avec un certain âge. »

5. **Une étape de bilan**

Les *jeunes seniors* sont particulièrement sensibles à cette période puisqu'ils le vivent comme une étape de bilan de leur existence professionnelle et active. C'est alors l'occasion de se remémorer les grandes périodes de leur vie (la jeunesse, le mariage, la vie active, etc.) et d'en tirer des enseignements pour la suite de leur parcours, sans vivre dans le regret ou la culpabilité. Ce bilan induit des sentiments de satisfaction ou d'inaboutissement en permettant de poser les jalons de nouvelles opportunités de vie qui sont parfois imprégnées de ces désirs inassouvis.

a) *Des souvenirs mémorables*

Patient 12 :

« J'ai un âge où on se dit "j'ai fait quoi ?" et dans ma réponse, y'a quand même ça, bon j'ai fait autre chose, j'étais entraîneur de volley-ball, je me suis occupé des jeunes avec plus ou moins de succès, et j'ai une équipe que j'ai transmis à un autre et elle a réussi à faire de championne de France juniors, et je me dis " j'ai participé à ça, tout ça". »

Patient 12 :

*« On montait les tentes, on préparait le feu, on prépare la popote, y'a l'esprit d'équipe et le prêtre faisait partie du groupe qui épluchait les patates tout en discutant et ça vous revient quand vous avez 60-70 ans, **on se dit " tiens, là j'ai eu de la chance de connaître, de voir, de vivre ça".**[...] ça vient pas du jour au lendemain, ce qu'il y a, c'est que des fois, on range les papiers, **on se dit "ah oui, ah oui, j'ai fait ça, j'ai fait ci".** »*

b) Parfois des regrets :

Patient 9 :

*« J'ai pas un immense regret si vous voulez, **mais j'en ai un quand même, j'aurai pu choisir un autre mode de vie** ; y'a des gens qui ont mon âge et qui ont choisi de partir en vacances au bout du monde, souvent j'aurais pu le faire, et j'ai pas le punch pour le faire... »*

Patiente 13 :

*« Vous savez, avec mon mari, j'ai pas connu le grand amour, donc j'étais mariée avec lui pendant 30 ans, mais pendant 20 ans, on a fait chambre à part, **donc j'ai pas connu vraiment le bonheur d'une femme, d'un couple** »*

Patient 12 :

*« On peut pas partir en oubliant les problèmes de la maison, parce que moi quand je suis parti, ma petite-fille elle avait 2 ans, celle qui a 17 ans, et j'ai pas vu quand elle a commencé à marcher. Après, **je me suis dit "mince, j'ai loupé quelque chose" ses premiers pas**, j'ai loupé, comme ça, après, j'ai eu l'info »*

6. Un nouveau départ, une nouvelle vie

Accentuée par le phénomène de la retraite professionnelle, cette période de vieillissement est vécue par les *jeunes seniors* comme une phase de transition, une occasion majeure pour réfléchir à de nouvelles opportunités de vie et pour construire des projets inédits favorisés par les circonstances professionnelles (passage à la retraite) et les évolutions familiales (indépendance des enfants, nouvelle identité de grands-parents). Ce mouvement de nouvel élan à ces âges est décrit par de nombreux patients : déménager, changer de cadre de vie, se lancer dans une aventure, un voyage, un projet de vie communautaire avec d'autres seniors ou plus simplement revisiter les dynamiques familiales.

Patiente 13 :

*« Non c'est pas rattraper, c'est peut-être pas le mot "rattraper", mais maintenant **je vis peut-être ce que j'aurais aimé vivre avant.** »*

Patient 12 :

« La randonnée pour moi, c'est aussi un motif de panache, parce que quand je me suis retrouvé à la retraite, j'ai pris mon sac à dos et je suis parti 3 mois à Saint-Jacques-de-Compostelle »

Patiente 8 :

« On revit une nouvelle vie, parce qu'on a nos petits-enfants. On revit, ça nous fait du bien d'avoir de la visite. [...] C'est d'avoir quitté ses enfants, après,

reprendre ses petits-enfants, ça fait un changement de vie pour les grands-parents. »

Patient 7 : (sur l'idée d'intégrer un projet spécifique)

« (Un groupe) séniorial, ça s'appelle, donc c'est un quartier de quelques maisons clôturées plus ou moins avec un personnage qui s'en occupe de tout. On vit, on vit avec les voisins, on se retrouve tous les jours, je pense pour jouer aux boules »

A l'inverse, d'autres considèrent de placer les priorités ailleurs que dans le changement de vie, pour des raisons personnelles, familiales ou de craintes vis-à-vis du vieillissement. Par ailleurs, il semble qu'à l'orée de la cessation de la vie professionnelle, l'enthousiasme d'un *jeune senior* soit grand, et que, au fur et à mesure de son installation dans la vie de retraité, les changements soient de plus en plus difficiles à accepter.

Patient 7 :

*« En fin de compte, on quitte la région, on quitte nos amis, on quitte ce qu'on est habitué pour se refaire une nouvelle vie, **mais à un certain âge on y arrive encore**, alors on s'est dit "non, non", parce qu'on a vu d'autres qui sont partis et quelques années après, ils sont revenus. [...] Notre ami a eu des complications avec son cœur, donc il a été opéré à M. (CHU Bouches-du-Rhône) quelque chose de très grave et souvent déjà il m'a dit "écoute, il aurait fallu revenir plus tôt" mais maintenant, **il dit vu son âge et vu les complications qu'il a eu, il a plus tellement envie de faire ce déménagement**, donc c'est aussi quelque chose qui nous a rassuré de rester sur place. [...] Je pense que **vu l'âge, c'est plus tellement agréable de chercher quelque chose**, pour faire le déménagement, tout ce truc de nouveau. »*

Patient 9 :

*« Je me complais, le verbe complaire est bien, parce qu'il a un petit verrou, parce que je me complais dans cet état-là. J'envierais bien autre chose mais c'est pas suffisamment attrayant ou suffisamment fort pour me sortir de mon ornière. [...] Mais par exemple, je vois des amis par exemple, **la retraite ça a été la libération de toute une vie**, et donc ils se sont lancés dans des vacances à tout va, y'en a beaucoup des gens qui...moi, j'ai pas fait. Et chacun a sa façon de voir les choses, y'en a ça a été un éclatement. Moi j'ai pas fait ça, ça m'a pas vraiment attiré. »*

Les médecins doivent en prendre conscience, notamment dans la pratique des consultations ; pourquoi ne pas voir dans ces bouleversements de vie une occasion pour rebâtir en profondeur des habitudes de vie et fonder des principes en cohérence avec la manière dont ils souhaitent vivre les prochaines décennies de leur vie ? C'est ainsi que l'un des médecins le décrit très justement.

Médecin 2 :

« Ils (les retraités) ont aussi un rôle important, une fois que la vie active s'arrête, ils ont encore une vie, assez longue et ils se construisent une nouvelle vie »

Pour autant, la prise de conscience et le passage de la théorie à la pratique sont des étapes difficiles à envisager et sujettes à la précarité dans le temps.

D. Relations familiales et intergénérationnelles

Les relations familiales et intergénérationnelles sont l'un des éléments principaux et déterminants pour les *jeunes seniors* qui y découvrent de nouveaux statuts et de nouvelles expériences. Les dynamiques changent et sont parfois totalement renversées. Il en résulte un nouveau cadre d'engagement et de découvertes pour ces « jeunes vieux », dont les aspirations sont multiples et sont le symbole d'un élan de renouveau qui vient se confronter à des modifications profondes sociétales, générationnelles et culturelles.

1. La famille, un ancrage stable et inaliénable

Pour les *jeunes seniors*, la famille reste l'une des valeurs prépondérantes et essentielles pour aborder les défis du vieillissement. Pour certains, elle constitue un objectif à part entière qui s'alimente au sein des échanges entre les générations. Ces dernières essaient autant que possible de dépasser les clivages d'époques. Pour autant, il est parfois difficile pour ces « anciens » de rester alertes et concernés par les mutations sociétales et technologiques et le fossé relationnel se retrouve vite trop large lorsqu'il s'agit de faire communiquer la grand-maman avec son petit-fils.

Patiente 4 :

« Ce qui est une qualité de vie c'est la famille, c'est d'être bien en famille, d'avoir une vie... que tout le monde trouve sa place, que tout le monde, les petits-enfants qui arrivent maintenant sur le marché du travail, aient du travail, donc tout ça, c'est vrai que ça nous cause du souci, et ça peut jouer aussi sur la qualité de la vie. »

Patient 12 :

« y'a l'esprit de famille. Pour nous, c'est aussi un facteur d'aide à un bon vieillissement, si on a de la famille et que la famille s'entend, c'est vrai pour la famille »

Patient 9 :

« La suite, c'est faire le bien-être de nos enfants et petits-enfants, très famille, c'est ça. Donc on fait tout pour ça. Peut-être justement avec un bémol, c'est que en faisant ça, on se prive nous d'un certain nombre... pas de plaisir mais chais pas quoi, mais on a tout misé là-dessus. [...] Les projets, je vois pas très bien, si ce n'est évidemment, la vie de mes enfants, petits-enfants, qu'ils soient réussis, on se projette là-dessus. Survivre dans sa tête. [...] C'est une projection sur mes enfants, petits-enfants qui eux sont en pleine expansion. »

a) La solitude bouleverse les perspectives

Il nous faut souligner une situation qui n'est pas forcément exceptionnelle, celle de *jeunes seniors* ayant un environnement familial minime, voire absent. Les perspectives sont autres face à la projection dans l'avenir, ce qui bien souvent implique des choix de vie et des orientations spécifiques. Par exemple, dans l'extrait suivant, pour la patiente, divorcée, n'ayant qu'un enfant habitant loin d'elle, la perspective du vieillissement est alourdie par la conscience d'une absence de soutien et de cohésion familiale, facteur protecteur reconnu dans la vieillesse.

Patiente 13 :

« si j'avais peut-être une famille, plus d'enfant, des petits-enfants, des neveux des nièces sur qui je peux compter, je pense que je réagirais autrement, mais je sais que je suis seule, donc voilà, c'est pour ça, c'est vraiment un cas personnel, personnel. Vous savez, j'ai pas de neveux, j'ai pas de nièce, j'ai un fils qui est loin. J'ai personne, donc je suis seul, donc j'ai pas besoin de faire l'illusion, ça n'existe pas. »

b) Revisiter les dynamiques familiales et garder le lien

En dépit du désir clairement reconnu et exprimé de continuité des liens familiaux, se noue la conviction d'une rupture d'avec la période familiale « classique », qu'elle soit provoquée par un éparpillement géographique ou à un évènement accidentel que le couple aborde comme un challenge à surmonter.

Patiente 4 :

« Après sur le plan famille, on voit qu'il y a aussi une fuite un peu, nous, on se retrouve tout seul, tous les deux, vous avez les enfants, les petits-enfants, ils ont leur vies. On a beau être très soudés, à un moment donné, y'a des coupures, des cassures qui se font. Psychologiquement c'est vrai que c'est pas toujours évident »

Patient 12 :

« Comme dit, ça peut être comme dans toutes les familles, y'a des fois, y'a un décès qui est subi, très rapide, je parle même pas de l'accident, et pis y'a des fois, ça traîne un peu en longueur, c'est pénible aussi de rendre visite à

quelqu'un à l'hôpital tous les jours pendant longtemps. »

c) La relève générationnelle, une passation naturelle

Au sein de la famille se matérialise le processus de relève des générations, ainsi détaillé par une patiente.

Patiente 4 :

*« C'est comme ça, c'est la roue qui tourne, ça s'est fait avec nous, avec nos enfants, ça s'est fait, moi avec mes parents, voilà, on voit comme dit mon mari, aujourd'hui, quand on est tous assis, qu'on est 20 autour de la table, nous on est en bout de table, **on sent que tout doucement on nous pousse à la sortie...** C'est une image ! [...] C'est pas qu'on nous pousse, c'est que automatiquement ça s'est toujours fait comme ça, les anciens on les a toujours mis, alors c'est là qu'on sent, nous maintenant on se sent les plus vieux ! Et c'est vrai, on est déjà les plus vieux dans la famille. »*

Patient 5 :

« Ce qu'il y a maintenant, c'est que nos enfants, c'est eux qui sont au milieu de la table et nous on fait partie des anciens donc mon beau-frère, il dit "t'as vu où on est. Regarde là, y'a plus rien !" [...] Sur le bord de la table. On est au bout du... On commence à être déplacé, on est plus au centre de table. C'est plus nous les grands, nous on fait partie maintenant de... »

2. Le conjoint dans le vieillissement

Qu'il soit son mari ou son épouse depuis 35 ans ou un compagnon, le conjoint occupe une place prépondérante dans le vécu du vieillissement et la dynamique du soi face à autrui.

a) Un vis-à-vis, compagnon d'âge, miroir de sa propre vieillesse

Dans ce processus de vieillissement, le conjoint sert d'appui pour vivre au quotidien. Cela se concrétise de différentes manières qui peuvent apparaître diamétralement opposées. D'un côté, le conjoint connaît la personne mieux que quiconque et est donc la plus mieux placé pour comprendre et ressentir ce qu'elle vit. D'un autre côté, il semble se jouer une forme de rivalité concurrentielle, puisque le conjoint est de par sa proximité un point de comparaison pour évaluer son état de santé personnel. C'est dans cette dialectique que s'inscrit toute la complexité de la vie d'un couple vieillissant, entre *intimité profonde* et *rivalité latente*.

b) Une solidarité commune face aux défis du vieillissement

Patiente 8 :

« Non, je ne trouve pas une grande différence entre nous deux. »

Patient 7 :

« J'ai quand même 12 ans de plus qu'elle et elle a peut-être peur qu'il m'arrive quelque chose donc elle fait attention à moi, à ce qu'on mange [...]. Elle connaît tous mes petits problèmes là, alors elle lit beaucoup sur cela. »

Patiente 12 :

« Oui, je suis conscient d'une chose, c'est que si ma femme a un problème de santé et que je dois m'en occuper, ça me pourrit la vie. L'inverse aussi. [...] C'est pour ça qu'on prend les choses à cœur, parce que on est conscient que après, c'est de la survie, c'est de la fatigue, on n'a plus de moral, et ça c'est essentiel de garder un bon moral. »

Patiente 13 :

« Cet ami, je le connais depuis 15 ans, on vit chacun chez soi, parce que mon ami a 80 ans, déjà, et on a une relation tout à fait, je pense que ça, ça m'aide aussi énormément à vivre, parce qu'on s'entend très bien. »

Patiente 11 :

« Mais si on peut plus rien faire, admettons, tant qu'on est tous les deux, mais un tout seul. [...] On pense bien qu'on restera tous les deux, ici, même s'il faut que quelqu'un vienne, vous savez comme les aides. »

Dans la citation suivante, le patient compare l'expérience de son épouse avec son expérience propre en s'identifiant et en se projetant dans ce qu'elle a vécu.

Patient 12 :

« Ma femme a été opérée depuis, puis elle est contente, ça s'est bien passé, mais c'est vrai que sur le moment quand on dit "on va vous opérer", quand ça vous touche, n'importe qui qui vous dit ça, vous dites "allez, sois pas pessimiste", pis quand c'est vous, la chose est un peu différente quand même. »

c) Une forme de concurrence, le pendant de la proximité relationnelle

Patient 9 :

« Je me rassure parce que ma femme a une excellente, excellente... "t'as fait ci, t'as fait ça", "t'as fermé la lampe ?" ça me semble injuste, parce que j'ai

peut-être pas cultivé ma mémoire, j'aurai dû, mais ce dont je suis sûr ce que j'en ai pas une comme ma femme »

Patient 2 :

« C'est sûr que ma femme, elle a rien, elle...Chez le médecin, elle a un dossier comme ça (montrant une fine épaisseur), moi j'ai un dossier comme ça (montrant une large épaisseur). »

Patiente 1 (concernant la perte de poids suite à un régime)

« J'ai pas perdu autant que lui (son mari), mais j'ai perdu quand même un petit peu. »

d) Le premier soutien dans l'accompagnement au bien vieillir

(1) Un compagnon face à la solitude et l'isolement

Patiente 8 :

« Non parce que on aime bien être un peu tous les deux, je veux dire, c'est un peu normal qu'on reste. [...] Ben oui, oui. ça fait du bien pour les deux, surtout à son âge aussi. »

Patiente 13 :

« Cet ami, je le connais depuis 15 ans, on vit chacun chez soi, parce que mon ami a 80 ans, déjà, et on a une relation tout à fait, je pense que ça, ça m'aide aussi énormément à vivre, parce qu'on s'entend très bien. »

(2) Etre concerné par un changement alimentaire ou de style de vie

Ceci est particulièrement vrai sur le plan diététique, lorsqu'un changement d'alimentation est préconisé. Les générations actuelles de *jeunes seniors* ont encore pour la plupart une répartition des tâches selon laquelle la femme s'occupe principalement des activités du ménage, dont la cuisine pour le couple. Il va de soi que pour induire un changement dans les habitudes alimentaires du mari, c'est à la fois à celui-ci qu'il faut s'adresser, mais également à son épouse, responsable de la confection des repas.

Patiente 1 :

« On mange mieux, mieux qu'il y a 6 mois en arrière. On fait plus attention [...] Parce que mon mari est en train d'essayer de maigrir. »

Patient 7 :

« Je ne sais pas comment ça se présentera au courant des prochaines années

avec l'âge, on fait attention, mon épouse elle fait attention à ce qu'on prend pour préparer ses petits plats tous les jours, elle prend de l'huile, maintenant c'est dommage, elle devrait être là pour vous expliquer ce qu'elle prend peut-être.»

e) Le conjoint, au premier plan, en termes de choix ou de circonstances de vie

Compter sur la présence du conjoint à ses côtés, c'est parfois aussi une limitation dans les désirs de voyage et d'activités lors de cette période où le changement et la diversité s'envisagent ouvertement. Ce qui change avec d'autres périodes de la vie du couple est l'idée d'un choix libéré des contraintes antérieures (exigences professionnelles, nécessité d'un revenu régulier, enfants à charge, etc.). Il y a dans ce contexte une prise de conscience à la fois d'une grande liberté mais aussi pour la plupart d'une interdépendance. Ceci se traduit par une nécessité de prise de décision commune qui implique de renoncer à certains projets ou changements d'habitudes de vie.

Patient 12 :

« Depuis qu'elle (ma femme) est aussi à la retraite, je me vois mal de la laisser tout un dimanche à la maison, et moi je vais faire une balade, parce que c'était trop dur pour elle certaines marches. »

Patient 9 (concernant l'envie de voyager dans le monde) :

« Souvent j'aurais pu le faire, et j'ai pas le punch pour le faire...[...] Ah ben pour beaucoup de choses c'est trop tard. D'autant plus que madame vous le dira, pas question de prendre l'avion. »

3. Sexualité et conjugalité

a) Un intérêt toujours manifeste

Patiente 10 :

« Moi, je suis encore active et en demande pour la sexualité ; mon mari, il est moins intéressé. [...] J'ai entendu parler à la télévision, j'ai vu, j'avais dit "woah, un truc un peu sur le sexe (rires), tiens, faut que je regarde un petit peu". »

Patient 12 :

« Oui, maintenant, y'a une question de couple, mais c'est une façon de vivre qu'on a. Moi j'ai toujours été plus demandeur qu'elle, et ça continue comme ça. »

b) Des modalités qui évoluent

(1) La complicité et la tendresse, expression de la conjugalité

Patient 12 :

« Moi je dis il faut garder une certaine forme d'amour de tendresse, d'affection. Personnellement, moi, c'est mon tempérament, ma femme, je lui passe souvent la main dans les cheveux, dans la nuque, je la touche. D'un côté, je sais que ça lui fait plaisir et à des moments, ça l'agace, mais c'est un tout. »

Patiente 13 :

« Oui, oui, autant pour lui que pour moi, d'avoir encore des rapports sexuels et surtout la tendresse, l'affection, oui, je pense que ...surtout pour les personnes âgées, si elles peuvent avoir cet...ce bonheur. Moi je pense que c'est important. »

(2) Moins d'exigence performative, plus de naturel et de flexibilité face aux aléas

Patient 12 :

« Bon ça devient plus rare, ça, c'est clair ; bon on va pas donner de trucs, mais après on est content d'avoir réussi, plus ou moins bien, on a réussi, et des fois c'est loupé, parce que y'a le téléphone qui sonne, la chienne qui vient nous casser les pieds, ça a un côté marrant des fois. On n'en fait pas une histoire, c'est pas à cause de ça qu'on s'entendra pas [...]. Sur le moment, disons que c'est une contrariété "non, ça va pas, j'ai pas envie, je veux pas" ; "ah merde" on se réjouit quand même un peu à l'avance et puis c'est foutu, bon ben voilà. Et puis maintenant "On peut ? On essaye ? Oui ? Non ? Bof" mais c'est pas pour ça qu'on s'entendra pas, ça évolue, y'a de la tendresse de ci, de ça, il reste quelque chose, c'est différent mais c'est toujours là [...]. Oui, disons que y'a encore une quinzaine vingtaine d'années, quand je proposais et qu'elle disait non, je faisais un peu la gueule, puis maintenant je dis, "bon, c'est partie remise".»

Patiente 10 :

« parfois, on a besoin de regarder un film porno, pour pouvoir maintenir l'érection, donc on regarde un film porno »

(3) Etre bien dans son corps, une condition indispensable

Patient 12 :

« Oui, maintenant, y'a une question de couple, mais c'est une façon de vivre qu'on a. Moi j'ai toujours été plus demandeur qu'elle, et ça continue comme

ça, mais bon, maintenant, ce qu'il y a, quand on se décide sexuellement, faut qu'on se sente bien les deux, qu'on ait mal nul part, qu'on ait pas de soucis, sinon, on sait que ce sera loupé, sinon on dit "c'est pas la peine". »

4. Les enfants

En fonction du lieu d'habitation et des relations qu'ils entretiennent avec leurs parents, les enfants des *jeunes seniors* s'impliquent volontiers pour maintenir le lien.

a) Des relations d'aides réciproques

Selon l'état de santé et les disponibilités, les liens familiaux se tissent sur des échanges humains et techniques qui renforcent et appuient le soutien aux parents vieillissants qui réalisent petit à petit leur fragilité sans forcément l'accepter.

(1) Des enfants aux parents

Patiente 11 :

Concernant les déplacements :

« mais la fille qui est en face, elle vient régulièrement et elle donne un coup de main, par exemple, si on part, c'est elle qui nous emmène des fois, on va avec elle en voiture, elle prend bien soin, elle aide [...] »

Concernant le ménage du domicile :

« Je disais je peux encore faire mon ménage, ça va encore. il (mon mari) m'a dit "prends en une (une femme de ménage)". La fille elle a ramené un papier et j'ai dit on verra ça, et sa belle-mère a une femme de ménage, et quelqu'un qui est décédé et elle avait des heures de libres, alors elle m'en a parlé, alors j'ai dit "à l'occasion" [...]. Elle (sa fille) est venue un jour elle était en congés, elle a dit "je viendrai te faire le placard", alors, ils sont venus avec le petit fils et ils ont débarrassé »

(2) Des parents aux enfants

Patient 9 :

« Le fait de les (les enfants) accompagner dans leurs achats immobiliers, des choses comme ça. »

Patient 3 :

« C'était l'occupation dans ma tête de dire : "on va rendre service aux enfants" et pis de s'occuper des p'tits enfants. »

b) Vis-à-vis et sources d'inspiration

Les enfants deviennent des inspireurs pour leurs parents dans leur choix ce qui est relevé par ces derniers, non sans une pointe de fierté.

Patiente 8 :

« Je vois maintenant, je cuisine mieux, parce que on parle toujours moins de féculents, plus de légumes, plus de fruits, alors je fais attention, plus que dans le temps. Parce que je vois mes filles, elles font attention, c'est féculent, c'est légumes, elles varient bien. Elles connaissent leurs métiers aussi. »

Patient 9 :

« ça peut jouer, le bio pour les petites choses. Ma fille à Caen, elle est folle de ça, mon gendre il est apiculteur, il fait du miel super, qu'il va chercher en face du Mont Saint Michel, y'a aucune insecticide, y'a rien, c'est territoire protégé. Ils y tiennent à fond. On y vient un petit peu avec 40 ans de différence. »

c) Ne pas être une charge pour sa famille

Même si les *jeunes seniors* verraient pour la plupart d'un bon œil que leurs enfants continuent de s'occuper d'eux dans leur grand âge, ils sont très peu à l'envisager concrètement et encore moins à passer à l'acte. L'une des raisons principales de ce refus est le sentiment de ne pas dépendre de quelqu'un, que nous avons décrit plus haut (cf. tableau 1). Ainsi dans la représentation du *bien vieillir* figure l'idée de ne pas être redevable d'une personne dans son quotidien, alors qu'à l'inverse, la conception du « vieux » renvoie au fait de dépendre de quelqu'un pour assumer ses actes de vie quotidiens. Nous sommes en présence d'une telle conception à un degré moindre, mais pourtant bien présent, dans les situations qui suivent.

Patiente 11 :

*« Quelque fois, on dit on atterrira peut-être dans une maison de retraite, parce que si on peut plus rester ici, les enfants peuvent pas venir s'installer là, ou bien aller chez eux, non. [...] Si on avait le choix, c'est sûr qu'on préférerait aller quand même chez les filles qu'à la maison de retraite. **On voudrait pas y aller, parce qu'on voudrait pas les embêter**, mais si on devait aller à choisir, quand même préférer aller chez la fille que la maison de retraite. »*

Patiente 4 :

*« à part, ils disent : **“mais on viendra vivre avec toi, on s'occupera de toi” mais enfin, ça c'est dans leurs rêves.** [...] Ma fille me l'avait dit, une de mes filles me l'avait dit, “oh, on s'occupera de toi”, oui, c'est cela (ton ironique). [...] Mais je crois que pas que les enfants viendront s'occuper de moi, je crois pas. »*

d) Inversion du rôle éducatif et de l'autorité :

Dans certaines situations familiales, l'enfant peut prendre les devants ou les initiatives qui s'imposent pour leurs parents. C'est le cas pour des mesures de sécurité au sein du domicile, et ceci en dépit du refus d'un des parents. On retrouve une inversion des rôles d'autorité et de légitimité, comparativement à ceux qui correspondent à la petite enfance. Ce n'est plus le parent qui fixe la norme, mais c'est l'enfant qui dit ce qui est bon pour le parent, et bien que la plupart du temps, le parent vieillissant accepte les mesures proposées, celles-ci peuvent parfois être appliquées à l'encontre de sa volonté, voire même à son insu. Les enfants appliquent alors un principe de supériorité des valeurs au sein même du fonctionnement familial, mais aussi souvent avec l'aval d'un des conjoints, lorsque l'autre y est opposé. Cela peut également s'appliquer à la santé et à l'alimentation à but préventif. Dans tous les cas, il est intéressant de noter que le parent ne semble pas vivre cette coercition comme punitive, mais comme une **marque de l'intérêt et de la préoccupation des enfants à leurs égards**.

Patiente 6 :

« C'est elle (sa fille) qui m'empêche (rires) parce que moi je suis habituée à mettre beaucoup d'huile au pays. [...] Elle m'empêche pour ne pas trop prendre du poids. »

Patiente 11 :

« Le gendre, il nous a mis une rampe dans les escaliers, et je lui (son mari) disais toujours : "faudrait mettre une 2^e rampe", "non, non, on pourra plus passer" et le gendre, une fois, il est venu sans rien dire, il a acheté ce qu'il fallait et il a posé une 2^e rampe [...]. Et c'est là qu'on se rend compte qu'on vieillit quand même. »

e) Inversion de la responsabilité

Ce que nous avons dit concernant l'inversion du rôle d'autorité au sein de la cellule familiale trouve son sens dans une organisation socio-culturelle propre. Dans les cultures africaines notamment, la reconnaissance de l'autorité de l'enfant se conjugue à une reconnaissance de la responsabilité de l'enfant vis-à-vis de son aîné et va jusqu'à considérer comme inconvenant de ne pas accueillir ses parents chez soi. Comme le parent a pris soin de son enfant pendant sa jeunesse, l'enfant prend soin de son parent dans sa vieillesse. Sans idéaliser la place des anciens dans les familles africaines, le principe est ici celui d'une véritable *réciprocité intergénérationnelle* ayant pour but le bien-être de toute la famille (grands-parents, parents, enfants).

Patiente 6 :

« Si tu as les enfants qui s'occupent de toi, parce que chez nous, quand tes enfants sont grands, toi tu vieillis, eux ils grandissent, donc eux, ils s'occupent

de toi. [...] je ne sais pas pourquoi quand tu as les enfants, on t'amène à la maison de retraite, je ne sais pas. **Les enfants doivent s'occuper de toi comme tu t'es occupé d'eux aussi, chez nous.** [...] J'aime voir les enfants, mes petits-fils, mais aller là-bas à la maison de retraite, s'ils n'ont pas le temps de venir te voir, tu n'es pas isolée, mais tu n'es pas tranquille.

Patiente 6 :

« Chez nous, il n'y a pas de maison en escaliers comme ça. On va te faire un endroit où tu vas rester et les enfants vont venir te voir, passer de temps en temps. [...] Tu peux marcher et tomber, là les enfants sont à côté, ils vont te ramasser, te porter et t'emmener à l'hôpital si c'est grave.

C'est ce que décrit cette même patiente lors d'une autre partie de l'échange, une similitude de la vieillesse avec l'état infantile.

Patiente 6 :

« Au pays, c'est moi-même qui partait au marché, qui venait cuisiner, donc il faut ceci, cela, mais ici, **je suis comme un enfant.** (Rires) Y'a tout. »

Patiente 6 :

« **On me nourrit comme un enfant**, parce que y'a tout à la maison. Je prends seulement, je prépare. »

5. Les petits-enfants

Il s'agit d'un statut particulier que celui d'être grands-parents. Beaucoup de *jeunes seniors* ont l'occasion d'y goûter et la plupart y prennent une part active. Nous avons relevé quelques-unes des allusions des *jeunes seniors* vis-à-vis de leurs petits-enfants et comment ils vivent ces relations, sur les versants positif et négatif.

a) Aspects positifs

(1) Redynamiser le quotidien

Patiente 8 :

« On revit une nouvelle vie, parce qu'on a nos petits-enfants. On revit, ça nous fait du bien d'avoir de la visite. »

Patient 7 :

« Ben écoutez, le matin, les petits enfants qui viennent pour le petit déjeuner, y'a déjà pas mal de temps qui passe avec cela, on se lève tous les matins à 6h, pour avoir un peu de temps pour nous. »

Médecin 2 :

« C'est souvent un âge où c'est des gens qui deviennent...alors c'est p'têt'

stupide, mais qui deviennent grands-parents, etc. et donc ça me...j'essaye de recibler aussi sur les problèmes par rapport à la petite enfance. »

(2) Partager des projets communs

Le patient décrit une rencontre faite lors de son périple sur le chemin de Saint-Jacques-de-Compostelle, entrepris à l'occasion de sa retraite.

Patient 12 :

« J'ai rencontré entre autre, une fois, un jeune de 15-16 ans, qui faisait le chemin avec son grand-père, et vous pouvez pas savoir comment le grand-père faisait attention à son jeune et comme le jeune faisait attention à son grand-père. Moi ça m'a frappé. »

(3) Être disponible et rassurant, un rôle grand-paternel

Dans le cas présent, le patient nous explique que du fait du divorce de sa fille, les petits-enfants sont venus vivre chez les grands-parents. Le grand-père endosse un rôle rassurant et disponible pour répondre aux sollicitations des petits-enfants.

Patient 5 :

« “J'ai plus d'école, tu veux pas venir me chercher”, mais je dis “tu peux pas attendre le bus ?”, “Ouais, je vais pas attendre le bus”. Bon on monte dans la voiture, on y va. N'importe quelle heure du jour et de la nuit, c'est ce que je leur dis toujours, “Papy est là, vous en faites pas”. »

b) Aspects négatifs

(1) L'impression d'un décalage grandissant

Patient 12 :

« Dans les conversations, les goûts qu'on a, notamment pour la musique, je me sens déphasé par rapport à mon fils ou mes petits-enfants. »

Patiente 8 :

« Les petits enfants, c'est autre chose, ils s'occupent plus beaucoup des grands-parents. [...] D'abord, ils sont occupés par l'école, et les vacances, ils partent avec les parents, puis, c'est pareil, c'est plus la même vie. [...] Ils sont grands maintenant, le dernier il a 14 ans, j'en a 6, mais le premier il a 20 ans, l'autre il a 14, alors c'est quand même plus pareil. Maintenant ils se fichent pas mal de nous, avec leur téléphone, chacun. Ils se fichent pas mal de papy et mamie, on n'a pas Internet, on n'a rien, alors. Ils préfèrent rester chez eux maintenant. »

(2) Difficulté croissante à maintenir la relation

Patiente 8 :

« Non, mais que maintenant avec tous leurs trucs qu'ils ont sous la main, si, ils nous aiment en tout, mais c'est plus pareil qu'avant. [...] Si, pourquoi pas, je veux bien être en relation avec, mais que voulez-vous qu'ils nous disent avec leur... **On n'a plus beaucoup de conversation à nos petits-enfants.** "Tu me prends? Tu me prends ou tu...?" Chais pas, non c'est plus pareil qu'avant. C'était mieux avant. [...] Avant on était toujours derrière eux, on les faisait lire, on les faisait écrire, on faisait des jeux avec eux et tout, tandis que maintenant, que voulez-vous qu'on leur fasse ? [...] Ah ben non c'est fini, ce temps-là. Maintenant je vous dis, on les voit plus tellement. »

6. Relations aux générations antérieures et compréhension symbolique

Entre rupture et continuité, perception cyclique et représentation linéaire du temps, le présent se confronte une fois encore au passé au travers des regards de ces individus marqués par leurs histoires de vie.

a) « L'histoire se répète » : Similarité et reproduction des phénomènes familiaux

Patiente 4 :

« moi j'aimerais bien une belle maison de plain-pied, avec tout le confort, tout électrique, robotique, et pis vous avez les petits-enfants : "ah non, tu vas pas faire ça, mamie, tu vas pas vendre la maison, on a passé tellement de choses dans cette maison, tu vas pas..." ; ça commence, alors quand on parle comme ça, j'en prends encore un coup, parce **que je m'entends parler comme avec mes grands-parents, on leur disait déjà la même chose.** [...] Quand on est invités, on a remarqué que les plus anciens sont systématiquement ensembles et systématiquement, au bout de la table, **et nous on faisait pareil avec nos parents**, et c'est là où on est en train de se dire "c'est nous qui sommes en bout de table maintenant" tout doucement, on sent que la sortie elle est pour nous. »

Patiente 13 :

« C'est pour ça que quand j'ai eu des vertiges, j'ai tout de suite pensé, ça vient de l'oreille, parce que **j'avais déjà vu le cas avec maman** »

Patiente 11 :

« ça **vient des parents** qui avaient pas aussi facile que nous, c'est vrai, on gaspillait pas, fallait, puis on gardait, puis ça peut servir. »

b) Désir de similitude et identification

Patiente 1 :

« Mais sinon, moi, j'ai eu mes parents à la maison, la belle-mère, elle est là ; faire comme eux, quoi, essayer de rester à la maison, de ne pas être obligé de partir, être placé. »

Patient 9 :(concernant l'âge jusqu'où il pense vivre)

« ça dépend de ma santé, mais si chuis pas trop mal dans ma peau, je vais vous dire un chiffre, 93 ans, ça vous dira peut-être quelque chose. » (Il s'agit de l'âge auquel ses deux parents sont décédés, à quelques jours près).

E. Reconnaissance sociale et revendication sociétale

La perception des *jeunes seniors* au sein de la population générale comporte de multiples facteurs d'influence. Sans vouloir être considérés comme « vieux », ils s'attendent néanmoins à une reconnaissance spécifique. Ils revendiquent un statut qui leur est propre avec les mêmes opportunités et les mêmes exigences de légitimation sociale que celles de la population globale française. Ainsi, ils instituent de nouveaux rapports en souhaitant vivre conformément aux préceptes contemporains (primat de la liberté individuelle et de l'épanouissement personnel, reconnaissance et revendications sociétales, etc.) et incarnent de nouvelles initiatives avec des échéances telles que la retraite et le maintien à domicile.

1. La retraite, une transition majeure

La retraite est comprise généralement comme la cessation de son ou ses activités professionnelles. Les médecins relatent l'importance de cette phase dans la vie de leurs patients.

Médecin 2 :

« Je pense avec tout ce qu'ils lisent, on est dans la société du bien-être, du bien-vivre, ils ont aussi un rôle important, une fois que la vie active s'arrête, ils ont encore une vie, assez longue et ils se construisent une nouvelle vie. »

Médecin 4 :

« Je pense que 70 ans, c'est quand même un cap, à mon avis. On va dire, je pense qu'ils sont encore actifs, ils peuvent travailler, jusqu'à 68-67, c'est quoi, l'âge de la retraite officiellement ? Peut-être 70 ans, c'est un cap dans sa tête, à mon avis, plutôt. »

Mais derrière cette notion on trouve l'expression de nombreuses réalités disparates. Dans notre enquête, parmi les 36 évocations du terme « retraite » (hormis celui associant « maison de retraite »), seules trois ont été rapportées par une femme

et sur les trois mentions, deux font référence à la retraite commune du couple dans une seule phrase citée ci-dessous.

Patiente 1 :

« Maintenant bon, on est en retraite donc, là, c'est en retraite si on veut ; mon mari s'occupe encore un petit peu. »

Plus de 90 % des mentions du mot « retraite » sont à mettre à l'actif des hommes de la population interrogée. Il y a donc une polarité masculine forte à l'évocation de la retraite en tant que période particulière en lien avec leur vieillissement et la réussite de cette étape de vie. Ces analyses statistiques donnent un éclairage particulier sur la compréhension de la dynamique sociale et familiale que cette période de transition représente.

2. Vécu de la retraite par les jeunes seniors

a) Les aspects positifs

(1) Changer d'occupation, faire d'autres projets

Patient 3 :

« Donc la retraite, ça se prépare ; faut déjà être prêt dans sa tête. [...] Faut avoir aussi une occupation derrière [...]. C'est de dire : "allez, on va tourner la page, on va vivre différemment, on va s'occuper différemment", et pis on se met plein de projets en tête. »

Patient 12 :

« La randonnée pour moi, c'est aussi un motif de panache, parce que quand je me suis retrouvé à la retraite, j'ai pris mon sac à dos et je suis parti 3 mois à Saint-Jacques-de-Compostelle »

(2) Une activité sans contrainte

Patient 5 :

*« Alors moi je dis "tranquille, no stress". Je vais pas m'engueuler avec du monde, des fois ma femme me dit "t'es retraité", je dis "je suis retraité". [...] **La retraite, c'est le bien vivre. Plus de stress.** [...] Maintenant y'a plus de stress, y'a pas de date, pas de temps, c'est pas fini aujourd'hui, on terminera demain, ça c'est... la joie de la retraite ; de ne plus avoir de stress, de préoccupations du lendemain, les ouvriers, où est ce qu'on les met ? »*

Patient 3 :

« Enfin, faut pas reprendre un boulot avec des contraintes, travailler à 8h-16h, faut faire un boulot qui vous plaise et libre. »

(3) Le temps disponible

Patient 3 :

« C'est de gérer son temps librement et de le faire au moment qu'on a envie de le faire. [...] On a le temps... et après on dit : "un retraité n'a pas le temps". »

b) Les aspects négatifs

(1) Une transition qui peut être brutale...

Patient 3 :

« y'a des gens qui sont partis en retraite à 50 ans, et où on leur a dit du jour au lendemain, vous restez à la maison. Ça, ça doit être terrible, à quelqu'un qui est pas prêt. »

Patient 9 :

« Y'a quand même quelque chose psychologiquement dans la tête, **si du jour au lendemain, je suis là en train de travailler à mon école et là je suis chez moi**, j'ai pas changé de... statut ; mais dans la tête y'a quand même un effet, c'est sûr que y'a... je pense que beaucoup de gens accuse le coup, sans s'inquiéter, s'ils sont en bonne santé, ils s'inquiètent pas. Si ils sont en mauvaise santé,... c'est lié à l'activité professionnelle dans une certaine mesure. »

(2) ...et forcée

La retraite peut être vécue comme un sentiment de rejet de la part de la société. Le patient décrit ici sa surprise d'accéder à la retraite. On observe même, dans l'expression qu'il utilise, une crainte d'être mis de côté, jeté à l'abandon, comme une pièce trop usée qu'on remplace. Il s'exclame « *chuis bon pour quoi ?* » sous-entendu, « *J'espère pas pour la casse...* ».

Patient 5 :

« Quand on m'a dit quand j'avais été voir pour mes points de retraite, on m'a dit "**vous êtes bon**" ; "**chuis bon pour quoi ?**" ; "pour la retraite" ; j'ai dit "je veux pas la retraite" ; j'avais 56 ans ; j'ai commencé j'avais 14 ans, [...]. Moi c'est un plaisir, le travail, c'est un plaisir. [...] J'étais un peu obligé ; obligé sans être obligé, mais comme j'ai dit "moi je veux pas prendre ma retraite" on m'a dit "attendez [...] vous aller travailler pour rien, parce que on vous donnera quoi, 2-3% en plus sur votre retraite, est ce que ça vaut le coup ?". »

Un autre patient exprime le sentiment d'être « poussé dehors » par les jeunes générations de travailleurs et de ne plus être en phase avec les évolutions

professionnelles modernes.

Patient 3 :

« Vers la fin de sa carrière, on en a un peu ras-le-bol ; bon pourquoi, parce que y'a l'évolution technologique qui évolue très vite ; à un moment donné, je dis pas qu'on est dépassé par les évènements, mais on sent que ça pousse, ça pousse, ça pousse. [...] les jeunes qui venaient avec des idées nouvelles et ainsi de suite...bourrés de bagages, ils vous poussent aussi dehors, y'a ça ; le jeune, il vient avec 4 théories nouvelles, plein d'intelligence, nous, les anciens, on a l'expérience, on a pas forcément les études mais on a l'expérience derrière nous, et le mariage se fait pas forcément toujours bien entre la jeunesse d'un côté, les anciens de l'autre. »

(3) Pour certains, la sensation de ne pas vivre de retraite

Patiente 4 :

« Ben, moi je suis à la retraite, oui je travaille plus. Je suis maire de la commune, donc à la limite, je sais pas où est ma retraite, mais elle est là ; on va dire qu'elle est là. »

Patient 2 :

« Dans le milieu agricole, y'a pas de retraite. Si y'a retraite, mais bon j'étais en retraite, ma femme était exploitante, mais ma femme est en retraite, mais on fait toujours le même travail ; bon c'est nos enfants qu'ont repris, mais en double actif ; alors c'est nous qui ferons toujours le travail. Tant qu'on peut, on fera le travail. »

(4) La retraite, un risque d'isolement social

L'activité professionnelle offre un cadre social confortable et stimulant, qui s'est consolidé avec les années de travail. La rupture brutale d'avec un quotidien très occupé peut créer un vide soudain chez le retraité récent. Un patient mentionne le besoin de rester ancré dans une dynamique et une émulation physique et intellectuelle.

Patient 5 :

*« J'ai une petite entreprise un petit truc, et j'ai un successeur, et de temps en temps je passe les voir, les jeunes disent "ah mais t'es bien à la retraite", je dis "oui, oui, mais on est vieux quand on est à la retraite", **on sort du circuit.** Au début, on est dans un circuit, on voit des clients, on a des contacts, mais une fois qu'on est retraité, ça se perd. [...] Oui, quand on est retraité, c'est **qu'on est coupé un peu des copains**, des gens qu'on côtoyait tous les jours sur les chantiers, tout ça quoi, alors bon des fois quand je roule, je regarde toujours dans une camionnette, si je vois pas un ancien collègue. C'est ce*

besoin, ça je l'ai encore, le besoin de me retrouver »

(5) Le risque d'un laisser-aller, aussi sur le plan de la santé

Patient 5 :

« Je bricole quand même un petit peu, pour pas perdre la main, on sait jamais s'il faut retourner. »

Patient 9 :

« ça s'est aggravé un petit peu depuis que je suis à la retraite. Puis aussi la retraite, ça m'a peut-être joué un vilain tour, en étant plus tenu par un travail professionnel, y'a peut-être du laisser-aller. »

Médecin 4 :

« Ils disent "de toute façon, depuis que je suis à la retraite, j'ai que des problèmes" et ils commencent en plus à avoir mal partout. [...] c'est vrai qu'ils consultent plus une fois qu'ils sont à la retraite, ils disent toujours "maintenant que je suis à la retraite, chuis tout le temps chez le docteur". »

(6) Une perte d'envie et de projet

Patient 5 :

« Je regrette quand même, l'histoire de se retrouver à la retraite, c'est un tout, on perd le contact, on perd le truc, on perd les muscles [...]. Franchement, j'ai plus envie de rien. [...] De m'investir dans les trucs où il faut se battre avec les gens, non. Ça me dit plus rien. J'en ai eu trop, du moment que je suis arrivé à la retraite, j'ai dit bon. Le métier me plaît, comme j'ai dit. [...] Non, maintenant, chuis sorti du truc. Comme je vous dis, des fois j'ai mes copains qui me téléphone "tiens, j'ai une petite bricole", alors de temps en temps, j'y vais, pour me décontracter, pour rester dans le bain, pour pas perdre la main. »

F. Représentation des jeunes seniors sur la mort et la fin de vie

Comment les patients font-ils référence à la mort dans leurs discours ? Alors que nous parlons d'une prise de conscience de la fragilité de la vie, nous avons constaté une persistance du tabou concernant la référence à la mort, et notamment à sa propre mort. *Un seul des 13 entretiens contient cette référence.* Sur l'ensemble des 13 entretiens, on retrouve seulement 12 références à la mort et 3 références au décès, mais seule l'une d'entre elles décrit une attitude d'acceptation de sa propre mort. Celle-ci n'est jamais exprimée de manière personnelle, on évoque la mort en tant qu'objet extérieur : la mort de la nature, des autres, la mort comme un phénomène global. L'analyse montre que 25% (soit 3 utilisations du mot « mort » sur 12) est à

porter au titre d'une patiente d'origine africaine et qu'elle est la seule à s'être appropriée l'idée de mourir. La composante culturelle suffit-elle à expliquer ce phénomène ? Probablement pas, mais elle y contribue certainement.

Patiente 6 :

« Je sais que dans bientôt, je vais mourir, donc je ne veux plus tenir ça à cœur. »

1. Comment parle-t-on de « la mort » ?

a) Référence à la mort de l'environnement, de la nature

Patient 7 :

« Y'a des milliers, milliers de mètres cube d'eau qui sont partis dans le Rhin et tout le Rhin était mort à l'époque »

Patient 9 :

« Avant les terrains étaient renouvelés par les bactéries, par la nature, maintenant, les terrains de paysans sont morts. »

b) Ou la mort d'une partie de l'organisme, la mort d'un organe

Patiente 6 :

« ils ont vu que le rein est déjà mort depuis et l'autre aussi est attaqué, donc c'est pour le rein qu'on m'a opérée. »

Patient 7 :

« elle avait un œil qui était totalement mort »

c) Ou bien comme une référence antérieure, passée

Patiente 4 (en parlant d'une intervention chirurgicale) :

« j'ai failli mourir, je vous jure. J'avais des tuyaux partout, j'avais 40 de fièvre, ils me donnaient plus à manger, plus à boire, j'étais dans un état lamentable et j'ai cru que j'allais mourir. »

d) Parfois la référence se veut être une manière rhétorique d'accentuer l'intensité d'un constat

Patient 2 :

« ils étaient morts de rire, ils disent “ vous déconnez toujours ?”. »

Patient 9 :

« Heureusement tous les gens qui sont vieux et qui prennent des médicaments sont pas handicapés à mort. »

e) La mort est virtuelle et médiatisée rendant son contact moins direct

Patiente 1 :

« à la télé, que y'a quand même des facteurs de risque , que c'est dangereux pour la santé, y'a eu des morts qui ne se sont pas fait vaccinés, qu'il y a eu des morts, alors maintenant on pense que c'est les personnes les plus âgées qui... plus de 80 ans »

f) On évoque la mort d'un proche

Patiente 6 :

« mon frère est mort de l'hépatite, mais moi j'ai été transfusée »

Patient 2 :

« Notre beau-frère qui est mort d'un cancer du pancréas »

Patiente 11 :

« Sa sœur celle qui est morte ça ferait 2 ans au mois de septembre »

Patient 12 :

« C'est ma belle-fille a perdu son père. Il est mort à 69 ans, bon c'est pas vieux et pis je me suis dit "chuis le seul grand-père", je veux pas leur compliquer la vie le jour où ça arrive. »

2. Pour parler de sa propre mort

Si le terme « mort » n'est pas utilisé, il n'en reste pas moins qu'on peut déceler son évocation à plusieurs reprises dans les discours. Lorsque la distance n'est pas possible sur le plan conceptuel, on s'en tient éloigné par la mise à distance sur le plan discursif. L'évocation de sa propre mort est toujours euphémisée ou imagée. Les tournures de phrases sont nombreuses à relater cette réalité sans jamais utiliser les termes « décès » ou « mourir ».

Patient 5 :

*« Parce que quand je regarde la moyenne d'âge, 65, on se dit j'ai encore une dizaine d'années, mais après, c'est **le grand vide**, est ce qu'on ira plus loin ? »*

Patiente 11 :

*« Pfff, faudrait pas, **faudrait partir à peu près bien.** »*

Patient 12 :

« On se dit “ on vieillit” on se dit qu’un jour, **on va passer l’arme à gauche**, alors bon être grabataire pendant X temps, c’est pas marrant »

Patiente 1 :

« Ben oui, c’est sûr que quand on regarde derrière soi, on dit : “oh là là”, on a déjà bien avancé, et puis **on va vers ...vers la culbute.** »

Patiente 11 :

« On dit bon, on a plus de souci, celui qui **partira** le premier, l’autre aura pas à faire de truc. [...] la tombe est faite, tout est fait, avec l’argent qu’on a un petit peu, ben, ils arriveront déjà à nous enterrer. »

Patient 12 :

« Bien vieillir, c’est aussi se dire “on entame la dernière partie de sa vie”, faut être conscient de la chose, et puis un jour, **j’irai rejoindre mon père.** [...] C’est aussi une manière de **préparer mon départ**, j’en discute avec mon fils [...]. Je veux pas leur compliquer la vie le jour où ça arrive. [...] On sait pas quand, on sait pas comment, mais ça arrivera. »

Patiente 13 :

« je préfère continuer de prendre ça et **partir plus vite**, parce que je ne pourrais pas ; je ne pourrais pas vivre sans. »

3. Comment les jeunes seniors se préparent-ils à mourir ?

Le discours des patients va dans le sens de l’idée suivante : bien se préparer à mourir, c’est être assuré et rassuré d’avoir fait l’ensemble des démarches administratives et juridiques qui concernent les obsèques et ne pas faire porter ce fardeau à la génération qui suit.

Patiente 11 :

(Son mari : « Notre maison est déjà faite. ») « Au cimetière. On a déjà notre tombe au cimetière. [...] je trouve qu’on est tranquille, on dit bon, on a plus de souci, celui qui **partira** le premier, l’autre aura pas à faire de truc, c’est déjà prêt, alors on pense plus à ça, du fait que on n’a pas à se dire la tombe est faite, tout est fait, avec l’argent qu’on a un petit peu, ben, ils arriveront déjà à nous enterrer. »

Patient 12 :

« C’est aussi une manière de **préparer mon départ**, j’en discute avec mon fils et ma belle-fille travaille dans les assurances, elle est de bon conseil pour ce genre de chose, et ça fait pas longtemps qu’on en parle, mais on en parle. »

Patiente 13 (concernant la fin de vie et les directives anticipées) :

« j'irai voir le Dr G. je veux absolument mettre ça au clair et lui donner le papier rempli, et comme ça, P. (son fils), il pourra quand même aller chez le médecin et avec ce papier en main, y'a quand même plus de ...[...] Donc ça sera quand même ma volonté. »

En conclusion, on constate que les seniors de 65 à 75 ans se voient de plus en plus concernés par le fait de mourir et la prégnance de cet événement qui doit advenir est un sujet de préoccupation difficile à aborder, même en famille, et si c'est le cas, c'est plutôt sur *le versant des démarches administratives et financières*. La préparation à l'éventualité de la mort à cet âge n'est pas tant d'ordre spirituel ou relationnel que d'ordre organisationnel et administratif. Certains médecins proposent aux *jeunes seniors* d'inscrire cette thématique dans une discussion plus large sur les modalités médico-juridiques qui en relèvent : don d'organe, loi Leonetti sur la fin de vie, directives anticipées, etc.

Médecin 5 :

« Je leur pose la question, quelle est votre position par rapport au don d'organe, heu...si vous êtes hospitalisé et que y'a besoin de transmettre à des personnes, qui, qui serait cette personne-là ? A qui est-ce qu'on peut transmettre les infos ? Et par rapport à la fin de vie, quelle est votre position ? Et heu...j'essaie de leur parler des directives anticipées aussi. »

Mais même pour les médecins, ce ne sont pas des sujets facilement abordables.

Médecin 5 :

« Pour ceux que je vois pour la première fois, des fois, je me dis, c'est peut-être un petit peu...heu...[...]brutal de discuter de ces choses-là, surtout quand c'est des patients jeunes, mais ça m'arrive de le faire et finalement...heu...ça semble être bien pris. Après, voilà, c'est entre ce que le patient montre quand il est devant nous, et ce qu'il pense réellement et est-ce qu'il va revenir pour autant, ça, difficile de mesurer aussi. »

II. Projections et rôles du médecin généraliste dans le bien vieillir

A. Le troisième âge, l'âge de la prévention et des dépistages

Les médecins sont unanimes sur l'importance de la prévention et des dépistages à cette période de la vie.

Médecin 1 :

« 65-75 ans, oui, c'est vraiment l'âge de la prévention [...]. Je pense qu'il faut absolument que nos politiques privilégient la médecine générale, fasse de la

prévention et il faut que les médecins généralistes gardent la main sur leurs patients. »

Médecin 2 :

« Sur le plan de la prévention, c'est peut-être là (à cet âge) où je commence davantage à faire attention quand même aux insuffisances rénales, pour les adaptations posologiques tout ça. »

Médecin 4 :

« On est plus dans les phases de dépistages déjà, ça c'est sûr, on va faire, entre le test Hemocult, les mammographies. [...] C'est l'âge où ils commencent à avoir un peu de tension, enfin, ou un peu de diabète, ou des douleurs, mais après, on les bombarde pas de dépistage, après la grippe, ben ils le font, ils le font pas. Mais on leur fait même les PSA alors qu'on devrait pas. »

Médecin 5 :

*« Je sais pas si ils (les patients) sont mieux préparés, mais en tout cas, globalement, ils sont...ils restent jeunes plus longtemps, et c'est l'objectif aussi que moi, je dois me donner pour eux, c'est de faire en sorte qu'ils restent en bonne santé le plus longtemps possible, voilà...et **pour moi, le côté prévention, plutôt que traitement, c'est très important.** [...] peut-être hein qu'on est dans une surmédicalisation ? En même temps, on parlait de prévention aussi, on fait pas suffisamment de prévention, le... le... transmettre l'idée que le patient, il a la faculté de changer un certain nombre de ses comportements pour pouvoir aller mieux. »*

1. Une population d'âge décisive en termes de santé

Un médecin témoigne du sentiment d'une forte représentativité des *jeunes seniors* dans sa patientèle, alors qu'en réalité, elle se limite à 10-15%. Il explique :

Médecin 5 :

*« C'est quand même ceux que tu vois le plus régulièrement, parce que tes personnes de moins de 60 ans, finalement quand y'a pas de soucis de santé, tu les vois (pas)...tu vas les voir 1-2 fois dans l'année maxi pour des problèmes aigus, alors que les personnes de plus de 65 ans, là tu commences à les voir de façon beaucoup plus régulière, avec des renouvellements de traitement, etc. Donc même s'ils **représentent pas une grosse part des patients, heu, en termes de consultation, ils donnent l'impression d'être plus.** »*

En outre, la complexité des consultations et l'absence de résolution immédiate des problèmes de santé sont décrites comme énergivores et chronophages.

Médecin 5 :

« Je pense que c'est des patients qui te préoccupent plus, dans le sens où ils ont, heu...plus de problèmes de santé et donc plus de choses qui...c'est pas juste un problème, une solution, **c'est de multiples choses à prendre en compte, et, et ben voilà, il faut faire une synthèse de tout ça pour pouvoir prendre en charge** correctement le patient et donc, ils te mobilisent plus le cerveau, on va dire, voilà, ils te mobilisent plus sur le temps de la réflexion, et pis, je pense que tu penses plus à ces gens-là que forcément des gens que t'as vu pour des problèmes aigus qui, qui, tu sais vont passer en 5-6 jours et puis t'en entendras pas parler. [...] Tu les vois, heu... et puis, je pense que tu les gardes dans un coin de ta tête, 3 mois plus tard, tu dis : "ah tiens, oui y'avait ça". Donc je pense que c'est ça aussi qui fait la... le ressenti d'une population plus importante. »

Médecin 4 :

« **à cet âge, oui, de toute façon, on est central et le système fait qu'on est central** pour dire "là maintenant, c'est le temps de...on va aller voir le cardiologue, là on va faire la prise de sang, maintenant, ça fait un moment", bon après, on est là, sur l'écoute, on fait quand même du social [...]. Pour cette classe d'âge, on est encore important. »

Les patients aussi se rendent compte de l'importance du rôle du médecin généraliste à leur âge.

Patient 12 : (en parlant de son médecin traitant)

« Elle est concernée au premier plan. D'ailleurs, je lui ai dit au Dr C. j'y vais tous les 3 mois sauf imprévu, je lui ai dit " je vous vois pas souvent, mais vous êtes quelqu'un d'important pour moi". En plaisantant, mais elle a très bien compris le message. »

Patient 4 :

« Quand j'ai des problèmes, je sais vers qui je dois aller, je vais voir mon médecin et je règle mon problème avec mon médecin. Quand c'est des problèmes familiaux, c'est moi qui les règle. Chacun à sa "calasse" (néologisme), a sa place, a sa case... »

Un médecin interrogé semble même surpris du rôle du généraliste profondément institué dans les mentalités.

Médecin 2 :

« Quand ils vont chez le spécialiste, ils reviennent te voir "le cardiologue m'a prescrit ça, est ce que vous croyez que je dois commencer ça ?" ça m'étonne toujours, moi, puisque j'ai quand même l'impression de pas être légitime par

rapport au spécialiste, mais à chaque fois ça m'interpelle, je me dis que ben si, on a quand même ce rôle-là, quand même qui dans leur tête, il existe. »

2. Qu'est-ce que la prévention liée au vieillissement ?

a) Une notion en constante évolution

Médecin 1 :

« Cette notion de prévention n'existait pas trop dans les années 80, on demandait aux gens de ne pas trop fumer, mais quand on était quand même dans un pays de sidérurgie et tous ceux qui avaient été mis en retraite anticipée dans les années 80 à 50 ans, parce que ça commençait la crise de la sidérurgie dans les années 80, ils se retrouvaient à 50 ans à la maison, on leur disait d'arrêter de fumer, d'arrêter de picoler, parce que y'en a qui y allaient sec, c'était assez primaire comme prévention. [...] Petit à petit avec les années qui passent, on a affiné, on a découvert le dépistage du cancer de la prostate, le dépistage du cancer du sein et puis on a inventé le LDL, le HDL cholestérol, notion qui n'existait pas à cette époque-là. »

b) Problématiques actuelles de la prévention en médecine générale

La mise en œuvre de la prévention en cabinet de médecine générale occasionne de nombreuses problématiques (multiplicité des recommandations, intérêts économiques sous-jacents, risque de dépassement du cadre préventif, etc.) et les généralistes expriment volontiers ces difficultés face au besoin de conserver la relation de confiance avec leurs patients.

Médecin 1

*« Il faut que la prévention soit mieux expliquée et il faut que les sociétés savantes reprennent un peu la main **en arrêtant de publier 500 recommandations que personne ne lit** tous les ans, mais en faisait quelques recommandations qui soient bien sentie et qui touchent les médecins. [...] Actuellement on est au-delà de la prévention, on se pose la question de l'intérêt morbi-mortalité de la prévention et plein de gens viennent nous questionner là-dessus en demandant notre avis sur ces sujets.[...] Nous généralistes, on veut bien faire du dépistage, alors là, moi, dépister le LDL cholestérol, le HDL, je pense que les cardios sont allés beaucoup trop loin et que comme ce sont les américains qui règlent le curseur pour le LDL, ils ont qu'à baisser le curseur de 0,1 gramme pour vendre 10 millions de boîtes en plus. Donc ça, **les gens ils sont pas fous quand même**, ils se rendent bien que il suffit d'agir sur le LDL, les valeurs normales, d'aller faire quelques chèques à quelques leaders d'opinions pour que tout de suite, les ventes augmentent. »*

3. Une consultation spécifique pour la prévention ?

Sur ce point précis, les médecins sont partagés entre deux perspectives : d'un côté, considérer la prévention à part entière dans le temps de la consultation ; de l'autre, accorder des temps spécifiques à la mise en œuvre d'une démarche de prévention et de synthèse. Ci-dessous nous présentons deux avis distincts.

a) *La prévention fait partie de la consultation*

Médecin 1 :

« Ils ont fait plein d'usines à gaz comme ça, ils (les médecins généralistes) ont pas le temps, ils n'ont pas le temps. [...] En général, une consult', c'est "qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ?" faut poser une question fermée, autrement, "moi docteur, j'ai aussi mal là, tant que vous y êtes", et pis machin, après ça n'a plus de limite, poser une question, et une fois que la consult' est terminée, vous pouvez toujours dire, jeter un coup d'œil. »

b) *Une consultation complète de prévention et de synthèse*

Médecin 2 :

« c'est des âges où souvent tu les vois quand même, ces âges-là, tu les vois quand même, ils ont des traitements, ils viennent au moins tous les trois mois, au moins une fois par an, et du coup, y'a forcément une consultation où je m'intéresse à la prévention. »

Médecin 5 :

« prévoir en plus des consultations comme ce qu'ils proposent de consultations de synthèse, où là tu vas les voir pendant plus longtemps, au moins une fois par an, sachant que moi j'aime bien, 'fin je trouve que 15 minutes dans une consultation, c'est souvent pas assez, et que j'aime bien des fois les voir plus longtemps et que dans ce cas-là, je programme, je leur dis "la prochaine fois, on se voit pendant 30 minutes et on refait le point" et ça me permet de faire un examen clinique plus approfondi, à ce moment-là. [...] J'essaie vraiment d'avoir ce temps où au moins une fois dans l'année on refait le point de façon plus globale et qu'on s'occupe pas d'autres choses en dehors. »

4. Ouvrir la discussion sur d'autres sujets

Lors des consultations où est évoquée la mise en œuvre des dépistages, certains médecins profitent de l'occasion pour aborder d'autres thématiques en lien avec le vieillissement.

Médecin 3 :

« c'est l'occasion de parler d'autres choses, voir s'il faut faire un bilan sanguin, un autre checkup, on peut parler d'autres choses que le dépistage. »

Médecin 4 :

« j'aime bien en parler, c'est toujours aussi un moment pour parler de la sexualité des personnes âgées. »

5. Relation des jeunes seniors à leur médecin traitant

a) Le médecin vieillit avec ses patients

Il est important de noter que le médecin évolue en âge avec son patient ; ainsi sa perception du vieillissement évolue elle-même en fonction de la catégorie d'âge auquel il appartient. C'est ce que nous avons relevé dans les entretiens avec les médecins et ce que nous rapporte le médecin suivant, proche de la retraite :

Médecin 1 :

« C'est lié à mon avancée en âge, puisque y'avait quand même des gens qu'on connaissait depuis 20 ou 30 ans, dans les années 80, ils avaient 35 ans de moins et puis, comme ils vous suivent [...] y'a plein de patients, quand je traverse la place qui me racontent leurs petites histoires. Ils grandissent avec nous, ils vieillissent avec nous et quand vous êtes jeune médecin, [...] ceux sont des gens qui grandissent avec vous, ce n'est pas un choix personnel. [...] Oui, parce que ça correspond à mon âge aussi. [...] On fait partie du groupe, on fait partie comme les lycéens qui sortent du bahut, faut qu'il soit tous fringués de la même manière. faut que les gens, ils vous sentent un peu concernés. »

b) Le médecin traitant, un conseiller pour ses jeunes seniors

C'est l'un des fondements de la communication médecin-patient. Il y a des situations où le patient dans la confiance qu'il accorde au professionnel déborde le cadre purement consultatif et le questionne sur une prise de décision personnelle. Cette thématique peut être illustrée par la question : « Et vous, qu'est-ce que vous feriez si vous étiez à ma place » ?

Médecin 2 :

« finalement, c'est assez général dans tous les domaines, je crois que de manière générale, aujourd'hui, on est obligé de faire avec ça, que ce soit plus cette génération ou d'autres, les gens arrivent avec des documentations et ont besoin d'avoir notre avis d'expert, un petit peu. »

Patient 12 :

«Point de vue médecin traitant, c'est quelqu'un d'important, pour ce qu'il fait et encore pour les conseils qu'il donne [...] éventuellement qu'il nous dirige le cas échéant, faut aller voir tel spécialiste, je lui fais confiance aussi parce que pour bien m'orienter vers un bon... quelqu'un qu'elle sait qui fera... disons je voudrais pas qu'elle prenne une liste, pof, celui-là, allez. Non, j'attends d'elle qu'elle m'envoie chez un gars qu'elle connaît, un gars qu'elle sait qu'il fait bien son boulot. »

B. Les dépistages

1. Le cancer colorectal

a) Une adhésion relativement bonne

Les médecins promeuvent aisément le dépistage du cancer colorectal.

Médecin 2 :

« cancer colorectal, moi je dirais quand même plutôt bien, pas de réticence. Non, le test est beaucoup plus facile maintenant à faire passer, mais même avant, dans les miens, je trouve pas qu'il y avait des réticents. »

Médecin 3 :

« La majorité le font, je dois avoir 3 patients qui veulent pas. »

Médecin 4 :

« Le nouveau test est beaucoup mieux accepté pour l'Hémocult. »

Médecin 5 :

« Pour les Hémocult, j'encourage aussi les patients à le faire. »

Pour les patients aussi, l'adhésion est tout à fait bonne. La quasi-totalité des patients affirment avoir réalisé le dépistage, avec néanmoins des doutes pour certains sur le délai du dernier examen.

Patient 12 :

« Depuis qu'on me l'a proposé, je l'ai fait tous les deux ans. Moi je joue le jeu, y'a pas eu de souci de ce côté, on m'a demandé de le faire, je le fais. C'est aussi une position vis-à-vis de mon médecin. »

Patiente 6 :

« Parce que quand ça commence, tu ne sais pas. Et on peut découvrir que tu as ça, ça ne donne pas encore de signe, donc je fais. »

Patient 7 :

« Je trouve que c'est quelque chose de bien, si y'a un petit problème, on peut le détecter déjà à l'avance, on peut le soigner ; alors, là, je trouve ça bien »

b) Et les refus ?

Médecin 3 :

« Ils veulent pas le faire, ils vont très bien par ailleurs, ils prennent soin de leur santé, mais ils veulent pas, ils veulent pas de coloscopie, donc je leur propose systématiquement “est ce que vous voulez toujours pas le faire” enfin j'essaie de leur en parler mais y'en a certains, c'est clair, ils veulent pas faire d'Hémoccult, parce qu'ils veulent pas aller à la coloscopie derrière, s'ils ont...enfin s'ils ont rien. »

Médecin 3 :

« C'est leur choix, après...souvent c'est noté dans le dossier, je sais pas si t'as vu ; refuse le truc...mais c'est pas parce qu'ils refusent qu'on en reparle pas. »

c) L'arrêt des dépistages, rôle clé de l'information

Nous avons pu observer que lors de l'arrêt d'un dépistage, une incompréhension peut persister dans l'esprit du patient quant au motif de la cessation. Certains patients sont bien informés, mais d'autres comprennent l'arrêt de la plupart des dépistages après 75 ans comme un désintérêt des politiques publiques pour les personnes âgées par conviction politique, économique et même idéologique.

Patient 12 :

« Disons que y'a une raison pour laquelle après 75 ans, on fait plus de contrôle colorectal, y'a quand même des gens qui ont pris cette décision, et je me dis “bon, c'est en connaissance de cause” [...]. Comme dit, soit l'évolution dit être lente, et si elle est rapide, on s'en rend compte peut-être, mais on peut toujours réagir à ce moment là. »

Patient 3 :

« Et là aussi, je fais confiance, parce qu'il m'a dit : “une fois, 75 ans, on arrête” pour la simple et bonne raison, d'après lui, je vous dis bien, parce que je suis pas médecin. Un polype met entre 5 et 10 ans pour venir, Non... Il met 5 ans pour venir mais 5 à 10 ans pour être cancéreux, je crois. Et il dit : “à un moment donné, vous aurez d'autres soucis que...”. Une fois 75 ans, je crois bien c'est-à-dire que à 80 ans, on va découvrir un polype, et après il met encore 10 ans pour devenir cancéreux, ça vous amène 90 et on arrive aussi... si Dieu le veut. »

d) Certaines incompréhensions sur les dépistages

Patiente 1 (refus de la patiente de faire le test hémocult) :

« Les femmes on entend moins qu'elles ont le cancer du colon ou des intestins, ou ça se dit moins, chais pas. »

Patiente 4 :

« On tend toujours le dos, parce que quand on fait un dépistage, on a toujours une angoisse, on se dit "ah, j'espère qu'ils vont rien trouver". »

(1) Trop vieux pour être soigné ?

La référence suivante met en évidence l'expression d'une revendication sociétale dans la crainte exprimée d'un patient que la collectivité marginalise ses citoyens les plus âgés.

Patient 9 :

« Parce qu'il y a l'AMODEMAS qui m'a contacté, et maintenant, ils m'ont dit que j'avais plus le droit, que j'étais trop vieux. Alors là franchement, je me pose... Comment ça se fait que tout d'un coup, c'est là où y'a le plus de misère pour les vieux, tout d'un coup, on les regarde plus. Est-ce que c'est les prévisions du monde de demain ? C'est-à-dire que les vieux vont être ultra, comment dire, évités... je ne comprends pas ça. »

(2) Les raisons financières

Patient 9 :

« Rien ne dit que parce que j'ai fait quelques...ça se fait tous les 2 ans, ça ? C'est un petit examen, y'a rien, mais le prochain serait peut-être positif. Je comprends pas que tout d'un coup, on arrête le dépistage, je vois pas au nom de quoi, si c'est une question de sous et de sécu, autrement je vois pas l'explication. [...] Ah ben non, je trouve que c'est malsain de faire ça. Je sais bien qu'il y a plus de sous. »

Patient 12 :

« Y'a toujours inévitablement dans toutes les décisions qui sont prises que ce soit à ce niveau-là ou ailleurs, on tient compte du coût de la chose, "tiens, si on prend tous les vieux, c'est pas gratuit...". »

2. Le cancer du sein

a) Un contexte symbolique fort

Le dépistage du cancer du sein jouit d'une considération importante parmi les patientes concernées. Sur les patientes interrogées, elles se disent toutes concernées et investies. Néanmoins, les limites et les critiques sont bien réelles autant sur le plan médical que pour les patientes qui refusent.

Patiente 1 :

« Dans nos alentours, cancer du sein, on en a déjà vu pas mal, et pis Dr H. disait “il faut faire la mammographie”, et donc j’allais à la mammographie. »

Patient 3 :

« Moi je leur accorde une totale confiance dans le sens que il y a du vécu, il y a de l’expérience qui est là. Aujourd’hui, si on prend chez la femme, le dépistage du cancer du sein, moi je vois ma femme, elle a fait une mammographie, y’a un petit truc de 2 mm, machin, mais qu’il a rien d’anormal, mais sa sœur a eu un cancer, il y a quelques années en arrière, donc cette prévention, je pense que c’est quand même quelque chose de positif. Alors là, oui, faire de la prévention dans ce domaine-là, je suis 100% pour. »

Patient 7 :

« Ou chez les femmes le dépistage du cancer du sein, je trouve ça bien ; faut quand même pas tout renier, ce serait idiot. »

Patiente 8 :

« Je n’ai rien pour l’instant, je n’ai pas de cancer, je n’ai rien. Parce que y’en a qui ont des cancers et maintenant...on parle tout le temps du cancer du sein, moi pour l’instant, je touche du bois. »

b) Risque de prévention excessive

Un médecin remet en question certains actes réalisés dans un logique préventive excessive.

Médecin 1 :

« La moindre mammographie actuellement, quand elle est suspect, vous faites des IRMs où ça flashe de partout et comme personne sait répondre IRM néo, pas néo, néoplasie ou pas, on fait des biopsies qui sont des actes pas toujours justifiés et actuellement on est au-delà de la prévention. »

c) Les motifs de refus

(1) Risque de surmédicalisation

Médecin 2 :

« je crois que les chiffres sont pas mauvais, mais c’est anecdotique, y’en a deux clairement, c’est par peur des résultats qu’elles veulent pas le faire, y’en a une je me suis battu, parce que y’en avait dans la famille, elle a fini par le faire. Y’en a deux et y’a une dame dans ce que je me souviens qui m’a parlé de tout ce qui était “Octobre Rose” tout ça, “est ce qu’on surdiagnostique pas ? Et si on me trouve un cancer alors que j’aurais pu vivre avant ?” Tout

ça, donc y'a une dame qui était vraiment réticente. »

Médecin 5 :

« Sur la mammographie, j'ai lu aussi des choses récemment qui..., les études montrent que finalement pour toutes les mammographies faites, le taux de, de personnes sauvées est ridiculement faible par rapport au nombre de femmes qui vont être ennuyées par des diagnostics, des faux diagnostics qui vont parfois aller jusqu'à la chirurgie, donc, donc là, je pose la question aux patients, est ce que vous faites la mammographie ? Mais si elles me disent qu'elles veulent, qu'elles souhaitent pas, je...je les pousse pas à aller faire. »

(2) Crainte de la découverte d'une pathologie

Médecin 2 :

« Y'en a deux, c'était, "si on me trouve quelque chose, la chimio, j'ai peur du cancer, j'ai peur qu'on me trouve une maladie, puis de toute façon, derrière, y'aura plein de traitements", non, l'autre c'était toute cette polémique-là, ben "est ce qu'on a pas fait trop de mammographies ? Est ce qu'on n'a pas sur-diagnostiqué ? Est ce qu'on n'a pas surtraité des cancers ? Qu'on n'a pas malheureusement fait trop de mamectomie à des..., ou mastectomie à des dames qui auraient pu vivre tranquillement, hein, est ce que la mammographie est pas trop précise et trop...", c'est ça le sujet "est-ce qu'il faut vraiment faire cette mammographie ?" y'en a une qui m'en a parlé, donc c'est très anecdotique. »

Médecin 4 :

« Y'en a toujours quelques unes qui font la politique de l'autruche. »

3. Le cancer de la prostate

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, les dernières recommandations ne sont pas en faveur d'un dépistage systématique du cancer de la prostate. Néanmoins, un certain nombre de médecins continuent de le prescrire ; dans notre échantillon de cinq médecins, ils sont deux à le faire régulièrement (2/5). Des motifs telles que la crainte de passer à côté de quelque chose de grave, la confusion des informations versatiles de la littérature ou encore l'évocation de l'obligation de moyens et pas de résultats sont des arguments utilisés par les médecins pour justifier leur choix.

Médecin 1 :

*« j'avais mon J. (ancien collègue) pour qui j'ai beaucoup d'amitié, **il faisait pas le dosage du PSA**, il expliquait pourquoi, il disait que sur 13 patients, 14 patients atteints d'un cancer de la prostate, 13 mourraient d'autres choses, on en voit bien sûr qui meurent avec des méta osseuses. »*

Médecin 2 :

« Pfff, j'ai encore relu quelque chose y'a trois jours, moi je sais plus quel est mon avis, je sais pas si quelqu'un a un avis bien précis là-dessus ? **Le pire c'est que je continue à les faire**, parce que je me dis que, ouais, ils pourront pas me reprocher d'avoir oublié de faire un PSA, si un jour y'a un truc, parce que y'a des gens, c'est important, mais je le fais pas par conviction personnelle. [...] le PSA surtout à cet âge-là, ouais, ils montent alors du coup, on va les biopsier, puis ben, c'est un petit peu embêtant, ben j'ai peur de rater quelque chose, moi, chuis dans une phase où j'ai peur, donc je crois que je fais, ouais. »

Médecin 3 :

« **le PSA ça fait plus réellement partie des recommandations, donc je le propose pas**. Je dis que ça sert à rien tant qu'il n'y a pas de symptômes, donc je leur demande s'ils sont obligés de pousser pour faire pipi, si y'a des petites gouttes ou si ils se lèvent 3 fois la nuit pour faire pipi, et puis là, on peut enclencher sur des examens, mais que ça sert à rien de faire si y'a pas de symptômes. Alors, effectivement, y'a des gens qui me demandent de le faire, donc ça m'évite de le faire. »

Médecin 4 :

« **Pour les PSA moi je les fais quand même de manière systématique, quand même malgré tout**, je sais qu'on n'a pas le droit, mais... enfin, c'est pas intéressant, mais on le fait quand même. Après, moi j'ai un seul patient qui m'a refusé, qui m'a dit "non, vous me le faites pas, parce que ça sert à rien." [...] Mais on leur fait même les PSA alors qu'on devrait pas. »

Médecin 5 :

« le PSA, je propose, je demande aux gens s'ils veulent, s'ils veulent le faire. **Si y'a pas de symptômes au niveau clinique et que eux, ils sont pas attachés à faire absolument ce dosage là, je le fais pas.** »

C. La prévention des facteurs de risque

1. L'alimentation

a) Une confiance pas toujours aussi naturelle qu'il n'y paraît

Le mythe de la médecine générale, lieu de la confiance totale médecin-patient et de la réciprocité parfaite des échanges est à nuancer. Certains médecins affirment que leurs patients ne sont peut-être pas aussi sincères et transparents avec eux et qu'ils leur cachent des comportements et des habitudes.

Médecin 4 :

« De tout façon, ils te disent toujours qu'ils mangent rien, qu'il ont mangé une toute petite salade. [...] Moi, j'ai l'impression qu'ils écoutent pas, je leur explique qu'il faut perdre 2, 3, 4 kilos, ce serait bien, qu'il faut marcher, mais y'a toujours une bonne excuse, ils vont te dire qu'ils bougent en faisant du jardin, mais... quand il faut perdre du poids, ils t'expliquent qu'ils mangent rien. »

Et parfois c'est les patients qui remettent en cause les croyances et les compétences des médecins en termes de conseils nutritionnels.

Patient 9 :

« j'en ai parlé avec Mme R. mais je crois qu'elle est pas au top, parce que le pain, [...] c'est de l'amidon, c'est du sucre, et c'est aussi malsain que du sucre et Mme R. me dit "mais non, c'est pas...vous n'avez pas ça, vous n'avez pas de problème avec le pain, mangez votre baguette, parce que le pain, c'est du sucre lent". »

b) Une échéance, élément déclencheur

Patiente 1 :

« Ben, là pour l'instant, ben on mange mieux, mieux qu'il y a 6 mois en arrière. On fait plus attention. [...] Parce que mon mari est en train d'essayer de maigrir. [...] Parce que le docteur lui a dit qu'il l'opérerait s'il maigrissait. Quand il aura maigri... alors c'est pour ça qu'il a décidé. Je vais maigrir. »

Patient 2 :

« Comme le chirurgien a dit il y a 1 mois : "faut maigrir avant que je vous opère". C'est pour ça que je fais régime. »

c) Un soutien conjugal, familial ou professionnel

Patient 7 :

*« Je ne sais pas comment ça se présentera au courant des prochaines années avec l'âge, on fait attention, **mon épouse elle fait attention à ce qu'on prend pour préparer ses petits plats tous les jours**, elle prend de l'huile, maintenant c'est dommage, elle devrait être là pour vous expliquer ce qu'elle prend peut-être. [...] Elle cuit avec des huiles spéciaux, Oméga 3, chais pas quoi encore. »*

Patient 7 :

*« **Elle (son épouse) connaît tous mes petits problèmes là**, alors elle lit beaucoup sur cela, de ce fait là elle emploie aussi les produits pour cuisiner, comme je vous dis, l'huile spéciale, le gras de porc, on laisse ça de côté, des petites choses qu'il faut faire attention. [...] Justement chez elle c'était de vieillir peut-être mieux, **peut-être aussi faire attention à son mari**. [...] J'ai*

quand même 12 ans de plus qu'elle et elle a peut-être peur qu'il m'arrive quelque chose donc elle fait attention à moi, à ce qu'on mange.»

Patiente 8 :

*« Je vois maintenant, je cuisine mieux, parce que on parle toujours moins de féculents, plus de légumes, plus de fruits, alors je fais attention, plus que dans le temps. Parce **que je vois mes filles, elles font attention**, c'est féculent, c'est légumes, elles varient bien. Elles connaissent leurs métiers aussi. [...] Avant je ne faisais pas tellement attention entre les légumes verts et les féculents, tout ça, tandis que maintenant, **je fais attention et mes filles le font, attention**, alors à chaque fois quand y'a des haricots verts y'a des pâtes, y'a toujours un mélange de féculents et de ... »*

Patient 7 :

*« Elle (son épouse) a peut-être ses problèmes avec son propre poids, donc depuis qu'elle a changé maintenant, parce qu'elle est allée voir **une diététicienne** ; elle était bien accompagnée, qu'il lui conseillait quand même divers menus, divers préparations et j'ai dit "écoute, je fais partie, tu cuisines pour les deux comme tu t'as appris avec la diététicienne". »*

d) Des règles trop strictes, adopter une attitude raisonnable

Patient 3 :

« l'alimentation, si on fait allusion aux 5 fruits et légumes par jour, ça me fait un peu sourire, parce que c'est pas évident de manger 5 fruits et légumes par jour. »

Patiente 1 :

« si on veut pas reprendre de poids, il faudra rester dans la bonne ligne ; bon, on peut faire un écart, mais il faut pas en faire un écart tous les jours. »

Patient 7 :

« Un voire deux fois par mois, on va au restaurant, et là on mange normalement, comme ce qui est proposé, à la carte, on se fait un plaisir. Uniquement là quand on est à la maison que voilà, elle fait sa cuisine d'après la diététicienne. Et c'est très agréable, c'est très bon. »

2. L'activité physique

Il existe encore de nombreux progrès à acquérir en ce qui concerne l'activité physique adaptée pour les gens du troisième âge. L'influence des conceptions anciennes liées à l'activité reste très ancrée dans les mentalités et les discours préventifs peuvent être mal interprétés, rendant la pratique physique inefficace voire délétère.

a) *Activité physique et connaissance scientifique*

La compréhension des mécanismes physiopathologiques par les patients est souvent approximative mais se révèle importante pour sensibiliser et déclencher une prise de conscience.

Patiente 1 :

« Faudrait qu'on marche régulièrement, et on nous a dit que normalement c'est au bout de la demi-heure qu'on perd des graisses ; au bout de la demi-heure de marche. »

Patiente 1 :

« Ben maigrir et puis bon, cardio-vasculaire, tout ça, c'est quand même bien aussi ; faut que nos veines, ou nos artères soient... qu'il n'y ait pas de... qu'elles soient les trois quarts pleines de graisses. »

b) *Activité physique ou médicaments ?*

Il y a parfois des confusions entre le rôle bénéfique pour la santé des médicaments et celui de l'activité physique. Les médecins de leur côté n'hésitent pas à relever l'intérêt d'une démarche conjointe avec des avantages spécifiques.

Médecin 1 :

« C'est le cumul des facteurs de risque, et y'a des gens, je pense que l'activité physique, la lutte contre la sédentarité, c'est quelque chose qui échappe à l'industrie pharmaceutique mais qui est au moins aussi important que les médicaments qu'on leur donne et si vous voulez les faire bouger, c'est quasiment impossible. »

Médecin 2 :

« des fois, y'a aussi tout ce qui est activité physique, des fois, ils passent d'abord par la chimie... »

Patient 7 :

« Justement comme j'ai des problèmes de cholestérol par exemple. Je prends ces médicaments, mais est ce qu'on est toujours protégé à 100% ? Alors mieux vaut encore peut-être faire quelque chose soi-même en faisant attention à ce qu'on mange. »

c) *Changer des habitudes quotidiennes*

(1) *Le point de départ, la prise de conscience et la volonté du patient*

Médecin 5 :

*« Est-ce que déjà, un, ils ont conscience du problème et est-ce qu'ils ont envie de... ouais, est ce qu'ils ont envie de... d'apporter des modifications, parce que de toute façon, c'est pas moi qui vais être derrière eux pour voir ce qu'ils font, donc je leur propose [...] **vouloir initier un changement, c'est... c'est pas non plus vouloir le faire à la place du patient.** Donc est-ce que... comment trouver les mots pour pouvoir le faire de façon correcte ? »*

(2) Partir du vécu du patient, mettre à profit le contexte socio-culturel

Médecin 2 :

« je pense qu'il faut les voir toujours dans leurs contextes, dans ce qu'ils font et ce qu'on pourrait encore améliorer pour eux dans leur mieux-être, donc s'ils marchent, s'ils nagent, si ça, voilà, ben un des moyens pour être mieux dans leur sport, c'est peut-être aussi de manger mieux. »

Médecin 3 :

« je demande si ils bougent, si ils marchent, s'ils ont un chien. »

Médecin 5 :

« est-ce qu'il y a une activité physique qui est faite, est-ce que si y'a pas d'activité, est-ce qu'ils peuvent en démarrer une ? Si y'a quelque chose qui est fait, est ce qu'ils peuvent faire un petit plus ? Je vais aller dans le sens-là.[...] Je leur dis "voilà, est-ce que... est-ce que, ben par exemple pour l'activité physique, ils vont promener le chien, vous allez promener le chien, c'est une promenade, est-ce que vous pouvez marcher un peu plus vite ?" Après, ils le font, ils le font pas, on en rediscute. »

Patient 7 :

« C'était naturel et maintenant dans l'appartement, il faut faire autre chose, il faut s'activer, on peut pas rester là toute la journée assis à lire, faut faire quelque chose, faut aussi sortir. »

(3) Rebondir sur les plaintes et demandes du patient

Médecin 2 :

« J'essaie de sauter sur les occasions, quoi. "J'ai mal au genou, j'ai mal au dos, je dors pas bien" ; "ah bon, mais vous mangez comment ?" donc sautez sur les occasions qu'ils te tendent indirectement. »

(4) Proposer des changements progressifs, l'un après l'autre

Médecin 5 :

« Tu modifies les choses, pas forcément sans tout chambouler, mais tu

améliore les choses même que progressivement, avec un peu plus d'activités physiques, des repas mieux équilibrés et des moindres quantités, et tu vois les gens maigrir, se sentir mieux, être, avoir des meilleurs paramètres au niveau biologiques, 'fin, tout s'améliore. »

(5) Initier des réformes structurelles

Médecin 1 :

« une des philosophies de C. (supermarché local) là, c'était on se disait, on va mettre C. (supermarché local) là, comme ça, les gens qui allaient chez la G. (commerçante locale) qui était une épicerie dans le temps, au moins, ils feront 800 mètres pour aller marcher jusque là-bas, même pour les 800 mètres, ils râlent (Rires). [...] G. (la maire), elle a mis une navette, bon je comprends bien qu'à 87 ans, mais tous les gens quand j'ai quitté ici en disant "le cabinet va être transféré là-bas", me disaient "mais comment on va faire ?", je leur dis "mais comment vous faites pour venir ici ? Vous venez à pied ?" ah ben non, ils venaient en voiture. »

d) Instaurer un changement gagnant :

(1) De l'activité physique, non de la performance sportive

Patient 12 :

« Non, on travaille pas tellement le muscle, c'est-à-dire qu'on fait pas d'efforts suivi. Moi je trouve même des fois, il dit "on fait un traction", un truc comme ça, au bout de 3, il arrête, moi je dis, on devrait faire 5-6. Mais musculairement parlant, y'a autre chose. On peut jardiner. (Rires) »

Patiente 4 :

« Quand même avec mon dos, maintenant ma hanche, il faut quand même que je me méfie, que je fasse pas n'importe quoi. Il faut peut-être faire des gestes un peu calculé ou coaché par quelqu'un qui va me dire si c'est bien ou pas bien, parce que des clubs de gym, y'en a pas à toutes les heures. »

(2) Des compréhensions variées et multiples de l'activité physique

Derrière la notion de « bouger » que véhiculent les messages de santé publique se cachent de nombreuses compréhensions et interprétations sur le sens de l'activité physique dans la prévention du vieillissement. Certains sont ainsi surpris de constater que ce qu'ils considèrent comme une dépense physique ne permet pas de corriger leur surpoids.

Patiente 1 :

« On fait pas de sport, mais on marche, on cavale, marche de gauche à droite.

[...] Ecoutez, le matin, on se lève, il est 6h15 à 30 ; on a 15 chevaux à nettoyer tous les matins, à la brouette, à la fourche ; alors donc je pense que je fais déjà mon petit... Enfin, c'est peut-être pas un sport, mais on devrait marcher. »

Patient 3 :

« Alors, l'activité physique, j'en suis conscient, il faut bouger. Effectivement il faut muscler son cœur, il faut bouger. [...] Faut pas faire ce que j'ai fait. En dehors de mon jardin, bricoler la maçonnerie, on se dépense d'une autre manière, mais il faudrait faire de la marche, je pense et puis de la natation, je pense. [...] J'ai jamais acheté de bétonnière, j'ai toujours remué mes sacs de sable, de ciment à la main, à la pelle, donc je me suis dit, j'ai assez d'activité, mais ceci dit, ça n'a pas empêché que j'ai de l'embonpoint. »

Patiente 6 :

« Pour bouger, je fais la machine, je mets, je repasse, je couds. »

Patient 7 :

« J'en avais pas besoin puisque à côté, quand j'étais encore à la ferme, j'avais assez de mouvement dans la journée.[...] (Aujourd'hui) je suis pas là à être assis toute la journée à table, on bouge pas mal, le matin, on fait notre sortie d'une heure, à travers la campagne, 3 fois par semaine, je fais un peu de gymnastique derrière dans mon bureau, des étirements pour rester un peu souple. »

Patiente 8 :

« J'allais dire qu'on se remue un peu moins quand même quand dans le temps. [...] Oui, en activité. Si on va marcher, quand le temps le permet, on va marcher. Et on fait un peu le jardin, on bricole... »

(3) Y consacrer du temps

C'est un des principaux arguments, utilisé à la fois par les médecins pour encourager la reprise d'activité physique à la retraite, et par les patients pour justifier la difficulté à s'y astreindre.

Médecin 2 :

« En terme de diététique, leur dire qu'ils ont peut-être plus de temps et que ça peut être, ben ça peut être intéressant aussi de...ils ont plus de temps pour faire attention à tout ça. »

Patiente 1 :

« Enfin si on prenait le temps, on le ferait. [...] Être d'accord tous les deux à dire : “ça y est ! Allez hop, on y va !” »

Patiente 4 :

« L'activité physique, j'ai pas le temps, alors c'est pas une raison ; à un moment donné je faisais de la gym aquatique et pis avec tout ce que je me suis mis sur le dos, avec la mairie et communauté de communes, ça tombe pile poil dans les horaires où je pouvais aller faire de la gym aquatique, ce qui me faisait beaucoup de bien et de plaisir donc je suis vraiment coincée de ce côté-là. [...] Vous savez quand j'ai 2 heures à battre, je crois que j'en ai tellement fait de la journée que j'ai plus envie et je sais que c'est pas bien. »

(1) Une volonté de changement progressif

Face à ce besoin de temps, les praticiens discernent clairement la nécessité de proposer des changements progressifs et graduels sous peine de démotivation et mise en échec du patient.

Médecin 2 :

« je vais essayer au fur et à mesure, c'est-à-dire, je vais pas d'emblée leur dire "il faudrait faire ci et ça", peut-être avec des patients, jouer sur truc, voilà "dans trois mois, si vous pouvez me dire que vous mangez moins de pain, que vous avez diminué un peu, ça serait mieux" je vais pas balancer des trucs en gros »

Médecin 5 :

« Je pense que j'attends moins des patients, dans le sens où je...je...avec l'expérience, j'ai compris que ça prenait...que les changements prenaient du temps »

3. La vaccination antigrippale

a) Un outil relativement récent mis à mal par des affaires médiatisées

La vaccination antigrippale est un exemple emblématique des difficultés à promouvoir des comportements préventifs dans la population des *jeunes seniors*, autant sur le plan personnel et psychologique que dans une dynamique sociale et politique. Les médecins sont nombreux à exprimer le malaise et la polémique autour de ce sujet.

Médecin 1 :

« L'exemple typique, c'est le vaccin. Là aussi le vaccin dans les années 80, ça n'existait pas. C'est quelque chose qui est apparu, ça fait une quinzaine d'années et le vaccin, au début, c'était magique, Pasteur, tous ces grands groupes, la France a fait plein de vaccins, sauf que les gens ont commencé à se méfier du vaccin. »

Médecin 5 :

« tout ce qui s'est passé dans les années précédentes par rapport à la vaccination et la vaccination pour le virus H1N1, tout ça, ça **fait que les gens se posent beaucoup de questions**, y'a quand même beaucoup de personnes qui ont...pignon sur rue ou qui sont porte-parole pour une cause anti-vaccination, donc tout ça, ça fait beaucoup, ça fait beaucoup de bruit de telle sorte que les patients savent plus où se situer et souvent vont refuser de se faire vacciner parce qu'ils savent pas où ils en sont. »

Médecin 3 :

« je pense que dans les médias, y'a quand même aussi, y'a eu tout un, tout un, tout un tollé pour le vaccin lors de la grippe H1N1 ; y'avait quand même des gens anti-vaccins qui... qui donnent leur avis, donc je pense que y'a des gens qui écoutent ça. »

b) Un choix éminemment personnel

Au niveau des patients, chacun a son avis sur la question et argumente pour expliquer son choix.

Patiente 11 :

« On n'a pas attrapé, donc je pense qu'on est sûrement... ça nous convient je pense. On peut l'attraper quand même, même en étant vacciné on peut l'avoir, mais moins fort, il paraît. Ma sœur ne le fait pas, je sais pas si elle a raison ou tort, mais... [...] Oui, je lui ai dit "pourquoi que tu le fais pas ?", "ah non, moi je fais pas" alors que son mari lui le fait.

Patient 12 :

« Quand j'avais 60 ans, j'avais un hiver où j'étais mal foutu, j'ai dit "bon faut que je fasse quelque chose, l'hiver prochain, je me fais vacciner contre la grippe". »

Patiente 1 :

« J'ai dit "Non, Non". Mais peut-être que plus tard. Pour l'instant, j'ai jamais eu trop la grippe, bon mon mari il le fait, mais moi, non »

Patient 2 :

« A cause de ma sarcoïdose. Dr H. voulait que je me vaccine pour la grippe. Là, c'est fait. [...]. Moi, je trouve que c'est bien, si ça peut nous arranger, qu'on n'attrape pas la grippe. Ma femme est contre. »

Patient 3 :

« Moi, je suis assez pour la prévention, style vaccin contre la grippe. Moi je

me fais vacciner tous les ans, parce que je sais que y'a 3 souches de grippe qu'il y a dans le vaccin, pis il se peut que cette année-ci, y'ait une 4^e souche qui est pas dans le vaccin et qui va tourner et je refuse, comme certaines personnes, de dire : "Ah ben, oui, moi j'ai été vacciné et j'ai quand même eu la grippe." ; faut être réaliste ; si on n'a pas de chance, on n'a pas de chance, et c'est vrai que la personne a raison dans ces cas-là. Si la souche qui va venir au mois de février, comme tous les ans, chuis peut-être immunisé entre guillemets, ou du moins je l'aurai moins fortement, donc ça c'est la prévention. »

Patient 3 :

« Sur les statistiques, ceux qui se faisaient vacciner, c'est ceux qui étaient rarement malades, ou rarement absents. C'est malheureux, y'a quelque chose qu'on a du mal à comprendre. »

c) En consultation : entre dialogue et convictions

Concernant le vaccin antigrippal, les médecins décrivent des situations de consultations complexes où les patients semblent convaincus à l'avance de leur choix. Les efforts de communication déployés par le médecin pour accompagner le patient et conserver le dialogue sont considérables et certains médecins décrivent des dialogues fermés et peu enclins au changement. La plupart refuse alors d'entrer dans le conflit pour maintenir la relation de soin.

Médecin 3 :

« C'est difficile, je pense, c'est difficile. [...] Ben les patients que j'ai ont des idées très arrêtées, ceux qui veulent pas être vaccinés, ils veulent vraiment pas. »

Médecin 2 :

« La grippe, alors, moi je crois, j'ai l'impression que quand ils rentrent dans le bureau, ils savent déjà eux-mêmes s'ils vont le faire ou pas le faire ce vaccin »

Médecin 2 :

« Donc je pose la question. "avez-vous reçu le... ?" quand eux ils en parlent, généralement, ils vont le faire "oui, j'ai reçu, mais je le fais jamais", souvent "vous en pensez quoi ?" ils te demandent ton avis, si y'a pas de gros facteurs de risque ou quoi, je leur dis, ce serait bien mais ok, mais je vais pas plus loin, je veux pas les orienter vers des trucs... quand ils ont une cardiopathie ou des facteurs de risque, je leur dis "écoutez, moi, j'aimerais bien vous le faire, vous pouvez réfléchir, mais moi j'aimerais bien le faire", après, je leur donne pas de références à aller lire, parce que j'estime que c'est assez carré »

(1) Questionner, ne pas juger

Médecin 2 :

« Je leur demande ce qui les rend réticents “pourquoi vous voulez pas le faire ?” ; “ah ben vous savez, ça marche pas, faut le refaire tous les ans” on leur explique que ça mute, “ah pis l’an dernier”, effectivement, l’an dernier “l’an dernier, il a pas marché le vaccin ?” ben oui, mais bon »

(2) Renoncer, ne pas entrer dans le conflit

De nombreux médecins choisissent de ne pas entrer en confrontation lorsqu’il y a refus de la vaccination.

Médecin 2 :

« il y en a aussi qui prennent de l’O. (vaccin homéopathique) tout ça, alors là je me bats pas. »

Médecin 3 :

« Les gens entendent ce qu’ils veulent entendre, je... sais pas si ça a plus ou moins de valeur. »

Médecin 4 :

« En moyenne, 50 % je dirais. Après y’a tous ceux que tu ne vois pas qui se sont fait vacciner par l’infirmière. J’ai pas eu les taux, j’ai pas vu cette année du coup sur la population. Ceux qui refusaient, je notais dans le dossier. Sur les vaccins, c’est compliqué. »

Médecin 5 :

« Sur la vaccination aussi pour la grippe, ça aussi, l’âge. Pour moi c’est important... qu’ils se vaccinent et donc je vais leur poser la question et heu... pour l’instant, ‘fin il faudrait qu’on s’organise autrement parce que les infirmières elles font souvent les vaccinations et on n’a pas de retour, donc finalement on sait si nos patients sont vaccinés ou pas, mais la vaccination pour la grippe, ça me paraît aussi quelque chose d’important. »

(3) Comprendre les réticences à la vaccination antigrippale

Parmi les treize patients interrogés sur le vaccin antigrippal, plus de la moitié (7/13) s’interrogent ou critiquent cette mesure et plus d’un tiers ne se fait pas vacciner tous les ans (5/13). Nous présentons ci-dessous une synthèse des principales critiques à l’encontre de la vaccination antigrippale.

Tableau 2 : Critiques à l'égard de la vaccination antigrippale

Raison évoquée	Citations en rapport
Relativisation de la gravité de la maladie	<i>Patient 7 : « quand vous allez en Afrique, c'est sûr, il faut se laisser vacciner contre la malaria, c'est sûr. Là je ne suis pas contre, mais chez nous, avec la grippe, je ne suis pas tellement certain que c'est toujours nécessaire. »</i>
Disproportion entre les moyens mis en œuvre, les risques pris et la gravité réelle de la maladie à prévenir	<i>Patient 9 : « Je pense que c'est pas très bien. Ça m'intéresse pas beaucoup de la faire, parce que y'a quand même un peu des inconvénients et grand manque de rentabilité si on peut dire, et pis j'ai pas envie de rajouter des médicaments à ceux que j'ai. Et donc, jusque maintenant, j'ai pas faite. Y'en a 30% qui la font pas, des gens âgées. »</i>
Absence de sentiment de vulnérabilité ou de fragilité suffisante pour envisager qu'une telle protection soit nécessaire	<i>Patiente 1 : « j'ai jamais fait la grippe alors de toute façon, j'ai jamais été alité pendant 8 jours, être à plat, raplapla, non. Si jamais ça m'arrivait, peut-être que je changerais d'avis. »</i> <i>Patient 9 : « Je sais pas, vu mon mode de vie, je crois, j'espère que j'en ai pas beaucoup des malchances de l'avoir, donc si c'est pour un petit 5-10%, je fais un calcul et je fais pas le vaccin. »</i> <i>Patient 7 : « Si je serais gravement malade, avec une maladie cardiologique, peut-être, oui, mais comme je me sens bien, je ne vois pas le sens. »</i>
Orchestration et mise en scène mensongère de la vaccination par une politique de la peur et de la dramatisation, ayant pour but principal l'intérêt économique des firmes pharmaceutiques	<i>Patient 7 : « je ne sais pas si c'est pour favoriser la vente de ces produits-là, je ne devrais pas dire ça, parce que j'ai travaillé trop longtemps dans ce métier-là. Des fois, j'ai l'impression que c'est pour favoriser l'industrie pharmaceutique. [...] je pense que c'est aussi une certaine peur, maintenant tout l'hiver avec la publicité qui passait à la télé. Je pense qu'ils sont en train de faire peur aux gens. »</i>
Remise en question des composants du vaccin notamment par ses effets supposés « toxiques » pour l'organisme humain.	<i>Patiente 4 : « et je me dis "s'ils te rentrent ça là-dedans, ils te mettent une maladie", j'ai la trouille. Je sais pas ce qu'il y a là-dedans, J'y crois pas à ce machin-là. »</i> <i>Patient 7 : « Je ne sais pas exactement la composition de ces vaccins, mais ce que j'ai déjà pu lire, y'a un composant d'aluminium dans ces vaccins, un métal [...]. Donc je ne sais pas maintenant. Et c'est pas un composant idéal pour le corps pour l'humain. »</i>
Banalisation des conséquences	<i>Patient 7 : « Moi je pense que si on est en bonne santé, si on attrape la grippe, on reste 3 jours au lit et c'est fini. On fait des anticorps avec ça, qui nous protègent pour la prochaine saison. »</i>

Perception d'une synthèse chimique, synonyme d'artificialité à l'inverse des méthodes considérées comme naturelles	<i>Patient 7 : « nous on prend un vaccin, un vaccin biologique » (fait référence au vaccin homéopathique)</i> <i>Patient 7 : « Je pense que si on est en bonne santé, si on attrape la grippe, on reste 3 jours au lit et c'est fini. On fait des anticorps avec ça, qui nous protègent pour la prochaine saison. »</i>
Expérience de symptômes consécutifs à l'inoculation du vaccin	<i>Patient 7 : « On l'a fait une fois, mon collègue de travail était malade comme des chiens, on était malades on était enrhumés, lui comme moi, on était malades, on n'arrivait pas à nous dégager de notre...on était enrhumés, on avait mal à la gorge, alors je pense c'était peut-être psychologique, ça n'avait absolument rien à voir avec le vaccin qu'on a eu, mais depuis lors, j'ai dit et lui aussi, et je le vois de temps en temps et il a quelques années de plus que moi et il m'a dit "écoute, non, je ne prends jamais le vaccin". »</i> <i>Patiente 8 : « J'en ai connu qui l'ont fait et qui ont été encore plus malade. »</i>
Méconnaissance de la maladie et de ses symptômes	<i>Patiente 4 : « C'est peut-être parce que j'ai jamais vraiment eu une grippe et je me dis que j'ai plus de chances de m'en sortir si j'ai une grippe que si l'autre là, il me fait je sais pas quoi. »</i> <i>Patiente 6 : « Les tisanes pour la grippe. Contre la toux, le rhume. Je prends les tisanes et ça passe. [...] Pour d'autres, je ne sais si y'a un risque. Je ne refuse pas, mais comme les tisanes me soignent, je trouve que c'est bon, ça ne vaut plus la peine de me faire vacciner. »</i>
Crainte phobique inexplicable	<i>Patiente 4 : « L'histoire des vaccins, ça remonte aux enfants. Surtout à ma fille qui travaille en labo et qui me dit "faut pas faire le vaccin là", "faut pas faire ci, faut pas faire ça", alors elle, elle est un peu réticente aussi. Bon elle dans son métier elle est obligée de le faire. Elle fait tous les vaccins ; moi j'ai toujours eu peur des vaccins. Je sais pas pourquoi, c'est presque une phobie. »</i>
Contre-indication supposée	<i>Patient 5 : « Je fais confiance à un toubib, mais bon ces jours ci, comme j'avais le nez qui coulait, tout ça, on l'a pas, mais là, je pense que je vais le faire, j'écoutais ils disaient que la grippe ça arrivait, parce que ce qu'on a eu c'était pas de grippe, c'était un peu nez qui coule, enrhumé, même sans voix, pendant 2 jours, je pense pas qu'il vous aurait fait le vaccin à ce moment-là. ; qu'on soit de nouveau à peu près bien. »</i>
« Il y a d'autres moyens de se protéger aussi efficaces »	<i>Patient 9 : « On est plus fragile, c'est sûr qu'on peut plus facilement, oui, alors je me protège, j'ai une chance dans mon malheur, n'ayant pas beaucoup de contacts avec les autres, beaucoup de visite, j'échappe aux microbes, confiné dans mon jardin, je risque pas grand chose. [...] chuis bien souvent seul donc je vois pas où est-ce que j'attraperais le microbe de la grippe. »</i>

d) EN PRATIQUE : Argumenter la vaccination antigrippale

Nous avons demandé aux médecins de nous dire comment ils dialoguent avec leurs patients sur l'intérêt de la vaccination antigrippale.

Tableau 3 : Arguments en faveur de la vaccination antigrippale

Argument évoqué	Citations en rapport
L'efficacité de la vaccination	<i>Patient 12 :</i> « Mon avis sur les vaccins c'est que malgré les défauts que ça peut avoir et que certains disent, je pense que au fond, c'est quelque chose d'essentiel. C'est le seul médicament qui a peut-être sauvé le plus de vie humaine, les vaccins quels qu'ils soient, éventail large. »
Les conséquences potentielles sur la santé	<i>Médecin 2 :</i> « je leur explique qu'il y a, tous les ans, beaucoup d'hospitalisations, et y'a malheureusement, aussi, on meurt de la grippe, oui, peut-être que je leur fais peur un petit peu, mais j'essaie d'imposer un petit peu sur ce coup-là, alors ça marche pas à tous les coups, ils le font pas faire forcément. »
Rassurer sur les effets secondaires	<i>Médecin 3 :</i> « J'essaie de les rassurer sur la tolérance du vaccin. »
Liberté dans la réalisation de la vaccination	<i>Médecin 5 :</i> « Je leur laisse le temps, oui, je leur dis, voilà, que moi, je suis disposé à le faire, que pour la vaccination, ça peut être aussi l'infirmière qui le fait, ils sont pas obligés de revenir en consultation pour autant, donc... heu... donc voilà, si ils sont décidés, ils le font. »
Prendre position sur le plan médical, malgré le refus	<i>Médecin 2 :</i> « j'ai envie qu'ils retiennent que moi ce que je leur ai dit c'est que oui, c'est pas rien la grippe, c'est potentiellement à risque pour eux et que j'aimerais qu'ils se vaccinent. » <i>Médecin 5 :</i> « C'est toujours pareil, ...là c'est un choix personnel, donc moi, je vais transmettre des informations en leur expliquant l'utilité, le fait que la mortalité est supérieure chez les personnes qui ont... des pathologies lourdes ou qui ont plus de 60 ans. Et après, je leur laisse le choix...toujours ! »
Proposer des pistes pour approfondir la question	<i>Médecin 5 :</i> « vaccin.org je sais que c'est un site officiel où tu trouves des informations, après, j'ai pas trop, trop creusé, chuis allé voir 2-

	<i>3 choses, mais j'ai pas trop creusé. »</i>
Mentionner la vaccination personnelle ou celle des proches	<i>Médecin 5 :</i> <i>« si toi t'as fait quelque chose à tes enfants, c'est que tu penses que c'était bien de le faire pour eux, donc si tu l'as fait en tant que père, pour tes enfants, et que tu le recommandes ensuite en tant que médecin, t'as plus de... 'fin je pense que ça te donne plus de crédibilité, 'fin, pas à toi, mais ça donne plus de... de crédibilité au fait que c'est utile pour les enfants... des patients »</i> <i>Médecin 4 :</i> <i>« c'est pour les vaccins des enfants, quand ils commencent à me poser trop de questions, je leur dis "écoutez, moi, mes filles, je leur ai fait". »</i>

4. Traitement médicamenteux chez les jeunes seniors:

a) « *Primum Non Nocere* »²

Médecin 4 :

« faire plus de mal que de bien, parce que peut-être des fois ils sont pas trop mal comme ça, et de dérégler tout un équilibre qui se passe pas trop mal. Tu vas rajouter, je sais pas, un antihypertenseur, ils vont faire des grosses chutes de tension ou ils vont se mettre en...un problème de natrémie, de kaliémie, et tout va... »

Médecin 1 :

« C'est tellement difficile d'arrêter une benzodiazépines chez une personne âgée que en rajouter encore d'autres qui sera aussi difficile d'arrêter après, il faut faire très attention, il faut écriémer nos ordonnances. »

Patient 9 :

« Je vous dis, moins y'a de médicaments, mieux je me porte, si y'a pas de conséquences après. »

Médecin 4 :

« Après, plus ils avancent en âge et plus t'as peur de faire des choses qui soient trop délétères. »

² « D'abord, ne pas nuire ».

b) Communication médecin-senior : introduire un traitement au long cours

(1) Comprendre les réactions des patients

Médecin 2 :

« C'est des gens qui vont bien, ils ont pas mal, mal nulle part, ils le ressentent pas, "mais qu'est-ce que vous venez m'embêter avec un médicament, je vais bien, pourquoi vous vous excitez un petit peu ?". »

Médecin 4 :

« Le premier (médicament), on va te dire "faut encore le continuer ?", "ah ben oui, faut encore le continuer", "oui, mais j'ai plus de tension", "oui, parce qu'il y a le médicament". »

Médecin 5 :

« les personnes qui ont plus de 65 ans, ils s'attendent [...] à ce que ce soit un traitement qui va être poursuivi pendant longtemps. Heu... **mais ils vont toujours poser la question**, quand c'est un médicament pour le diabète ou quand c'est un médicament pour l'hypertension, ils vont poser la question, forcément. **Est-ce qu'il faut continuer à le prendre après les trois mois**, est-ce que, est-ce qu'on pourra s'arrêter, etc. »

(2) Traitement au long cours signifie maladie chronique

Médecin 2 :

« Déjà avant de lui dire qu'il va prendre un médicament pour le reste de sa vie, faut qu'il ait conscience de pourquoi il le prend, qu'il a une maladie pour le reste de sa vie, déjà. »

Médecin 4 :

« Les gens ils sont assez informés, ils savent, je leur explique qu'ils le garderont longtemps. »

(3) Evolution probable en l'absence de traitement

Médecin 2 :

« moi, je leur explique ce que c'est, le diabète, si effectivement ils vont très bien, peut-être que aujourd'hui, tout de suite, y'en a pas besoin, mais que mon but c'est d'éviter que son diabète il progresse et que dans 10 ans, on se dise "ben zut, si on avait commencé le traitement, on en serait pas là" [...] quelles peuvent être les conséquences, sans leur faire peur, mais pourquoi j'ai envie de les traiter dès maintenant »

Médecin 5 :

« là c'est aussi important de **dire [...] ce vers quoi on pourrait aller si le traitement était pas pris**, quel est l'intérêt, quoi... quel est l'intérêt de le prendre au long cours et pourquoi est-ce qu'il faut le prendre. Après, sur les pathologies chroniques qui nécessiteraient plus de médicaments, j'ai l'impression qu'ils sont quand même assez bien informés, 'fin, voilà, ils savent que quand ils ont de l'hypertension, ben...ça disparaît pas comme ça. Pour le diabète, c'est la même chose, quoi. »

(4) Ce qu'on attend du traitement sur l'évolution de la maladie chronique, les effets du traitement

Médecin 5 :

« là c'est aussi important de **dire l'intérêt du traitement [...]**, quel est l'intérêt, quoi... quel est l'intérêt de le prendre au long cours et pourquoi est-ce qu'il faut le prendre. »

(5) Informer sur les effets indésirables

Médecin 2 :

« ça fait partie de l'histoire, y'a ça, je pense que c'est très important de leur dire ce qui peut arriver comme effets secondaires, de comment le prendre, surtout avec la Metformine. "Prenez le comme ça" [...] qu'ils vont bien le supporter, que si c'est pas le cas, on se permettra d'arrêter, alors y'aura autre chose, et puis, et puis, voilà. »

(6) Evoquer les craintes potentielles, les contraintes probables

Médecin 2 :

« "C'est pas parce qu'on commence un comprimé que vous allez avoir de l'insuline après, mais le plus tôt on le prend, et **le mieux on gèrera votre diabète et le moins on a de risques d'aller vers l'insuline**", c'est ça qui leur fait peur quand même. »

Médecin 2 :

« Tout d'un coup, on te demande d'aller chez l'ophtalmo, on te demande de faire tout ça et voilà, à partir du moment où t'acceptes que t'es diabétique, tu fais attention, prendre un médicament. »

(7) L'importance accordée au choix des mots

Médecin 2 :

« Mais que oui, ils l'auront à vie. C'est un fait ! C'est pas peut-être. Pour moi quand tu commences un traitement contre le diabète a priori, c'est parti. Ou

en tout cas, il faut avoir ça dans la tête. **Pas dire “oui, c’est possible que...”, non, “oui, vous allez l’avoir à vie.” »**

Médecin 5 :

« **J’aime pas dire “à vie”**...heu, parce que ça laisse, ça... ça... si je veux avoir aussi un discours de prévention, par exemple, un traitement antidiabétique, on va le démarrer, mais si...leur hygiène de vie se modifie, ben peut-être qu’on pourra diminuer ou voire arrêter pendant un temps. **Je leur dis pas qu’ils vont guérir**, mais je leur dis que, voilà, y’aura peut-être pas non plus d’escalade thérapeutique, que l’insuline, ça peut être quelque chose de très loin, en fonction de la façon dont ils vont... dont ils font faire que leur hygiène sera bonne ou moins bonne. »

Médecin 2 :

« donc c’est vraiment qu’il accepte ça, c’est-à-dire **qu’il EST diabétique, pas qu’il A un diabète** “vous êtes diabétique”, ça aussi c’est pas évident. Avant de leur dire, vous avez un médicament contre le diabète, vous ETES diabétique, donc moi, je trouve ça différent. [...] Avoir une diabète, c’est “j’ai une maladie, j’ai de l’arthrose”, vous ETES diabétique, alors y’a plein de choses à faire, y’a pas que le diabète, chuis diabétique, donc je dois faire attention à mon cœur, donc je dois faire attention à mes reins, moi je trouve que c’est différent. Donc je dois faire attention à ce que je mange, c’est vrai, voilà. C’est pas “j’ai un diabète et puis je vais prendre un médicament pour le diabète” pis c’est comme ça, ça va, ça va gérer. Je trouve quand tu es diabétique, ben tu dois changer, c’est vrai, pas mal de choses. »

(8) Poursuivre l’information par d’autres moyens

Médecin 3 :

« pour l’alimentation, y’a l’INPES qui... bien manger, bien vieillir, ‘fin y’a des bouquins qui sont bien faits qui sont consultables sur Internet qu’on peut commander et puis parfois, ça m’arrive d’imprimer juste le régime méditerranéen, par exemple, s’ils ont un diabète un peu limite, c’est des choses qu’on peut faire. »

(9) Rester disponible à tout moment et reconsulter à distance pour refaire le point

Médecin 2 :

« et toujours, si vous le tolérez pas, vous me rappelez, vous me l’arrêtez pas et dans 3 mois, vous me dites “je l’ai pas pris votre truc”, **appelez-moi tout de suite et puis on en parle**, y’a toujours d’autres possibilités de faire. »

c) Attitudes des patients face à la prescription au long cours

L'introduction d'un traitement au long cours chez un patient, donne lieu à certaines réactions que l'on pourrait schématiser en quatre phases qui s'apparentent aux étapes de deuil décrites par Elisabeth Kübler-Ross. Il faudrait en déduire que le fait de démarrer un traitement peut être perçu comme la prise de conscience d'une perte réelle ou potentielle liée au « deuil » de l'état antérieur, celui précédant la prise de conscience de la maladie. C'est ce que confirme la psychologue A. Lacroix qui a identifié des « stades d'acceptation de la maladie ».

(1) L'acceptation

Patient 12 :

« Disons, à partir du moment où elle m'a dit "va falloir que vous preniez quelque chose pour le diabète", j'ai pris ça comme une contrainte, mais maintenant, c'est plus une contrainte, j'accepte, c'est comme ça. »

(2) La résignation

Patient 9 :

« Je vois pas le côté bénéfique des médicaments, je sais qu'il existe mais j'ai pas envie de le voir. Je préférerais m'en passer. »

(3) Le déni, le refus

Patient 9 :

« Donc il a découvert que j'avais un problème au cœur. Je me suis dit si j'avais pas fait cette démarche, je serais toujours en vie et j'aurais peut-être pas de médicaments à prendre. [...] Parce que c'est artificiel et que ça intervient sur mon quotidien, faut déjà les prendre tous les jours, c'est presque un cérémonial. Je me sens handicapé. Le fait de prendre un médicament, je me dis "écoute c'est pas normal que tu prennes des médicaments, tu devrais avoir une santé carabinée et pas prendre de médicaments", donc c'est lié. »

Patient 7 :

« d'après moi, les analyses sont parfaites, donc je vois pas pourquoi je devrais prendre de l'aspirine. »

(4) La négociation

Suite à une introduction récente d'un traitement au long cours, les médecins pensent que les patients s'attendent à poursuivre le médicament au long cours.

Médecin 5 :

« J'aurais tendance à dire que les personnes qui ont plus de 65 ans, ils

s'attendent quand même quand ils démarrent un traitement à ce que ce soit un traitement qui va être poursuivi pendant longtemps. Heu... mais ils vont toujours poser la question, quand c'est un médicament pour le diabète ou quand c'est un médicament pour l'hypertension, ils vont poser la question, forcément. Est ce qu'il faut continuer à le prendre après les trois mois, est ce que, est ce qu'on pourra s'arrêter, etc. »

En réalité il se trouve que les patients demandent fréquemment à arrêter ou à retarder la médication introduite.

Patient 12 :

« disons que la première fois qu'elle a dit, j'ai dit "on va attendre encore un peu", j'ai voulu retarder, c'est vrai, et puis elle est revenue à la charge, elle a dit "on va quand même le faire", j'ai dit "c'est elle qui décide", et puis bon je le prends. Je l'ai pris comme une contrainte, tout au début, et mais, c'est comme ça, ça fait partie de mon train de vie, on part quelques jours en vacances, ben j'emmène mes médicaments, ça fait partie de moi, comme j'emmène mes habits de rechange. »

Patiente 1 :

« Ça fait un moment que je suis en dessous de la normale, mais bon j'ai les médicaments. Tout dépend si les médicaments font une part des choses, alors est ce que si je ne les prenais plus, mon taux serait toujours le même. Alors est ce que avec les médicaments... ? C'est peut-être pas bon non plus de prendre toujours des médicaments...[...]. Vu que mon taux de cholestérol est descendu, j'ai dit "faudrait peut-être lui poser la question, savoir si..." parce que ma sœur est dans le même cas, alors elle m'a dit "moi de toute façon, je les prends plus les médicaments". Oui, mais faudrait peut-être d'abord demander au docteur. »

Patient 9 :

« ça me rend handicapé parce que je suis moins performant physiquement, intellectuellement, ça joue pas pour l'instant. Physiquement, comment dire ça, là c'est dans la tête aussi, parce que je me dis "un médicament, c'est foncièrement mauvais" [...], je vais voir le docteur, "celui-là on pourrait pas l'enlever, un mois ou deux ?" elle veut pas, parce que y'a les trucs du cardiologue qui sont là et elle prend pas d'initiative. »

Patiente 4 :

« Comme je suis un peu anti-médicament, j'ai posé la question "est ce que je suis obligé de continuer à le prendre ?" C'est là qu'il m'a dit "ça c'est quelque chose qu'il faut prendre à vie". Bon je me résigne. »

5. La prise de sang

Les *jeunes seniors* sont souvent demandeurs d'analyses sanguines auxquelles ils accordent une forte valeur prédictive de leur santé. Ainsi, le médecin généraliste utilise les prises de sang non seulement à visée médicale, mais nous avons pu constater que son intérêt dépasse ce cadre et joue un rôle dans le partenariat et la coopération médecin-senior.

a) *Permet d'impliquer le patient dans son suivi*

Patient 12 :

« Par contre, quand y'a les résultats des analyses sanguines, je regarde. Je peux pas m'empêcher, ça c'est normal, je suis l'affaire et tout ça [...]. Je lui en parle, si je vois un résultat, elle me dit "ça c'est pas grave" ou bien "oui, on va voir", mais en règle général, disons que c'est plutôt, pas trop mal. [...] Alors elle m'a dit "vous dépassez pas le 7" tant que vous êtes en 6 et 7, chuis bon. C'est un exemple. Pour le cholestérol, elle m'a dit qu'il y a le bon cholestérol, en fait dans les résultats, y'a une mention comme quoi on sait que c'est le bon, donc je regarde. Mais je me fais pas de souci, je vois que je suis dans la marge. Mais le jour où j'y serai pas, je lui en parle, ou je verrai que y'a quelque chose à faire. »

b) *Permet de rassurer le patient sur sa santé*

Patiente 8 :

« C'est moi qui lui ai dit "ce ne serait pas le moment de faire une prise de sang ?" j'ai dit au docteur. "Ah oui, oui " qu'elle m'a dit. Faut pas se laisser faire non plus. ça nous coûte rien de faire une prise de sang au contraire. [...] ça nous fait revivre, vu qu'on sait qu'on n'a rien ! Ma foi, tant mieux, on n'a rien. »

Patient 12 :

« Si je dépasse ou je suis plus dans les clous, je lui en parle. je suis pas "m'enfoutiste" de caractère. Donc soit elle me dit "c'est rien, c'est pas grave" ou bien "on va refaire ça dans 3 mois. On verra à ce moment-là comment ça évolue, peut-être c'est juste et ça descendra tout seul" ou elle me posera peut-être des questions sur mon train de vie ces derniers temps, est-ce que ça a favorisé ci ou ça, et voilà. »

c) *Permet d'aborder des sujets en relation avec la prévention*

Médecin 3 :

« (les dépistages) c'est l'occasion de parler d'autres choses, voir s'il faut faire un bilan sanguin, un autre checkup, on peut parler d'autres choses que le dépistage. »

d) Permet de mieux cerner l'évolution de certaines pathologies et de cibler la surveillance

Médecin 4 :

« les prises de sang, j'en fais peut-être un peu plus, parce qu'ils commencent à être hypertendus, commencent à être diabétiques, voilà. Donc on essaie quand même de faire de la surveillance quand même un petit peu plus serrée.[...] ça permet de les surveiller. D'être sûr que leur tension monte pas trop, de toute façon t'es obligé de faire des prises de sang pour surveiller le diabète tous les 3-4 mois, mais c'est vrai que souvent il se passe rien, y'a rien. »

Médecin 5 :

« Peut-être que là, là on est peut-être trop dans la maladie, parce que tous les 3 mois, on fait une prise de sang, on voit où ça en est, et en même temps, les recommandations, c'est pas moi qui les fais, et si on veut que le taux de diabète soit bien équilibré et éviter les complications, ben, il faut s'assurer que on est une hémoglobine glyquée qui soit correcte. »

Patiente 11 :

« Dr G. (nouveau médecin traitant), il fait faire une prise de sang tous les 3 mois, alors qu'avant on n'avait eu pas souvent, alors que lui il en fait faire une tous les 3 mois, à chaque fois et c'est bien contrôlé. [...] Je trouve que c'est bien, bon ça serait tous les 6 mois... »

III. Information et communication médecin-patient

A. L'exigence contemporaine du droit à l'information

1. Une évolution qui touche aussi les jeunes seniors

Médecin 1 :

« C'est l'évolution de la société, les gens ont besoin d'être plus informés et le fait de les informer plus, nous c'est dans la logique des choses, **dans la mesure où si on le fait pas nous, ils seront informés par les médias.** Ils vont toujours rechercher sur Internet des infos, et puis ils vous demandent après, donc il faut quand même qu'on prévienne et qu'on informe avant. »

Médecin 2 :

« ils viennent avec le numéro de Femme Actuelle ou les Dernières Nouvelles

d'Alsace et ils ont vu ça, "est-ce qu'on peut prendre ça ?" et tout. Oui, et je pense que du coup, et ils sont abreuvés de ces choses-là et que, oui, certainement, ça, on l'avait pas y'a plusieurs années. [...] en parlant avec d'anciens médecins en tout cas, c'est le sentiment qu'ils ont vu l'évolution, les gens, ils arrivent quand même plus souvent qu'avant avec un diagnostic dans leur tête et des traitements »

Patient 7 :

« Et sinon, si on veut savoir sur quoique ce soit, c'est Wikipédia. »

Patient 8 :

« Ben si, je m'intéresse tout ce qui est la médecine, je m'intéresse. On écoute ce qui dit. [...] Quand y'a une émission sur la télé, sur le docteur, ou sur les hôpitaux, j'aime bien regarder, sans plus, mais j'aime bien regarder. »

2. Les sources d'informations médicales des jeunes seniors

Dans le questionnaire dédié aux patients, nous avons récolté, outre les éléments biographiques, des données sur le choix des sources d'informations médicales de nos 13 patients. Il s'agit en plus de les classer par ordre d'importance, selon l'opinion des patients.

Il apparaît que la quasi-totalité des patients interrogés place le médecin traitant comme une source d'information essentielle, voire prioritaire. Ainsi, lorsqu'ils se posent des questions d'ordre médical, le médecin se trouve être un des intermédiaires privilégiés. Concernant la classification, on pouvait néanmoins comprendre la question de deux manières : « quelle est la source la plus importante, celle à laquelle j'accorde le plus de crédit ? » ou bien « quelles sources vais-je consulter en priorité ? » (ce qui implique un versant pratique et de rapidité d'exécution).

**Tableau 4 : Principales sources d'informations médicales
chez les jeunes seniors interrogés :**

	Source 1	Source 2	Source 3	Source 4	Source 5
Patient 1	Consultation médecin	Revues	Avis de proches		
Patient 2	Consultation médecin				
Patient 3	Consultation médecin				
Patient 4	Consultation médecin	Avis de proches	Internet	Revues	Médecine alternative
Patient 5	Consultation médecin	Revue	Médecine alternative		

Patiente 6	Consultation médecin	Avis de proches	Télévision		
Patient 7	Télévision	Internet	Revues		
Patiente 8	Livres	Consultation Médecin	Avis de proches		
Patient 9	Internet	Consultation Médecin	Revues	Avis de proches	
Patiente 10	Consultation médecin	Avis de proches	Internet	Revues	
Patiente 11	Consultation médecin				
Patient 12	Internet	Consultation Médecin	Avis de proches	Emissions TV médicales	
Patiente 13	Consultation médecin	Avis de proches			

3. Considérations des patients concernant l'information médicale

a) *Le mythe de l'information absolue*

Dans la société, l'évolution de l'accès à l'information imprègne aussi les rapports et la communication des personnes vieillissantes avec leur médecin. Ainsi, on retrouve une forme d'idéalisation de la communication des informations concernant la santé, mais qui constitue en réalité un paradoxe que nous décrivons ci-après ; en effet, les patients sont persuadés d'obtenir une information complète et fiable de la part de leur médecin, notamment basée sur la relation de confiance réciproque ; ils estiment par conséquent que le médecin leur donne toutes les informations qui leur sont nécessaires pour bien vieillir. Ils se contentent parfois d'une parole rassurante et cela suffit à les satisfaire dans leur désir d'information.

Patient 7 :

« j'avais jamais l'occasion d'avoir plus grave que ça, mais maintenant le cardiologue m'a toujours bien informé, a toujours bien informé mon médecin traitant, donc non, j'avais pas l'impression que ils ont gardé quelque chose pour eux, non. »

Patiente 6 :

« Je crois qu'elle me dit tout. Elle ne peut pas me cacher ; si y'a quelque chose qui ne va pas, elle me dit "va voir telle personne, tel spécialiste" mais je ne crois pas, elle ne peut pas. [...]. Elle me dit tout. Quand elle me dit que c'est bon, je sais que c'est bon. Elle n'a plus rien d'autre à me dire. »

Dans l'exemple ci-dessus, on distingue cette idée clairement élaborée que le médecin ne peut rien cacher à son patient, qu'il délivre absolument toutes les informations selon la perception de cette patiente et que lorsque les informations

médicales sont favorables, elle n'a pas besoin d'entrer dans les détails ou d'en savoir plus à ce sujet.

A l'inverse, les médecins reconnaissent chez leurs patients qu'ils sont déjà au courant et bien au fait des informations concernant leur état de santé et des mesures de prévention pour leurs âges (en l'occurrence, ici, les dépistages). D'où ce décalage entre la conviction des patients d'accéder à une bonne information et celle des médecins que les patients ont d'autres sources concurrentes d'information. Cette ambiguïté peut constituer un obstacle majeur à la transmission de la connaissance.

Médecin 2 :

*« je sais pas, peut-être parce que eux, tout ce qui est dépistage, ils reçoivent déjà chez eux, **peut-être qu'on a l'impression qu'ils sont déjà informés** »*

Médecin 3 :

*« Après, je pense que **quand on veut, on est plus ou moins informé et quand on veut pas, pas forcément**, mais je leur propose tout ce qui peut être fait, selon les bonnes pratiques. »*

Médecin 4 :

« De tout façon, ils lisent partout dans le Top santé, dans le magazine télé. »

Médecin 1 :

*« La différence, mais ça c'est un clin d'œil, c'est que tous les chirurgiens que j'envoyais pour se faire opérer de la vésicule, machin, dans leurs lettres, ils avaient rajouté **une formule type** "j'ai bien informé la patiente des risques encourus, machin, des avantages et des inconvénients, et en toute connaissance de cause, elle a décidé de", **je suis pas sûr qu'ils aient informé de grand chose** (Rires) mais bon c'étaient des formules types qu'ils rajoutaient dans toutes leurs lettres et qu'on voit toujours. »*

b) Quand il n'y a pas de problème, il n'y a pas besoin d'information

Certains patients considèrent qu'un résultat rassurant se suffit à lui-même. Ainsi, lorsque des examens complémentaires ne relèvent pas d'anomalie, aucun ajout d'information n'est nécessaire, selon eux.

Patient 6 :

*« le Dr C. a l'habitude de me demander ces examens pour le laboratoire, mais elle ne m'explique pas, elle dit que c'est... les résultats sont bons. [...] **quand les résultats sont bons, elle ne peut pas donner plus d'explications.** [...] Quand elle me dit que c'est bon, je sais que c'est bon et ça suffit. »*

Patient 9 : (concernant un compte-rendu de scanner)

« y'a rien à comprendre. Là, regardez, moi j'ai regardé ça. [...] "Examen normal" le reste, c'est trop difficile à interpréter. »

c) Une volonté de tout savoir ou de ne rien savoir

Patiente 11 :

« Parce que des fois, moins on en sait,... [...] Mieux c'est ! »

Patiente 4 :

« parce que d'après H. (ancien médecin traitant), ils ont fait une erreur, alors je ne sais pas laquelle, Dieu seul le sait. Et c'est là que vous voudriez être une petite souris et aller voir dans le... quand ils font les opérations, qu'ils expliquent tout ce qu'ils... c'est là qu'on aimerait bien entendre ce qu'ils se disent. »

4. Considérations des médecins concernant l'information médicale

a) Les technologies de l'information et de la communication (TIC) dans la consultation médicale

(1) La prévention

Médecin 1 :

« la prévention, c'est plutôt dans le cabinet et les ordi pour ça, quand vous mettez des alertes, c'est super. »

Patient 7 :

« C'est la première fois que je trouve un docteur qui s'occupe vraiment des patients et qui a aussi un contrôle, parce que là, y'a tout dans son dossier dans l'ordinateur, et elle voit quand y'avait la dernière prise de sang, le dernier contrôle chez le cardiologue "voilà, Mr S, c'est de nouveau le temps d'y aller". »

Médecin 3 :

« Oui, dans notre logiciel, c'est vrai qu'on a tous ces rappels, coloscopie à faire, qui s'affichent, donc je regarde. »

Patiente 13 :

« j'y vais tous les deux mois pour mes médicaments, mais même si j'ai aucun problème de santé, j'y vais régulièrement, mais je remarque que la première des choses quand j'arrive chez elle, elle regarde sur son ordinateur, elle regarde si tout ce qui est à faire, est fait ; prise de sang, frottis, mammographie, elle contrôle si la gastro, le... pour les intestins, je vois qu'elle regarde si tout est bien fait, et ça, je trouve que c'est bien, j'ai pas

besoin de penser “tiens, est ce que je peux... ?” »

Médecin 1 :

« je sais que J. (collègue) a raison, sur son ordi, il mets les alertes concernant les vaccins, le PSA, l'hémoglobine glyquée, la recherche de rétinopathie diabétique, il a plein d'alerte comme ça, et c'est là, à la fin de la consult', dire “vous avez pensé à faire votre truc ?”. »

Médecin 5 :

« pour ce qui est des Hémocult, [...] dans le logiciel, maintenant y'a la... y'a le... comment, y'a l'item qui est noté, de la même chose, chez les femmes, y'a le frottis et la mammographie et y'a la date qui s'inscrit et ça me permet de savoir si les gens sont à jour ou pas à jour »

(2) L'information

Médecin 2 :

« moi j'aime bien leur tourner l'écran et leur dire [...] “vous avez fait ça, à tel moment, ça à tel moment” oui, j'aime bien faire les choses en leur expliquant et puis aussi des fois, on peut avoir des petits oublis »

Médecin 3 :

« y'a des bouquins qui sont bien faits qui sont consultables sur Internet qu'on peut commander et puis parfois, ça m'arrive d'imprimer juste le régime méditerranéen »

Médecin 5 :

« j'ai pas trop de sites de référence par rapport, bon pour la vaccination, t'as le... vaccin.org qui existe... par rapport à la mammographie, y'a le... y'a le site de la..., qui s'appelle quoi ...Cancer Rose ! Avec voilà, je leur propose de lire, d'aller sur ces sites là pour se renseigner. Voilà. »

(3) L'organisation

Médecin 2 :

« Pour moi, il faut être structuré, si t'es pas structuré, tu rates des choses, j'essaie d'en rater le moins possible, et il faut que ce soit hyper-structuré, moi j'ai besoin de cet outil-là, et je comprends que ça les rassure aussi »

Médecin 3 :

«c'est scanné dans le dossier. »

Médecin 5 :

« j'ai fait dans l'identité du patient, j'ai fait 3 items, personne de confiance, heu... don d'organes et Loi Leonetti, donc je le fais, allez si je le fais pour,

pour peut-être 5% des gens que je vois, c'est beaucoup, mais en tout cas, ils sont là et certains je leur pose la question, "voilà, heu... je vous pose les questions, vous y réfléchissez et le jour où vous voulez me répondre à ces questions, je noterai dans le logiciel, sachant que la décision que vous prendrez à la date X, elle pourra être modifiée à tout moment, si vous changez". »

b) Perception d'une vieillesse désintéressée des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC)

Toutefois, certains médecins reconnaissent ne pas utiliser fréquemment les TIC pour accompagner leurs *jeunes seniors* dans les démarches de santé et de recueils d'informations médicales fiables.

Médecin 5 :

« pour les personnes de plus de 65 ans, les orienter vers Internet, c'est pas... ma première démarche. Je vais plutôt essayer de transmettre les informations... aussi simplement que possible. Mais en même temps, c'est sûrement un a priori [...] parce qu'il y a plein de gens qui ont 65 ans ou plus, et qui sont connectés et qui vont sur Internet et qui sont tout à fait capables de trouver les informations si je leur transmets. »

Médecin 2 :

« ça m'est arrivé de leur dire "écoutez, voilà", je le fais pas pour tout le monde, je pense qu'à cet âge-là, tout le monde ne va pas surfer sur Internet, alors je me trompe sûrement, mais j'ai déjà dit d'aller voir sur l'INPES le lien vaccinal à cet âge-là. »

c) Le médecin généraliste, expert de l'information ?

Les omnipraticiens ont un regard critique sur leur rôle dans l'information des patients. Même s'ils reconnaissent l'impact de leur expertise médicale, ils constatent aisément qu'ils ne sont plus une autorité indiscutée et la source unique d'informations des patients.

Médecin 2 :

« Ils lisent beaucoup de choses quand même et je pense qu'on vient des fois en complément de ce qu'ils ont lu, mais ça n'a pas l'avis d'expert [...] tu te sens un peu des fois bête, parce que ils sont parfois plus au courant que toi de certaines choses, mais moi je pense que l'avis d'expert, peut-être que dans cette tranche d'âge-là, on l'a encore, à 65-75 ans, faut que je me recentre sur ta période concernée, je pense qu'on l'a encore... »

Médecin 1 :

« parce que les médecins ont fini par se lasser aussi de ces histoires

perpétuelles, de vouloir prêcher en guillemets la bonne parole à des gens qui écoutent ce qu'ils ont envie et qui plus F. (radio) et T. (chaîne TV nationale), c'est un peu fatigant, c'est un peu lassant. »

B. Le besoin d'information du patient varie

1. En fonction du type d'information

Patient 3 :

« je recherche pas à savoir si un jour mon foie il va être malade ou pas, le foie comme la rate, ou chais pas quoi. La journée où ça arrivera je poserai la question,... alors par contre, si, je poserai la question au médecin “docteur, dites-moi la vérité, j'en ai encore pour 6 mois, 3 mois, 15 jours”, ça, oui ! »

2. En fonction de la personnalité du patient

Médecin 2 :

« Y'a des gens qui ont besoin d'être rassurés, y'a des gens qui ont besoin de savoir et il faut que ça soit cash, c'est vraiment en fonction de la personne, mais je m'adapte, je dis pas que je fais les choses de la même façon.[...] L'important c'est que le message passe, d'un façon ou d'une autre, maintenant c'est sûr que je parle différemment à certaines personnes quand tu présentes un traitement, y'a des gens à qui il va falloir dire “alors, y'a des études qui ont montré que... vous savez c'est comme ça” d'autres, il va falloir dire “vous inquiétez pas, vous allez bien le tolérer, c'est plutôt bien toléré ce médicament”, d'autres va falloir dire ça “vous savez, ça fait très longtemps qu'il est prescrit, on a du recul”, c'est vrai que tu présentes pas les choses de la même façon, ou alors, “il va vous faire du bien, tous les jours, vous allez vraiment sentir que...” donc oui, j'adapte... »

Patiente 4 :

« Alors après, y'a 2 sortes de personnes, la personne qui a peur et qui veut rien savoir, donc ça faut s'en méfier aussi, y'a des gens qui ont peur ce qu'on va leur dire, moi en règle générale, j'ai pas peur, je préfère savoir, après on y va, on fonce, on travaille... »

3. En fonction de la personnalité du médecin

Chaque médecin colore également la communication de sa personnalité et de son empreinte. Certains se sentent plus à l'aise dans un rôle d'écoute et d'empathie alors que d'autres reconnaissent volontiers avoir vu la nécessité d'un certain franc-parler.

Médecin 2 :

« moi, j'aime pas trop le conflit et voilà, mais... je pense que leur dire non, c'est pas entrer en conflit, parce que ce que tu veux c'est qu'ils soient bien en fait, au final [...] j'utiliserais pas ces mots-là, je dirais "les artères peuvent se boucher" je contourne un petit peu peut-être pas très à l'aise encore, j'ai encore peut-être peur de brusquer les gens »

Médecin 1 :

« J'avais des formules un peu agressives des fois, mais qui était une certaine frustration de ma part, parce que quand je vais à la maison de retraite et que je les vois dans leur fauteuil, comment faire pour les faire bouger, quoi ? »

Médecin 4 :

« Moi j'essaie d'être gentille, d'être empathique, mais je sais pas si c'est toujours bien. [...] Je leur fais part de mes réflexions un petit peu et puis je leur explique si je le ferais ou si je le ferais pas. Après si le monsieur ou si la dame, elle aurait fortement insisté en disant, si ça peut les rassurer, des fois. »

C. Stratégies de communication du médecin en consultation

Lors de la consultation médicale, le médecin s'exprime et transmet des informations et des avis sur les données de la science. Il fait part de ses convictions concernant les démarches de soins et le bien-être du patient. Nous mentionnons un certain nombre de ces principes qui sont importants dans la communication avec le senior.

1. Informer, c'est ne pas tout dire

Cela peut paraître surprenant au premier abord, mais les médecins interrogés ont été nombreux à relever cette nuance. Que ce soit pour une question de temps, d'assimilation de l'information ou de répercussions sur l'anxiété du senior, les médecins considèrent souvent comme bénéfique une divulgation contrôlée de l'information jusqu'à parfois être critique vis-à-vis d'eux-mêmes.

Médecin 1 :

« On peut pas tout dire. On dit l'essentiel, mais déjà quand vous dites l'essentiel, ça vous occupe un bon bout de temps. [...] Je communiquais peut-être un peu trop avec eux. Je leur disais peut-être un peu trop. »

Médecin 5 :

« à mon sens, c'est pas possible de, c'est pas possible de tout dire, et voilà, y'a... y'a quand même un temps imparti, ça peut pas être à rallonge, et de

toute façon, les informations que va retenir le patient, elles sont quand même assez limitées. »

Médecin 1 :

« faut pas leur lâcher le mot de “souffle”, parce que tout de suite, ils vont aller voir l’angéiologue qui bien sûr, va leur soigner leurs nodules thyroïdiens et ils vont revenir en disant “vous savez pas ce qu’il a trouvé ? Des nodules thyroïdiens ! Il m’a dit qu’il fallait que je fasse une échographie” et le diable est lâché, c’est parti pour 3 tours de manège (Rires) **donc il faut faire un peu attention aux conséquences de ce qu’on dit.** »

Médecin 2 : (concernant une prescription d’examen urgent)

« J’aime pas que les gens quittent mon bureau avec la peur, avec une peur, donc même quand y’a quelque chose à demander en urgence ou quoi, **j’essaie de voir qu’ils ont bien compris que je veux que ce soit rapide, mais je veux pas qu’ils partent avec cette peur-là.** »

Médecin 4 :

« J’ai appris à moins tout dire, ou voilà en disant “je préfères qu’on fasse ça”, j’essaie de tourner les choses de manière moins anxiogène. Je me souviens quand j’étais remplaçante ou voilà, d’un patient qui avait eu une dyspnée, je finis par le, “on va faire des Ddimères”, expliquer ce que c’était, finalement, on fait plus de dégâts qu’autre chose, donc ça **j’ai appris à moins raconter pourquoi je faisais ça.** [...] Des fois pour le dos, je leur dis “y’a pas besoin de radio” ça fait que 3 jours que vous avez mal, on en fera une peut-être si vous avez encore mal au bout de tant de temps. **Des fois peut-être que c’est moi qui parle trop, ou qui parle, je fais mes réflexions à voix haute** (Rires). »

2. Savoir ce que le patient connaît, partir de son vécu

Médecin 2 :

« **Utiliser leur vécu, leur quotidien pour leur dire “ben vous voyez, vous faites tout ça, mais est-ce que ça pourrait peut-être être encore mieux si vous faisiez comme ça ?”** [...] et leur montrer qu’il y a des choses qu’ils faisaient peut-être il y a 10 ans, et ils pourraient très bien les refaire, s’ils faisaient attention à certaines choses, y’a pas de raison [...] essayer d’aller dans leur sens, pas dans ton sens à toi, toi, t’as tout intérêt à ce qu’ils mangent mieux et qu’ils perdent du poids, mais comment eux, ça peut les aider ? »

Médecin 5 :

« je pense que ça, ça fonctionne mieux, plutôt que d’effrayer les gens, leur montrer qu’est-ce qu’ils pourraient gagner à changer leurs façons de faire. Mais après, ça c’est valable à tous les âges, pour le coup, parce que les pathologies qui sont là à 65 ans, elles se sont préparées déjà bien avant. »

Les patients décrivent nettement les situations où l'information leur a fait défaut.

Patient 3 :

*« là y'avait un manque d'information, parce que quand je leur disais "elle se dégrade", "non, non, non" pour eux, c'était normal ; de leur expérience à eux, **mais ils se sont pas mis à ma place qui savait rien.** »*

3. Ne pas casser la communication, un objectif prioritaire

Les médecins sont unanimes quant à la nécessité de maintenir une relation de confiance avec leur patient. Dans le paragraphe suivant, le médecin met un point d'honneur à considérer et respecter les choix de soins de ses patients. Ainsi, concernant une automédication, l'idée est selon lui de comprendre et d'accompagner le senior sans entrer dans un refus catégorique et une condamnation des comportements et des décisions du patient, pour autant que cela ne mette pas en jeu son intégrité physique, morale et économique.

Médecin 2 :

*« **Je dis jamais "ça sert à rien"**, mais je leur dis...moi je regarde ce que c'est, mais a priori que ça pourra pas leur faire de mal, moi, je crois à l'effet placebo [...] Non, **je leur dis que ça peut pas faire de mal et que au pire, ça peut peut-être leur faire du bien** mais que je ne suis pas, que j'ai rien lu de concret là-dessus, qu'ils peuvent le prendre, mais ils me diront eux-mêmes si ça les a aidés ou pas, puisque aujourd'hui, je crois pas que ça aide à grand chose. [...] **mon intérêt n'est pas de lui dire que ce qu'il fait, c'est mal.** [...] Moi, ce que je veux c'est qu'ils me parlent de tout ce qu'ils font, de tout ce qu'ils prennent, donc si j'estime que il prend quelque chose et ça va pas l'aider, j'ai pas envie de lui casser son truc, après, il m'en parle plus, donc je préfère lui dire "écoutez, essayez" et puis voilà, je pars un peu là- dedans [...] en grandissant, je me rends compte que je pense avoir une manière de faire et puis finalement, j'ai pas une manière de faire, je m'adapte un peu au patient. »*

L'attitude est relativement similaire concernant la prescription d'examens complémentaires, selon les dires d'un autre médecin.

Médecin 4 :

*« je les associe, voilà, **j'ai pas envie de dire "ah ben non, y'a pas besoin de radio**, vous prendrez les anti-inflammatoires pour l'épaule et puis vous reviendrez dans un mois si ça va pas". Après ils vont sortir en disant "ouais, elle m'a même pas mis de radio". »*

4. L'usage délicat des statistiques pour comprendre un risque

La majorité des connaissances de la littérature médicale s'exprime aujourd'hui en termes statistiques. Pourtant, à l'échelle individuelle, il est difficile d'informer les seniors de manière juste et adaptée sur les risques de survenue de pathologies. Le médecin a alors un travail complexe de traduction des données scientifiques en langage vernaculaire, audible pour tout un chacun. Ceci implique parfois une simplification ou une focalisation du message en fonction du profil et de la sensibilité du senior, que ce dernier s'approprie de façon différente.

Patiente 4 :

« on vous dit ça arrive, vous êtes dans le pourcentage des gens à qui ça peut arriver, c'est tout ce qu'on vous dit, donc vous le prenez. J'étais dans le 1,5%, c'est pour moi, alors quand vous allez aux réunions avec les chirurgiens, les médecins, vous faites les tables rondes, "oui, l'opération est toujours un risque, le risque zéro n'existe pas". ça on en est bien conscient, mais on se dit toujours "vaut mieux au voisin qu'à moi", et le jour où ça me tombe dessus, alors que tout allait bien, je vois pas pourquoi ça a lâché, il s'est passé quelque chose. »

Patient 9 :

« je ne connais pas les statistiques, combien de chances, enfin de malchances d'avoir la grippe ? je sais pas, vu mon mode de vie, je crois, j'espère que j'en n'ai pas beaucoup des malchances de l'avoir, donc si c'est pour un petit 5-10% je fais un calcul et je fais pas le vaccin. »

Patient 7 :

« Justement comme j'ai des problèmes de cholestérol par exemple. Je prends ces médicaments, mais est-ce qu'on est toujours protégé à 100% ? Alors mieux vaut encore peut-être faire quelque chose soi-même en faisant attention à ce qu'on mange »

Patiente 4 :

« Si y'a un pourcent de problème, si t'es dans le 1% ben boum j'y étais, mais voilà, moi demain, vous me dites de le refaire, j'y retourne. Parce que j'étais certainement plus mal avant »

5. Dépasser le rôle de technicien de la santé

a) Certains médecins y sont favorables...

Médecin 1 :

« quand vous voulez dépasser un peu votre boulot de technicien de la santé, il faut rajouter un petit supplément d'âme, des fois et je leur disais quelque fois

“si c’était ma mère, je ferais ça”, ça serait peut-être... bon, j’ai dû le dire quelque fois, j’ai pas dû dire ça très souvent. »

Médecin 2 :

*« Pour avoir une relation de confiance, c’est sûr qu’on a besoin de savoir beaucoup de choses, moi j’aime bien aussi, on discute pas que de leur état de santé, on discute de leurs fleurs, on discute de leur loisirs, de leur petits-enfants, parce qu’on connaît la famille quand même, “comment vont les enfants ?” on s’intéresse à leur voisinage, je pense, parce que c’est important pour bien les connaître [...]. On va plus chez eux justement, je pense que c’est bien d’aller en visite chez les gens, parce que tu connaissais d’autres choses [...] **donc s’intéresser à complètement autre chose, pas que à leur santé**, ça je pense, c’est important [...] pas hésiter à te livrer quand ils te posent 2-3 questions, quand ils te demandent des questions sur toi, pas aller trop loin, mais répondre à ces gens-là, “c’est gentil de me demander, oui, oui ça va bien, merci”. »*

b) ...tout en maintenant un équilibre

Médecin 2 :

« on me dit “ah, vous avez pas mis les photos de vos enfants ?” et tout ça, moi j’ai pas envie... j’ai besoin de cette barrière, parce que j’ai peur de moins bien faire quand t’es... Y’en a desquels t’as envie d’être plus proche, qui te proposent d’aller boire un petit café quand tu passes dans leur rue, tout ça, Moi je ferais pas, je sais que les anciens médecins feront sûrement, parce que plus t’es proche, moins j’arriverais à être raisonnable dans ma façon de penser les choses, comment dire, de faire la part des choses, mais bon il faut quand même montrer que ben oui, ils peuvent te poser 2-3 questions, ils veulent savoir comment vont tes enfants, tout ça... mais faut pas que ça aille plus loin. »

c) D’autres préfèrent garder un lien purement professionnel

Médecin 3 :

« Oui, ça peut arriver sur certaines activités, s’il faut sortir au musée ou faire un truc, ou de la piscine, ou je vais, des trucs comme ça, sur le plan social. Mais jamais...[...] Jamais, de mon père, de ma mère, de mes enfants, tout ça, jamais (en consultation). [...] Je sais pas si c’est important mais c’est mon... ma façon de faire. Chacun voit. »

6. Questionner la compréhension des patients concernant un risque

Médecin 2 :

« Moi je dirais pas “vous avez le profil de quelqu’un qui va faire un AVC”, mais je questionne, je suggère. “Est ce que vous savez, avec ces facteurs de risque, qu’est-ce qui peut se passer ? Est ce que vous avez pensé à changer ça, parce que vos artères pourraient se boucher ?” J’utiliserais pas ces mots- là, je dirais “ les artères peuvent se boucher” je contourne un petit peu peut-être pas très à l’aise encore, j’ai encore peut-être peur de brusquer les gens. »

Médecin 5 :

« Je vais les alerter sur **les risques ou sur les bénéfices** qu’ils pourraient obtenir et dans la mesure du possible, maintenant j’essaie d’être plutôt positif, mais c’est vrai que pour certains patients, il m’arrive d’être un peu plus direct sur les risques qu’ils encourent. Mais dire “voilà, vous allez faire un AVC”, on va dire que j’éviterai de le faire, autant que possible [...].

7. Questionner l’adhésion des patients à leur prise en charge et à leur suivi

Médecin 5 :

« Des fois, je leur demande “est-ce que la façon dont on fait les choses ça vous va ? Mais en même temps, qu’est-ce que...y’en a très peu qui sont capables de dire “non, ça me va pas”, de me dire “ben non, je trouve que vous en faites trop” ou “vous en faites pas assez”, c’est difficile de dire ça à son médecin, hein, et pis moi je pose peut-être pas aussi très souvent la question comme ça, ça m’évite de prendre en pleine face que ça leur va pas. »

Médecin 5 :

« comment est-ce que on peut faire pour que... les patients nous disent ce qu’ils pensent de nous, heu... et qu’ils nous disent même les choses qui sont négatives, heu... sans que pour autant, on en soit blessés et que ça nous fasse moins bien prendre en charge le patient, ou ça nous donne plus envie de le suivre, ‘fin de la même façon, sans que ça entraîne un clash entre le patient et le médecin et que le... que le patient change de médecin. Comment est-ce qu’on... Qu’est-ce qu’on... **Comment on fait pour... pour juger de la satisfaction de nos patients ?** »

8. Entrer dans une confrontation directe mais bienveillante

Certains médecins affirment être plus incisifs dans leur communication lorsque la situation leur semble appropriée ou que la relation avec le patient s’y prête. Pour introduire une prise de conscience, ils n’hésitent pas à utiliser des formules-

chocs avec pour objectif de faire réagir le patient et de donner une certaine gravité à la situation.

Patient 3 :

« Alors, j’ai toujours en mémoire le Dr H. (ancien médecin traitant) qui me disait “Vous avez le profil d’un gars qui fera un jour un AVC.” »

Médecin 1 :

*« c’est les formules-chocs qui les marquent, c’est pas “vous devriez pas”, mais y’en a plein qui me rappellent encore ça, j’ai vu M. (un patient) qui passait pas l’église, alors on parlait encore de trucs “alors, vous vous rappelez quand vous m’avez dit...” [...] **j’avais des formules un peu agressives des fois, mais qui était une certaine frustration de ma part**, parce que quand je vais à la maison de retraite et que je les vois dans leur fauteuil, comment faire pour les faire bouger, quoi ? [...] Mais changer dans leurs habitudes, et les faire marcher, lutter contre la sédentarité, c’est très, très important, et franchement, j’ai pas réussi. Des fois, je suis allé un peu loin, quand même. Je les ai un peu trop secoués. »*

Médecin 2 :

« Ouais, y’a des personnes à qui je serais capable de dire ça maintenant, c’est-à-dire que je les aurais pas abordées comme ça initialement, mais je peux comprendre que y’aient des messages qui passent de cette façon-là avec certains patients, mais moi,... allez, oui, y’a peut-être une personne qui est comme ça, qui peut me parler comme ça, avec qui je peux parler comme ça. »

D’autres médecins sont plus nuancés quant à l’efficacité de discours directs et un peu provocateurs sur le changement effectif d’habitudes de vie.

Médecin 4 :

*« moi j’ai du mal à être directive, enfin, au bout d’un moment je finis par un peu, voilà, j’ai une patient, ben qui doit avoir dans les 60 ans, 65, et elle me prend 2-3 kilos, elle fait 120 kilos et voilà, au bout d’un an, je lui dis “écoutez, maintenant, ça va plus”, **mais après, je leur promets pas tout ce qui va leur arriver**, parce que de tout façon, des fois... mais c’est vrai que quand y’a un cumul de facteurs de risque, y’a un moment, quand je vois qu’ils se prennent pas en main, y’a un moment où je leur dis, oui. »*

Médecin 5 :

*« j’essaie plus de forcer la main. Ce que probablement, je faisais auparavant, j’étais beaucoup plus incisif, et **maintenant j’essaie de... de les encourager à changer, mais sans... sans... déclencher de la culpabilité**. Sans leur faire penser que si ils le font, c’est pour moi... aussi. C’est pour eux ! Et ça c’est important, donc... voilà, l’expérience fait que... voilà, **je les encourage, je les***

culpabilise plus. »

9. La crainte d’être mal compris

En toile de fond de la communication se dresse toujours pour les médecins la crainte de ne pas avoir été suffisamment pondérés dans leur message et leur attitude. Ce risque porte également sur le fait de briser involontairement la relation de confiance par certaines paroles ou certains gestes utilisés durant la consultation.

Médecin 4 :

« Après, on se rend pas compte de comment on est, et j’ai l’impression des fois, tu vas dire quelque chose qui te semble complètement anodin et qui sera très mal pris. »

Médecin 1 :

« Je me rappelle plus mais y’a des trucs, et toujours maîtriser ses paroles, c’est dur. »

10. Les styles de communication du médecin

Actuellement, la pratique médicale n’est plus aussi paternaliste qu’autrefois et le mode prescriptif des injonctions que peut avancer un médecin derrière son bureau n’a pas souvent l’effet escompté. Il est intéressant de voir comment les médecins élaborent un discours préventif basé sur les modes d’expressions et les figures de style afin d’inciter les patients à changer de comportement et de jouer le rôle d’élément déclencheur dans cette prise de conscience. Dans les entretiens, nous avons relevé plusieurs de ces modes de communication.

a) La suggestion ou l’incitation

Il s’agit d’une proposition à l’initiative du médecin, sans caractère obligatoire, soumise à la volonté du patient, concernant une action ou un comportement à venir. Elle permet également d’exprimer la préférence du médecin pour une décision à prendre.

Patient 3 :

« à ce moment, on savait pas trop ce qu’elle était en train de nous faire la grand-mère, et Dr H. dit “si c’est ma mère, j’agis comme ça” et on s’est concertés tous les deux, c’est pas une décision qu’il a prise seul, on a pris la décision ensemble, donc il s’est arrangé pour l’hospitaliser »

Médecin 2 :

« dans trois mois, si vous pouvez me dire que vous mangez moins de pain, que vous avez diminué un peu, ça serait mieux [...] typiquement les gens “j’ai mal au genou, docteur, l’arthrose”, “ben en perdant un peu de poids, peut-être

que ça irait mieux ? Est-ce qu'on peut pas changer des choses dans votre alimentation ? [...] j'ai appris à moins tout dire, ou voilà en disant "je préfère qu'on fasse ça". »

Patient 5 :

« alors il (le docteur) me dit "essayez de faire le vide dans votre tête et essayez de prendre l'objet de que vous avez,... l'ennui que vous avait, essayez de le mettre de côté, tout de façon, vous allez essayer de le résoudre, alors c'est pas la peine de vous stresser avant, de tout façon, le lendemain, c'est quand même vous qui y allez sur le chantier." »

Médecin 4 :

« "essayez déjà comme ça, ça devrait passer et ne prenez l'antibiotique que si y'a besoin" »

Médecin 3 :

« moi je leur propose, après, voilà, y'a des gens qui veulent, y'a des gens qui veulent pas. Après, je pense que quand on veut, on est plus ou moins informé et quand on veut pas, pas forcément, mais je leur propose tout ce qui peut être fait, selon les bonnes pratiques. »

b) L'encouragement

Ce procédé se base sur l'expression d'un constat favorable du médecin sur un comportement bénéfique que le patient adopte déjà afin d'approuver sa conduite. C'est aussi laisser des perspectives d'évolution favorable en termes de suivi et d'observance pour affermir les efforts du senior.

Patiente 1 :

« On faisait il y a 7 ans en arrière, on faisait une tournée de journaux, on marchait pendant 1 heure, 1heure 15. Et le Dr H. nous disait toujours : "ça c'est votre meilleur sport". »

Médecin 5 :

«laissez la porte ouverte à... à une diminution ou un arrêt de traitement pour un temps, ça me paraît... être un peu plus encourageant que de dire... voilà, vous allez le prendre jusqu'à votre mort, et... et y'a pas d'autre chose. »

c) L'injonction

Il s'agit d'un ordre à l'intention du patient lui demandant de renoncer à sa volonté propre pour se plier à celle du médecin. Elle peut être utilisée dans les cas d'urgence médicale, mais peut aussi être comprise comme telle dans certaines situations en fonction du patient.

Patiente 1 :

« Dr H. disait “il faut faire la mammographie”, et donc j’allais à la mammographie. »

Patient 2 :

« Non, non, je pouvais pas rentrer, puisque le médecin ne voulait pas que je rentre à la maison. [...] ça me viendrait même pas à l’idée, moi de dire au médecin “Non, je repars chez moi” [...]. Il m’a dit “vous partez pas d’ici ; moi je vous laisse pas partir”. Y’avait du risque, y’avait trop de risque. Je lui ai fait confiance. »

Patient 5 (concernant l’arrêt involontaire d’un traitement anti-HTA)

« il dit “oh, ça il faut jamais faire, vous avez pas le temps de venir me voir, allez à la pharmacie, vous vous faites prêter d’avancer des médicaments, mais faut plus faire ça”. »

d) La prédiction

Cette approche vise à émettre une supposition concernant le pronostic de son patient sur la base des connaissances médicales actuelles. Elle est utilisée lorsque le pronostic n’est pas engagé à court ou moyen termes, mais bien réel scientifiquement.

Patient 3 :

« Alors, j’ai toujours en mémoire le Dr H. (ancien médecin traitant) qui me disait “Vous avez le profil d’un gars qui fera un jour un AVC.” »

Patient 5 :

« Il (le médecin) m’a dit “écoutez, là vous êtes en train de vous empoisonner. Si vous continuez comme ça, vous pouvez même en mourir” ; “vous rigolez ?”. “Moi je ne rigole pas, c’est sérieux, vous vous empoisonnez tout doucement”. »

Médecin 4 :

« Il (ancien médecin traitant) pouvait être directif un peu plus en disant “ si tu soignes pas ta tension, un jour, je viendrai chez toi t’auras la bouche de travers.” (Rires) “ ça se terminera comme ça”. »

e) Le questionnement, l’interrogation

Ce mode de communication vise à interroger le patient sur une demande, une situation ou un comportement et parfois à susciter chez lui une réaction sur le bien-fondé d’une demande ou d’un comportement.

Patient 2 :

« Dr H. me fait “Oh oh, il se passe quoi, c’est ce que vous avez fait, vous êtes énervé aujourd’hui, quoi ?” “ ça fait deux jours que je prends pas ..(mon traitement)”. »

Médecin 4 (concernant la demande de consulter un cardiologue) :

« c’est pas une obligation, mais voilà, vous avez une tension, elle a toujours été bien, y’a pas de problèmes, vous êtes pas essoufflé, pourquoi aller chez le cardiologue ? »

f) L’information

Il s’agit de la communication au patient d’une donnée médicale de type scientifique à caractère neutre, sans jugement de valeur a priori. Il ne s’agit pas ici de partager une opinion, mais d’apporter une connaissance formelle et objective.

Patient 3 :

« Dr H. il me faisait des remarques, et l’an dernier, il m’a dit “je vois que ça sert à rien”, c’est sur le poids. »

Médecin 2 :

« moi je leur explique qu’est-ce qu’on va y trouver, comme un genou, quand ils ont mal au genou, tu vas leur dire “on verra pas les ménisques, on verra pas ça, on pourra voir s’il y a un petit peu d’arthrose”. Après, on n’est pas obligé de le faire, parce qu’on verra que ça »

g) La constatation

Cette démarche vise à poser un fait ou une situation et de réagir vis-à-vis de cette constatation. Elle permet au médecin de vérifier si le patient arrive aux mêmes conclusions en termes de prise de conscience.

Médecin 2 :

« j’ai une patient, ben qui doit avoir dans les 60 ans, 65, et elle me prend 2-3 kilos, elle fait 120 kilos et voilà, au bout d’un an, je lui dis “écoutez, maintenant, ça va plus”. »

Patient 5 :

« Sans être une pression, c’est un petit challenge, je sais que avant de prendre ma retraite j’étais à 96, et Dr H. me disait toujours “ça s’approche”, je dis “non, vous verrez pas le chiffre fatidique des trois... vous le verrez pas” et quand j’ai pris ma retraite, il m’a dit “je croyais que je verrais pas les trois chiffres, mais là ils y sont, et ça grimpe tout doucement”, maintenant je suis à 106 ; y’en a 10 de trop. »

h) L'explication ou la justification

L'objectif est d'utiliser un argument qui permette d'éclairer ou de justifier une décision médicale. Ce mode peut être efficace lors d'utilisations concises. Pourtant les médecins considèrent parfois cette étape comme inutile, car son effet perçu est délétère, ce dont témoigne l'un des médecins ci-dessous.

Médecin 2 :

« expliquer ce que c'était, finalement, on fait plus de dégâts qu'autre chose, donc ça j'ai appris à moins raconter pour quoi je faisais ça. »

D. Difficultés et obstacles dans la communication à la prévention

Nous avons vu que la consultation médicale reste pour les patients le lieu privilégié de l'information médicale de par la confiance et le caractère singulier des éléments transmis au patient. Pourtant les exemples suivants montrent que les obstacles à la communication médecin-patient sont nombreux de part et d'autre. En prendre conscience permet d'en limiter les effets négatifs.

1. Du côté du patient

a) Refus, réticence ou indifférence

Face aux propositions de changements comportementaux suggérées par le praticien, le patient peu convaincu ou peu motivé traduit généralement son désaccord selon trois modes différents : le refus, la réticence ou l'indifférence. Le refus consiste dans l'opposition exprimée verbalement par le patient :

Patiente 1 (concernant la vaccination antigrippale) :

« J'ai dit "Non, Non". Mais peut-être que plus tard. Pour l'instant, j'ai jamais eu trop la grippe, bon mon mari il le fait, mais moi, non »

La réticence se traduit par un comportement d'évitement face aux prescriptions du médecin sans protestation directe :

Patiente 4 :

« On l'a pris, je l'ai acheté, je n'ai même pas pris l'ordonnance, parce que Dr H. (ancien médecin traitant) m'a dit "faut que tu le fasses" je l'ai acheté, elle est là et je crois qu'elle va rester là, et je crois qu'on va la foutre à la poubelle. [...] Parce qu'elle me fait peur. »

L'indifférence est caractérisée par un détachement vis-à-vis des instructions médicales.

Patient 3 :

« Par contre, **comme je suis assez actif et pris, j'ai pas le temps d'y penser, à mon AVC** et je crois que ça passera derrière, et pis je pars du principe, **la journée que ça arrivera, eh ben j'aurai vécu. Point !** Faut partir d'un optimisme. (Rires) »

b) « **Impossible de changer à cet âge ?** »

Patient 3 :

« la surcharge pondérale, je sais pas quoi faire, parce que **c'est facile de dire maigrir, mais c'est plus facile à dire qu'à faire.** [...] Donc c'est pas forcément bon pour moi, mais je pars du principe, bon je ferai régime l'année prochaine, et ça fait des années que je dis ça et les kilos je les ai quand même. »

Patient 8 :

« Point de vue santé, je ne me plains pas, à part de je me soigne pour la tension. Autrement à part ça, j'ai rien de ...**chuis peut-être un peu trop grosse, mais ça fait rien. J'y peux rien.** »

Médecin 5 :

« il faudrait pas grand chose et en même temps, ces changements ils sont difficiles à obtenir, et voilà, c'est... et on... 'fin je comprends ce que ce soit difficile et je pense que en vieillissant, je comprends mieux aussi. En ayant plus d'expérience, voilà, je comprends mieux. [...] C'est difficile de changer les habitudes, et que y'a pas qu'à dire "y'a qu'à" »

c) **La crainte de questionner le médecin**

Patient 8 :

« Je sais pas, je sais pas au juste, mais il était bien quand même, il était bien. **Fallait peut-être pas trop lui en demander.** [...] Poser trop de questions. [...] Non, non. On peut pas tout dire. [...] On hésite. [...] C'est pas que j'ai un exemple, mais **il fallait quand même qu'on fasse attention à ce qu'on dit.** »

Patient 3 (évoque un syndrome confusionnel chez sa mère lié à un traitement) :

« Et moi j'aurais voulu que dans ce contexte, on m'explique un petit peu les effets secondaires que le patient peut avoir ; **ça aurait évité que je m'affole pour rien. Ou je pose des questions idiotes.** [...] Non, mais du style "est-ce qu'il faut qu'on la mette dans un maison de retraite", vu l'âge, on peut supposer, c'est tout, donc **c'est ça ma question idiote, c'est de poser cette question.** »

2. Du côté du médecin

a) Prêter attention aux demandes cachées

Il arrive fréquemment que les patients n'exposent pas directement leurs préoccupations principales en consultation. Pour autant, leur objectif est d'accéder à l'information dont ils ont besoin. Ils pratiquent alors des techniques de demande indirecte de l'information. La responsabilité du médecin est alors d'entendre et de prêter attention à ces demandes cachées afin de les convertir en opportunité de dialogue et de ne pas passer à côté d'une sollicitation de son patient.

Médecin 2 :

« alors, ils vont pas forcément te dire “j’ai une question, j’ai un conseil, voilà”, mais ils vont te glisser un petit truc comme ça, “ah ben l’autre jour, j’ai croisé... Ah ben j’ai l’impression que je retiens moins le prénom de mes voisins”, alors ils te demandent pas un conseil ouvertement, mais tu sens qu’ils ont besoin de conseils, d’être rassurés, mais ouais, moi je trouve qu’il y a une demande, clairement. »

Médecin 1 :

« Les demandes de consultation c’est pas toujours les vraies demandes, il faut essayer de savoir pourquoi ils viennent et souvent ils viennent pour renouveler leurs traitements hypertenseurs, etc... mais par derrière, y’a une autre demande et il faut essayer de découvrir pourquoi ils viennent, et c’est pas forcément “j’ai mal dans le dos” ou “je dors pas la nuit”, c’est une fusée à plusieurs étages, la consultation, il faut savoir pourquoi ils viennent. »

Patiente 4 :

« Ben je vais pas aller directement, boum, lui dire... C’est à la fin de la consultation que je lui poserai la question. [...] Bon la consultation se fait, il m’ausculte, et c’est après pendant qu’il est en train de... faire... enfin maintenant, d’appuyer sur les touches de l’ordinateur pour sortir l’ordonnance. »

b) L’impression que les patients savent déjà

Médecin 2 :

« Je sais pas, peut-être parce que eux, tout ce qui est dépistage, ils reçoivent déjà chez eux, peut-être qu’on a l’impression qu’ils sont déjà informés. Ils lisent beaucoup de choses quand même et je pense qu’on vient des fois en complément de ce qu’ils ont lu, mais ça n’a pas l’avis d’expert [...] tu te sens un peu des fois bête, parce que ils sont parfois plus au courant que toi de certaines choses. »

c) L'impression que les patients ne tiennent pas compte des conseils du médecin

Médecin 4 :

« Moi, j'ai l'impression qu'ils écoutent pas, je leur explique qu'il faut perdre 2, 3, 4 kilos, ce serait bien, qu'il faut marcher, mais y'a toujours une bonne excuse, ils vont te dire qu'ils bougent en faisant du jardin, mais... quand il faut perdre du poids, ils t'expliquent qu'ils mangent rien. [...] De toute façon, ils te disent toujours qu'ils mangent rien, qu'ils ont mangé une toute petite salade. »

d) Un sentiment d'échec dans l'effort de convaincre

Médecin 2 :

« Je veux dire certains, ils ont 72-73 ans, ça fait 8 ans qu'on leur sort le discours, ça a pas l'air de marcher. Alors moi j'ai baissé les bras. J'en ai, ils sont sous O. (vaccin homéopathique) de octobre à mars. **J'ai baissé les bras dans le sens, je leur en parle tous les ans, mais je vais pas insister.**[...] **ce couple-là, je crois que j'y arriverai pas, je crois que j'y arriverai pas, bon, c'est dommage, c'est un échec.** [...] mais y'a des moments où tu sens que t'y arrives pas. [...] c'est triste, mais ouais, ouais, et pis j'imagine quand t'es vieux médecin et que ça fait des années que tu te bats, ben oui, sur plein de choses, sur la prévention cardio-vasculaire, sur... alors peut-être que tu arrêtes pas d'en parler, mais t'en parles moins intensément. »

Médecin 2 :

« quelqu'un que je connais depuis 3 ans, qui a pas arrêté de fumer, je l'ai bassiné je pense tous les 3 mois au début, là ça va être tous les 6 mois, là, j'essaie une fois par an quand même, non, 2 fois, allez, je leur en parle, mais, ouais, on a un peu l'impression de baisser les bras, et pas avoir assez de temps, **être un peu à court d'arguments, à court d'arguments quoi.** Des situations où tu sens que tu y vas plus, va falloir qu'il y ait quelque chose d'autre, parce que toi tu sais plus faire. »

Médecin 5 :

« Je pense que y'a pour certains patients, y'en a certains où on lâche, on pense à tort qu'il pourra pas y avoir de changement. (Interruption) Ouais, je pense que y'a certains, on lâche. [...] Ou on se donne moins... on se donne de... on se donne moins de peine. Et c'est bien de s'en rendre compte. »

Médecin 4 :

« même à cet âge-là, y'en a qui sont persuadés que les antibiotiques, ça va être ça qui va les guérir et ils vont te dire "de toute façon, je reviens dans 1 semaine, parce que je serai pas guéri" et ils te culpabilisent. »

DISCUSSION :

I. Intérêts et limites de l'étude

A. Les aspects positifs de l'étude

Dans l'objectif que nous nous étions fixé, l'idée était de permettre aux patients et aux médecins interrogés de s'exprimer librement sur leur vécu et leur rôle dans la société et dans le système de soins. Ils ont pris la liberté de mentionner les événements marquants de leur vie personnelle et professionnelle. La mise en confiance progressive lors des entretiens en « tête-à-tête » a permis dans de nombreuses situations une spontanéité dans le discours. L'évocation d'un ressenti profondément personnel et singulier, qui arrivait souvent en fin d'entretien, a donné lieu à des témoignages intimes de la part des personnes, *jeunes seniors* et médecins, concernant la sexualité, la mort, les relations familiales complexes, etc. La diversité des participants comme le mentionnent les caractéristiques des patients (*cf.* annexe 1) a été à l'origine d'une grande variété de points de vue. L'accueil par les enquêtés a été chaleureux, et le cadre (au domicile des patients et au cabinet des médecins) offrait toutes les conditions pour libérer les échanges et mettre en confiance les participants. Tous étaient curieux et motivés par le sujet et se sont montrés coopérants dans l'élaboration de leur entretien. Certains nous ont même demandé de les informer de la suite du projet. D'autres, pour se préparer au mieux, ont demandé lors des premiers contacts téléphoniques des précisions sur la thématique et le type de questions.

Par ailleurs le fait de réaliser des entretiens semi-dirigés a permis à l'enquêteur d'élargir et d'approfondir certaines thématiques en fonction de l'intérêt du patient et d'obtenir un matériau original et foisonnant. La finesse et la profondeur de l'analyse du vécu et des sentiments des participants n'auraient pas pu être mises en évidence dans le cadre d'une étude de type quantitative.

B. Les limites de l'étude

Concernant le choix des patients, comme nous l'avons dit, celui-ci était laissé à la discrétion du médecin qui était souverain dans la proposition des individus en fonction des critères d'inclusion, et n'était pas refusé par l'enquêteur à partir du moment où ceux-ci correspondaient aux critères spécifiés.

1. Le recrutement de l'échantillon

L'échantillon de patients n'étant pas du tout sous contrôle de l'enquêteur, il était compliqué de s'assurer du bon équilibre et de la représentativité de notre population. Les premiers sujets inclus ont donc été plutôt de « bons patients », réguliers, observants et présentant un bon contact relationnel avec le médecin traitant. Egalement, aucun des patients que nous avons interrogés n'était en rupture complète

ou en isolement vis-à-vis du système de soins français, ni en désaccord avec les modes de pratique de leur médecin traitant, et la totalité avait une très bonne image professionnelle et relationnelle de leur généraliste, ce qui constitue un biais de sélection dans notre population. Pour élargir la représentativité, nous avons tout de même précisé à deux médecins, pour la sélection des derniers patients, de nous proposer des personnes ayant une composante anxieuse et des problèmes financiers relatifs, afin de compléter notre profil d'échantillon, ce qui constitue une évolution dans les critères d'inclusion et une limite dans la portée des résultats.

Le tableau des caractéristiques des patients a montré que la plupart des *jeunes seniors* ayant participé à notre étude sont issus des classes moyennes, propriétaires de leur maison et ne relatant pas de problèmes financiers majeurs. Cela peut être un biais de sélection dans la mesure où la littérature mentionne une médicalisation différenciée entre les catégories socio-économiques. Ainsi les classes moyennes sont plus soucieuses d'une certaine forme de prévention et de considération du *bien vieillir*. Elles sont plus sensibilisées aux questions de prévention et y accordent une part non négligeable de leur temps et de leur investissement. C'est ce que souligne Leclerc et *al.* qui affirment que « *les recours aux soins sont davantage préventifs dans les classes moyennes et plutôt d'ordre curatif dans les classes populaires.* » (cité dans [78]).

2. Déroulement des entretiens

Compte tenu du manque d'expérience dans la pratique des entretiens semi-directifs, l'enquêteur a parfois eu du mal à interroger les personnes. Ainsi, dans les premiers entretiens, les questions fermées bloquaient l'élaboration du discours. Par la suite avec l'expérience, les échanges étaient plus fluides, mais survenait alors une autre complication : il était difficile de recadrer les patients et les médecins les plus prolixes et les digressions étaient plus fréquentes. Plus rarement, la présence d'un proche, l'interruption de l'entretien par une visite inattendue ou la personnalité plus discrète et réservée de l'interviewé(e) scindait la continuité de l'échange.

On pourra également mentionner la variabilité des pratiques dans la conduite des entretiens. Car bien qu'une trame thématique similaire ait toujours guidé les questions aux personnes âgées, certains de ces sujets ont été abordés de manière hétérogène en fonction de l'orientation donnée aux échanges par les patients interrogés mais aussi par l'enquêteur. Ceci donne un matériau très riche et foisonnant, mais disparate et peu organisé. Cette richesse nous a semblé essentielle dans le cadre d'une recherche de type qualitative, mais le caractère disparate a pour conséquence de limiter l'analyse probabiliste des mots en fonction de leurs utilisations et des champs sémantiques en fonction de leur fréquence. En effet, certaines grandes sections de conversations ont été raccourcies ou à l'inverse allongées selon la personnalité bavarde ou non de l'interviewé et de son intérêt pour le domaine en question. Il est ainsi difficile de tirer des conclusions sur le plan statistique. Pour autant, nous nous

sommes rendu compte de la diversité des points de vue et de la richesse des allégations. Nous avons rencontré occasionnellement des problèmes techniques lors des entretiens en relation avec le matériel d'enregistrement qui a occasionné la perte d'une partie de l'entretien de la patiente 13 et de la quasi-totalité de l'entretien de la patiente 10. Devant la quantité totale de matériau à analyser, nous n'avons pas jugé nécessaire de reprendre les entretiens.

3. Choix de la méthodologie

La méthodologie employée n'a pas permis d'entrer dans le colloque singulier médecin-patient afin d'y analyser les modes de négociation et la mise en application des représentations et idées avancées par chacun des sujets, qu'il soit médecin ou patient. En ce sens, nous nous joignons à la liste non exhaustive des chercheurs ayant fait le constat de la difficulté à entrer dans l'observation directe des pratiques professionnelles de la médecine libérale en cabinet [8]. Par conséquent, nous n'avons qu'une projection de ce que les médecins et les patients nous ont transmis. Il pourrait être intéressant pour l'enquêteur d'être présent lors de la consultation ce qui permettrait d'analyser directement les stratégies de communication entre le patient et le généraliste. Pour autant, la projection du discours nous renseigne sur la volonté et l'idéal que se fixe le médecin même si en pratique, il n'est pas forcément mis en application.

C. Confrontation externe

La littérature est abondante en ce qui concerne les aspects socio-anthropologiques de la perception du vieillissement et du *bien vieillir* par les personnes de grand âge. Nous avons déjà cité plusieurs de ces auteurs : la sociologie du vieillissement (C. Lalive d'Epinay, C. Trincas, V. Caradec, S. Clément, etc.), l'anthropologie de la relation médecin-malade (S. Fainzang), la politique du *bien vieillir* (A. Trillard, J.-P. Aquino), etc.

Néanmoins, la recherche est peu développée à l'encontre des *jeunes seniors* et de la place de la médecine générale dans la participation au *bien vieillir*. Une seule thèse de médecine générale datant de 2009 à l'université d'Aix-Marseille II mentionne le rôle du médecin traitant dans le *bien vieillir* (E. Montbrun sous la direction de C. Viezzi). Une autre thèse de 2009 se basant sur l'étude Proof [79] étudie spécifiquement la place de l'activité physique dans le vieillissement ; il en est de même pour d'autres études concernant le diabète, l'HTA, mais aucune de ces recherches ne s'intéresse à la perception du vieillissement chez les *jeunes seniors* selon la perspective de la médecine générale, c'est-à-dire la considération globale de la personne vieillissante.

II. Synthèse des résultats et commentaires

La littérature nous permet d'affiner notre compréhension des analyses effectuées et de confirmer certaines de nos hypothèses ou de les confronter à d'autres interprétations. Nous ne pourrions pas revenir sur tous les éléments mentionnés dans les résultats ; cependant, lors d'un second parcours bibliographique, réalisé *a posteriori* de la rédaction des résultats, nous avons retrouvé des références qui convergent et divergent par rapport à nos analyses. Dans cette dernière partie, nous confrontons nos résultats aux données de la littérature existante.

A. Concernant le vieillissement et le *bien vieillir*

1. « Devenir vieux ou être vieux » [47]

Nous avons souligné combien la perception du vieillissement s'inscrit dans le discours par l'évocation des changements corporels et sensoriels. ***Face à sa propre vieillesse, l'individu est un sémiologue.*** Il tente de déchiffrer avec les connaissances et les expériences qui sont les siennes l'emprise du temps sur son être en rapport avec sa représentation propre du vieillissement. V. Caradec corrobore cette idée : « *Indécis, perplexes, ils (les seniors) hésitent quant à leur positionnement par rapport à l'être vieux et s'efforcent de déchiffrer les signes éventuels de la vieillesse* » [80]. Le senior se situe dans une fonction ambivalente qui le pousse à être à la fois l'auteur et l'objet de son analyse.

De plus, les résultats montrent l'importance accordée à la comparaison entre le vieillissement vécu et la projection d'un vieillissement idéalisé. J.-M. Jarthon, C. Durand et *al.* soulignent cette « *tension entre le vieillissement considéré comme normal et la diminution des capacités [...] Cette posture suggère que le corps manifeste une sorte de vérité morale de l'individu* » [81]. C'est cette notion que l'on retrouve également chez P.B. Baltes & Smith : « *Se sentir plus jeune que l'âge chronologique qu'on a réellement est habituellement interprété dans la littérature psychologique comme étant l'expression d'une image de soi positive* » [82]. Plus un sujet se considérerait jeune dans son corps, plus son estime personnelle serait bonne. Il y a ici un processus interactif psychosomatique où les composantes mentales et physiques s'alimentent réciproquement, influencées par la prise de conscience socio-culturelle d'un « rajeunissement » subjectif.

La composante sociale et interactionnelle est à cet égard importante puisque, nous l'avons citée, la comparaison face à la vieillesse s'effectue à la fois par analogie avec un idéal projeté de la vieillesse, mais également dans un rapport de ressemblance avec les proches et les personnes de l'entourage plus ou moins élargi. La figure mentale du « vieux » se construit dans une tension entre la proximité visuelle et symbolique avec des personnes incarnant l'idée de la vieillesse et en même temps, une certaine distance garantissant la distinction ontologique. Par extension, la maison

de retraite est devenu le lieu emblématique de ce processus de construction mentale figurative. Être « vieux », c'est être exclu de la participation à la vie culturelle et citoyenne ; la maison de retraite symbolise cette extraction de la vie sociale et cristallise l'image à la fois proche et lointaine de la vulnérabilité des personnes âgées institutionnalisées.

Dans les discours des *jeunes seniors* rejaillit la crainte de se voir évoluer vers la dépendance, et leurs discours marquent une différence nette pour ne pas risquer de confusion. C'est à la fois une prise de conscience d'une éventuelle identification à l'état de la vieillesse et en même temps, une mise à distance de tout ce que cela représente. V. Caradec le rappelle : « *Parfois, la différenciation par rapport aux « vieux » semble constituer un argument pour démontrer à son interlocuteur que l'on n'est pas vieux soi-même ; il s'agit là d'une stratégie de distinction visant à « conjurer » la vieillesse en la détournant vers d'autres que soi selon un mécanisme courant de gestion du stigmat* » [80]. Ainsi, chaque personne âgée « *élabore, à partir de sa situation présente et de son histoire, une mise en récit singulière de son vieillissement* » et « *préfère se définir à distance de l'identité stigmatisée de « vieux » dans laquelle elle refuse de se laisser enfermer* » [83].

2. Transformation et adaptation de l'environnement

Au décours de la retraite, les personnes vieillissantes recentrent leurs intérêts et leurs priorités. Le sentiment est alors celui de « faire pour soi », après avoir « fait pour les autres » ou même si on continue à le faire [74]. La retraite est même perçue comme une opportunité de « faire ce que l'on n'a pas eu le temps de réaliser auparavant » [84]. L'environnement devient une formidable chance de réalisation de soi et l'accomplissement de projets que la personne garde en tête depuis parfois des années. En ce sens, le vieillissement est porteur d'une volonté de changement et d'un désir d'évolution des projets en cohérence avec sa personne. La transformation de l'environnement qui entoure les personnes âgées est positive dans la mesure où les modifications sont contrôlées et anticipées.

Car parallèlement, les personnes âgées développent un sentiment d'étrangeté face au monde. Dans la continuité d'un détachement du monde professionnel, les seniors identifient une fracture toujours plus grande avec la société, considérant avoir du mal à trouver leur place et éprouvant des difficultés à comprendre cet univers qui ne les intègre plus. De nombreux seniors ont alors tendance à trouver dans leur domicile un foyer rassurant pour aborder la vieillesse avec sérénité. B. Veysset le décrit comme « *un repaire et un repère* » (cité dans [84]) ; il est « repère » car il permet à la personne âgée de s'ancrer dans son histoire et de s'inscrire dans une continuité identitaire (ceci explique le vécu parfois difficile d'un placement en institution, d'autant plus s'il est subi et brutal) ; il est « repaire », car il est un abri, un refuge où la personne se sent en confiance face aux agressions extérieures. Cela peut

conduire à des « *stratégies d'évitement de l'espace public, [...] afin de maintenir des « prises » significantes sur le monde* » [84].

En ce qui concerne les activités et les déplacements, les personnes âgées développent des stratégies de gestion des risques face à leur environnement qui se montre de plus en plus menaçant à leurs yeux. Ce sentiment est lié à une difficulté d'adaptation aux situations inédites et difficilement prédictibles, qui mettent la personne âgée en situation d'échec, voire en danger. Celle-ci prend volontairement l'initiative d'ajuster son comportement en fonction des contraintes qu'elle perçoit. Par exemple, au niveau de la conduite automobile, Dufour et *al.* affirment que « *les personnes âgées parcourent de moins en moins de kilomètres avec l'avancée en âge et adaptent leur conduite en prenant de moins en moins de risques mesurés* » [85]. C'est ce que nous a expliqué un couple (patiente 8 et son mari) qui, suite à un accident de voiture, partage son trajet en 2 jours pour aller rendre visite à leurs enfants dans l'Ouest de la France, alors qu'auparavant ils faisaient ce parcours d'une seule traite.

3. La retraite, entre métamorphose et effondrement

La départ à la retraite constitue un changement structurel décisif dans le parcours de vie des Français, mais il n'est plus « *aujourd'hui l'événement qui fait qu'un individu est vieux* » [82]. Pourtant bien qu'elle ne soit plus considérée comme le passage entre la vie active et la vieillesse, la retraite continue d'influencer considérablement l'expérience personnelle et sociale des *jeunes seniors*. Comme nous l'avons vu dans les résultats, les hommes semblent différemment affectés que les femmes. Ceci peut être expliqué par un ordre social dans la génération étudiée, selon lequel les épouses étaient moins engagées dans leur vie professionnelle que les maris, bien que la majorité d'entre elles aient travaillé, au moins quelques années. Y. Guichard-Claudic et *al.* proposent une autre analyse qui stipule que « *à la différence des hommes qui estiment que l'évolution favorable de leur carrière leur revient, elles (les femmes) formulent l'idée que le contexte leur a été favorable, que leur génération au travail a été "chanceuse"* » [74].

Par ailleurs, l'idée de « savoir partir » ou de « laisser la place aux jeunes » est un leitmotiv qui permet de se décentrer et d'envisager une réorientation extra-professionnelle, si du moins, l'identification dans l'emploi et l'investissement professionnel ne sont pas trop forts.

Concernant la période de transition, on observe une tendance à la pré-retraite, depuis une cinquantaine d'années, encouragée par le désir d'un « départ en douceur » [82]. Ce phénomène est favorisé par un désinvestissement variable du champ professionnel. C'est ce que notent Y. Guichard-Claudic et *al.* qui soulignent que « *l'approche de la retraite enclenche un processus de désocialisation professionnelle* » [74]. La retraite quant à elle est l'occasion d'une « *ébauche de*

nouveaux projets biographiques et pose la question d'une participation à la vie sociale sous une forme nouvelle » [82]. Pour autant, le jeune retraité se doit de garder un agenda bien rempli et une vie active tout en valorisant ses compétences, soit de manière bénévole, tels des « coups de mains pour rendre service », soit en se lançant dans un nouveau projet d'allure artisanale. Dans ce cas l'implication doit être raisonnée et ne doit pas rappeler les exigences de la pratique professionnelle ; le *jeune senior* met un point d'honneur à se sentir libre de toute contrainte dans son engagement. « *Il s'ensuit une moindre planification des activités et une disponibilité aux désirs spontanés ou aux propositions d'autrui* » [74].

Enfin, la retraite offre notamment aux hommes des opportunités de réinvestissement au sein de la dynamique familiale. Ayant été durablement éloignés ou pris par leurs engagements professionnels, certains d'entre eux réévaluent leurs priorités à l'occasion de la retraite et donnent alors une place importante à la cohésion du tissu familial, par un soutien financier et pratique de leur enfants (soutien dans les projets immobiliers, qu'il s'agisse d'une construction ou d'un achat, de la garde des petits-enfants, etc.)

4. Différences homme/femme face au vieillissement

Comme nous l'avons mentionné, les femmes et les hommes décrivent un rapport au vieillissement qui diffère sur de multiples facettes. C'est le cas sur le plan des activités comme nous l'avons vu ci-dessus, mais aussi dans l'attention portée au cadre de vie. Le domicile peut jouer « *le rôle d'objet transitionnel qui facilite le passage de la vie active à la vie de retraité(e)* » [74]. A ce stade, les femmes sont d'ailleurs très attentives à l'adaptation et à la situation géographique du domicile, pour répondre aux éventuelles contraintes futures de leur état de santé.

Par ailleurs, la considération sociale et idéologique du vieillissement est différemment vécue entre les hommes et les femmes. J.-M. Jarthon, C. Durand et *al.* soulignent que « *la vieillesse est socialement rejetée, masquée, exclue, dissimulée. Le problème n'est pas nouveau, il est accentué par le culte de la performance et de la concurrence des sociétés occidentales modernes. Le fitness est un moyen de lutter contre ce vieillissement mais cela reste intimement lié à la question de la beauté, puisque celle-ci entretient le jeunisme. L'équation "belle, femme et vieille" se révèle être un impensable pour ces femmes* » [81]. Il s'agit de masquer au maximum les signes extérieurs de la vieillesse pour garder une légitimité sociale en tant que catégorie indépendante et autosuffisante. Chez les femmes, cette exigence du *bien vieillir* relève fréquemment d'une composante esthétique, alors que chez les hommes, celle-ci est plutôt d'ordre performative. Traditionnellement, la considération masculine du vieillissement passe par un désir d'accomplissement, hors du champ professionnel, et cette tendance se retrouve au féminin au travers de la considération de son apparence physique. Aujourd'hui les dimensions esthétiques et performatives sont toutes les deux fortement impliquées dans le sentiment d'une vieillesse contrôlée,

parfois indifféremment du genre.

5. Le capital et la participation sociale

Cette conception d'une vieillesse active est fortement intégrée dans les représentations communautaires et individuelles, et cette image est relayée dans les médias. D'après l'article de R. Feillet sur le rôle des médias dans le vieillissement [86], les émissions témoignent de deux perspectives distinctes : celle d'un « 3^e âge, actif, capable de prendre en charge sa santé » et d'un « 4^e âge, assimilé à la dépendance et au “mal vieillir”, représenté majoritairement à travers la maladie d'Alzheimer », ce qui est décrit dans la littérature depuis quarante ans [28]. En ce sens, le capital social est considéré comme un facteur potentiellement décisif dans le cadre des stratégies du *bien vieillir* en Europe et un facteur d'accroissement potentiel des inégalités de santé des personnes âgées [87]. Il est avéré que la participation à des activités sociales par les seniors réduit considérablement le risque d'être en mauvaise santé. *« De même, ceux en moins bonne santé ont moins de chances de participer à des activités sociales et, ne bénéficiant pas de leurs effets bienfaisants, ont à leur tour une probabilité plus forte de voir leur état de santé se dégrader plus vite »* [87].

Cette notion sociodémographique, éprouvée par la statistique, interroge le médecin généraliste dans sa manière de sensibiliser sa patientèle à la prévention. Certaines analyses critiquent la portée des actions préventives individuelles : *« S'il s'agit de maintenir, promouvoir, développer la santé, ou retarder l'avènement d'états de santé débilissants auprès d'un grand groupe de personnes, on peut s'attendre à ce que les approches préventives individuelles soient inefficaces et inefficaces »* [88]. Y a-t-il là matière à s'inquiéter sur le manque d'efficacité des médecins à faire changer le comportement de leurs patients ou à revoir les rôles de promotion de la santé par le médecin traitant ? De notre côté, nous voyons ici l'occasion pour le généraliste de prendre en compte les facteurs bio-psycho-sociaux dans l'élaboration d'un discours de prévention, adapté à chaque patient et à chaque situation.

6. L'implication intergénérationnelle des jeunes seniors

Les jeunes retraités, pivot-générationnels sont au centre de nombreuses dynamiques sociales et familiales ; ils soutiennent leurs enfants (qui font des projets ou qui divorcent), conduisent leurs petits-enfants à leurs activités et passent du temps avec eux, accompagnent leurs parents à domicile ou bien les visitent à la maison de retraite dans leur fin de vie. Ils s'engagent pour les proches, parfois au dépend de leur propre santé et de leurs conditions de vieillesse. Les liens intergénérationnels tendent à se distendre et nécessitent un investissement conséquent pour maintenir un ancrage socio-familial solide.

Nous l'avons également souligné dans les résultats, les problématiques en lien avec les rapports générationnels sont favorisées par quatre catégories de mutations

affectant les relations : « *Les mutations démographiques, les mutations sociales, les mutations économiques et politiques, et les mutations de style de vie* » [53]. Les personnes vieillissantes revendiquent une indépendance dans le choix de vie et cela se traduit par le refus d'être « *un fardeau pour [leurs] proches* » [89], même si plusieurs expliquent qu'elles ne seraient pas contre le fait d'aller vivre chez eux. Ce primat de l'autonomie concerne bien les personnes âgées du troisième âge, et ce jusqu'à des âges parfois avancés. R. Lenoir le soulignait déjà en 1979 : « *Nombre de domaines qui étaient traditionnellement du ressort de la famille et qui contribuaient à la faire exister comme groupe se sont trouvés progressivement délégués à des institutions et un personnel spécialisé* » [28]. Le soutien apporté aux parents ou beaux-parents vieillissants, ou dans certains cas, au conjoint vieillissant, lorsque cela est nécessaire, s'inscrit dans le cadre de phénomènes complexes. En effet, l'aidant s'identifie à ce rôle mais peut le vivre comme une source d'épuisement ou de satisfaction. Ceci dépend en grande partie des conditions et de la signification de l'aide apportée, de la justification donnée (par devoir ou/et par affection), comme le mentionne V. Caradec (cf. les quatre expériences de l'aide, citée dans [89]).

Finalement, le veuvage, situation plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, revêt de nombreux enjeux. Sans le conjoint, « autrui par excellence de la construction identitaire », les problématiques pour le survivant dépendent de la trajectoire de vie de celui-ci au moment du décès et de son histoire de vie, d'après l'analyse de C. Lalive d'Epinay. Le soutien des proches est également un élément essentiel, car selon V. Caradec « *les personnes veuves ne se reconstruisent pas seules, mais en interaction avec d'autres personnes et avec le monde matériel qui les entoure* » [90]. Pour autant, il affirme que ce sont avant tout les processus de transaction relationnelle qui aident à la reconstruction identitaire de la personne veuve [90].

B. La prévention et la vieillesse

La prévention médicale au *bien vieillir* peut être vue comme « *une tentative d'inculcation d'une responsabilité individuelle dans la prise en charge de la santé par une gestion rationnelle des comportements* » [6]. Elle est partagée en trois cibles distinctes : les maladies liées à l'âge, la fragilité et l'inactivité [35]. Ces objectifs impliquent à différents niveaux le médecin généraliste, qui joue un rôle indispensable dans le dépistage des maladies et de la fragilité, mais passe à une contribution beaucoup plus relative dans la mise en œuvre de la lutte contre l'inactivité ; celle-ci se limite à la communication au sein de la consultation, notamment par le fait que « *l'urgence de la prévention n'est jamais totalement intégrée ou comprise et chacun reste attaché au libre-arbitre de jouir de l'instant présent* » [59]. Sur le plan individuel, cette consultation (qu'on peut qualifier de « préventive » ou non) comporte de nombreux enjeux en termes de relation et de communication entre le praticien et le *jeune senior*.

L'une des craintes principales mentionnées dans les entretiens se fonde sur le risque de dogmatisation des règles de prévention vis-à-vis du *bien vieillir*. Comme on l'a vu dans l'introduction sur la prévention, il y a le risque de « *faire adopter aux pauvres les bonnes manières des riches* » d'après les propos de J. Trincaz et B. Pujalon [17] ; J.-P. Génolini et *al.* relèvent ce fait en affirmant que « *le conseil de vie en consultation, s'il peut avoir une composante médicale, peut aussi heurter par sa dimension morale. Alors que le médecin n'y voit qu'une prescription dans la continuité du diagnostic, le patient présuppose qu'il s'agit là de quelques convenances ou d'un savoir vivre en société* » [64]. La limite est tenue pour le médecin entre, d'une part, son désir d'accompagner au mieux son patient vieillissant dans la prévention et les conseils à prodiguer et, d'autre part, la crainte de tomber dans un schéma légaliste de compréhension du *bien vieillir*.

1. Les patients et le discours sur la prévention

Les attitudes des patients en consultation face au discours médical préventif sont très hétérogènes, et en cas de refus ou d'opposition, le médecin a parfois du mal à orienter son propos pour comprendre les véritables raisons du refus. Un article de la SFDRMG [90] relate une étude danoise focalisée sur l'argumentaire des personnes réfractaires aux bilans de santé mais acceptant d'en discuter. Les principaux arguments utilisés par ceux-ci sont synthétisés en quatre thématiques :

- « *On ne peut pas tout prévenir* » : certains vivront longtemps alors qu'ils ont fumé et bu de l'alcool toute leur vie, alors que d'autre mourront d'un cancer broncho-pulmonaire, n'ayant jamais fumé.
- « *On ne peut jamais savoir tout ce qui peut arriver* » : cette justification peut être le symptôme d'une appréhension des dépistages anormaux, d'une crainte des risques associés, d'un sentiment de culpabilité ou de la peur d'une perte en qualité de vie.
- « *Il n'y a pas que les médecins qui peuvent faire quelque chose* » : de nombreux patients cherchent des alternatives à la « médecine traditionnelle », d'autant que celle-ci est parfois limitée dans ses actions de prévention. Chacun est alors maître de son style de vie et de ses propres choix en termes de risque assumé.
- « *Je vais voir mon médecin quand j'en ai besoin* » : l'absence de symptôme clinique est un marqueur fiable de bonne santé selon ces « réfractaires » qui se basent sur leur vécu personnel de la maladie et de la santé. Pour aller plus loin, nous relevons que ceci peut également s'appliquer pour les examens para-cliniques où le patient n'a qu'une faible compréhension de la gravité des événements lorsque ceux-ci sont médiés par le discours du médecin. Cela pousse certains patients à se satisfaire pleinement d'une information minimaliste lorsque les circonstances sont favorables, pour atténuer le caractère anxiogène de l'information.

Patiente 6 :

« Je crois qu'elle me dit tout. Elle ne peut pas me cacher [...] ; Elle me dit tout. Quand elle me dit que c'est bon, je sais que c'est bon. Elle n'a plus rien d'autre à me dire. »

Ces conclusions vont dans le sens de nos analyses puisque nous notons ici que plusieurs de ces éléments sont retrouvés dans l'analyse des données pour justifier le refus d'un dépistage ou d'une vaccination.

2. Les médecins et la communication de prévention

Bien que l'éducation à la prévention du patient soit considérée comme une « spécialisation informelle » de la médecine générale, les études attestent « l'expression d'un savoir-faire communicationnel » revendiqué au sein de la relation de soins [64]. Le débat sur l'éducation du patient en tant qu'activité périphérique ou spécifique du soin témoigne de la difficulté à cerner et à définir le rôle et les fonctions du généraliste et les attentes légitimes du patient à cette rencontre. Les médecins généralistes parlent d'une auto-formation à l'éducation et à « l'art de persuader le patient », basée sur l'expérience des consultations, tout en reconnaissant être bien plus à l'aise et plus efficace dans les domaines à forte composante biomédicale (cancer, asthme, diabète, HTA), pour lesquels les recommandations et les outils sont plus riches que dans les dimensions psycho-sociales des habitudes alimentaires ou des addictions [91].

En ce sens, les discours des médecins sont très variés et intéressants à plusieurs égards. Ils dépendent fortement de la personnalité et de la sensibilité du praticien à entrer en dialogue avec son patient. Néanmoins, certaines idées-forces sont retrouvées régulièrement. Les résultats de nos analyses ont montré combien les généralistes sont prêts à faire des concessions en termes de règles d'hygiène de vie et de recommandations afin de préserver la qualité relationnelle en premier lieu. Cela peut être à l'origine de « *conflits de perspectives* » (Friedson) qui conduisent « *le médecin à minimiser ou relativiser une recommandation pour préserver avant tout la relation afin de ne pas heurter le patient et de s'en faire un allié dans le traitement de signes plus inquiétants* » [64]. Comme le souligne un médecin, tout est fait pour que le patient voie dans la relation de soins, moins une rivalité où chacune des parties campe sur ses positions, qu'un partenariat fructueux, où son intérêt est considéré au premier plan et ses choix de vie sont respectés, ceci afin de ne pas mettre en péril la qualité de la relation médecin-patient.

Médecin 2 :

« Mon intérêt n'est pas de lui dire que ce qu'il fait, c'est mal. [...] Moi, ce que je veux c'est qu'ils me parlent de tout ce qu'ils font, de tout ce qu'ils prennent, donc si j'estime que il prend quelque chose et ça va pas l'aider, j'ai pas envie

de lui casser son truc, après, il m'en parle plus, donc je préfère lui dire "écoutez, essayez". »

3. Résistances et obstacles à la communication préventive

Nous avons vu que les freins à l'intervention éducative du médecin sont nombreux et agissent de manière variable du côté du médecin et du patient. Certains médecins considèrent le dialogue stagnant et peu productif et préfèrent ne pas entrer dans la confrontation. Les raisons sont multiples du côté du médecin : préserver la relation médecin-patient, la sensation de perdre son temps et son énergie, le sentiment d'inutilité ou d'échec anticipé de la discussion, etc. Pour les patients aussi, la crainte est réelle de ne pas répondre aux sollicitations médicales : user de stratégies d'évitement pour faire valoir son contrôle lorsque le médecin l'interroge sur son hygiène de vie, défendre des convictions claires vis-à-vis d'un dépistage ou d'une vaccination ou à l'inverse une attitude hésitante et une appréhension face aux arguments médicaux, etc.

Deuxièmement, les obstacles perçus par les médecins généralistes à l'intégration d'une activité de prévention sont soit d'ordre relationnel, liés à la relation et à la personnalité des « usagers » du système de soins, soit d'ordre organisationnel [92]. Nous n'avons pas fait mention de ces limites dans les résultats, mais elles nous ont été rapportées à de nombreuses reprises par les médecins et les patients : **les contraintes de temps, financières ou logistiques, les exigences de formation et d'actualisation des connaissances**, de même que la **dimension médico-légale** qui s'imisce progressivement dans la relation de soin. Ce médecin le décrit comme une contrainte supplémentaire à assumer dans un contexte déjà pesant.

Médecin 1 :

*« il faut que vous l'écriviez quelque part. J'ai bien informé le patient. Mais là encore, ça va prendre 3 plombes, ça va saturer les dossiers, je suis pas sûr de l'intérêt de la chose, donc il faut dire aux gens que vous avez en face de vous, on peut pas tout écrire. Ça, du point de vue légal, ça a effectivement un peu changé les choses, ça **alourdit la barque du point de vue médico-légal**. »*

Pour cet autre médecin, l'information des risques dans un cadre purement médico-légal contient une part délétère et improductive dans la relation de soin et critique son caractère bénéfique pour le patient.

Médecin 5 :

*« Si tu penses que le patient a besoin d'un traitement et que tu t'appesantis fortement sur les effets indésirables ou les risques liés au traitement, **sous prétexte que c'est médico-légal**, heu... ben t'as toutes les chances que ton*

patient, il suive pas le traitement et que il encourut plus de risques par rapport au traitement que tu lui auras donné. »

En conclusion, le dialogue médecin-patient fait face à de multiples problématiques et les implications sont nombreuses de part et d'autre. Il s'agit de mener à bien des stratégies de sensibilisation face à la fragilité et d'encouragement à l'activité au sein des consultations et permettre aux généralistes d'accompagner les *jeunes seniors* de manière spécifique et personnalisée dans leurs aspirations au *bien vieillir*. Pour concrétiser cette discussion, nous proposons de revenir sur les principes généraux mentionnés dans le rapport Ménard sur les consultations de prévention, publié par le HCSP [66]. Celui-ci offre des pistes de réflexion sur la pratique de la prévention en consultation.

- « *Ne pas ajouter une couche supplémentaire à ce que l'on fait plus ou moins consciemment depuis l'âge de 50 ans.* » : la prévention commence bien en amont de l'âge officiel ou ressenti de la vieillesse ; c'est pourquoi inscrire cette démarche le plus tôt dans la dynamique de suivi est le garant d'un « *partage vrai sur un même mode de raisonnement face à la santé* » [90].
- « *Identifier les risques dont le repérage peut conduire à un bénéfice individuel et collectif* » : l'objectif est de cibler les risques de santé potentiellement évitables dans les 10 à 15 ans à venir, avec un accent particulier sur l'aspect éthique et raisonnable de la mise en œuvre de la prévention et des dépistages.
- « *Individualiser les objectifs et la périodicité en fonction du risque personnel* » : chaque patient vieillissant se confronte à des problématiques spécifiques. Il s'agit pour le médecin de prendre en compte ces éléments (âge, caractéristiques personnelles et familiales, etc.)
- « *Insérer ces bilans dans un suivi au long cours* » : le médecin traitant est le mieux placé pour accompagner le senior puisqu'il peut assurer lui-même le suivi qu'il a proposé à son patient.

CONCLUSION

Le vieillissement d'une personne est à l'origine de trajectoires de vie marquantes à de nombreux égards. Affecté dans son corps et dans son psychisme, l'individu l'est aussi dans son rôle social et sa participation familiale et communautaire. La modernité de la thématique du *bien vieillir* dans nos sociétés traduit une aspiration profonde des personnes vieillissantes à investir cette étape de vie de manière à l'habiter de façon épanouie en incluant une dimension holistique et interdépendante des enjeux à différentes échelles : personnelle, familiale, communautaire, politique, etc. Les *jeunes seniors*, représentants la génération du troisième âge, ont transformé la perception de la vieillesse depuis plusieurs dizaines d'années et continuent à investir cette période d'âge de manière inédite. Nous avons vu que le processus de vieillissement se fonde sur des composantes physiques et psychiques qui ont des répercussions sur les modalités sociales et environnementales (au sens large) de la personne vieillissante. En cela, la compréhension par les patients des divers aspects du vieillissement est un outil essentiel pour appréhender et gérer les multiples défis du *bien vieillir* sur le plan personnel et communautaire.

En ce sens, le médecin généraliste joue un rôle prépondérant dans l'accompagnement et le soutien des *jeunes seniors* expérimentant les signes du vieillissement. Sa situation centrale dans le système de santé français, tout comme son implication dans la prévention et le dépistage, fait de lui un acteur majeur dans cette démarche. Nous avons observé que les échanges entre le médecin et le patient vieillissant se transforment depuis plusieurs dizaines d'années et changent de modalités. D'un modèle étiopathogénique qui cherche à pointer du doigt les conduites déviantes des patients, on observe au sein de la consultation l'essor d'une « *communication plus coopérante tirant sa dynamique des expériences communes* » [64]. Comme le soulignent J.-P. Génolini et *al.*, l'idée n'est pas de rejeter l'approche biomédicale, mais plutôt de l'inclure dans un contexte culturel et communautaire où interviennent médecin et patient. Cette négociation qui renverse le champ de l'expertise du côté du patient rééquilibre les échanges et favorise l'expérience collective au travers des contributions de chacun. Le médecin est l'expert de LA santé, le patient est l'expert de SA santé. C'est dans ce cadre de communication et de partenariat que résident peut-être certaines clés pour aider les *jeunes seniors* à vivre les préceptes du *bien vieillir* dans une dynamique collaborative et suggestive. L'accompagnement proposé par le médecin traitant s'axe alors sur une sensibilisation et une information claire et pondérée au sujet des risques et des dépistages qui concernent cet âge, mais également par une attitude compréhensive des réticences et le respect des prises des positions du patient.

LISTE DES ABREVIATIONS :

AMODEMAS	Association Mosellane pour le Dépistage des Maladies Cancéreuses
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
dTPCa	Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche
ECG	Electrocardiogramme
ERSPC	European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoire
HTA	Hypertension artérielle
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
OCDE	Organisation pour la Coopération et le Développement Economique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PLCO	Prostat, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial
PNBV	Plan National Bien Vieillir
PSA	Prostate Specific Antigen
SFDRMG	Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale
TIC	Technologies de l'Informatique et de la Communication
WONCA	World Organization of National College, Academies and Academic Association of General Practitioners / Family Physicians

BIBLIOGRAPHIE :

1. Insee - Population - Bilan démographique 2015 - Le nombre de décès au plus haut depuis l'après-guerre [Internet]. [cité 6 juill 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1581#figure6
2. Les espérances de vie en bonne santé des Européens [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 1 juill 2016]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/esperances-vie-bonne-sante-europeens/>
3. Aquino J-P. Le plan national « Bien vieillir ». *Retraite Société*. 15 oct 2007;(52):152-7.
4. Trillard A. Penser les mesures de prévention en faveur du « bien vieillir ». *Gérontologie Société*. 1 sept 2012;HS n° 1(5):19-25.
5. P. Aïach, Delanoë D. Les voies de la médicalisation. In: *L'ère de la médicalisation*. Anthropos. Paris; 1998. p. 15-36.
6. Trincaz J, Pujalon B, Humbert C. La lutte contre le vieillissement. *Gérontologie Société*. 1 déc 2008;(125):23-37.
7. Godard J. La médecine générale, la prévention et la santé publique. *Santé Publique*. 21(6):613-4.
8. Hénaff-Pineau P-C. Le médecin généraliste, promoteur d'activités physiques et sportives pour les personnes âgées ? *Retraite Société*. 13 mai 2014;(67):131-55.
9. d'Allondans AG. Vieillissement de la population et créativité sociale. *Innovations*. 1 mars 2003;no 17(1):157-70.
10. HCSP. Évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009 [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2010 déc [cité 5 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=246>
11. Foucart J. La vieillesse : une construction sociale. *Pensée Plurielle*. 2003;no 6(2):7-18.
12. Trincaz J. Les fondements imaginaires de la vieillesse dans la pensée occidentale. *L'Homme*. 1998;38(147):167-89.
13. Marshall BL, Rahman M. Celebrity, ageing and the construction of 'third age' identities. *Int J Cult Stud*. 3 juin 2014;1367877914535399.
14. Caradec V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Armand Colin. Paris; 2010.
15. Arrêté du 13 mars 1985 relatif à l'enrichissement du vocabulaire relatif aux personnes âgées, à la retraite et au vieillissement.

16. Charte BVA - fichier_barometre_bva_sante_-_orange_healthcare_-_mnhbd65e.pdf [Internet]. [cité 13 mai 2016]. Disponible sur: http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/1560/fichier_barometre_bva_sante_-_orange_healthcare_-_mnhbd65e.pdf
17. Puijalon B, Trincaz J. Le droit de vieillir. Fayard. Paris; 2004. J.-C. 281 p.
18. Âge chronologique-âge biologique - Laurent Jacob [Internet]. [cité 13 mai 2016]. Disponible sur: <http://age-des-possibles.com/Age-chronologique-age-biologique>
19. Bizzini L. L'âgisme. *Gérontologie Société*. 1 déc 2007;(123):263-78.
20. Belsky DW, Caspi A, Houts R, Cohen HJ, Corcoran DL, Danese A, et al. Quantification of biological aging in young adults. *Proc Natl Acad Sci*. 28 juill 2015;112(30):E4104-10.
21. Rodríguez-Rodero S, Fernández-Morera JL, Fernandez AF, Menéndez-Torre E, Fraga MF. Epigenetic regulation of aging. *Discov Med*. sept 2010;10(52):225-33.
22. Jenny NS. Inflammation in aging: cause, effect, or both? *Discov Med*. juin 2012;13(73):451-60.
23. Mizrahi A, Mizrahi A. Inégalités sociales face au vieillissement et à la mort. *Gérontologie Société*. 1 avr 2009;(101):63-83.
24. De Sauvy A. La population française jusqu'en 1956, essai de prévision démographique. *Journal de la Société statistique de Paris*. janv 1928;n°12 et n°1.
25. Dirn L, Mendras H, Dubois Fresney L. Le troisième âge animera la société française. *Rev OFCE*. 1984;8(1):141-61.
26. Laslett P. A fresh map of life : the emergence of the third age. Présentation de l'ouvrage et entretien avec l'auteur. *Sociétés Contemp*. 1992;10(1):127-33.
27. Balard F. Vivre et dire la vieillesse à plus de 90 ans, se sentir vieillir mais ne pas être vieux. *Gérontologie Société*. 23 sept 2011;(138):231-44.
28. Lenoir R. L'invention du « troisième âge »: constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse. *Actes Rech En Sci Soc*. 1979;26(1):57-82.
29. Neugarten BL. Age Groups in American Society and the Rise of the Young-Old. *Ann Am Acad Pol Soc Sci*. 1 sept 1974;415(1):187-98.
30. Lalive d'Epinay C, Spini D, et collab. Les années fragiles : la vie au-delà de quatre-vingts ans. Presse de l'Université Laval. Québec: coll. « Sociologie contemporaine »; 2008. 347 p.
31. Introduction to Sociology: Pages [Internet]. [cité 1 juill 2016]. Disponible sur: <https://lumen.instructure.com/courses/199939/pages>

32. Rapport Broussy sur l'adaptation de la société au vieillissement de la population : « France : année zéro ! » — Silver Economie [Internet]. [cité 5 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.silvereco.fr/rapport-broussy-sur-ladaptation-de-la-societe-au-vieillissement-de-la-population-france-annee-zero/315392>
33. Renaut S. Du concept de fragilité et de l'efficacité de la grille Aggir. *Gérontologie Société*. 1 juin 2004;(109):83-107.
34. Toussaint J-F. Bien vieillir : à quelles conditions ? *Gérontologie Société*. 1 sept 2012;HS n° 1(5):41-53.
35. Forette F. Les enjeux de la prévention. *Gérontologie Société*. 1 sept 2012;HS n° 1(5):27-40.
36. Caradec V. Avant-propos. *Retraite Société*. 15 oct 2007;(52):4-10.
37. Activité physique : Contextes et effets sur la santé [Internet]. [cité 23 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/80>
38. Baer HJ, Glynn RJ, Hu FB, Hankinson SE, Willett WC, Colditz GA, et al. Risk Factors for Mortality in the Nurses' Health Study: A Competing Risks Analysis. *Am J Epidemiol*. 1 févr 2011;173(3):319-29.
39. Erikson EH, Erikson JM, Kivnik H. Vital involvement in old age. W.W. Norton and company. New York: W.W Norton and company; 1986.
40. Clément S. Le vieillissement avec le temps, et malgré le monde. *Empan*. 1 déc 2003;no52(4):14-22.
41. Ludwig C, Chicherio C. Pertes et gains dans le développement adulte. *Gérontologie Société*. 1 déc 2007;(123):109-34.
42. Guérette M-J, Caradec V, Bergman H, Joannette Y, Blanchard F. « La vieillesse, c'est le déclin, on n'y peut rien ». *Santé Société Solidar*. 2006;5(1):23-31.
43. Alaphilippe D. Les conditions du bien vieillir. *J Psychol*. 1 juill 2009;(270):52-6.
44. Kotter-Grühn D, Kleinspehn-Ammerlahn A, Gerstorf D, Smith J. Self-perceptions of aging predict mortality and change with approaching death: 16-year longitudinal results from the Berlin Aging Study. *Psychol Aging*. sept 2009;24(3):654-67.
45. Caradec V. Vieillissement et déprise. In: *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Armand Colin. Paris; 2012. p. p 103-105.
46. Cumming E, Henry WE. Growing Old. The process of Disengagement. Basic Books. New York; 1961. 293 p.
47. Caradec V. L'épreuve du grand âge. *Retraite Société*. 15 oct 2007;(52):11-37.
48. Clément S. Le discours sur la mort à l'âge de la vieillesse. *Retraite Société*. 15 oct 2007;(52):63-81.

49. Durandal J-PV, Guthleben G. Le pouvoir d'être vieux. *Gérontologie Société*. 1 sept 2002;n° 102(3):237-52.
50. Brown AS. The Social processes of Aging and Old Age. Prentice Hall. Vol. Second Edition. Inc, NJ; 1996. 406 p.
51. Pierret J. Entre santé et expérience de la maladie. *Psychotropes*. 22 oct 2008;14(2):47-59.
52. Cavalli S. Modèle de parcours de vie et individualisation. *Gérontologie Société*. 1 déc 2007;(123):55-69.
53. Hummel C, Hugentobler V. La construction sociale du « problème » intergénérationnel. *Gérontologie Société*. 1 déc 2007;(123):71-84.
54. Collinet C, Delalandre M. L'injonction au bien-être dans les programmes de prévention du vieillissement. *Année Sociol*. 3 nov 2014;Vol. 64(2):445-67.
55. Fontaine R. Vieillesse réussie et processus d'individuation. In: Difficultés et réussites de la vie en établissements pour personnes âgées [Internet]. ERES; 2007 [cité 2 juin 2016]. p. 65. Disponible sur: <http://www.cairn.info/difficultes-et-reussites-de-la-vie-en-etablissemen--9782749208039 -page-65.htm>
56. Ennuyer B. 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile ». *Gérontologie Société*. 1 déc 2007;(123):153-67.
57. Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 6 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/277333/>
58. Panorama de la santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE - Panorama-de-la-sante-2013.pdf [Internet]. [cité 11 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>
59. Barnay T. Prévention et vieillissement en bonne santé : un regard économique. *Gérontologie Société*. 1 sept 2012;HS n° 1(5):185-203.
60. Piette F, Mischlich D, Extra J, Jeandel C. La consultation de prévention a 70 ans. *Gérontologie Société*. 1 déc 2008;(125):145-54.
61. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. *Santé Publique*. 1 déc 2008;20(5):489-500.
62. M\351decin traitant et sant\351 publique - MedecintraitantSP.pdf [Internet]. [cité 5 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.sfsp.fr/activites/file/MedecintraitantSP.pdf>
63. Microsoft Word - European definition_F.doc - WONCA definition French version.pdf [Internet]. [cité 7 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

64. Génolini J-P, Roca R, Rolland C, Membrado M. « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? *Sci Soc Santé*. 15 nov 2012;29(3):81-122.
65. Bataillon R, Hascoet J-Y, Leneel H, Caron B, Samzun J-L, Pencole D. Vers une consultation médicale de prévention.... *Santé Publique*. 18(1):5-6.
66. consultation de prévention, haut conseil de santé publique - Recherche Google [Internet]. [cité 23 avr 2016]. Disponible sur: https://www.google.fr/search?q=consultation+de+pr%C3%A9vention,+haut+conseil+de+sant%C3%A9+publique&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=HkkbV-QDMWuaqzWlYAF
67. PASSEPORT-10-10-07 - PasseportPour_le_BienVeillir.pdf [Internet]. [cité 22 avr 2016]. Disponible sur: http://gsite.univ-provence.fr/gsite/Local/agis/dir/doc/PasseportPour_le_BienVeillir.pdf
68. La relation médecin-malade. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 2 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/341462/>
69. Eckersberger E, Finkelstein J, Sadri H, Margreiter M, Taneja SS, Lepor H, et al. Screening for Prostate Cancer: A Review of the ERSPC and PLCO Trials. *Rev Urol*. 2009;11(3):127-33.
70. Caine E, Lyness J, Conwell Y. Diagnosis of late-life depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 1996;4:545-50.
71. CCNE-Avis n°109-odf - CCNE-Avis109.pdf [Internet]. [cité 14 oct 2015]. Disponible sur: http://www.upf.edu/pcstacademy/_docs/CCNE-Avis109.pdf
72. Lévy D. Le métier de médecin aujourd'hui. *Rev Fr Aff Soc*. 16 déc 2011;(2-3):297-309.
73. Comment appliquer la loi sur l'information des patients en cas de risque nouveau identifié ? | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 2 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/328574/>
74. Guichard-Claudic Y, Borgne-Uguen FL, Pennec S, Thomsin L. L'expérience de la retraite au masculin et au féminin. *Cah Genre*. 1 déc 2001;n° 31(2):81-104.
75. Renaut S. Parcours de vie et vieillissement ordinaire données de cadrage. *Gérontologie Société*. 23 sept 2011;(138):13-34.
76. L'intolérance à l'incertitude et le trouble d'anxiété généralisée [Internet]. [cité 12 juill 2016]. Disponible sur: <http://docplayer.fr/1995252-L-intolerance-a-l-incertitude-et-le-trouble-d-anxiete-generalisee.html>
77. Collection des thèses et mémoires électroniques de l'Université Laval [Internet]. [cité 12 juill 2016]. Disponible sur: <http://theses.ulaval.ca/archimede/?wicket:interface=:2:::>

78. Scodellaro C. La santé perçue aux âges élevés : des critères médicaux aux évaluations pratiques. *Retraite Société*. 13 mai 2014;(67):19-41.
79. Crawford Achour E. L'activité physique mesurée à l'âge de 65 ans, un facteur prédictif du bien vieillir sept ans plus tard: Etude Proof [Thèse d'exercice]. [Saint-Etienne, France]: faculté de médecine; 2009.
80. Caradec V. Être vieux ou ne pas l'être. *Homme Société*. 30 août 2003;(147):151-67.
81. Jarthon J-M, Durand C. Bien vieillir ou rester jeune. *Retraite Société*. 4 janv 2016;(71):91-110.
82. Kohli M, Kunemund H. La fin de carrière et la transition vers la retraite. *Retraite Société*. 1 juin 2002;no 36(2):81-107.
83. Caradec V. L'expérience sociale du vieillissement. *Idées Économiques Soc*. 15 nov 2012;(157):38-45.
84. Caradec V. L'expérience sociale du vieillissement. *Idées Économiques Soc*. 1 sept 2009;N° 157(3):38-45.
85. Dufour A, Daveau P, Rozenkier A. Vieillir et conduire... *Retraite Société*. 15 oct 2007;(52):130-4.
86. Feillet R, Bodin D, Héas S. Corps âgé et médias : entre espoir de vieillir jeune et menace de la dépendance. *Études Commun Lang Inf Médiations*. 1 déc 2010;(35):149-66.
87. Sirven N, Debrand T. La participation sociale des personnes âgées en Europe. *Retraite Société*. 19 sept 2013;(65):59-80.
88. Béland F. Prévention des maladies et promotion de la santé des personnes âgées. *Gérontologie Société*. 1 sept 2012;HS n° 1(5):205-16.
89. Caradec V. Vieillir, un fardeau pour les proches ? *Lien Soc Polit*. 2009;(62):111.
90. Les transitions biographiques, étapes du vieillissement [Internet]. *Le Compas*. [cité 15 août 2016]. Disponible sur: <http://www.lecompas.fr/base-documentaire/les-transitions-biographiques-tapes-du-vieillissement/>
91. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Prévention en médecine générale. Deuxième partie : regards croisés patients-médecins. *Médecine*. 1 nov 2008;4(9):406-10.
92. Integration of the recommendations of the Canadian Task Force on Preventive Health Care [Internet]. [cité 11 août 2016]. Disponible sur: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/21/1/11.long>

Patients	Âge	Sexe	Situation conjugale	Niveau d'étude	Profession	Habitat	Statut	TIC (technologies de l'information et de la communication)
Patiente 1 (Mme Ro.)	65	Femme	Mariée	CE	Agricultrice	Maison	Propriétaire	Radio, journaux, télévision
Patient 2 (Mr R.)	67	Homme	Marié	CAP, BEP	Agriculteur	Maison	Propriétaire	Radio, journaux, télévision
Patient 3 (Mr P.)	69	Homme	Marié	CAP, BEP	Responsable	Maison	Propriétaire	Internet, Télévision, Portable/Smartphone
Patiente 4 (Mme M.)	65	Femme	Marié	CAP, BEP	Secrétaire	Maison	Propriétaire	Internet, Journaux, Radio, Télévision, Portable/Smartphone
Patient 5 (Mr M.)	65	Homme	Marié	CAP, BEP	Plâtrier	Maison	Propriétaire	Journaux, Télévision, Portable/Smartphone
Patiente 6 (Mme E.)	71	Femme	Veuve	Sans diplôme	Femme au foyer	Maison	Locataire	Journaux, Télévision, Portable/Smartphone
Patient 7 (Mr Sc.)	73	Homme	Marié	CAP, BEP	Laborantin	Appartement	Propriétaire	Internet, Radio, Journaux, Télévision Portable/Smartphone
Patiente 8 (Mme Re.)	73	Femme	Marié	CAP, BEP	Assistance maternelle	Maison	Propriétaire	Journaux, Télévision, Portable/Smartphone
Patient 9 (Mr T.)	75	Homme	Marié	Bac	Instituteur	Maison	Propriétaire	Internet, Radio, Journaux, Télévision
Patiente 10 (Mme T.)	72	Femme	Marié	CAP, BEP	Secrétaire comptable	Maison	Propriétaire	Internet, Radio, Télévision, Portable
Patiente 11 (Mme B.)	76	Femme	Marié	CE	Agent des douanes	Maison	Propriétaire	Radio, Journaux, Télévision, Téléphone
Patient 12 (Mr St.)	72	Homme	Marié	CAP, BEP	Responsable de production	Maison	Propriétaire	Internet, Radio, Journaux, Télévision Portable/Smartphone
Patiente 13 (Mme V.)	69	Femme	Divorcée (compagnon)	CAP, BEP	Employée d'assurance	Maison	Propriétaire	Internet, Journaux, Télévision, Portable/Smartphone

ANNEXE 1 : Caractéristiques des patients :

Patients	Enfants + Petits enfants	Proximité et visite	Parents	Difficulté financière	Nb de médecins	Ttt / jour	Hospitalisation dans l'année	Engagements divers	Déménagement récent	Score EII 2	Décès récent d'un proche
Patiente 1 (Mme Ro.)	2 / 1	Très proches et hebdomadaire	0	Non	1	1 ou 2	Non	Non	Non	53	Non
Patient 2 (Mr R.)	2 / 1	Très proches et hebdomadaire	1	Non	> 3	> 3	Non	Non	Non	39	Non
Patient 3 (Mr P.)	2 / 2	Proche et mensuel	(belle-mère)	Non	> 3	1 ou 2	Non	Associatifs, municipaux	Non	75	Non
Patiente 4 (Mme M.)	2 / 5	Très proches et hebdomadaire	1	Non	1	> 3	Non	Politiques	Non	76	Non
Patient 5 (Mr M.)	2 / 5	Très proches et hebdomadaire	1	Non	> 3	1 ou 2	Non	Non	Non	62	Non
Patiente 6 (Mme E.)	5 / nbreux	Très proches et hebdomadaire	0	Non	> 3	> 3	Non (HDJ)	Non	Oui	38	Oui (frère)
Patient 7 (Mr Sc.)	4 / 0	Très proches et hebdomadaire	0	Non	2	1 ou 2	Non	Bénévolat	Oui	54	Oui
Patiente 8 (Mme Re.)	4 / 6	Très proches et hebdomadaire	0	Non	1	1 ou 2	Non	Non	Non	65	Non
Patient 9 (Mr T.)	2 / 4	Eloigné et annuelle	0	Non	> 3	> 3	Oui	Non	Non	81	Non
Patiente 10 (Mme T.)	2 / 4	Eloigné et annuelle	0	Non	2 ou 3	1 ou 2	Non	papiers administratifs	Non	58	Non
Patiente 11 (Mme B.)	2 / 4	Très proches et hebdomadaire	0	Non	2 ou 3	> 3	Non	Non	Non	65	Non (il y a 2 ans)
Patient 12 (Mr St.)	1 / 3	Proche et mensuel	0	Non	1	> 3	Non	associatifs, sportifs	Non	67	Oui
Patiente 13 (Mme V.)	1 / 0	Eloigné et annuelle	0	Non	2	3	Non	Bénévolat	Non	72	Non

ANNEXE 1 : Caractéristiques des patients (suite)

Médecins	Sexe	Âge	Nb d'années d'exercice	Nb d'années d'installation	Lieu d'exercice	Score EII	Activités annexes
Médecin 1 (Dr H.)	Homme	66	35	35	Rural	60	Coordonnateur Maison de Retraite
Médecin 2 (Dr C.)	Femme	35	8	4	Rural	43	
Médecin 3 (Dr Ga.)	Femme	44	17	12	Semi-rural	49	
Médecin 4 (Dr R.)	Femme	34	6	3	Semi-rural	96	
Médecin 5 (Dr Gr.)	Homme	42	15	2	Semi-rural	51	DIU Sevrage tabagique

ANNEXE 2 : Caractéristiques des médecins

Elisée Goldschmidt
26 rue de la Marne
57000 METZ
Tel : 06 72 89 77 96
gous87@gmail.com



Madame, Monsieur, chers confrères et consœurs,

Je souhaite vous inviter à contribuer à l'étude de thèse que je réalise dont la thématique s'intitule :

« *Perception du vieillissement et bien vieillir chez les jeunes seniors et implication du médecin généraliste.* »

Cette réflexion s'inscrit suite à la décision de placer le médecin généraliste au sein de nombreux programmes de dépistage et de prévention par les politiques publiques envers les populations jugées « à risque ». Quelle perception ont-ils du/des risque(s) dont les affublent les autorités ? Et comment sont-ils influencés par l'information qu'ils reçoivent de votre part et d'ailleurs ?

Il s'agit pour moi de rencontrer des patients à leur domicile en entretiens semi-directifs de 1h environ.

Le critère d'inclusion est :

- patient(e) âgé(e) de 65 à 75 ans, volontaire

Qu'est-ce que cela implique de participer à cette étude concrètement ?

- Il s'agit de **proposer à quelques personnes (3-4 si possible) âgées de 65 à 75 ans de votre patientèle la participation à l'étude** lorsque vous les rencontrez en consultation par exemple. S'ils acceptent oralement, je me charge de prendre contact avec eux via le secrétariat pour définir des dates et horaires qui leur conviennent pour les rencontrer chez eux.

- Suite à l'ensemble des entretiens patients, un court **entretien médecin clôt** la récolte des données. Dans ce cas, je m'arrange pour venir soit au cabinet, soit à domicile en fonction des horaires qui vous arrangent.

En espérant chaleureusement votre implication, je vous remercie de votre soutien et je me tiens à votre disposition pour tout renseignement,

Confraternellement,

Elisée Goldschmidt

ANNEXE 3 : Courrier adressé aux médecins

Consigne initiale :

« D'après vous, qu'est ce que cela signifie bien vieillir ? »

Guide thématique :

PERCEPTIONS DU VIEILLISSEMENT ET DU BIEN VIEILLIR :

- 1) *Quel est l'âge de la vieillesse d'après vous ? (si la retraite c'est être vieux, est ce que la retraite a changé quelque chose pour vous ?)*
- 2) *Est ce que vous pensez que la vieillesse soit une période de la vie plus difficile à vivre que d'autres périodes de la vie ? Comment est ce que vous aimeriez vivre votre vieillesse ?*
- 3) *A votre avis, y a-t-il une différence entre les hommes et les femmes dans la manière de vivre leur vieillissement ? Comment se passe le vieillissement avec votre conjoint ?*
- 4) *Et vous personnellement, comment est ce que vous vous percevez dans votre santé actuelle ? (vieux ou jeune ? autre ?)*
- 5) *Est ce que votre santé actuelle vous empêche de faire ce que vous aimeriez faire ? Est ce que vous avez l'impression d'être limité ou contraint par vos problèmes de santé dans vos projets ? (déficiences visuelles, auditives, motrices) ?*
- 6) *Est ce que vous avez discuté avec vos proches (votre conjoint, vos enfants, vos parents) des conséquences du vieillissement sur votre quotidien ? Est ce que cela vous paraît important qu'ils soient impliqués ?*

DEPISTAGES ET MESURES DE PREVENTION :

- 1) *Est ce que vous diriez que vous vous sentez concerné, préoccupé, inquiet par votre santé ? A quels niveaux ?*
- 2) *Parmi les médicaments que vous prenez, est ce que vous pouvez me dire pourquoi ou pour quelles raisons vous les prenez ? Y en a-t-il qui soit exclusivement consacré à la prévention d'un risque ? Estimez-vous que c'est un risque que de prendre des médicaments ?*
- 3) *Avez-vous participé aux différentes campagnes de dépistage (CCR, Sein, Prostate) qu'on vous propose à votre âge ? Pourquoi ?*
- 4) *En parlant des risques, on entend que l'alimentation et l'activité physique sont des facteurs de prévention : Qu'en pensez-vous ? Que faites-vous pour cela ?*
- 5) *Vous savez que à partir de 65 ans, la vaccination contre la grippe est fortement recommandée ? (la CPAM vous envoie à ce titre un document annuel) Vous faites-vous vacciner tous les ans ? si oui/non, pourquoi ?*

RELATION ET COMMUNICATION AVEC LE MEDECIN TRAITANT

- 1) *Pensez-vous que votre médecin traitant vous aide à vieillir ? Si oui, de quelles manières ?*
- 2) *Trouvez-vous que votre médecin vous communique suffisamment d'informations concernant votre santé ? Que pensez-vous de sa manière de faire ?*
- 3) *A votre avis, pensez-vous que votre médecin garde certaines informations volontairement ou qu'il ne pense pas nécessaire de vous les donner ?*
- 4) *Est ce que ce que votre médecin vous déjà fait une remarque sur vos habitudes ? Cela a-t-il changé quelque chose dans votre comportement et votre rythme de vie ?*
- 5) *Y a-t-il des choses, des informations qui vous aient fait prendre des décisions récemment concernant votre santé ? De quels types ? Racontez*

ANNEXE 4 : Trame d'entretien-patient

Consigne initiale :

« 65-75 ans, est ce une classe d'âge qui vous semble décisive sur le plan de la santé ? »

Guide thématique :

RÔLES DU MEDECIN TRAITANT DANS LE BIEN VIEILLIR

- 1) Comment est représentée cette population dans votre patientèle, en pourcentage ?
- 2) A votre avis, quelle est la place du médecin généraliste dans le bon vieillissement des patients ?
- 3) Est ce que vous pensez que cette nouvelle génération de seniors (65-75 ans) est mieux préparée à affronter le vieillissement sous toute ses formes que les générations précédentes ?
- 4) A partir de quand est ce que vous considérez qu'un patient est marqué par son vieillissement ?
- 5) Pensez-vous que le troisième âge soit trop médicalisé dans notre société ? que l'on médicalise trop cette période de la vie ?
- 6) Aujourd'hui, l'une des demandes principales de la part des patients vieillissant, c'est « *ne pas être une charge* » : Est ce que à votre avis, cette demande est légitime ? Est-elle du ressort du médical ? Dans ce cas, comment y répondre ?

MODES D'ACTION ET DE COMMUNICATION DANS LA PREVENTION ET LES DEPISTAGES

- 7) La salle d'attente, premier lieu de l'information au patient ? Est ce que vous avez l'impression d'utiliser votre salle d'attente comme lieu médical à part entière ?
- 8) L'information médicale dans le temps de la consultation : A quel niveau est ce que ça se joue pour un médecin d'être rassurant ? Ne pas en dire trop pour ne pas angoisser le patient ou au contraire, informer au maximum pour que le patient sache ?
- 9) Les dépistages : proportion de participation ? Comment expliquer et argumentez-vous l'intérêt des dépistages ?
- 10) Vaccination antigrippale : comment l'argumentez-vous ?
- 11) Encouragement à l'activité physique et à l'équilibre diététique ? Comment trouver les mots et les attitudes justes pour induire un changement concernant des habitudes de vie ?
- 12) Comment faites vous pour transmettre des messages de prévention à vos patients sans que cela ne se transforme en règles absolues ou en jugement porté à leur égard ? Est ce que vous pensez qu'il y a des situations désespérées pour rompre avec les mauvaises habitudes ?
- 13) Les traitements médicamenteux : Comment vous y prenez-vous pour faire adhérer le patient lorsqu'un traitement est nécessaire ? Est ce que parfois les patients vous demande d'arrêter certains traitements ?

PATIENTS ET INFORMATION : L'ACCOMPAGNEMENT DU SENIOR

- 14) Depuis la loi 4 mars 2002 (information du patient), est ce que vous estimez que la communication médecin-patient s'est améliorée ?
- 15) Quelles méthodes utilisez-vous pour aider et convaincre vos patients âgés dans leur prise de décision ?
- 16) Est ce que certains patients vous ont déjà demandé de rédiger des directives anticipées/vous avez déjà conseillé ou suggéré à l'un de vos patients de rédiger des DA ?
- 17) Est ce que ça vous semble important de connaître la personne de confiance d'un patient ?

Échelle d'Intolérance à l'Incertitude

No. Dossier _____

Date _____

Voici une série d'énoncés qui représentent comment les gens peuvent réagir à l'incertitude dans la vie. Veuillez encrer le numéro (1 à 5) approprié pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous. Pour coter l'EII comme instrument unifactoriel, calculez la somme des réponses de tous les items.

1 = Pas du tout correspondant – 2 = Un peu correspondant – 3 = Assez correspondant

– 4 = Très correspondant – 5 = Tout à fait correspondant

1. L'incertitude m'empêche de prendre position.

.....1.....2.....3.....4.....5.....

2. Être incertain(e) veut dire qu'on est une personne désorganisée.

.....1.....2.....3.....4.....5.....

3. L'incertitude rend la vie intolérable.

.....1.....2.....3.....4.....5.....

4. C'est injuste de ne pas avoir de garanties dans la vie.

.....1.....2.....3.....4.....5.....

5. Je ne peux pas avoir l'esprit tranquille tant que je ne sais pas ce qui va arriver le lendemain. .

.....1.....2.....3.....4.....5.....

6. L'incertitude me rend mal à l'aise, anxieux(se) ou stressé(e).

.....1.....2.....3.....4.....5.....

7. Les imprévus me dérangent énormément.

.....1.....2.....3.....4.....5.....

8. Ça me frustre de ne pas avoir toute l'information dont j'ai besoin

.....1.....2.....3.....4.....5.....

9. L'incertitude m'empêche de profiter pleinement de la vie.

.....1.....2.....3.....4.....5.....

10. On devrait tout prévenir pour éviter les surprises.

.....1.....2.....3.....4.....5.....

11. Un léger imprévu peut tout gâcher, même la meilleure des planifications

.....1.....2.....3.....4.....5.....

12. Lorsque c'est le temps d'agir, l'incertitude me paralyse.

.....1.....2.....3.....4.....5.....

13. Être incertain(e) veut dire que je ne suis pas à la hauteur.

-1.....2.....3.....4.....5.....
14. Lorsque je suis incertain(e), je ne peux pas aller de l'avant.
.....1.....2.....3.....4.....5.....
15. Lorsque je suis incertain(e), je ne peux pas bien fonctionner.
.....1.....2.....3.....4.....5.....
16. Contrairement à moi, les autres semblent toujours savoir où ils vont dans la vie.
.....1.....2.....3.....4.....5.....
17. L'incertitude me rend vulnérable, malheureux(se) ou triste.
.....1.....2.....3.....4.....5.....
18. Je veux toujours savoir ce que l'avenir me réserve.
.....1.....2.....3.....4.....5.....
19. Je déteste être pris(e) au dépourvu.
.....1.....2.....3.....4.....5.....
20. Le moindre doute peut m'empêcher d'agir.
.....1.....2.....3.....4.....5.....
21. Je devrais être capable de tout organiser à l'avance.
.....1.....2.....3.....4.....5.....
22. Être incertain(e), ça veut dire que je manque de confiance.
.....1.....2.....3.....4.....5.....
23. Je trouve injuste que d'autres personnes semblent certaines face à leur avenir.
.....1.....2.....3.....4.....5.....
24. L'incertitude m'empêche de bien dormir.
.....1.....2.....3.....4.....5.....
25. Je dois me retirer de toute situation incertaine.
.....1.....2.....3.....4.....5.....
26. Les ambiguïtés de la vie me stressent.
.....1.....2.....3.....4.....5.....
27. Je ne tolère pas d'être indécis(e) au sujet de mon avenir
.....1.....2.....3.....4.....5.....

Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1994). *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.

ABSTRACT:

For 40 years in the West, we have seen the emergence of a new generation of individuals, called "third age," located in the interval between working life and old age, which transforms the classic perception of aging. These young old present a challenge to the usual representations of this age group. How do these "young old" perceive their aging and comprehend the risks associated with it, and how do GPs accompany their *young seniors* as they face the challenges of aging?

This is a qualitative study through semi-structured interviews with thirteen patients from 65 to 75 years and their five respective GPs from general practices in Alsace and Lorraine.

The perception of aging among *young seniors* is part of an overall perspective of the individual including sensory experience, psychological, social and family aspects of this period that involves complex dynamics. The notion of "aging well" contrasts the image of the "old" with the requirement to "age young."

The GP is an important partner in promoting health, risk prevention and support offered to the aging patient through interactive communication on screening, risk factors and education for health.

The advent of preventive medicine and health promotion opens up prospects for prevention, as long as the patient remains central to taking care.

KEYWORDS:

Aging ; Third age ; Health information ; Risk factor ; Prevention ; General practice ; Aged; Health education ; Physician patient relations.

VU

NANCY, le 13 septembre 2016
Le Président de Thèse

NANCY, le 16 septembre 2016
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur François ALLA

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9269

NANCY, le 20 septembre 2016

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE:

Depuis 40 ans en Occident, l'émergence d'une nouvelle génération d'individus, appelée 3^e âge située à l'intervalle entre la vie professionnelle et le grand âge transforme la perception classique du vieillissement. Ces nouveaux vieux sont le reflet d'une vieillesse qui bouleverse les représentations usuelles de cette catégorie d'âge. Comment ces « jeunes vieux » perçoivent-ils leur vieillissement et appréhendent-ils les risques liés à celui-ci et comment les médecins généralistes accompagnent-ils les *jeunes seniors* face aux défis du vieillissement ?

Il s'agit d'une enquête qualitative au travers d'entretiens semi-dirigés auprès de treize patients âgés de 65 à 75 ans à leurs domiciles et de leurs cinq médecins généralistes respectifs issus de cabinets de médecine générale en Alsace et en Lorraine.

La perception du vieillissement chez les *jeunes seniors* s'insère dans une perspective globale de l'individu incluant l'expérience sensorielle, psychologique et socio-familiale de cette période qui implique des dynamiques complexes. La représentation du *bien vieillir* s'inscrit en contraste avec la figure du « vieux » avec l'exigence de « vieillir jeune ». Le médecin traitant est un partenaire important dans la promotion de la santé, la prévention des risques et l'accompagnement qu'il propose à son patient vieillissant au travers de la communication interactive sur les dépistages, les facteurs de risque et l'éducation à la santé.

L'avènement de la médecine préventive et des politiques de lutte contre le vieillissement ouvre la voie à de nouvelles perspectives en matière de prévention, pour autant que le patient reste au centre de la prise en soin.

TITRE: PERCEPTION OF AGING AND HEALTH IN SENIORS
« YOUNG-OLD » AND THE ROLE OF THE PRIMARY PHYSICIAN

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2016

MOTS-CLÉS : Vieillissement ; Troisième âge ; Information médicale ; Facteur de Risque ; Prévention ; Médecine générale ; Personne âgée ; Education à la santé ; Relation médecin patient.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX