

Concept final du projet « L'impact social du COVID-19 chez les 65 ans et plus »

Équipe de recherche :

Professeur Christian Maggiori

Professeur Maël Dif-Pradalier

Dr. Mario Konishi

HES-SO – Haute école de travail social – Fribourg

Fribourg, novembre 2023

Remerciements

L'équipe de recherche et la HETS-FR remercient très chaleureusement le comité d'accompagnement pour le suivi et le précieux soutien tout au long du projet, notamment pour la meilleure compréhension des réalités et besoins des terrains et la facilitation des prises de contact auprès de leurs membres et dans leurs réseaux respectifs. Nous tenons également à remercier toutes et tous les participant·e·s pour le temps qu'ils et elles ont bien voulu consacrer au questionnaire et aux entretiens et pour avoir partagé avec nous leurs expériences et réflexions.

Enfin, nous voulons remercier la fondation Leenaards pour le soutien financier qui a permis la réalisation de ce projet.

Table des matières

1. Contexte et objectifs de l'étude	1
2. Partie quantitative (volet 1)	4
2.1 Méthodologie et analyses réalisées.....	4
2.2 Caractéristiques de l'échantillon du volet 1	5
2.3 Données descriptives	6
2.3.1 <i>Contacts sociaux et aide reçue et apportée</i>	6
2.3.2 <i>Regard social et âgisme</i>	7
2.3.3 <i>Craintes et impact de la crise sur le bien-être</i>	8
2.3.4 <i>COVID-19</i>	10
2.3.5 <i>Logement</i>	11
2.4 Analyses inférentielles	11
2.4.1 <i>Évolution entre E1 et E2</i>	11
2.4.2 <i>Comparaisons entre participant·es à E2</i>	13
2.4.3 <i>Prédiction du bien-être et des expériences des 65+ avec les données récoltées lors de E215</i>	
2.4.4 <i>Prédiction du bien-être et des expériences des 65+ (E2) sur la base des données récoltées à E1</i>	17
2.4.5 <i>Impact du COVID-19 sur le bien-être et les expériences des 65+</i>	18
2.5 Questionnaire – Mémento des points forts	22
3. Partie qualitative (volets 2 et 3)	25
3.1 Entretiens individuels – Considérations méthodologiques	25
3.1.1 <i>Caractéristiques de l'échantillon</i>	25
3.1.2 <i>Analyses des données</i>	26
3.2 Entretiens individuels – Résultats	27
3.2.1 <i>L'impact de la pandémie sur la vie des personnes âgées</i>	27
3.2.2 <i>Aide et soins à domicile</i>	30
3.2.3 <i>Les besoins des personnes âgées</i>	32
3.2.4 <i>Les services d'aide et des soins à domicile</i>	36
3.2.5 <i>Les besoins des proches aidant·es</i>	38
3.2.6 <i>Attitudes des personnes âgées face aux mesures de protection</i>	40
3.2.7 <i>Discrimination des personnes âgées</i>	40

3.3 Focus group – Considérations méthodologiques	41
3.4 Focus group – Résultats	41
3.5 Entretiens individuels et focus group – Memento de points forts	43
4. Conclusions et recommandations	46
4.1 Bien-être et santé physique et mentale	46
4.2 Administration et finances	48
4.3 Inégalités et discriminations	49
4.4 Intervenant·es et institutions	50
4.5 Pistes d’action et recommandations	51
5. Message final	55

Liste des graphiques et des figures

Graphique 1. Se sentir concerné·e lorsqu'on parle des personnes âgées	5
Graphique 2. Évolution des contacts avec proches et ami·es entre V1 et V2	6
Graphique 3. A reçu l'aide nécessaire au cours de la 2 ^{ème} vague de la pandémie	6
Graphique 4. Évolution des expériences personnelles d'âgisme depuis le début de la crise socio-sanitaire ($n = 666$)	7
Graphique 5. Sentiment de solitude au cours de la crise liée au COVID-19	8
Graphique 6. État de santé auto-évalué	9
Graphique 7. Craintes pour sa propre santé et celle de ses proches	9
Graphique 8. Avoir contracté le COVID-19	10
Graphique 9. Impact perçu des symptômes physiques liés au COVID-19	11
Figure 1. Articulation temporelle des vagues du COVID-19 et des études menées par la HETS-FR	2

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des personnes de 65 ans et plus interrogées dans le cadre du volet qualitatif de l'étude E2 (N = 24)	25
Tableau 2. Sentiment de solitude avant et pendant l'ensemble de la crise COVID-19	47
Tableau 3. Impact de la crise sur le moral à V1 et à V2	47

Liste des principaux symboles et abréviations (statistiques)

β	coefficient beta standardisé
ANOVA	Analyse de variance
E.T.	Écart-type
F	test F (test statistique dans lequel la statistique de test suit la loi de Fisher sous l'hypothèse nulle)
M	Moyenne
p	Valeur de probabilité
N	Taille d'un échantillon
n	Taille d'un sous-groupe spécifique
t-test	Test du t de Student
VD	Variable dépendante
VI	Variable indépendante

Liste des principaux symboles et abréviations (autres)

CMS	Centre médico-social
E1	Première étude par questionnaire en ligne réalisée au printemps-été 2020 (précédente au projet concerné par ce rapport)
E2	Deuxième étude par questionnaire en ligne réalisée au printemps-été 2021 dans le cadre du projet concerné par ce rapport
OFS	Office fédéral de la statistique
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OSAD	Organisations d'aide et de soins à domicile
V1	Première vague de la pandémie liée au COVID-19 et qui a eu lieu printemps-été 2020
V2	Deuxième vague de la pandémie liée au COVID-19 et qui a eu lieu dès l'automne 2020

1. Contexte et objectifs de l'étude

À la suite d'une série d'études relatives à la 1^{ère} vague de la crise liée au COVID-19 et réalisées par notre équipe auprès des personnes âgées de 65 ans et plus au printemps et à l'été 2020, nous avons décidé de lancer une nouvelle étude pour mieux comprendre l'impact social à moyen terme de la pandémie auprès de cette même population. Cette nouvelle étude avait initialement été pensée et planifiée alors que le nombre de nouveaux cas de COVID-19 était stable, au point que le Conseil fédéral avait levé la situation extraordinaire le 19 juin 2020 (OFSP, 2020). La recrudescence du nombre de nouvelles infections au mois de juillet et août 2020 laissait cependant malgré tout planer la crainte d'une seconde vague de la pandémie (OFSP, 2020). Comme les événements nous l'ont appris par la suite, la crise socio-sanitaire était appelée à perdurer bien plus longtemps encore et notre pays connaîtra cinq nouvelles vagues de pandémie entre octobre 2020 et juillet 2022. Par rapport à la toute première vague, celles qui ont suivi se sont révélées nettement plus importantes en termes de nombre de personnes contaminées mais aussi de décès. De manière plus précise, la 2^{ème} vague, que s'est caractérisée par la variante Delta du virus SARS-CoV-2 à l'origine du COVID-19, a été la plus meurtrière dans notre pays alors que la 5^{ème} vague, liée à l'apparition de la variante Omicron, est celle qui a vu le plus grand nombre de personnes infectées. Parallèlement, en décembre 2020 débutaient les premières campagnes de vaccination, qui furent lancées dans un EMS du canton de Lucerne. En termes de chiffres, entre le 24 février 2020, date du 1^{er} cas de COVID-19 officiellement détecté dans notre pays, et le 29 septembre 2022 (date de la fin de notre nouvelle enquête), la Suisse a connu 4'103'951 cas confirmés en laboratoire (il est donc aisé de supposer que le nombre de cas réels a été largement supérieur), 58'450 hospitalisations et 13'650 décès (OFS, 2022). Par rapport aux divers groupes d'âge, malgré une attention toute particulière aux « 65+ » lors de la 1^{ère} vague, il est également important de souligner que c'est l'ensemble de la population qui a été touché par la crise et qu'au fil de celle-ci, les tranches d'âge les plus « contaminées » ont constamment varié. En termes de mortalité, les 70-79 ans et les 80+ ont cependant été les plus nettement affectées (OFS, 2022).

Autrement dit, cette étude avait été pensée et planifiée dans une période caractérisée par un tout relatif premier espoir de retour à une certaine normalité et dont l'idée était d'évaluer et d'approfondir les effets de la plus grave crise socio-sanitaire de l'histoire récente de notre société. Compte tenu de l'évolution de la pandémie, elle s'est cependant déployée alors que se succédaient différentes vagues. Ainsi, si ses objectifs initiaux sont restés globalement les mêmes, le contexte dans lequel elle s'est déroulée et l'interprétation des données récoltées ont nécessairement considérablement changé.

Plus précisément, notre étude visait à répondre aux trois objectifs suivants :

- **Objectif 1 (O1)** : Analyser, dans une perspective longitudinale, l'évolution de la situation des 65 ans et plus (en termes de ressenti, craintes, attentes, fonctionnement au quotidien, etc.) depuis le début de la crise socio-sanitaire liée au COVID-19, et évaluer l'impact social à moyen terme (environ 1 année après les premières mesures de déconfinement) de cette dernière sur les 65+ en intégrant les données déjà récoltées par la HETS-FR au cours de la 1^{ère} vague de la crise.

- **Objectif 2 (O2)** : Approfondir les besoins non-couverts chez les 65+ et identifier d'éventuelles nouvelles problématiques sociales/de nouveaux groupes à risque (p.ex., de nouvelles formes de précarité) révélées par la crise socio-sanitaire.
- **Objectif 3 (O3)** : Formuler des recommandations et des propositions de mesures d'intervention (y compris en prévision de nouvelles crises sanitaires) à destination des autorités et des organisations de terrain visant à garantir la qualité de vie et la participation sociale des 65+.

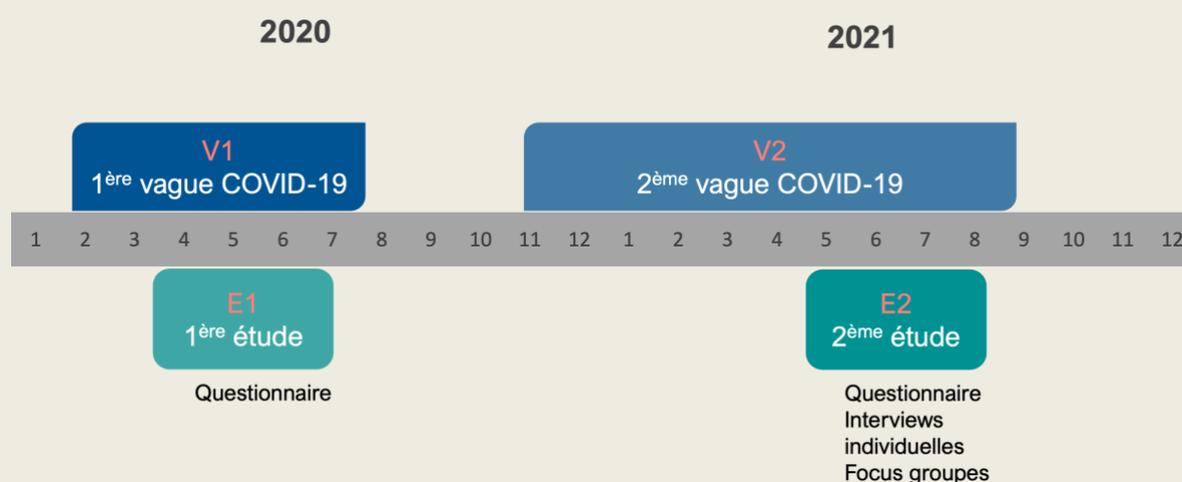
Pour atteindre chacun de ces objectifs spécifiques, cette étude s'est déroulée en suisse romande de janvier 2021 à octobre 2022 et a combiné 4 volets complémentaires, ainsi que des méthodes quantitatives et qualitatives : un questionnaire auto-administré, des entretiens individuels, des focus groupes et la rédaction d'un « concept » à destination des organisations du terrain et des autorités.

Enfin, il est important de souligner que cette étude a été possible grâce au généreux soutien financier de la Fondation Leenaards.

Encadré 1 – Articulation de la nouvelle étude (« E2 ») avec les données récoltées lors de l'étude précédente au printemps-été 2020 (« E1 »)

En ce qui concerne la partie quantitative de notre projet, il est important de souligner que notre équipe de recherche avait déjà mené une étude à l'aide de questionnaires d'auto-évaluation auprès d'environ 5'000 personnes âgées de 65 ans ou plus au cours de la première vague de la pandémie au printemps 2020 (cf. Figure 1). Nous allons ainsi utiliser « E1 » pour nous référer à cette première étude. C'est en partant de l'échantillon de cette première étude, et plus précisément des personnes qui nous avaient donné l'autorisation à être recontactées, que nous avons trouvé les participant-es à la nouvelle étude par questionnaire en ligne qui est un des 4 volets du projet concerné par ce rapport. Nous allons parler de « E2 » pour indiquer cette deuxième étude.

Figure 1. Articulation temporelle des vagues du COVID-19 et des études menées par la HETS-FR



Ainsi, pour chaque personne qui a participé à E2 nous avons également des données récoltées un peu plus d'une année auparavant dans E1, lors de la 1ère vague de la crise socio-sanitaire. Cette configuration nous permet d'analyser l'évolution des situations individuelles au fil des premières vagues de la pandémie. Enfin, nous allons employer « V1 » et « V2 » pour indiquer respectivement la 1ère vague (février - juillet 2020) et la 2ème vague (novembre 2020 – août 2021) de la pandémie liée au COVID-19 qui a touché notre pays et cela, indépendamment de l'étude concernée.

2. Partie quantitative (volet 1)

Comme évoqué ci-dessus, afin d'avoir un suivi longitudinal des thématiques abordées, le questionnaire d'auto-évaluation de E2 a été proposé uniquement aux personnes ayant participé à notre première étude réalisée entre avril et juin 2020 (E1). Il faut également souligner que la période de récolte des données à travers le questionnaire d'auto-évaluation pour cette nouvelle étude (E2), qui s'est déroulée du 28 mai 2021 au 12 août 2021, a été caractérisée par la variante Delta du SARS-CoV-2.

2.1 Méthodologie et analyses réalisées

Pour composer l'échantillon d'étude de ce premier volet, nous avons pris contact par courriel, courrier ou téléphone avec les participant·es de E1 qui nous avaient donné justement l'accord à être recontacté·es pour une éventuelle suite de l'étude. Ces personnes étaient ainsi invitées à remplir un nouveau questionnaire en ligne ou en version papier qu'elles auraient pu recevoir à la maison. Le questionnaire de cette nouvelle étude (E2), outre les informations relatives aux participant·es, abordait différentes thématiques telles que les contacts sociaux, l'aide reçue et apportée, les attitudes à l'égard des personnes âgées, les attitudes et craintes face au COVID-19, le bien-être général ou encore le fait d'avoir contracté (ou pas) le COVID-19 et ses séquelles éventuelles. Il est également important de souligner que le questionnaire proposait des items qui évaluaient la situation « actuelle », lors de V2, des items qui abordait l'évolution depuis la première vague de la pandémie (donc, l'évolution entre V1 et V2), ainsi que des items qui concernaient l'ensemble de la crise socio-sanitaire jusque-là (donc, V1 et V2 à la fois). Le questionnaire était disponible uniquement en français.

Pour les données du questionnaire, outre des statistiques descriptives, nous avons réalisé des analyses d'inférence. Plus précisément, les possibles divergences entre les données de nos participant·es récoltées lors de E1 et E2 ont été évaluées à l'aide de tests de Student (t test) pour mesures appariées. Pour les données non-paramétriques, nous nous sommes appuyés sur le test de Wilcoxon, qui permet également de comparer les réponses d'un même groupe de participant·es obtenues à des moments différents. En revanche, pour comparer les résultats de différents sous-groupes de participant·es, nous avons conduit des analyses de variance à un facteur (ANOVA). Des régressions linéaires multiples nous ont permis de déterminer la capacité de certaines variables indépendantes (VI ou prédicteurs) de prédire diverses variables dépendantes (VD). Autrement dit, elles permettent de dire si, par exemple, la situation financière et le sentiment de solitude (VI) prédisent, donc expliquent au moins en partie, les éventuelles manifestations dépressives (VD). De manière plus précise, nous avons utilisé pour ce faire la méthode pas à pas descendante (ou par élimination, « Backward »). Avec cette méthode, tous les prédicteurs sélectionnés sont intégrés dans le modèle initial. Ensuite, le prédicteur à l'origine de la plus modeste contribution non significative au modèle est éliminé. L'opération est répétée jusqu'à ce que le modèle ne comporte que des prédicteurs significatifs (Howell, 1998). Cette méthode permet ainsi de restreindre le modèle final aux seuls prédicteurs qui contribuent de manière significative à la compréhension de la VD et elle s'avère particulièrement utile dans les démarches plus exploratoires comme la nôtre. Enfin, lorsque nous avons pris en considération l'effet d'avoir contracté le COVID-19, nous avons opté pour des régressions linéaires avec méthode Enter. Ce choix se justifie avant tout par le nombre restreint de variables et de participant·es concerné·es.

Par rapport au seuil général de significativité, comme il est d'usage dans les sciences sociales, nous avons retenu pour l'ensemble de nos tests statistiques la valeur de 5% (Fisher, 1925, cité par Howell, 1998).

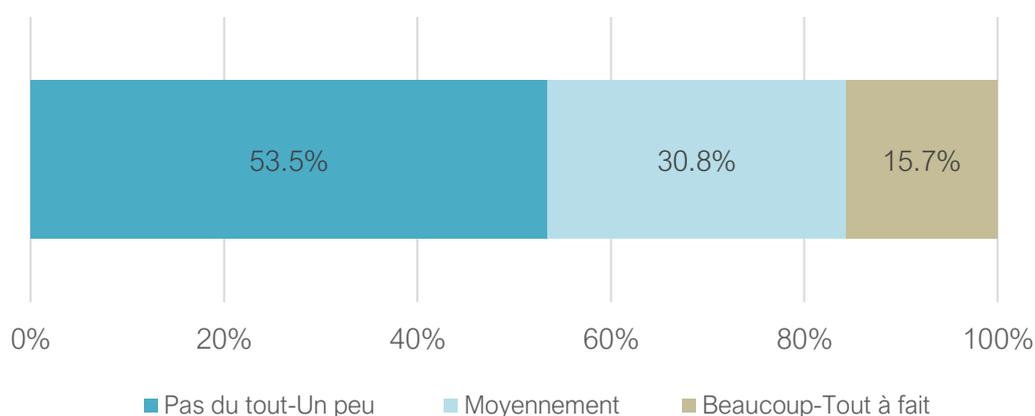
L'ensemble des analyses statistiques présentées dans ce rapport a été effectué à l'aide des programmes statistiques IBM SPSS 26.0.

2.2 Caractéristiques de l'échantillon du volet 1

Parmi les 3'200 personnes environ qui ont participé à l'étude réalisée au printemps-été 2020 (E1) et qui avaient donné leur accord de principe pour être recontactées, **2'286 personnes** ont également complété le questionnaire de cette nouvelle étude (E2). Autrement dit, pour ces 2'286 participant·es, nous avons des données longitudinales, relatives à E1 et E2. Le taux de participation a été ainsi de 73% en considérant aussi la déperdition dite « naturelle » (p.ex., changements d'adresse, départs pour l'étranger ou décès), qui explique une partie de la non-participation à E2.

En ce qui concerne les caractéristiques de l'échantillon de E2, les 2'286 participant·es sont âgé·es de 65 et 95 ans ($M = 72.28$; $E.T. = 5.11$) et 59.9% sont des femmes. Presque le même pourcentage (59.8%) a un·e partenaire et 8.4% d'entre elles et eux exercent encore une activité professionnelle rémunérée. Sur le plan financier, 14.5% des participant·es disent rencontrer des difficultés à boucler les fins de mois et 23.6% craignent d'avoir des difficultés financières à la suite de la crise socio-sanitaire.

Graphique 1. Se sentir concerné·e lorsqu'on parle des personnes âgées



Par rapport à l'âge ressenti, 53.5% disent ne pas se sentir personnellement concerné·es lorsqu'on parle des « personnes âgées » (autrement dit, iels ne se perçoivent majoritairement pas comme appartenant au groupe des personnes âgées), 30.8% moyennement concerné·es et 15.7% tout à fait concerné·es (cf. Graphique 1).

Enfin, au moment de remplir le questionnaire, seulement 1.4% des participant·es pensaient que la crise était derrière nous. A l'opposé, 7.8% étaient de l'opinion que nous étions encore en pleine crise. Entre ces deux positions, 48.2% avaient le sentiment que la crise n'était pas encore terminée mais que nous étions en train d'en sortir et les 42.6% restant étaient de l'avis

que la crise n'était pas finie et qu'il s'agissait d'une situation à laquelle il fallait s'habituer pendant longtemps.

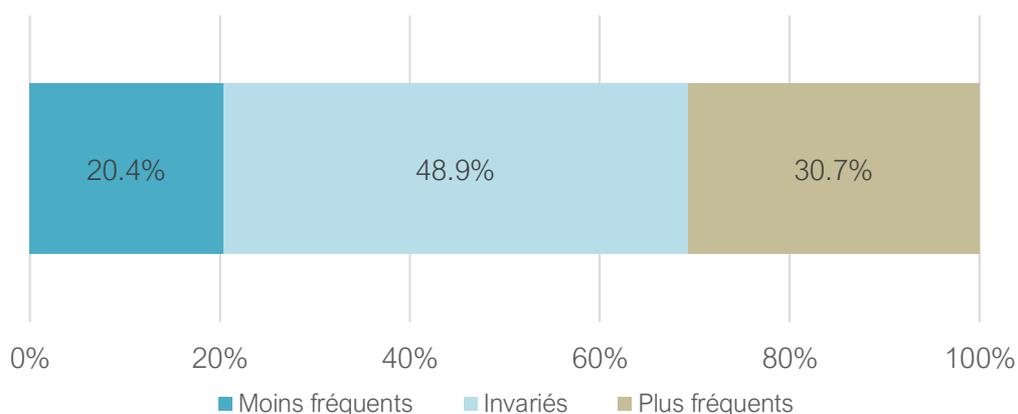
2.3 Données descriptives

Les résultats présentés dans cette section se basent uniquement sur les données récoltées dans la nouvelle étude (E2).

2.3.1 Contacts sociaux et aide reçue et apportée

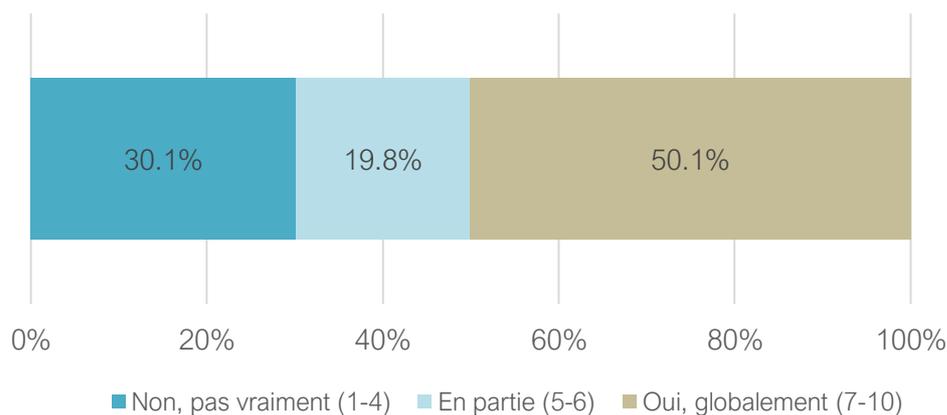
Si une majorité de participant·es (57.8%) se dit plutôt ou tout à fait **satisfaite des relations entretenues** avec ses proches et ami·es au cours de la crise socio-sanitaire, un quart (24.2%) fait état d'une insatisfaction vis-à-vis de ces relations. Par ailleurs, pour une personne sur cinq (20.4%), les **contacts avec son entourage** ont diminué depuis la 1^{ère} vague de la crise socio-sanitaire (V1), alors que pour 30.7% des participant·es, les échanges sont devenus plus fréquents (cf. Graphique 2).

Graphique 2. Évolution des contacts avec proches et ami·es entre V1 et V2



Sur le plan de l'aide, si 30.1% estiment ne pas avoir nécessairement **reçu l'aide nécessaire** pour répondre à ses propres besoins au cours de V2 (note de 1 à 4 sur une échelle de 1 à 10, cf. Graphique 3 ci-dessous), la moitié des participant·es (50.1%) considèrent cependant avoir reçu l'aide dont iels avait besoin (note de 7 à 10). Par rapport à **l'aide apportée à autrui**, 41.3% des participant·es ont aidé (« parfois » ou « souvent ») des personnes en dehors de leur foyer au cours de V2. Iels ont essentiellement aidé des ami·es (25.0%), des voisin·es (24.8%) et leurs enfants (18.2%). Cette aide était avant tout pour effectuer les commissions (33.2%), aller chez le médecin ou en pharmacie (19.5%), préparer les repas (14.9%), gérer des questions administratives (14.6%), ou encore pour garder les petit·es-enfants (13.5%).

Graphique 3. A reçu l'aide nécessaire au cours de la 2^{ème} vague de la pandémie

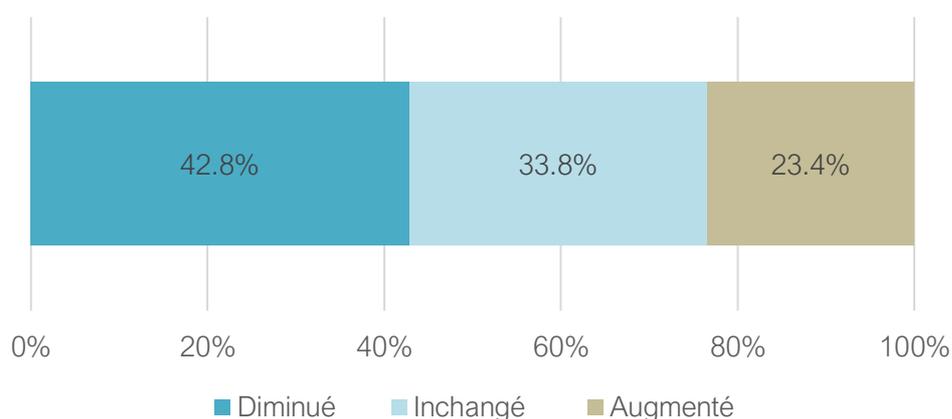


Note : Échelle d'évaluation allant de 1 à 10 (1 = Pas du tout, 10 = Tout à fait)

2.3.2 Regard social et âgisme

Indépendamment de la crise liée au COVID-19, 28.9% des répondant·es révèlent avoir déjà été traité·es (« parfois » – « très souvent ») de manière injuste à cause de leur âge (donc, ont été victimes d'**âgisme**). Cela est arrivé le plus souvent dans un magasin (41.1%), dans la rue (36.6%), ainsi que dans les transports publics (27.1%), chez le médecin ou à l'hôpital (11.2%), ou encore en famille (10.9%). Enfin, 22.9% des répondant·es ont indiqué avoir été victime d'âgisme dans une « autre situation ». Lorsqu'on interroge les personnes ayant déjà connu de l'âgisme dans leur vie (donc, les 28.9% des répondant·es mentionné·es au début de ce paragraphe) sur l'évolution du phénomène depuis le début de la crise socio-sanitaire, les données indiquent que ce dernier est devenu moins fréquent pour 42.8% d'entre elles, mais plus fréquent pour presque un quart d'entre elles (23.4%) (cf. Graphique 4). La situation est restée cependant inchangée depuis le début de la pandémie pour 33,8% des personnes concernées.

Graphique 4. Évolution des expériences personnelles d'âgisme depuis le début de la crise socio-sanitaire ($n = 666$)



Sur l'ensemble des participant·es, iels sont un peu moins de la moitié (46.4%) à estimer que les **65+ ont été traité·es de manière injuste** en raison de leur âge au cours de V2. 44.4% des interrogé·es considèrent en outre que le **point de vue des 65+** n'a pas été (ou peu) entendu

par les autorités compétentes alors que les 55.6% restant jugent que leur point de vue a été (« assez » - « beaucoup ») entendu.

Depuis V1, si l'**image des 65+ véhiculée par les médias** s'est dégradée pour environ un cinquième des participant·es (19.8%) iels sont autant (20.5%) à considérer qu'elle s'est améliorée. Toujours depuis V1, l'**image des 65+ auprès des personnes plus jeunes** s'est détériorée pour 27.2% des participant·es mais elle s'est améliorée pour 16.4% d'entre elles et eux. En ce qui concerne l'**image des jeunes auprès des 65+**, elle s'est dégradée pour 26.1% des personnes interrogées alors que 28.9% d'entre elles et eux considèrent qu'elle s'est au contraire améliorée. Dans ces différentes situations, on remarque que pour la majorité des participant·es la situation est restée globalement inchangée d'une vague à l'autre de la crise.

Enfin, si 28.9% des personnes interrogées pensent que la crise socio-sanitaire aura un impact positif sur les **relations intergénérationnelles futures**, ils et elles sont néanmoins 16.4% à craindre des séquelles négatives sur ces relations.

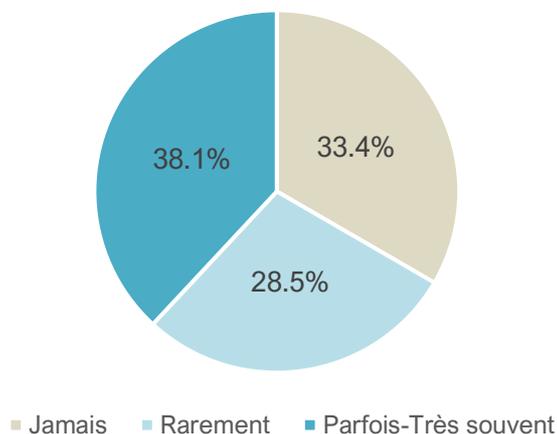
2.3.3 Craintes et impact de la crise sur le bien-être

Lorsqu'on considère la crise liée au COVID-19 dans son ensemble, plus d'un tiers des participant·es (35.1%) rapportent que la pandémie a eu un impact (très) négatif sur leur **moral**. Au contraire, pour 11.7% des personnes interrogées, cette situation a eu un effet positif sur le moral. En ce qui concerne la **qualité de vie**, la crise et les restrictions qui l'ont accompagnée ont exercé une influence (très) négative pour 34.5% des participant·es et une influence (très) positive pour 17.2% d'entre elles et eux. Lorsqu'on observe plus spécifiquement l'**évolution entre V1 et V2**, nos données mettent en évidence que pour environ 1 personne sur 5, le **moral** (22.5%) et la **qualité de vie** (22.0%) se sont dégradées depuis la 1^{ère} vague. A l'inverse, le moral et la qualité de vie se sont améliorées respectivement pour 12.8% et 15.0% des répondant·es.

Un tiers (33.4%) des personnes interrogées disent n'avoir jamais ressenti de la **solitude** au cours de la crise contre 38.1% des répondant·es qui estiment avoir vécu (« parfois » – « très souvent ») ce sentiment (cf. Graphique 5). Les 28.5% restant a signalé avoir vécu, mais seulement rarement, de la solitude. Autrement dit, 2 personnes sur 3 ont ressenti de la solitude à un moment ou l'autre de la pandémie. Par rapport à l'**évolution entre V1 et V2**, si pour une majorité des 65+ (63.3%), la situation est restée inchangée, pour 13.5% des participant·es, le sentiment de **solitude** est devenu plus fort / fréquent alors que pour 23.3% d'entre elles et eux, il a diminué par rapport à V1.

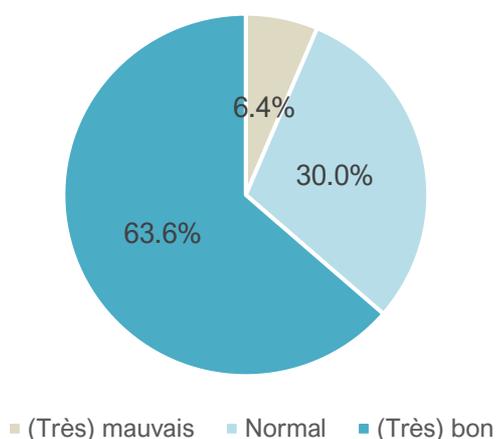
Il est important de souligner qu'au cours de V2, plus d'un·e participant·e sur 10 s'est senti·e (« parfois » – « souvent ») comme un **poids pour la société** (12.4%). Par contre, iels sont environ la moitié (6.0%) à avoir eu le sentiment d'avoir été un **poids pour leur propre famille**.

Graphique 5. Sentiment de solitude au cours de la crise liée au COVID-19



La majorité des participant·es évalue comme bon ou très bon son propre **état de santé général** (63.6%), et seulement 6.4% comme mauvais ou très mauvais. Les autres participant·es (30.0%) jugent leur état de santé comme normal (cf. Graphique 6).

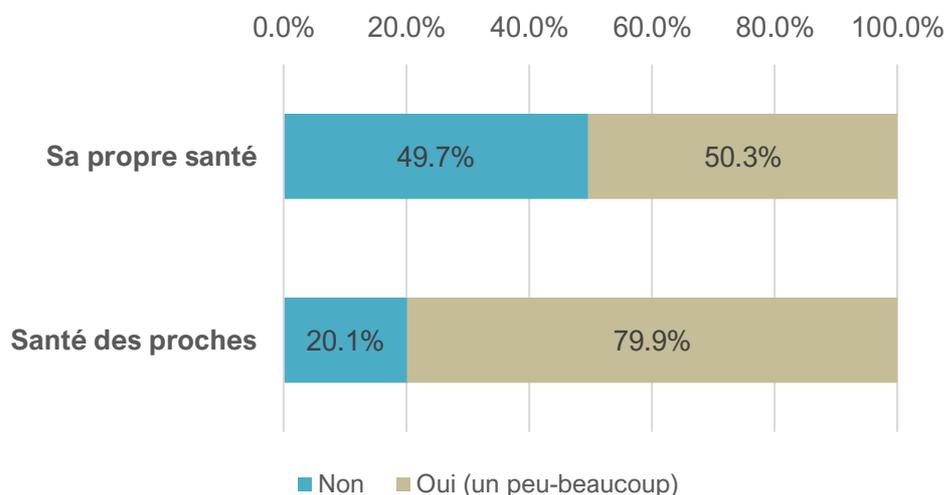
Graphique 6. État de santé auto-évalué



En ce qui concerne les possibles risques liés à l'infection au COVID-19, lors de V2, la moitié des participant·es font état de **craintes pour leur propre santé** (« un peu » - « beaucoup ») (50.3%), et plus des trois quarts de **craintes pour l'état de santé de leurs proches** (79.9%) (cf. Graphique 7). Par rapport à ce dernier point, les principales préoccupations concernent les enfants (49.5%), les partenaires (39.7%) et les petit·es-enfants (34.1%).

Au niveau de la santé psychique, et lors de V2, les participant·es manifestent un état plutôt satisfaisant dans l'ensemble. En effet, si on considère les deux semaines précédant le remplissage du questionnaire, 91.7% des participant·es font état d'un score moyen d'**anxiété** égal ou inférieur à 2.0 (sur une échelle de 1 à 5) et 86.3% obtiennent un score moyen de **stress** égal ou inférieur à 2.5 (soit exactement le score moyen de l'échelle allant de 1 à 5). En revanche, il est nécessaire de mettre en évidence que presque 1 personne sur 5 (19.8%) manifeste des signes de **dépression** (score moyen égal ou supérieur à 3.0, sur une échelle 1 à 5).

Graphique 7. Craintes pour sa propre santé et celle de ses proches

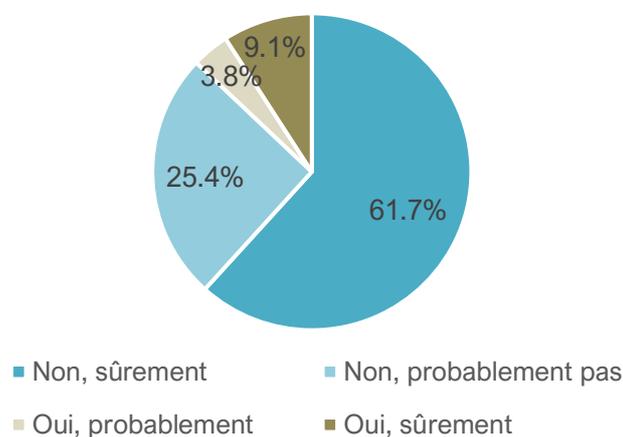


Enfin, malgré la crise socio-sanitaire liée au COVID-19, une très large majorité des participant·es se dit (très) **satisfaite à l'égard de sa vie** (79.6%). A l'opposé, iels sont tout de même presque 1 sur 10 (9.4%) à être (très) insatisfait·es de leur vie.

2.3.4 COVID-19

Au moment de remplir le questionnaire, la très large majorité des répondant·es jugeait ne pas avoir (ou probablement pas) **contracté le COVID-19** (87.1%) contre 12.9% qui disaient l'avoir (probablement) eu¹ (cf. Graphique 8).

Graphique 8. Avoir contracté le COVID-19

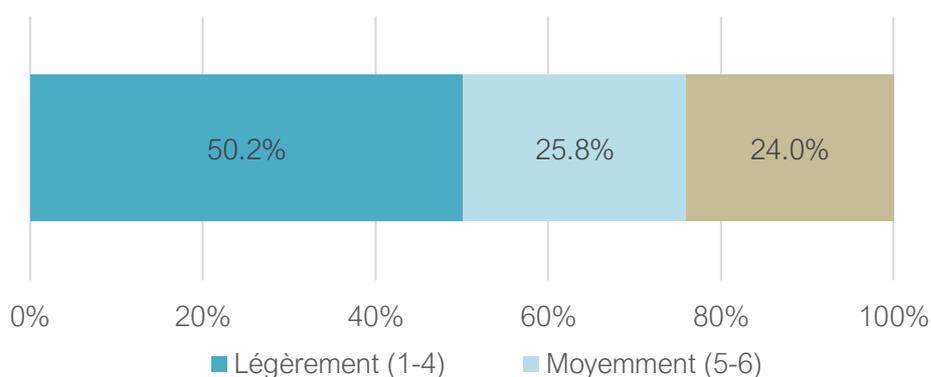


Parmi les personnes l'ayant contracté (« probablement » ou « sûrement »), 78.5% disent avoir eu des **symptômes** liés au COVID-19 (tels que fièvre, perte d'odorat et/ou du goût et

¹ Il faut rappeler que la récolte de données a eu lieu au cours de la 2^{ème} vague du virus qui était caractérisée par la variante Delta du virus et que c'est lors de la 5^{ème} vague et la variante Omicron qu'il y a eu le plus grand nombre de personnes infectées.

problèmes respiratoires) et pour environ la moitié (50.2%), ces symptômes les ont peu ou pas affectées au niveau physique (note de 1 à 4 sur 10) (cf. Graphique 9). En revanche, 24.0% d'entre-elles ont été fortement affectées par les symptômes (note de 7 à 10 sur 10). Par ailleurs, si la période de **convalescence** a pris moins d'une semaine pour environ un quart des personnes l'ayant contracté (« probablement » ou « sûrement ») (23.3%), elle a duré de 1 à 4 semaines pour la moitié d'entre elles (50.8%) ; pour le quart restant (25.8%), la période de **convalescence** a duré plus d'un mois. Enfin, 20.8% des personnes ayant contracté le virus souffraient encore de **séquelles** au moment de répondre à nos questions.

Graphique 9. Impact perçu des symptômes physiques liés au COVID-19



2.3.5 Logement

Par rapport au **type de logement occupé**, la très large majorité des participant·es à notre étude habitait soit dans un appartement comprenant plusieurs pièces (2 pièces ou plus) (61.2%), soit dans une maison individuelle (36.7%). Plus des deux-tiers d'entre elles et eux (69.9%) avaient un balcon et plus de la moitié (54.3%) bénéficiaient de l'accès à un jardin. Seulement 3.7% d'entre elles et eux n'avaient pas accès à un espace extérieur dans leur logement. Parmi les personnes interrogées, 34.3% vivaient par ailleurs seules. Enfin, par rapport à la **l'espace disponible**, 5.4% des participant·es se sentaient à l'étroit dans leur habitation, 35.1% se sentaient plutôt à l'aise et les 59.5% restant se disaient très à l'aise.

2.4 Analyses inférentielles

2.4.1 Évolution entre E1 et E2

Afin d'évaluer les possibles changements entre les deux premières vagues de la crise socio-sanitaire, nous avons comparé les scores de plusieurs variables, obtenus dans les deux études (E1 et E2) à l'aide du *t-test apparié*. Pour rappel, les deux études ont été réalisées à un peu plus d'une année d'intervalle l'une de l'autre.

D'une part, les résultats indiquent que, comparé à la 1^{ère} vague, les participant·es ont pu **davantage aider** d'autres personnes en dehors de leur foyer lors de la 2^{ème} vague ($M_{E1} = 1,64$; $M_{E2} = 2.20$), la crainte d'un impact négatif de la crise sur les **relations intergénérationnelles**

futures ayant diminué ($M_{E1} = 2.93$; $M_{E2} = 3.12$)², ainsi que le sentiment d'être un **poids pour leur famille** ($M_{E1} = 1.34$; $M_{E2} = 1.24$). D'autre part, entre les deux temps de mesure, les données montrent une diminution de l'**état de santé général autoévalué** de la part des participant·es ($M_{E1} = 4.23$; $M_{E2} = 3.78$), ainsi que moins de facilité à **joindre les deux bouts** à la fin du mois ($M_{E1} = 3.25$; $M_{E2} = 3.20$). Toutes ces différences sont significatives du point de vue statistique ($p < .001$). Par rapport à la *santé autoévaluée*, il est cependant important de souligner que le point central de l'échelle de réponse n'était pas identique entre les deux questionnaires. Cette variation pourrait avoir influencé et biaisé les réponses. Pour vérifier à nouveau si l'état de santé a évolué au fil de la pandémie tout en limitant le potentiel biais lié à l'échelle de réponse, nous avons réalisé des nouvelles analyses en considérant uniquement les participant·es ayant évalué leur état de santé comme « bon » ou « très bon » lors de E1 (donc les échelons supérieurs au point central de notre échelle de réponse à 5 points) et comparé leurs réponses à E1 avec celles à E2. Une fois encore, les données indiquent une diminution statistiquement significative entre les deux temps de mesure de l'état de santé général autoévalué ($M_{E1} = 4.42$; $M_{E2} = 3.91$).

Il est également intéressant de remarquer que si l'impact de la crise sur le **moral** lors de E2 est globalement négatif – comme déjà évoqué ci-dessus –, le moral ne s'est pas aggravé depuis la première vague (E1) ($M_{E1} = 2.76$; $M_{E2} = 2.76$). De même, le sentiment d'être un **poids pour la société** est resté également invarié ($M_{E1} = 1.41$; $M_{E2} = 1.41$) entre les deux temps de mesure. Enfin, lorsqu'on considère aussi la période précédente à la crise socio-sanitaire, on observe une augmentation de sentiment de **solitude** entre l'*avant* et le *pendant* la crise liée au COVID-19 ($M_{avant} = 2.11$; $M_{pendant} = 2.16$). Cependant, si cette différence est significative du point de vue statistique, elle reste relativement petite sur le plan numérique.

Une deuxième série d'analyses, cette fois à l'aide de *tests non paramétriques* (test de Wilcoxon), montre une évolution positive à plusieurs niveaux entre les deux vagues. De manière plus précise, les participant·es estiment que le **point de vue des 65+** a été davantage entendu par les autorités compétentes ($M_{E1} = 1.94$; $M_{E2} = 2.53$) et que les **65+ dans leur ensemble** ont été moins **traités de manière injuste à cause de leur âge** ($M_{E1} = 2.17$; $M_{E2} = 1.67$). Ils témoignent également de moins de **craintes concernant leur situation financière future** à la suite de la crise ($M_{E1} = 1.35$; $M_{E2} = 1.25$). Enfin, les personnes interrogées font état de moins de **craintes** à propos de **leur état de santé** ($M_{E1} = 1.81$; $M_{E2} = 1.61$) et de **celui de leurs proches** ($M_{E1} = 2.40$; $M_{E2} = 2.18$) en lien avec le COVID-19. Toutes ces différences sont statistiquement significatives ($p < .001$).

Si, dans l'ensemble, les données montrent une amélioration sur plusieurs aspects depuis V1, il est également important de rappeler que les données descriptives de V2 soulignent tout de même des situations négatives, voir à risque, pour une partie non négligeable de participant·es, par exemple au niveau de la situation financière subjective, de la crainte pour sa propre santé ou pour celle de proches, du moral et du sentiment de solitude. Autrement dit, s'il est possible de constater une amélioration générale dans plusieurs domaines, la situation n'est pas, d'une part, nécessairement positive (elle est « moins négative » qu'auparavant), et d'autre part, elle s'est aggravée pour une partie de personnes loin d'être négligeable.

² L'échelle de réponse de la question relative au type d'impact de la crise sur les relations intergénérationnelles futures allait de 1 = Très négatif à 5 = Très positif.

2.4.2 Comparaisons entre participant·es à E2

Avec l'objectif de déterminer d'éventuelles différences en termes d'expériences et de vécu au sein de notre échantillon, nous avons procédé à une série d'analyses de variance (ANOVA) sur les données récoltées lors d'E2³. Il est important de signaler que toutes les différences indiquées dans cette section sont significatives ($p < .05$) du point de vue statistique.

- Comparaison selon l'âge et le genre (Femmes 65-71 ans : $n = 741$; Femmes 72+ : $n = 594$; Hommes 65-71 : $n = 390$; Hommes 72+ : $n = 502$)

Les deux groupes plus âgés (femmes 72+ et hommes 72+) sont davantage **satisfaits des relations avec leurs proches** au cours de la crise que les femmes âgées de 65 à 71 ans (65-71). Comparées aux hommes (65-71 et 72+), les femmes 72+ estiment avoir davantage **reçu l'aide dont elles avaient besoin** au cours de V2. De leur côté, les femmes 65-71 ans ont plus fréquemment **aidé des personnes à l'extérieur de leur domicile** pendant V2 que les hommes et les femmes 72+.

Interrogées sur les expériences d'**âgisme vécues au cours de leur vie**, les femmes (65-71 ans et 72+) indiquent avoir été personnellement victimes de traitements injustes à cause de leur âge plus fréquemment que les hommes 72+. Par rapport à la crise socio-sanitaire, les femmes 65-71 ans considèrent davantage que les autres groupes que les **personnes de 65 ans et plus ont été traitées de manière injuste** au cours de V2. Les femmes 72+ et les hommes 65-71 ans partagent également ce constat de manière plus importante que les hommes 72+.

Si les hommes 65-71 sont davantage **satisfaits de leur vie** que les hommes 72+, les femmes 72+ témoignent davantage d'un sentiment d'avoir été un **poids pour leur famille** au cours de la crise liée au COVID-19 par rapport aux 65-71 ans (hommes et femmes confondu·es). Ce sont par ailleurs les femmes 65-71 qui **craignent le plus pour leur propre santé** à cause du virus du COVID en comparaison aux 72+ (hommes et femmes confondu·es). De manière similaire, les femmes 65-71 ans se préoccupent davantage que les autres participant·es de la **santé de leurs proches**. Enfin, lors de V2, les femmes 72+ manifestent un niveau d'**anxiété** plus élevé que les hommes 65-71. En écho, les femmes 65-71 craignent davantage que les hommes 65-71 de rencontrer des **difficultés sur le plan financier dans le futur** à cause de la crise liée au COVID-19.

- Comparaison selon la situation de couple et la situation de vie (vivant seul·e ou pas) (Célibataires-vivant seul·e : $n = 738$; Célibataire-vivant avec quelqu'un : $n = 138$; En couple-vivant avec quelqu'un : $n = 1'301$)

Lorsqu'on considère à la fois le fait d'être en couple ou pas et de vivre seul·e ou pas, on remarque que, comparé·es aux personnes en couple et vivant avec quelqu'un, les singles vivant seul·es ont été davantage **satisfait·es des relations avec leur entourage** au cours de la crise. Par ailleurs, iels estiment les **65+ ont été traité·es de manière injuste à cause de leur âge** au cours de la 2^{ème} vague. Iels se sentent en outre davantage à l'**étroit dans leur logement**, manifestent un niveau d'**anxiété** plus élevé et se font davantage de soucis pour leur **situation**

³ De manière plus précise, nous avons comparé les participant·es selon leur âge et leur genre (femmes 65-71 ans vs femmes 72+ vs hommes 65-71 vs hommes 72+), le fait d'être en couple ou pas et de vivre seul·e ou pas, la situation financière (soucis vs pas de soucis), le fait d'être à l'étroit (ou pas) dans leur habitation ainsi que du fait d'avoir contracté ou pas le COVID-19.

financière future. De plus, les singles vivant seul·es se sentent davantage comme un **poids pour leur famille** comparé·es aux singles vivant avec quelqu'un (le plus souvent un autre membre de la famille). En ce qui concerne la situation financière actuelle, les singles (vivant seul·es ou avec quelqu'un) signalent plus de difficultés à **boucler les fins de mois** que les 65+ en couple. Enfin, les personnes en couple se font davantage de **soucis pour l'état de santé de leurs proches** à cause du COVID-19 que les singles (vivant avec une ou d'autres personnes).

Note : pour ces analyses, nous avons exclu les personnes en couple vivant seules car la taille de ce sous-échantillon était trop petite ($n = 18$).

- **Comparaison selon la situation financière subjective** (Avec des difficultés financières : $n = 325$; Sans des difficultés financières : $n = 1922$)

Par rapport aux participant·es qui signalent des difficultés à joindre les deux bouts à la fin du mois, les participant·es sans soucis financiers évaluent plus favorablement les **contacts avec leurs proches et ami·es** depuis la fin de V1. De leur côté, les personnes avec des soucis financiers font plus souvent état d'avoir été **victimes d'âgisme** dans leur vie et sont plus nombreuses à estimer que les **65+ ont été traité·es de manière injuste** à cause de leur âge depuis le début de la crise. Les personnes avec des difficultés à joindre les deux bouts témoignent également d'une dégradation plus marquée de leur **moral** depuis V1, d'un **sentiment d'être un poids pour la famille** ainsi que **pour la société** plus élevés, de **craintes plus importantes pour leur propre santé** et pour **celle de leurs proches**, d'un niveau plus important de **stress** et d'**anxiété** ainsi que de plus de craintes relatives à une **dégradation ultérieure de leur situation financière** à la suite de la crise. Enfin, au-delà de la crise socio-sanitaire, ces mêmes personnes se disent moins **satisfaites de leur vie** en général, en comparaison avec celles se déclarant sans soucis financiers.

- **Comparaison selon le fait de sentir à l'étroit (ou pas) dans l'appartement** (A l'étroit : $n = 122$; A l'aise : $n = 2'116$)

Lorsqu'on compare les personnes qui se sentent (un peu) à l'étroit dans leur logement actuel (i.e., 5.4% des participant·es à E2) avec celles qui s'y sentent (plutôt) à l'aise, les données recueillies montrent que les premières ont moins reçu que les secondes **l'aide dont elles avaient besoin au cours de la crise**, ont connu une **évolution** moins positive des **contacts avec les proches entre V1 et V2**, qu'elles se sentent davantage comme **un poids pour les proches** ainsi que pour la société et qu'elles **craignent** davantage **pour leur propre santé** et **celle de leurs proches** en relation avec le COVID-19. De même, les personnes qui disent être (un peu) à l'étroit dans leur logement actuel manifestent un niveau de **stress** et d'**anxiété** supérieurs, ainsi qu'une **satisfaction générale à l'égard de la vie** inférieur. De même, la crise semble avoir eu un impact davantage négatif sur leur **moral** que sur celui des personnes qui se sentent (plutôt) à l'aise dans leur logement actuel. Par ailleurs, les personnes à l'étroit signalent également une **évolution de leur moral entre V1 et V2** moins positive, plus de **soucis à boucler les fins de mois** ainsi que davantage de **craintes pour leur situation financière future** que les personnes (plutôt) à l'aise dans leur logement actuel. Enfin, et indépendamment de la crise liée au COVID-19, les personnes qui se sentent à l'étroit estiment avoir été plus fréquemment **victime d'âgisme** dans leur vie.

- **Comparaison selon le fait d'avoir contracté ou pas le COVID-19** (Contracté – probablement ou sûrement : $n = 295$; Pas contracté – probablement ou sûrement : $n = 1'960$)

Les personnes qui ont (« probablement » - « sûrement ») contracté le COVID-19 ont indiqué avoir davantage **reçu l'aide** dont elles avaient besoin pendant la crise mais aussi d'avoir plus souvent **apporté de l'aide** à autrui en dehors de leur domicile. En revanche, les personnes qui ne l'ont (« probablement » - « sûrement ») pas contracté indiquent une augmentation plus marquée des **comportements injustes à leur égard à cause de l'âge** (i.e., âgisme) **depuis le début de la crise**. De plus, les personnes qui ont (« sûrement » - « probablement ») contracté le COVID-19 estiment plus souvent que les **65+ dans leur ensemble ont été traité-es de manière injuste au cours de V2** et font état de davantage de situations vécues d'**âgisme dans leur vie** (donc, aussi avant le COVID). Enfin, ces participant-es rapportent aussi plus de **soucis sur le plan financier**. Ainsi, il est intéressant de constater que le fait d'avoir contracté ou pas le COVID-19 n'a pas eu un effet sur le bien-être psychologique des personnes. En effet, les analyses ne révèlent aucune différence significative en termes, par exemple, de crainte pour sa propre santé ou celle de ses proches, d'avoir le sentiment d'être un poids pour la famille et/ou la société, d'anxiété et de stress.

Pour vérifier ces résultats, nous avons répété les analyses précédentes mais en gardant *uniquement les personnes qui étaient sûres d'avoir contracté le COVID-19* ($n = 202$) et celles qui étaient sûres de ne pas l'avoir contracté ($n = 1'366$). Par rapport aux résultats ci-dessus, la seule variation concerne le niveau d'anxiété qui est supérieur chez les personnes ayant contracté le COVID-19.

2.4.3 Prédiction du bien-être et des expériences des 65+ avec les données récoltées lors de E2

Afin de déterminer quels facteurs permettent de prédire un certain nombre de variables dépendantes (VD) relatives au bien-être et aux expériences des 65+ au cours de V2, nous avons réalisé une première série d'analyses de régression linéaire. Les VD analysées dans cette section sont la dépression et la solitude, ainsi que leur évolution depuis V1, mais aussi l'impact de la crise sur la qualité de vie. L'ensemble de ces données ont été récoltées dans le cadre de E2.

- **Dépression**

Le modèle de régression final explique presque la moitié (48.8%) de la variance de la *dépression* au cours de V2 ($F(9, 1876) = 200.94, p < .001$). Parmi les variables retenues dans le modèle final, l'**impact de la crise et de ses restrictions sur le moral** ($\beta = -.12$), l'**évolution du moral depuis V1** ($\beta = -.11$), le sentiment de **solitude** pendant la crise socio-sanitaire ($\beta = .25$), ainsi que le fait de **se sentir un poids pour la famille** au cours de la crise ($\beta = .06$) prédisent les manifestations dépressives. Autrement dit, plus la crise a eu un impact négatif sur le moral, plus le moral s'est détérioré depuis V1, plus la personne a ressenti de la solitude et s'est sentie comme un poids pour son entourage familial, et plus elle rapporte des manifestations dépressives. De même, plus la personne évoque des **préoccupations concernant la santé des proches** ($\beta = .06$), de l'**anxiété** ($\beta = .09$), du **stress** ($\beta = .25$) et une moins bonne **santé générale** ($\beta = -.16$), et plus les manifestations dépressives sont importantes. Ainsi, d'après nos données, les principaux prédicteurs des manifestations dépressives pendant la deuxième vague de la crise liée au COVID-19 sont le stress et la solitude ressentie au cours de la crise.

- Solitude

Les analyses réalisées pour prédire le sentiment de *solitude au cours de la crise socio-sanitaire* indiquent que le modèle retenu rend compte de 43.6% de sa variance ($F(12, 1891) = 123.71, p < .001$). De manière plus précise, le fait d'être **femme** ($\beta = -.09$), d'**habiter seul·e** ($\beta = -.23$), de se sentir personnellement **concerné·e lorsqu'on évoque les personnes âgées** ($\beta = .04$), d'avoir des **soucis financiers** ($\beta = -.05$) et d'avoir subi plus d'**âgisme** au cours de la vie ($\beta = .09$) sont associés à un plus grand sentiment de solitude au cours de la crise socio-sanitaire. De même, ce sentiment est également prédit par la **satisfaction des relations avec la famille et les ami·es** ($\beta = -.17$), l'**aide reçue pendant la crise** ($\beta = -.05$), l'impact de la crise sur le **moral** ($\beta = -.14$), le fait de se sentir comme **une charge pour la famille** ($\beta = .09$) et les **craintes pour sa propre santé** ($\beta = .05$). En d'autres termes, moins une personne est satisfaite des relations entretenues avec son propre entourage pendant la crise, moins elle a reçu l'aide nécessaire, plus la crise et ses restrictions ont un impact négatif sur son moral, plus elle se sent comme un poids pour la famille et se fait des soucis pour sa propre santé à cause du COVID-19, et plus elle témoignera d'un sentiment de solitude au cours de la crise socio-sanitaire. Enfin, le sentiment de solitude est également prédit par un niveau plus élevé de **stress** ($\beta = .05$) et de **manifestations dépressives** ($\beta = .28$). Ainsi, parmi les variables considérées dans E2, le fait de vivre seul·e et les signes dépressifs sont les principaux prédicteurs du risque de ressentir de la solitude au cours de la crise liée au COVID-19.

- Évolution solitude depuis V1

Lorsqu'on s'intéresse plus spécifiquement à l'*évolution perçue par la personne elle-même du sentiment de solitude depuis V1*, le modèle de régression final explique 10.4% de sa variance ($F(7, 1940) = 33.43, p < .001$). Le modèle indique que plus les **contacts avec la famille et les ami·es** ($\beta = -.12$), le **moral** ($\beta = -.21$) et la **qualité de vie** ($\beta = -.07$) se dégradent depuis V1, et plus le sentiment de solitude augmente. De même, les personnes avec une moins bonne **santé autoévaluée** ($\beta = -.05$) et celles qui ont (« sûrement » - « probablement ») **contracté le COVID-19** ($\beta = -.04$) font état d'une augmentation du sentiment de solitude au fil de la crise. Enfin, de manière contre-intuitive, le fait de se sentir un **poids pour la société** est associé à une diminution de la solitude ressentie ($\beta = -.05$).

- Impact de la crise sur la qualité de vie

Le modèle qui se dégage des analyses de régression linéaire explique 36.1% de la variance de l'*impact de la crise et de ses restrictions sur la qualité de vie* des participant·es ($F(6, 1890) = 179.70, p < .001$). Cette VD est associée positivement à la **satisfaction des relations avec l'entourage** ($\beta = .12$), à l'**impact de la crise sur le moral** ($\beta = .52$) et à la **santé auto-évaluée** ($\beta = .05$). Autrement dit, plus la personne est satisfaite des relations entretenues avec son entourage au cours de la crise, plus la crise a eu un effet positif sur le moral (ou moins il a été négatif) et plus elle a une santé satisfaisante et plus elle rapporte un effet positif de la crise et de ses restrictions sur la qualité de vie. En revanche, les **femmes** ($\beta = -.07$), les personnes ayant vécu davantage d'**âgisme** dans leur vie ($\beta = -.04$) et celles ayant déclaré une aggravation du **sentiment de solitude par rapport à E1** ($\beta = -.04$) indiquent un impact plus négatif de la crise sur leur qualité de vie. Cependant, on remarque que c'est le moral qui est (largement) le principal prédicteur de la qualité de vie.

Enfin, il faut indiquer que toutes les associations indiquées dans les différentes sous-sections de 2.4.3 sont statistiquement significatives.

2.4.4 Prédiction du bien-être et des expériences des 65+ (E2) sur la base des données récoltées à E1

Nous avons conduit de nouvelles régressions linéaires pour prédire le bien-être et l'expérience des participant·es lors de V2, mais cette fois en utilisant les données récoltées lors d'E1 (à l'exception des variables de contrôle – tels que l'âge, et le fait d'être en couple et vivre seul·e ou avec d'autres personnes – pour lesquelles nous avons utilisé les informations d'E2). En s'inscrivant dans une perspective longitudinale, ces analyses nous permettent d'aborder de manière plus fiable les possibles relations de causalité. En effet, à l'exception des variables de contrôle, les prédicteurs intégrés dans les analyses ont été récoltés environ une année avant les VD considérées.

- Santé auto-évaluée (E2)

Les prédicteurs retenus dans le modèle final permettent d'expliquer 38.0% de la variance de l'état de santé autoévaluée lors de V2 ($F(7, 1280) = 113,64, p < .001$). De manière tout à fait attendue, c'est la **santé autoévaluée** lors de la 1^{ère} vague qui prédit le mieux la santé lors de la vague successive ($\beta = .53$). Parmi les autres variables de V1 qui permettent de prédire la santé lors de V2, on retrouve l'**image des 65+ dans les médias** ($\beta = -.05$) et **chez les plus jeunes** ($\beta = -.05$), la **crainte pour sa propre santé** ($\beta = -.07$), la **solitude vécue avant la crise** liée au COVID-19 ($\beta = -.06$) ainsi que l'**âge** ($\beta = -.08$). En d'autres mots, plus la personne percevait l'image des 65+ véhiculée par les médias et celle auprès des jeunes comme étant négatives, plus elle avait des inquiétudes pour sa propre santé à cause du COVID-19, plus elle souffrait de solitude déjà avant la crise et moins la santé auto-évaluée lors de V2 est bonne. De même, les participant·es plus âgé·es font état d'un état de santé auto-évalué moins bon. Enfin, une bonne **qualité de vie** ($\beta = .12$) lors de V1 est associée à un meilleur état de santé au cours de V2.

- Dépression (E2)

Le modèle final pour les *manifestations dépressives en V2* permet d'expliquer 28.0% de sa variance totale ($F(9, 1276) = 56.55, p < .001$). Plus spécifiquement, les analyses montrent qu'un impact négatif de la crise sur le **moral** ($\beta = -.10$), une moins bonne **santé générale** ($\beta = -.16$), une **qualité de vie** moins satisfaisante ($\beta = -.08$) ainsi que plus de **craintes pour sa propre santé** à cause du COVID-19 lors de V1 ($\beta = .06$) sont associés à plus de manifestations dépressives lors de V2. Les manifestations dépressives en V2 sont également prédites par le fait de ressentir de la **solitude déjà avant la crise socio-sanitaire** ($\beta = .28$), ainsi que par le sentiment d'être un **poids pour la famille** ($\beta = .10$) et pour la **société** ($\beta = .10$) lors de la 1^{ère} vague de la pandémie. Enfin, parmi les variables de contrôle, les **femmes** ($\beta = -.08$) font état de plus de manifestations dépressives en V2.

- Stress (E2)

Les analyses de régression linéaire expliquent 16.2% de la variance totale du *niveau de stress lors de V2* ($F(8, 1277) = 32.00, p < .001$). Ainsi, plus le sentiment que les **65+ ont été traité·es de manière injuste à cause de leur âge** ($\beta = .08$), que les **inquiétudes pour la santé des proches** ($\beta = .07$) et la **solitude avant la crise socio-sanitaire** ($\beta = .23$), ainsi que la perception d'être un **poids pour la famille** ($\beta = .13$) étaient élevés lors de la 1^{ère} vague, et plus la personne témoigne de stress en V2. De même, un impact négatif de la crise et de ses restrictions sur le **moral** ($\beta = -.06$), une moins bonne **santé auto-évaluée** ($\beta = -.11$) et le sentiment que l'**image**

des 65+ véhiculée par les médias était négative ($\beta = -.06$) en V1 prédisent un niveau plus élevé de stress environ une année après. Enfin, parmi les variables de contrôle, on remarque que les personnes **sans un·e partenaire** lors de V2 ($\beta = -.12$) témoignent de plus de stress.

- **Solitude pendant la crise liée au COVID-19 (E2)**

Le modèle final retenu pour le *sentiment de solitude lors de la crise liée au COVID-19*, et intégrant des prédicteurs récoltés lors de V1, explique 39.5% de sa variance totale ($F(9, 1297) = 95.59, p < .001$). De manière plus spécifique, les personnes qui considéraient ne pas avoir reçu l'**aide nécessaire** ($\beta = -.05$), qui avaient plus de **craintes pour leur propre santé** ($\beta = .09$) et qui avaient le sentiment d'être un **poids pour la famille** ($\beta = .08$) ainsi que **pour la société** ($\beta = .04$) lors de V1 ont fait état d'un sentiment de solitude plus élevé au cours de toute la période de crise socio-sanitaire. De même, une **qualité de vie** moins satisfaisante ($\beta = -.12$) et le fait de souffrir de **solitude déjà avant la crise** ($\beta = .44$) prédisent positivement le sentiment de solitude au cours de la pandémie. En d'autres mots, le risque de souffrir de solitude au cours de la pandémie est plus fort chez les personnes qui en souffraient déjà avant la crise. Enfin, parmi les variables de contrôle (et comme déjà évoqué plus haut, cf. 1.4.3), les **femmes** ($\beta = -.11$) et les personnes qui **habitaient seules** ($\beta = -.07$) témoignent d'un sentiment de solitude plus élevé que les hommes et les personnes vivant avec quelqu'un.

- **Variations entre V1 et V2 de la solitude, de la santé et de la qualité de vie (E2)**

Lorsqu'on s'intéresse à la possible variation entre V1 et V2 de la **solitude**, de la **santé autoévaluée** et de la **qualité de vie** à l'aide des informations récoltées lors d'E1, les modèles de régressions finaux arrivent à n'expliquer qu'une faible partie de la variance de ces variables (i.e., 3.0%, 7.4% et 1.0% respectivement). En revanche, il est important de souligner que les informations récoltées dans le cadre d'E2 sont de bien meilleurs prédicteurs de l'évolution de ces variables d'une vague à l'autre. En effet, les modèles de régression linéaire expliquent 10.0% de la variance totale de la variation de la solitude, 7.5% de la variation de l'état de santé et 42.0% de la variation de la qualité de vie. Pour rappel, seul le modèle relatif à la solitude a été présenté dans le sous-chapitre 2.5.3 (« Évolution solitude depuis V1 »). En effet, pour des raisons essentiellement d'espace à disposition, nous avons décidé de ne pas détailler les autres modèles dans ce document.

2.4.5 Impact du COVID-19 sur le bien-être et les expériences des 65+

Au travers des informations récoltées lors d'E2, les derniers modèles de régression linéaire s'intéressent à l'impact de l'infection du COVID-19 et de ses symptômes sur le bien-être et le fonctionnement des 65+. Ces analyses portent ainsi uniquement sur les participant·es ayant contracté le COVID-19 et ressenti des symptômes typiques du virus (tels que fièvre et perte de l'odorat et/ou du goût) ($n = 223$). Étant donné le nombre bien plus limité de prédicteurs concernés, nous avons opté pour cette dernière série de régressions linéaires pour des modèles hiérarchiques avec méthode d'entrée simultanée (*Enter*). De manière plus précise, nous avons inséré dans un premier modèle les variables de contrôle (i.e., âge, sexe, avoir ou pas un partenaire, vivre seul·e ou avec quelqu'un), et dans un deuxième modèle, nous avons également considéré les prédicteurs suivants : impact des symptômes du COVID-19, durée de la convalescence et présence au moment de remplir le questionnaire de séquelles dues au COVID-19.

- **Anxiété**

Pour l'*anxiété*, le modèle final rend compte de 14.0% de sa variance totale ($F(7, 212) = 5.89$, $p < .001$). Outre l'**âge** ($\beta = .13$), mais dont l'effet n'est que marginalement significatif ($p < .10$), le seul prédicteur à contribuer de manière significative est l'**impact des symptômes du COVID-19** ($\beta = .27$). En effet, plus la personne a été affectée par de tels symptômes et plus elle témoigne d'un niveau d'anxiété élevé.

- **Crainte pour sa propre santé**

Les analyses indiquent que l'ensemble des prédicteurs considérés permettent d'expliquer 9.2% de la variance de la *crainte pour sa propre santé en lien avec le COVID-19* ($F(7, 210) = 4.15$, $p < .001$). Seul l'**impact des symptômes du COVID-19** ($\beta = .25$) permet cependant de prédire de manière significative les appréhensions pour sa propre santé.

- **Poids pour la famille**

Le modèle final relatif au sentiment d'être un *poids pour la famille* explique 10.3% de sa variance ($F(7, 212) = 4.59$, $p < .001$). L'**âge** ($\beta = .17$), l'**impact des symptômes** ($\beta = .14$) et la **durée de la convalescence** ($\beta = .20$) sont positivement associés au sentiment d'être un poids pour les proches lors de la 2^{ème} vague de la pandémie. En d'autres termes, plus l'âge avance, plus les symptômes ont été importants et plus la convalescence a été longue, et plus la personne se perçoit comme une charge pour la famille. Il faut cependant souligner que l'effet de l'impact des symptômes n'est que marginalement significatif du point de vue statistique ($p < .10$).

- **Autres VD**

Enfin, pour les autres VD testées (e.g., stress, impact de la crise sur le moral, sentiment de solitude et dépression), les conséquences du COVID-19 semblent n'avoir eu que peu d'effet sur le bien-être et le fonctionnement des participant-es. En effet, les modèles de régressions expliquent entre 1.0 et 7.2% de la variance totale de ces VD.

Encadré 2 – Les réponses aux questions ouvertes... dans le volet 1

Le questionnaire proposait aussi deux questions ouvertes (Q1 et Q2, voir plus bas) auxquelles les participant·es pouvaient répondre librement. Au final, 2'117 et 2'112 participant·es ont répondu respectivement à Q1 et Q2. Les réponses ont ensuite été classées dans différentes catégories thématiques.

Q1 – « En considérant l'ensemble de la crise sanitaire, quel est l'aspect qui vous a préoccupé le plus d'un point de vue personnel ? »

Dans l'ordre, les préoccupations les plus souvent exprimées sont :

- L'**isolement** et le **manque de contacts** (y compris physiques) avec la famille et les ami·es ($n = 484$) ;
- Les craintes pour sa **santé physique** et la **prise en charge**, notamment : le risque de contracter le COVID-19 et/ou de le transmettre à ses proches, les hôpitaux surchargés ne pouvant plus prendre en charge les personnes âgées nécessitant d'autres soins, ainsi que des craintes générales sur sa santé, physique ou psychique, ou celle de ses proches ($n = 460$).
- L'**arrêt des activités** (sociales, culturelles et sportives), la **fermeture** des commerces et des lieux culturels ainsi que les limitations de **voyager** ($n = 349$).
- Le **clivage**, voir la **polarisation de la société**, qui n'existait pas (aux yeux des répondant·es) avant la pandémie ($n = 344$) : d'un côté, on trouve des critiques à l'encontre de celles et ceux qui ne respectent pas les mesures de protection et de distanciation, qui sont opposé·es au vaccin mais aussi à l'encontre des « complotistes » et des « négationnistes » ; de l'autre, on dénonce un « lavage de cerveau », le « fanatisme », la « pensée unique », la « thérapie génique expérimentale » (en ce qui concerne plus précisément la vaccination), ainsi que la « limitation des libertés individuelles » et la « dictature sanitaire ». Cependant, dans ces deux « camps », on se préoccupe de la « mise en danger de la cohésion sociale », de l'augmentation de l'intolérance, des positions politiques extrémistes et de la méfiance dans les contacts sociaux.

Q2 – « Selon vous, que devraient faire en priorité les autorités (communes, cantons et confédération) pour essayer d'améliorer la situation des 65 ans et plus en cas d'une nouvelle crise socio-sanitaire comme celle-ci ? »

Tout d'abord, on constate que 462 personnes (sur 2'112, soit plus de 1 répondant·e sur 5) ne trouvent rien à redire au sujet des décisions, mesures et actions des autorités pendant la pandémie et qu'elles s'estiment **globalement satisfaites**. En la matière, les principales suggestions et revendications concernent :

- L'**attitude des autorités envers les personnes âgées pendant la pandémie** ($n = 573$). Il y a le souhait de ne pas (ou plus) catégoriser la **population en fonction de l'âge et**

d'éviter toute forme de discrimination ou stigmatisation envers les personnes âgées (« Arrêter aussi de séparer les gens en les mettant dans des catégories étanches : jeunes, actifs, vieux », « Pas les [les personnes âgées] traiter différemment que le reste de la population dans les mesures prises », « Éviter de parler de population à "risque", cette appellation est discriminatoire ») **et que peuvent contribuer à accentuer le fossé entre générations**. Ils demandent aussi **qu'on les consulte davantage dans les décisions qui les concernent, qu'on leur fasse confiance** (« responsabiliser », « ne pas infantiliser ») **et qu'on valorise mieux leur rôle et leurs compétences** (« Nous ne sommes pas que des personnes vulnérables qu'on doit protéger. Nous pouvons offrir aussi des services », « Ne pas nous considérer toujours comme à risque, respectivement, coûtant trop cher à la société, [...] aux caisses maladies. On oublie trop facilement que "les têtes blanches" sont présentes dans de nombreux domaines, voyages, restaurants, supports familiaux en cas d'enfants à garder, etc. », « Les personnes âgées sont un immense potentiel pour la société. Combien de personnes à la retraite s'engagent bénévolement dans toutes sortes d'associations ? »).

- Aider les **différents groupes de la population** ($n = 466$). Parmi ces groupes, certain·es participant·es mentionnent les **personnes de 65 ans et plus** alors que d'autres estiment que d'autres groupes devraient être aidés en priorité (**jeunes, familles, personnes actives professionnellement, indépendant·es, PME, commerces, migrant·es**). La plupart des personnes interrogées pense cependant qu'il faudrait soutenir avant tout les **personnes particulièrement vulnérables (résident·es en EMS, personnes isolées, pauvres, en mauvaise santé, en situation de handicap, dépendantes, faibles)**, indépendamment de leur âge. Enfin, parmi ces répondant·es, 144 personnes sont d'avis que les autorités, principalement cantonales et communales, devraient **mieux cibler leur(s) aide(s) en identifiant les personnes réellement nécessiteuses, en évaluant les besoins de ces dernières, en assurant un suivi des relations et en gardant le contact avec elles**.
- **Ne pas isoler, enfermer, confiner ou priver de liberté(s) les personnes âgées**, ni fermer les commerces et les lieux de culture ($n = 344$). En effet, nombre de participant·es se sont aussi senti·es touché·es par les mesures de protection sanitaire et de distanciation.

2.5 Questionnaire – Mémento des points forts

Analyses descriptives

Sur l'ensemble des deux premières vagues de la pandémie (V1 et V2) :

- La crise liée au COVID-19 a eu un impact (très) négatif sur le **moral** de 35% des personnes interrogées, mais également un impact positif pour presque 12% d'entre eux-elles.
- Environ 2 personnes sur 3 ont ressenti de la **solitude** à un moment ou l'autre de la crise.
- Parmi les personnes qui disent avoir déjà vécu de l'**âgisme** à un moment ou l'autre de leur vie (29%), ces situations de discrimination sont devenues moins fréquentes au cours de la crise pour environ 43% alors qu'elles ont augmenté pour 23% d'entre eux/elles.

Évolution entre V1 et V2 : le sentiment de **solitude** a augmenté pour 13.5% des interrogées mais il a diminué pour 23.3% ; le **moral** et la **qualité de vie** se sont dégradés pour environ 22% des interrogées.

Lors de V2 :

- 30% des participant·es n'ont pas reçu l'**aide nécessaire** au cours de V2 et pour presque 20% l'aide reçue n'était pas totalement suffisante. Autrement dit, environ la moitié des 65+ n'a pas reçu l'**aide nécessaire** ou celle-ci n'était pas (jugée) suffisante.
- A peu près 1 personne interrogée sur 10 a eu le sentiment d'être un poids pour sa famille.
- Environ 50% des personnes ont craint pour leur propre santé mais elles sont encore plus nombreuses à avoir craint pour la santé de proches (env. 80%).
- Presque 1 personne sur 5 a manifesté des signes de dépression dans le mois précédant le questionnaire.

Analyses inférentielles

Comparaison entre E1 et E2 :

- En considérant l'ensemble des répondant·es, on constate des **améliorations** (p.ex., la diminution du sentiment d'être un poids pour les proches et de celui que l'ensemble des 65+ est traité de manière injuste, mais encore des craintes pour sa santé, pour la santé de proches et pour sa propre situation financière future) ... mais aussi des **dégradations statistiquement significatives** (p.ex., de l'état santé et des difficultés actuelles à joindre les deux bouts) sur l'ensemble de notre échantillon entre les deux vagues !

- Plusieurs **situations sont restées inchangées / stables** d'une vague à l'autre (p.ex. du point de vue du moral, du sentiment d'être un poids pour la société ou de solitude) mais sans pour autant être positives.

Comparaison entre sous-groupes lors de E2 :

- La crise n'a **pas eu le même impact sur tout le monde** (p.ex., entre hommes et femmes, seul·es ou en couple, avec ou sans soucis financiers).
- Les **femmes** (65-71 ans et 72+) sont plus investies auprès d'autrui mais aussi plus impactées par la crise que les hommes. Par exemple, les femmes 65-71 ont davantage aidé autrui mais rapportent aussi plus de craintes pour leur propre santé et celle de leurs proches, ainsi que pour leur situation financière future. Les femmes 72+ rapportent le taux le plus élevé d'anxiété.
- Les **célibataires vivant seul·es** sont davantage touché·es que les personnes (en couple ou pas) vivant avec quelqu'un (p.ex., un niveau d'anxiété plus élevé, un plus grand sentiment d'être un poids pour la famille et plus de soucis financiers actuels et futurs) ;
- La crise a un effet davantage négatif sur les **personnes avec des problèmes financiers** (p.ex., sur le moral, le sentiment d'être un poids pour la famille et la société, les craintes pour sa propre santé et celle des proches, le stress et l'anxiété).
- Les personnes ayant contracté le COVID-19 ont un niveau plus élevé d'**anxiété** ! Pour le reste des personnes interrogées, en revanche, le fait d'avoir eu ou pas le COVID-19 ne semble **pas avoir eu un effet particulièrement important sur leur bien-être psychologique**.

Prédiction et explication de l'état lors d'E2 (à travers les informations récoltées à E2)

- Les **manifestations dépressives** au cours de la 2^{ème} vague de la crise socio-sanitaire sont avant tout prédites par le **stress** et la **solitude** ressentie. L'impact de la crise sur le moral, l'évolution de ce dernier et l'état de santé en général jouent aussi un rôle important.
- La **solitude** pendant la crise est essentiellement déterminée (outre que par la **dépression**) par le fait d'**habiter seul·e**, par une moins grande **satisfaction dans les relations avec les proches** pendant la pandémie et par l'impact négatif de la crise sur le **moral**.
- L'**augmentation du sentiment de solitude** d'une vague à l'autre est prédite avant tout par l'**évolution négative du moral** et **des contacts avec les proches** entre les deux vagues.
- Lorsqu'on considère les personnes ayant contracté le COVID-19, on remarque que ce sont les **conséquences des symptômes**, ainsi qu'un **âge** plus avancé, qui impactent négativement le plus le bien-être des personnes (comme p.ex. l'anxiété ou le sentiment d'être un poids pour les proches).

Prédiction et explication de l'état lors d'E2 (à travers les informations récoltées à E1)

- Dans une perspective longitudinale, les **manifestations dépressives** lors de E2 sont prédites par une moins bonne **santé** lors de la vague précédente et par le fait de souffrir de **solitude** avant même le début de la crise socio-sanitaire.
- Le niveau de **stress** rapporté à E2 est avant tout déterminé par un moins bon **état de santé** et un sentiment d'être un **poids pour la famille** dans E1, ainsi que par un sentiment de **solitude avant la crise**.
- L'**état de santé du moment** est très largement déterminé par celui qui était le sien lors de la vague précédente.
- Le sentiment de **solitude** au cours de l'ensemble de la crise est en grande partie déterminé par celui déjà éprouvé **avant le surgissement du COVID-19**, mais aussi par une moins bonne **qualité de vie** à E1. Il est en outre plus présent chez les **femmes**.

Nos résultats montrent (i) les liens entre l'impact de la 1^{ère} vague de la pandémie (V1) et le bien-être et les expériences des 65+ lors de la vague successive (V2), mais aussi que (ii) les personnes qui rencontraient déjà des difficultés avant la crise (p.ex. en termes de sentiment de solitude) sont celles qui semblent être les plus touchées lors de la pandémie (et qui anticipent des lendemains de crise encore plus difficiles) !

3. Partie qualitative (volets 2 et 3)

Cette partie du concept final repose tant sur les données récoltées au travers des entretiens individuels (volet 2) que du focus group (volet 3) réalisés dans le cadre de notre étude (E2).

3.1 Entretiens individuels – Considérations méthodologiques

3.1.1 Caractéristiques de l'échantillon

Les coordonnées des personnes à interviewer ont été obtenues grâce à nos partenaires de terrain (notamment départements des administrations cantonales, associations pour les aîné·es), présents dans les cantons de Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud. Entre octobre 2021 et avril 2022, nous avons mené **43 entretiens individuels** (41 par téléphone et 2 en face à face). Au total, 24 personnes âgées de 65 ans et plus et vivant à domicile, 12 proches aidant·es et 7 professionnel·les et bénévoles accompagnant des personnes âgées ont été interrogé·es. Afin de pouvoir rendre compte de la situation des personnes âgées résidant en EMS, nous avons encore interrogé en octobre 2022 **six autres professionnel·les** travaillant dans ce type d'établissement (dont quatre responsables des soins et deux responsables de l'animation socio-culturelle). Ces derniers entretiens ont remplacé un des focus groupes initialement prévu. Au final, nous avons donc réalisé **49 entretiens individuels**.

En ce qui concerne les 24 personnes interrogées âgées de 65 ans et plus, leurs caractéristiques sociodémographiques sont présentées dans le Tableau 3.1.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des personnes de 65 ans et plus interrogées dans le cadre du volet qualitatif de l'étude E2 (N = 24)

	<i>n</i>		<i>n</i>
Sexe		Etat civil	
Femme	20	Marié·e	6
Homme	4	Divorcé·e / séparé·e	7
Age		Veuf·ve	11
De 65 à 74 ans	6	Formation	
De 75 à 84 ans	11	Scolarité obligatoire	12
De 85 à 95 ans	7	CFC, maturité, baccalauréat	10
Commune de résidence (type ⁴)		Université, HES	1
Urbaine	20	Pas de réponse	1
Intermédiaire	2		
Rurale	2		

⁴ Nous reprenons à notre compte la distinction des communes en trois catégories (urbaine, rurale et intermédiaire) introduite par l'Office fédéral de la statistique : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/espace-environnement/nomenclatures/gemtyp.html>

On constate que notre sous-échantillon est surtout composé de femmes, de personnes n'ayant pas de titres universitaires et vivant dans des communes urbaines. L'âge moyen des personnes interrogées est plutôt élevé (80.5 ans), ce qui augmente la probabilité d'avoir une mobilité réduite (15 répondant·es sur 24) et de recourir à des services d'aide et de soins à domicile (11 personnes).

Par ailleurs, il faut noter un certain brouillage des frontières entre les catégories de « 65+ » et de « proches aidant·es ». Dans notre échantillon, certain·es proches aidant·es sont en effet aussi des personnes âgées et certaines personnes âgées sont aussi proches aidantes. Parmi les 12 proches aidant·es ayant participé à nos entretiens, sept s'occupent de leur conjoint·e ou partenaire âgé·e et ont eux/elles-mêmes plus de 65 ans, les cinq restants ayant moins de 65 ans et s'occupant de leur parent (mère) ou d'un partenaire âgé. A l'inverse, on a pu découvrir lors des entretiens que bon nombre de personnes interrogées dans la catégorie « 65+ » étaient aussi, en quelque sorte, des proches aidant·es « informel·les ». C'est le cas notamment des femmes âgées vivant encore avec des maris ayant des problèmes de santé ou en perte d'autonomie. L'aide qu'elles prodiguent couvrent des activités aussi variées que faire les commissions, préparer les repas, faire le ménage ou encore réaliser des soins personnels. Comme le déclare cette femme :

[...] maintenant, c'est toujours moi qui lui fais les pansements et puis aux pieds aussi. Il a le diabète, alors il faut contrôler [...] comme ça, il n'a pas des escarres ou des choses comme ça. Non-non, c'est moi qui lui fais. Et puis, il ne sait pas cuisiner. Il ne saurait même pas cuire un œuf (entretien 27, femme, 79 ans, canton de Fribourg).

Ce genre de cas montre que bon nombre de personnes âgées endossent un rôle de proche aidant·e sans pour autant être reconnues (et déjà se reconnaître elles-mêmes) en tant que tel·le·s. Dans ces conditions, il est probable que ces personnes ne demandent ni ne bénéficient des aides (financières ou autres) et soutiens existants pour les proches aidant·es.

3.1.2 Analyses des données

Les entretiens ont pour la plupart été enregistrés sauf quatre, pour lesquels nous n'avons pas obtenu le consentement des participant·es et durant lesquels nous avons pris des notes. Les entretiens enregistrés ont été retranscrits et l'ensemble du corpus a été soumis à une analyse thématique (Clarke & Braun, 2018 ; Guest, MacQueen, & Namey, 2011 ; Thornberg & Charmaz, 2014). Cette méthode qualitative consiste à classer des données textuelles dans différentes catégories sémantiques ou par thèmes. En l'occurrence, nos thèmes ont été prédéfinis et sont ceux qui ont été abordés au travers des questions qui ont constitué la grille d'entretien. Par exemple, la catégorie « impacts du COVID-19 » regroupe les réponses données à la question suivante : « Depuis le début de la pandémie, qu'est-ce qui a changé de manière durable dans votre vie ? ». Cette catégorie a ensuite été développée en plusieurs sous-catégories faisant notamment référence à la présence, ou l'absence, d'impacts (changements observés ou pas de changements), aux raisons en cas d'absence d'impacts (situation aussi bonne ou mauvaise qu'avant, événements plus importants survenus pendant la pandémie) et, en cas d'impacts, aux domaines de la vie quotidienne touchés par la pandémie et les restrictions (p. ex. activités, sentiment de solitude, contacts physiques, etc.). Par ailleurs, nous avons aussi tenu compte du reste du discours de la personne interviewée en dehors de ses réponses immédiates à nos questions. En effet, nous avons noté, par exemple, que peu de personnes ont répondu par la négative à la question de savoir si tous

leurs besoins avaient été satisfaits pendant la pandémie. Afin de tirer le meilleur parti des données recueillies, nous avons également codé d'autres déclarations de la part de la personne interviewée (plaintes, critiques, souhaits exprimés, constats de manques, de difficultés et de problèmes rencontrés) afin de déduire des besoins non-satisfaits et pas toujours formulés de manière explicite.

3.2 Entretiens individuels – Résultats

Il est important de souligner que les résultats présentés dans ce sous-chapitre portent sur l'ensemble des entretiens individuels réalisés avec les 65 ans et plus, les proches aidant·es et les professionnel·les (y compris ceux réalisés en remplacement d'un focus group) (N = 49).

3.2.1 L'impact de la pandémie sur la vie des personnes âgées

Nous avons demandé aux participant·es les changements qu'ils avaient observé dans leur vie quotidienne à cause de la pandémie et des restrictions, ainsi que les aspects qui avaient été les plus difficiles à vivre pour iels. Les réponses les plus fréquentes font référence à la diminution des contacts avec la famille et les ami·es et en conséquence, à l'aggravation du sentiment de solitude, surtout chez les personnes déjà isolées, ainsi qu'à la dégradation du moral :

Mais maintenant, moi, c'est ce qui me pèse le plus à l'heure actuelle, c'est la solitude. Depuis... en plus avec ce COVID. Moi, je suis toujours seule. Les téléphones, j'en ai jamais (entretien 1, femme, 81 ans, canton de Genève).

Beaucoup de personnes [...] ne voyaient plus personne du tout, même pas la famille. Donc, beaucoup de solitude chez ces personnes. Surtout dans les périodes des fêtes, vu que j'ai fait les fêtes l'année passée, j'ai vu que c'était assez fort. Plusieurs personnes se sont retrouvées à pleurer dans mes bras et tout à coup, le côté contact humain. Ils ne pensaient plus au COVID à ce moment-là. Les sentiments étaient trop forts par rapport à ça (entretien 16, civiliste à la Croix-Rouge, canton de Vaud).

Alors moi, ce que je trouve, c'est leur isolement, c'est leur détresse en fait morale [...] vraiment, on a eu beaucoup de dépressions au début, il y a les gens, ils n'allaient vraiment pas bien (entretien 17, infirmière, organisation d'aide et de soins à domicile).

Ce sentiment de solitude est d'autant plus présent chez les personnes qui vivent dans un environnement urbain et « anonyme ». Par ailleurs, le fait de vivre dans des communautés de logements pour personnes âgées ne permet pas non plus d'échapper au sentiment d'isolement, notamment lorsque les seuls services à disposition se rapportent aux soins et que l'accompagnement social manque :

Personne interviewée : Je suis au CMS où j'ai un appartement et qui fait des repas en commun tous les mercredis et où je vais. Mais à part ça, vous savez, on ne voit presque personne [...] Je n'y vais pas pour manger, j'y vais pour voir aussi les autres et partager des choses à dire. Mais à part ça, tout le monde reste chez soi.

Intervieweur : Tout le monde reste chez soi, d'accord. Il n'y a pas toujours un peu de monde dans l'espace commun ?

Personne interviewée : Non absolument pas. Et d'un silence effrayant (entretien 14, femme, 90 ans, canton de Vaud).

L'isolement et le sentiment de solitude sont particulièrement flagrants dans les EMS, où l'interdiction des visites imposée par la Confédération et les cantons durant certaines périodes de la pandémie a coupé net les liens entre les résident·es âgé·es et leurs proches. En sus de ces mesures, les EMS ont pratiqué, lorsque de nouveaux cas se déclaraient, des quarantaines en chambre ainsi que l'isolement d'étages, voire de bâtiments entiers, ce qui a contribué à limiter les contacts que la personne âgée pouvait entretenir également avec le personnel et les autres résident·es (entretien 44, infirmière responsable d'unité de soins en EMS, canton du Jura ; entretien 45, infirmière-cheffe adjointe en EMS, canton de Neuchâtel ; entretien 48, responsable de l'animation socio-culturelle en EMS, canton de Vaud). Afin de permettre aux résident·es de rester en contact avec leurs proches, les professionnel·les travaillant dans les EMS ont adopté diverses pratiques : visioconférences (Skype, WhatsApp), rencontres à l'extérieur, communications depuis la fenêtre, parloirs avec vitres en plexiglas, voire la continuation des visites accompagnées par du personnel veillant au respect des mesures de protection.

Les quarantaines ont cependant constitué un véritable défi pour le personnel, particulièrement lorsque les mesures concernaient des personnes atteintes de démence et qui n'étaient pas pleinement conscientes de la situation. Celles-ci pouvaient en effet opposer de la résistance face à toute mesure d'isolement en chambre ou ignorer simplement les consignes à respecter. Dans certains EMS, les résident·es atteint·es de démence pouvaient parfois déambuler dans les locaux, au prix d'un isolement des autres résident·es sain·es et jouissant de leurs capacités cognitives. Les professionnel·les s'accordent cependant pour dire qu'aucune solution satisfaisante n'a été trouvée à ce problème et critiquent le fait que les autorités n'ont pas donné de directives dans ce cas précis : manquant de connaissances du terrain, les autorités se bornaient à recommander « d'expliquer les consignes » aux résident·es récalcitrant·es (entretien 47, responsable de l'animation en EMS, canton de Vaud).

Outre le manque de contacts en général, certaines personnes âgées ont déploré le manque de contacts plus précisément physiques en raison des mesures de distanciation :

Même les enfants, ils n'osent plus vous embrasser. C'est devenu froid. On est devenus un petit peu comme des pestiférés, nous, les personnes du 3e âge surtout. C'est vraiment dur (entretien 29, femme, 79 ans, canton de Fribourg).

Cet aspect a également été jugé problématique par les professionnel·les et bénévoles accompagnant les personnes âgées :

Ils [les aînés] ont plutôt un aspect tactile. Parce que quand vous avez une personne qui pleure, qui n'est pas bien, vous avez plutôt tendance à vous rapprocher, de la prendre dans les bras, lui dire : « mais ça va aller ». Enfin voilà, de consoler quoi. Puis ça [la distanciation sociale], ça nous a empêchés, on était limités dans notre travail. Tout ça, c'est un peu dur à accepter quoi, parce que ça fait partie de notre travail (entretien 23, collaboratrice de la Croix-Rouge, canton de Fribourg).

Un autre aspect difficile à vivre pour les personnes âgées pendant la pandémie a été l'arrêt de toutes activités sociales, culturelles et sportives. En raison des fermetures et des restrictions des activités en groupe dans les associations, plusieurs aîné·es se sont vu·es privé·es pendant plusieurs mois d'activités telles que les chorales, les bals, les séances de

gymnastique, certaines promenades, les repas en commun. Cela a été également le cas dans les EMS, ainsi que dans les différentes structures d'accueil de jour :

On a beaucoup de patients aussi qui vont à l'accueil de jour une ou plusieurs fois par semaine, donc c'est des moments qu'ils attendent avec impatience. Ils sont des petits groupes où ils s'entendent bien, ils font des activités. Donc, le fait de ne plus pouvoir y aller, ça a été vraiment très compliqué [...] ça a été mis en place pour des personnes qui sont isolées, qui n'ont pas beaucoup de contacts. Et ça, le fait de ne plus pouvoir y aller, ça a été difficile (entretien 6, infirmière, service d'aide et de soins à domicile, Canton de Neuchâtel).

Dans les EMS, le rôle de l'animation socio-culturelle s'est renforcé pendant la pandémie. Les professionnel·les ont privilégié les animations avec des groupes restreints et accordé plus de temps individuel, notamment aux personnes à tendances dépressives (entretien 44, infirmière responsable d'unité de soins EMS, canton du Jura ; entretien 45, infirmière-cheffe adjointe EMS, canton de Neuchâtel). En l'absence des animations collectives habituelles, les professionnel·les ont dû trouver des alternatives pour égayer la vie des résident·es (p. ex. concerts à l'extérieur, journées photos/vidéos, envoi de dessins d'enfants, jeux de société à distance avec des écolières/·ers, repas de Noël avec les proches séparé·es par des vitres en plexiglas) et stimuler leurs sens (approche sensorielle) (entretien 44, infirmière responsable d'unité de soins EMS, canton du Jura ; entretien 45, infirmière-cheffe adjointe EMS, canton de Neuchâtel ; entretien 47, responsable de l'animation EMS, canton de Vaud).

L'arrêt des activités pendant la pandémie a induit une sorte de cercle vicieux. Il a été préjudiciable pour les capacités physiques, la mobilité et le moral des personnes âgées, ce qui, à son tour, a conduit ces dernières à se replier sur elles-mêmes et à perdre l'habitude, même une fois les restrictions levées, de sortir et de bouger :

Je vais recommencer à aller un peu faire mes courses moi-même. Voyez, il faut quand même que je sorte un peu, mais disons que c'est un peu dur de ... vous savez j'ai tellement eu l'habitude de rester à la maison que maintenant je m'habitue (entretien 24, femme, 80 ans, canton de Vaud).

Beaucoup de personnes sont moins sorties à l'extérieur. Moins d'activité physique, moins de marche. Forcément, ils perdent en capacité musculaire (entretien 6, infirmière OSAD, canton de Neuchâtel).

Certaines personnes me disaient justement qu'elles bougeaient plus avant le COVID. Puis avec tout ça, elles sont restées à la maison, puis maintenant elles n'osent plus trop sortir parce qu'elles ont peur de tomber (entretien 16, civiliste de la Croix-Rouge, canton de Vaud).

Du côté des professionnel·les, on s'accorde en tout cas pour dire que les personnes âgées qu'ils accompagnent ont dans l'ensemble, et à quelques exceptions près, perdu en autonomie depuis le début de la pandémie.

Si l'arrêt des activités collectives a été difficile pour les personnes âgées, il l'a également été pour les proches aidant·es. Notamment, celles et ceux-ci ont déploré que les groupes de parole organisés par les associations aient été interrompus pendant la pandémie, les privant ainsi de soutien moral et du partage d'expériences qu'ils représentent (entretien 34, proche aidante, 79 ans, canton de Fribourg).

L'impact de la pandémie et des semi-confinements n'a pas été ressenti de la même manière pour tout le monde. Pour certain·es, il a été considéré comme étant minime et ceci, pour des raisons parfois diamétralement opposées. D'un côté, on trouve des personnes âgées qui vivaient déjà dans des conditions difficiles avant la pandémie. De l'autre, il y a celles et ceux qui n'ont pas trop souffert des restrictions du fait de conditions de vie plus favorables. Ainsi, et dans le premier ensemble de situations, on retrouve par exemple les personnes atteintes dans leurs capacités cognitives et qui n'ont pas vraiment pris conscience de la crise environnante, comme le relèvent les proches aidant·es s'occupant d'elles. De même, les personnes ayant été touchées par le décès ou la grave maladie d'un·e proche (conjoint·e, enfant) pendant la période de la pandémie ont eu tendance à relativiser les impacts négatifs de cette dernière (la perte l'emportant sur d'autres considérations). Enfin, il y a les personnes qui avaient déjà peu de vie sociale avant la pandémie (personnes isolées, malades, à mobilité réduite, etc.) et qui n'ont pas observé de grands changements non plus lors des semi-confinements qui se sont succédés :

J'ai été proche aidante de mon mari pendant plusieurs années. Et puis bon, c'est une maladie neuro-dégénérative. Comme la pandémie s'est déclenchée début 2020, c'est déjà à une époque de la maladie où on ne pouvait plus se déplacer seuls parce que je n'arrivais pas à mettre le fauteuil roulant de mon mari dans ma voiture [...] Notre situation due à sa maladie était déjà une situation un peu isolée. Donc, la pandémie pour moi n'a pas eu un effet dramatique (entretien 30, femme, 79 ans, canton de Vaud).

Vu mon âge et que j'ai aussi des handicaps, je suis malvoyante, ça ne change pas, vous voyez ? Ça ne change pas tellement parce que je ne sors pas, je ne vais pas dans les restaurants, tout ça. Je suis confinée mais, oui, j'ai toujours été un peu comme ça depuis plusieurs années. Donc, ça ne me gêne pas vraiment. Bon, c'est pas drôle mais voilà, c'est pas un gros handicap pour moi (entretien 18, femme, 76 ans, canton de Neuchâtel).

De l'autre côté, et ces situations appartiennent au second ensemble, des personnes en meilleure santé, bénéficiant de conditions de vie et de logement satisfaisantes et habitant souvent à l'écart des zones urbaines ont également peu ressenti l'impact de la pandémie dans leur vie quotidienne :

Je vais quand même aussi marcher dans les vignes. On rencontre du monde, on discute. Oui, je me sens assez bien (entretien 22, femme, 85 ans, canton de Fribourg).

Ça s'est passé aussi relativement bien puisqu'on a de la chance d'avoir un petit jardin. Donc, quand il y avait un peu de beau temps, on restait dans le petit jardin, on faisait quelques pas autour de la maison (entretien 25, homme, 78 ans, canton de Genève).

3.2.2 Aide et soins à domicile

Si les activités sociales, culturelles et sportives manquaient pendant les périodes de semi-confinement, les personnes âgées ont cependant continué à recevoir à domicile les soins et l'aide nécessaires. Les professionnel·les dans ce domaine ont assuré les prestations de base malgré la situation extraordinaire. Les infirmiers·ères et auxiliaires de vie des organisations d'aide et de soins à domicile (OSAD) ont poursuivi leurs activités en appliquant les mesures

de protection en vigueur (gel hydroalcoolique, masques, distanciation sociale), y compris auprès des personnes en quarantaine vis-à-vis desquelles des précautions supplémentaires étaient adoptées (masques FFP2, gants, surblouses). Une OSAD a même créé une équipe s'occupant spécialement des personnes ayant contracté le COVID-19. Une autre, au contraire, a interrompu les visites chez les personnes contaminées, mais nécessitant des soins moins réguliers. Certaines OSAD ont par ailleurs mis en place pendant la pandémie un système de dépistage, voire de vaccination à domicile contre le COVID-19, à l'intention des personnes ne pouvant se déplacer et être accompagnées par un·e proche aidant·e.

En plus des soins de base, les OSAD s'occupent également du ménage au domicile des personnes âgées, pour autant que ces dernières remplissent certains critères : être dans l'incapacité de le faire soi-même, avoir une assurance-maladie complémentaire ou avoir droit aux prestations complémentaires de l'AVS (PC). Les personnes handicapées n'ayant pas un revenu assez élevé pour se permettre une assurance-maladie complémentaire, ni assez bas pour prétendre aux PC ont généralement recours à de l'aide rémunérée. Nos entretiens révèlent cependant l'existence de cas limites: par exemple, Madame M. fait encore le ménage chez elle, mais elle souffre de sérieux problèmes de dos qui l'obligent à s'allonger pour faire des pauses durant son activité. Lorsqu'on lui demande pourquoi elle n'a pas recours à une aide extérieure, elle répond que sa rente est juste trop élevée pour pouvoir avoir droit aux PC (et par conséquent, aux prestations des OSAD), mais que, de l'autre côté, elle ne peut pas se permettre financièrement d'engager une femme de ménage (entretien 27, femme, 79 ans, canton de Fribourg).

Certaines OSAD prennent également en charge les commissions de leurs bénéficiaires. Au début de la pandémie, cette prestation a été renforcée, ou alors mise en place dans les OSAD où elle n'existait pas auparavant. Dans tous les cas, ce supplément de prestation a été supprimé lorsque la situation a de nouveau permis aux personnes âgées de faire leurs commissions elles-mêmes. Il en va de même pour d'autres prestations temporaires telles que des lignes téléphoniques d'accueil ou la livraison à domicile de petits déjeuners à des prix réduits (entretien 17, infirmière SAD, canton de Genève). La livraison de repas à domicile fait cependant partie des prestations régulières de certaines OSAD, même hors période de pandémie (entretien 1, femme, 81 ans, canton de Genève).

Pour les personnes âgées ne bénéficiant pas des prestations des OSAD, et pendant la pandémie, les commissions ont été effectuées la plupart du temps par les enfants et parfois, par des bénévoles recruté·es par la commune (voire par d'autres organisations). Les aîné·es possédant des compétences numériques suffisantes ont pu de leur côté commander leurs commissions en ligne et se les faire livrer à leur domicile.

Les enfants, et parfois d'autres membres de la famille, voire des bénévoles, ont également aidé les personnes âgées dans le règlement de leurs affaires administratives, qui semblent être, pour ces dernières, une grande source de préoccupations, comme nous le verrons plus loin.

S'il y a des aîné·es qui ne peuvent prétendre à certaines prestations, malgré un état de santé et une situation financière précaires, il existe, à l'inverse, des personnes âgées qui refusent l'aide institutionnelle même lorsqu'elles y ont droit (ce qui, dans la littérature consacrée à la question du non-recours, renvoie à l'une de ses formes qu'est la non-demande). Lorsqu'on interroge ces personnes âgées sur leur choix, cinq motifs principaux ressortent :

1. Elles s'estiment encore suffisamment en bonne santé pour tout faire elles-mêmes et pensent que d'autres en ont plus besoin qu'elles.
2. Elles veulent maintenir leur mobilité et leur indépendance :
Elle [mère de la personne interrogée] voulait se débrouiller toute seule. Elle veut rester autonome jusqu'à ce qu'elle n'en puisse plus (entretien 9, proche aidante, 61 ans, canton de Genève ; à propos d'une demande d'aide auprès d'une OSAD pour sa mère).
3. Elles n'osent pas demander (par fierté ou autres motifs) :
[...] quémander à gauche, à droite, les aides pour des lunettes, des aides pour les dons, des aides pour ceci, pour cela. Le monde de la pitié, quelle horreur [...] J'ai pas envie de m'abaisser à ça. C'est un combat qui vous use. Il faut toujours tout réexpliquer aux gens, c'est pompant ! Ça prend beaucoup d'énergie (entretien 5, homme, 73 ans, canton de Neuchâtel).
4. Elles ne connaissent pas les services existants.
5. Elles préfèrent être aidées par leurs proches. Par exemple, une personne âgée a refusé que des veilleuses de nuit viennent à domicile (service d'aide aux proches de la Croix Rouge), car elle considérait cela comme une intrusion dans sa vie privée (entretien 40, proche aidante s'occupant de sa mère, 60 ans, canton du Valais).

Parmi ceux-ci, les points 2 et 5 nous ont particulièrement interpellés. Premièrement, le fait que certaines personnes âgées voient le fait de recourir à une aide extérieure comme un risque de glisser progressivement vers le déclin, la passivité et la dépendance reflète une attitude qui cherche à mettre à distance l'image, peut-être un peu trop répandue, de la personne âgée fragilisée et assistée et dans laquelle elles ne se reconnaissent pas. Deuxièmement, le fait que les aîné·es privilégient dans certains cas l'aide de la famille plutôt que celle de professionnel·les reflète une conception plutôt « familialiste » des liens entre parents et enfants. Nous y reviendrons plus loin.

3.2.3 Les besoins des personnes âgées

Après avoir interrogé les participant·es sur les aides reçues, la prochaine étape était de leur demander s'il y avait des besoins qui n'avaient pas été couverts pendant la pandémie ou qui ne le sont pas de manière générale dans la vie quotidienne. Une majorité de personnes âgées a répondu par la négative (21 sur 24). Les quelques réponses positives concernaient surtout le manque de sorties (faire les commissions soi-même, aller dans les magasins, partir en excursion ; $n = 5$). Étant donné le peu d'informations recueillies sur le sujet, nous avons jugé opportun, comme mentionné plus haut, d'étendre l'analyse au reste du discours des personnes interviewées et de tenir compte de toute proposition faisant référence, de manière plus ou moins explicite, à des besoins non satisfaits.

De cette analyse, il ressort un besoin de combler le manque de contacts, l'isolement et le sentiment de solitude, non seulement pendant la pandémie mais aussi dans la vie quotidienne en général. Dans ce contexte, les professionnel·les, et en particulier celles et ceux travaillant dans les organisations d'aide et de soins à domicile (OSAD,) remplissent, outre leurs fonctions manifestes, une fonction sociale latente qui est appréciée des bénéficiaires :

Là, je suis allé voir une dame tout à l'heure et qui m'a dit : "Hier, je suis allée voir mon fils, j'étais contente et heureusement que vous, vous passez deux fois par semaine, sinon je ne vois personne" (entretien 17, infirmière OSAD).

Alors, on a vu souvent que les familles n'allaient plus ou les amis n'y allaient plus. Puis, des fois, on était vraiment les seuls contacts, en fait, qui continuaient à les voir (entretien 21, directrice et infirmière OSAD, canton du Jura).

Par ailleurs, l'impression qui se dégage des interviews est que les personnes âgées comptent beaucoup sur leurs propres enfants pour alléger ce sentiment de solitude :

Ma fille [...] a un chalet à la montagne à [...]. Elle ne m'a jamais invité une fois pour boire une tasse de thé [...] Ma fille vient maintenant une fois par semaine. C'est la liste des commissions, elle n'est jamais restée plus que 2h ici, hein (entretien 1, femme, 81 ans, canton de Genève).

Ma fille, elle dit qu'elle est occupée, elle a des amis et tout ça. Et puis des fois, elle n'est pas très gentille avec moi. Des fois, j'ai l'impression que je suis un peu une charge. Elle ne vient pas me trouver avec plaisir [...] mon fils [...] il m'a dit qu'il venait toutes les semaines faire les commissions avec moi. Mais la semaine passée, il avait autre chose et puis maintenant cette semaine, je ne sais pas. Je n'ai plus de nouvelles. Je me sens quand même souvent assez seule. Oui, parce que j'ai quand même l'impression, ma fille, elle était tout l'été loin, mon fils aussi. Et puis j'ai l'impression, ils seraient bien contents si j'étais loin. Ils viendraient voir ce qu'il reste encore, s'il y a quelque chose à hériter. Ça, ça les intéresserait. Mais moi, je ne compte plus beaucoup (entretien 15, femme, 93 ans, canton de Vaud).

Ce genre d'argument est d'ailleurs relayé et soutenu par certain·es professionnel·les :

Je pense que les familles pourraient aussi peut être prendre un petit peu plus de temps, sur leur temps de travail, pour essayer de s'occuper ou un coup de fil. Quand je dis "s'occuper" c'est, ouais, essayer de prendre des nouvelles parce que ça, on a beaucoup aussi les gens qui nous disent: "Ah non, mon fils, il habite loin, il est très débordé. Ma fille, elle court partout, il y a les enfants", enfin voilà (entretien 17, infirmière SAD, canton de Genève).

A notre avis, ces constatations reflètent une certaine vision « familialiste » et « ascendante » des rapports entre parents et enfants (Dykstra & Fokkema, 2011). Selon ce modèle, qui prévaut en Suisse comme dans d'autres pays d'Europe occidentale, les enfants adultes vivent à proximité, ont des contacts, viennent en aide et soutiennent fréquemment leurs parents âgés. On a vu précédemment que les personnes âgées préféraient être aidées par leurs propres enfants et que ces derniers avaient été leur premier soutien pendant la pandémie, ce qui semble également confirmer ce modèle. On peut cependant noter que la Suisse se distingue tout de même des autres pays européens voisins par le fait que le modèle concurrent, dit « autonome » (non-adhésion à des normes d'obligations familiales), y est également plus répandu que dans les autres pays d'Europe occidentale (Dykstra & Fokkema, 2011).

Pour pallier le manque de contacts, des associations et des communes proposent des bénévoles qui mettent leur temps à disposition pour tenir compagnie aux personnes âgées, discuter, jouer aux cartes, les accompagner en promenade, les aider dans des tâches administratives, etc. Cependant, de l'aveu même des professionnel·les, ces bénévoles sont

peu nombreux/-ses et assez occupé·es ou peu disponibles (entretien 6, infirmière SAD, canton de Neuchâtel ; entretien 16, civiliste à la Croix-Rouge, canton de Vaud).

Les problèmes de mobilité et les déplacements à l'extérieur du domicile sont une autre source de préoccupations pour les personnes âgées. Une grande majorité d'entre elles ont une mobilité réduite et déclarent être confrontées à divers obstacles lors de leurs sorties : chemins peu praticables à pied et en déambulateur, difficulté à prendre les transports publics ou encore accessibilité limitée de certains lieux pour les fauteuils roulants. Ces facteurs peuvent inciter les moins mobiles à rester chez eux et elles et à se replier sur elles/eux-mêmes :

Des fois, je me dis, je devrais quand même voir pour aller, je ne sais pas, une fois par semaine, aller jouer aux cartes. Ou bien, il y a [...] un après-midi où il y a Pro Senectute qui fait quelque chose. Après, je me dis : « Jusqu'à ce que je suis en ville, ça fait déjà... c'est cette traversée depuis là au fond jusqu'au funiculaire [...] C'est trop loin pour moi ». Ils finissaient à 4h-4h30. Maintenant, l'hiver, c'est nuit déjà. Puis c'est gelé, la route, ce n'est pas toujours sablé. Alors non, je reste à la maison. Je suis restée cloîtrée (entretien 29, femme, 79 ans, canton de Fribourg).

Dans ces conditions, certaines personnes âgées privilégient la voiture aux transports publics et sont fortement tributaires de ce moyen de déplacement :

Moi, qu'est-ce que je fais sans ma voiture ? Moi, j'y suis un petit peu attachée. Parce que moi, si je ne vais pas bien, je ne peux pas aller dans mon jardin, nourrir mes chats, c'est toute ma vie, là où j'ai un petit 80 mètres loué par la commune. Et puis, comment je fais pour grimper ? Il faut une demi-heure. Comment je fais pour porter ? Il faut toujours porter des légumes, de la sciure enfin, de quoi s'occuper d'un jardin, puis les réparations (entretien 7, femme, 81 ans, Canton de Vaud).

J'ai 93 ans et puis c'est le moment d'arrêter de conduire. Et puis quelque temps après, ça me touche quand même, ça me pèse, parce que je ne peux plus aller nulle part et j'habite un petit peu isolée, c'est-à-dire un quartier qui est un peu loin de tout [...] quand j'avais encore une voiture, j'allais faire le marché, j'allais faire un peu des magasins (entretien 15, femme, 93 ans, Canton de Vaud).

Celles et ceux qui ne conduisent pas (ou plus) font aussi appel à des services de taxis, qui sont parfois collectifs ou adaptés aux personnes handicapées (p. ex. PassePartout). Cette option est toutefois vue comme onéreuse en cas d'usage fréquent. Quel que soit le moyen de transport utilisé, on voit donc que le fait de pouvoir se déplacer à l'extérieur correspond à un besoin des personnes âgées, y compris de celles souffrant de mobilité réduite, et qu'il n'est pas toujours aisé d'y répondre. Il ne s'agit pas seulement de se rendre chez le médecin ou à l'hôpital, par exemple, mais aussi d'avoir des activités sociales, culturelles, sportives, de rencontrer des gens et par conséquent de demeurer intégré·e socialement. Dans cette optique, le retrait du permis de conduire est perçu par certaines personnes âgées comme un retrait de la vie sociale.

Les préoccupations financières sont une autre thématique récurrente dans les entretiens, surtout chez les personnes âgées dont la situation est précaire. En l'occurrence, les considérations portent sur le coût de la vie (p. ex. loyer, femme de ménage, abonnements de transports publics ou frais de taxi), sur les rentes de vieillesse jugées dans certains cas à peine suffisantes pour boucler les fins de mois et, concernant les proches aidant·es, sur les frais de l'accueil de jour pour les personnes âgées dont iels s'occupent.

Dans un autre registre, l'analyse des réponses montre que les personnes âgées et les proches aidant·es qui les accompagnent rencontrent souvent des difficultés dans le paiement de leurs factures ainsi que dans leurs demandes d'informations et réclamations auprès de l'administration et d'autres institutions (impôts, prestations complémentaires de l'AVS, régies immobilières, caisses maladie, organisations d'aide et de soins à domicile, etc.). L'extrait suivant montre bien que certaines personnes âgées ne sont pas très à l'aise dans leurs contacts avec l'administration :

[...] je pensais avoir droit à cette allocation, qui est attribuée aux proches aidants et ça fait une année que j'ai rempli les papiers. Ça fait une année que je n'ai pas de nouvelles [...] je pensais justement ces jours reprendre le téléphone et demander ce qu'il en était (entretien 26, proche aidante, 80 ans, canton de Fribourg).

Comme on l'a vu, d'autres membres de la famille ainsi que des bénévoles aident souvent, dans la mesure de leurs moyens, les personnes âgées et les proches aidant·es, mais ce n'est pas toujours le cas. De plus, le fait que certain·es répondant·es fassent spontanément part de préoccupations de cet ordre lors des entretiens suggère que ce type d'aide n'est pas toujours suffisant et qu'il existe peut-être un besoin pour une aide et des conseils plus professionnels (p. ex. assistant·es sociales/·aux), au-delà du fait que ces personnes y aient ensuite droit ou pas.

Les personnes âgées sont aussi souvent démunies face aux technologies de l'information et de la communication actuelles et aux usages numériques imposés (téléphones portables/*smartphones*, messagerie e-mails, commandes en ligne, renseignements sur internet). Malgré cet état de fait, certaines administrations ne semblent pas vouloir faciliter l'accès à leurs services en prenant en compte les besoins et compétences d'utilisation réelles des usager·ères âgé·es les moins à l'aise, même lorsque ces services sont de première nécessité :

Beaucoup, ils n'ont pas des natels à jour pour mettre un certificat [COVID]. Enfin, pour eux, c'est vraiment très compliqué, toutes ces démarches. Et puis du coup, ils paniquent, ils n'osent plus sortir (entretien 23, collaboratrice de la Croix-Rouge, canton de Fribourg).

Dans notre échantillon, la plupart des personnes interrogées ont un *smartphone*, même si certaines avouent ne pas savoir très bien s'en servir (p. ex. pour envoyer des messages écrits ou prendre des photos). Une minorité détient un ordinateur ou une tablette et passe des commandes ou paie des factures en ligne. Peu de personnes communiquent avec leurs proches sur les réseaux sociaux. Certaines personnes ont acquis des compétences numériques par elles-mêmes, avec des proches ou dans des cours proposés par les associations. D'autres ont l'intention de le faire dans un futur proche. Beaucoup ont cependant renoncé à se mettre à la page et survivent tant bien que mal dans le monde actuel de plus en plus numérique. Ces attitudes différentes face aux technologies actuelles ne varient pas seulement en fonction de l'âge, mais aussi des compétences acquises dans l'ancienne profession ainsi que de la personnalité du/de la répondant·e (curiosité, vivacité d'esprit, volonté d'apprendre en continu).

Enfin, le dernier point qui ressort des entretiens et qui pourrait être interprété comme un besoin à combler est le besoin des aîné·es de se sentir en sécurité, y compris dans leur propre logement. Deux répondantes ont déclaré respectivement avoir subi un cambriolage et la visite à domicile de prétendus employés d'un service de télécommunications. Plusieurs personnes

n'ont répondu à nos appels téléphoniques qu'avec méfiance et après plusieurs essais de notre part, pensant qu'il s'agissait de tentatives d'escroquerie. Ce climat de peur incite les personnes âgées à se barricader chez elles, ce qui, de l'avis de certains, diminue leur chance d'être secourues rapidement en cas de malaises ou de chutes (entretien 5, homme, 73 ans, canton de Neuchâtel). A ce propos, des solutions existent, telles que par exemple, un bracelet muni d'un bouton pour appeler en cas de problème (entretien 9, proche aidante, 61 ans, canton de Genève) ou une clé du domicile de la personne âgée laissée dans la boîte à lait et que seules les personnes connaissant le code peuvent utiliser (entretien 24, femme, 80 ans, canton de Vaud). Ces solutions, si elles sont efficaces, sont cependant parfois jugées onéreuses (entretien 9, proche aidante, 61 ans canton de Genève).

3.2.4 Les services d'aide et des soins à domicile

Les services d'aide et de soins à domicile permettent de retarder l'entrée en EMS des personnes âgées dépendantes. Ces prestations contribuent pour beaucoup au bien-être et à la qualité de vie de ces dernières. Comme mentionné plus haut, bon nombre de personnes interviewées bénéficient des services d'OSAD, que ce soit pour elles-mêmes ou pour leur conjoint·e, ou encore pour leur mère/père dont elles s'occupent. Dès lors, il n'est pas étonnant que la manière de fonctionner de ces organisations soit une thématique souvent abordée dans les entretiens. Même si les bénéficiaires de ces services sont globalement satisfait·e-s des prestations fournies, des critiques ont cependant été émises de manière spontanée (c'est-à-dire sans qu'une question n'ait été prévue à ce sujet lors des entretiens). Ces critiques portent notamment sur trois points principaux : (i) la rotation du personnel qui visite à domicile, (ii) les horaires des visites et (iii) le faible temps passé auprès des personnes âgées lors des visites, limité à des durées standards à consacrer aux prestations réalisées.

Le premier ensemble de critiques tourne autour du fait que les infirmières/·ers de l'OSAD visitant les personnes âgées à domicile changent trop souvent :

Elles sont très gentilles, ces filles, alors. Oui, je les apprécie beaucoup [...] il y a qu'une chose qui est dommage, c'est que ça change tout le temps. C'est toujours une autre qui vient, puis elles ne savent pas où les choses se trouvent, alors faut toujours leur expliquer [...] une semaine, j'en ai trois différentes (entretien 3, femme, 93 ans, canton de Neuchâtel).

De l'avis de deux proches aidantes confrontées à ce même problème, ce mode de fonctionnement ne favorise pas le développement d'une véritable relation entre la personne soignée et la personne soignante, une compréhension avancée de l'état de santé et des besoins de la première ainsi qu'un bon suivi des soins. Interrogée à ce sujet, une collaboratrice d'une OSAD évoque le manque de personnel : si davantage d'infirmières/·ers étaient recruté·es, elle-même pourrait mieux concentrer sa propre activité sur les patient·es dont elle est référente, mais aussi communiquer plus souvent avec les familles et le médecin (entretien 11, infirmière SAD, canton du Valais). Il semblerait également que certaines organisations de SAD organisent de manière délibérée un tournus, de façon à ce que le/la bénéficiaire ne s'habitue pas à voir toujours les mêmes infirmières/·ers. A ce propos, une proche aidante nous confiait que l'OSAD qui s'occupe de son mari veut éviter de cette manière les situations où la personne âgée refuse les soins d'infirmières/·ers qu'elle ne connaît pas (entretien 30, proche aidante, 79 ans, canton de Vaud). Ce genre de comportement, s'il se généralise, peut s'avérer en effet problématique pour la bonne marche de l'OSAD. De ce fait, certaines OSAD n'entrent pas en matière lorsque les bénéficiaires demandent à voir plus souvent les mêmes

infirmières/-ers (entretien 40, proche aidante, 60 ans, canton du Valais). D'autres OSAD, cependant, tiennent compte de ces critiques et essaient de s'adapter aux besoins des bénéficiaires :

A un certain moment lorsque le nombre de passages a été augmenté, on a été confrontés à une trentaine de personnes pendant la semaine. Et puis là, j'ai très vite dit que ça ne va pas ça, c'est impossible. Je comprends qu'il ne peut pas y avoir quatre personnes pour tous ces soins, mais faites votre horaire de telle façon qu'il n'y ait pas toujours des visages différents. Et là, ils ont fait un effort. Donc on avait à la fin, vraiment, peut-être une dizaine de personnes ou au maximum douze qui venaient avec une certaine régularité. Ils se sont organisés de telle façon que pendant une semaine, il y avait au moins peut-être trois ou quatre passages avec les mêmes personnes [...] On a trouvé une solution pour avoir une certaine régularité [...] C'était bénéfique pour mon mari. C'est un bénéfice pour eux aussi (entretien 30, proche aidante, 79 ans, canton de Vaud).

Par ailleurs, le tournus du personnel lors des visites à domicile n'est pas une pratique généralisée à toutes les OSAD. Deux infirmières interrogées à ce sujet affirment au contraire que leurs organisations favorisent les mêmes intervenant·es afin que des liens de confiance se créent avec la personne âgée (entretien 17, infirmière SAD, canton de Genève ; entretien 21, directrice et infirmière OSAD, canton du Jura). Les pratiques semblent donc varier selon les cantons et les organisations de SAD, qu'elles soient publiques ou privées.

La deuxième critique portant sur les OSAD concerne les créneaux horaires des visites, qui sont jugés trop étendus et qui empêchent les personnes âgées dépendant des SAD de structurer leurs journées :

Des fois, ils venaient à 7h30, puis des fois ils venaient à 10h. Elle [la mère] restait en pyjama des fois jusqu'à 10, 11h. Elle ne pouvait pas sortir dans son jardin, elle ne pouvait rien faire parce qu'elle attendait sa douche (entretien 4, proche aidante, 52 ans, canton de Neuchâtel).

A nouveau, il semblerait que le manque de personnel soit à l'origine de cette situation. Comme ce problème est évoqué très souvent et de manière spontanée par les personnes interrogées sans qu'une question précise ne leur soit posée à ce sujet, nous en avons tenu compte et l'avons interprété en tant que besoin non satisfait.

Outre un tournus fréquent et des horaires trop variables, les personnes interrogées se plaignent du fait, et il s'agit là de la troisième critique formulée, que les infirmières/-ers sont pressé·es lors de leurs visites et n'ont pas le temps de discuter. Cela était d'autant plus dommageable au début de la pandémie lorsque les personnes âgées avaient particulièrement besoin d'être accompagnées, informées et rassurées (entretien 6, infirmière SAD, canton de Neuchâtel). On peut supposer ici, qu'outre le manque de personnel, le système de décompte des prestations en vigueur dans les OSAD soit aussi en cause. Ce système se base sur le *Resident Assessment Instrument – Home Care* (RAI-HC) ainsi que sur un catalogue qui a été établi par l'association faîtière suisse (Aide et soins à domicile Suisse ; ASD) en complément au premier. Le RAI-HC est un outil standardisé d'évaluation des besoins des personnes dépendantes de l'aide et des soins à domicile. Quant au « Manuel du catalogue des prestations d'ASD », il décrit de manière détaillée les diverses activités d'encadrement/soins, d'économie domestique (ménage, repas, commissions, etc.) et de soins psychiatriques, ainsi que le temps standard à consacrer à chacune de ces activités (Kooijman & Battig, 2019). Il

permet aux professionnel·les des OSAD de justifier leurs prestations auprès des caisses maladie en vue d'un remboursement. Si le RAI-HC et le catalogue des prestations de l'ASD permettent de standardiser les activités d'aide et de soins à domicile, ils imposent également des contraintes aux professionnel·les. En effet, une durée standard est prévue pour chacune des prestations des infirmières/·ers et des auxiliaires de vie, et le soutien psychologique aux bénéficiaires n'en fait pas partie, ce type de prestations étant plutôt du ressort des psychiatres. Ce système cantonne donc les professionnel·les des OSAD à des activités d'aide et de soins et laisse formellement (très) peu de place pour l'aspect relationnel :

Infirmière SAD : Moi je trouve que ça [la survenue de la pandémie] nécessite quand même de prévoir plus de temps. Parce qu'on passe plus de temps justement, je vous disais à rassurer, discuter.

Intervieweur : Et ça vous pouvez vous le permettre ?

Infirmière SAD : Dans la mesure du raisonnable, oui. Voilà, c'est sûr que si on passe tous les jours un quart d'heure de plus chez le patient justement pour une écoute, voilà, au bout d'un moment, ça va coïncider quand même au niveau de l'assurance (entretien 6, infirmière SAD, canton de Neuchâtel).

En dépit de ces contraintes et des prescriptions entourant leur activité, les professionnel·les se permettent parfois de faire preuve de plus de souplesse lorsque le besoin s'en fait ressentir, quitte à revoir les priorités de l'intervention ou au prix d'un réarrangement de ces dernières. C'est ce qu'illustre l'extrait d'entretien suivant avec une infirmière OSAD :

Oui, c'est clair ce temps-là, ce n'est pas une prestation LaMal, donc elle n'est pas remboursée. Donc, on est obligé de prendre sur un autre temps [...] C'est compliqué donc, mais je pense qu'on trouve toujours un moment enfin, entre guillemets, on dit un peu, à la place de leur laver les pieds ou les jambes, on se prend un petit moment pour discuter, puis voilà. Je pense qu'il faut un peu adapter nos pratiques (entretien 21, directrice et infirmière OSAD, canton du Jura).

3.2.5 Les besoins des proches aidant·es

Jusqu'ici, nous avons abordé les besoins potentiellement non satisfaits des personnes interrogées dans notre catégorie « 65+ ». Les besoins des proches aidant·es nous intéressent également du fait que celles/ceux-ci sont souvent aussi des personnes âgées qui s'occupent de leurs conjoint·es. De manière plus générale, les proches aidant·es, jeunes ou plus âgé·es, jouent un rôle primordial dans le bien-être et la qualité de vie des seniors et par conséquent, leurs conditions de vie influent grandement sur celles de ces dernières/·ers. Parmi les besoins spécifiques des proches aidant·es, on peut citer le besoin de reconnaissance, d'un soutien financier, d'être mieux informé·e sur les aides disponibles, ainsi que de partager ses expériences avec d'autres proches aidant·es partageant la même situation. Cependant, ce qui ressort le plus souvent, c'est le besoin pour des moments de répit, qu'il s'agisse de prendre des vacances, de partir en week-end, d'avoir quelques heures de libre pendant la journée ou simplement de pouvoir dormir la nuit. Par exemple, Monsieur A. s'occupe 24 heures sur 24 de sa mère avec laquelle il vit et qui souffre d'une accumulation de problèmes de santé. Il doit notamment se lever la nuit pour l'accompagner aux toilettes et il essaie de dormir le jour pour récupérer (entretien 43, homme, 57 ans, canton de Vaud). Comme le remarque Madame M., dont le mari a, entre autres, des problèmes d'incontinence, elle est toujours seule lorsque ces incidents arrivent (c'est-à-dire la nuit) et elle ne peut donc

pas compter sur l'OSAD pour venir l'aider (entretien 12, femme, 76 ans, canton de Neuchâtel). Madame P. et Madame L, qui s'occupent respectivement de leur mère et de leur conjoint, résumant ainsi bien la situation des proches aidant·es qui ressort de notre étude :

On s'est un peu oubliés hein, on va dire ça quand même. Depuis 4-5 ans, on n'est pas partis en vacances du tout, pas une seule fois, pas un week-end loin, rien. On est un peu pris dans un tourbillon (entretien 9, proche aidante s'occupant de sa mère et de ses petits-enfants avec l'aide de son mari, 61 ans, canton de Genève).

C'est quand même quelque chose à plein temps. Il n'y a pas de week-end [...] On est quand même, je ne dis pas « prisonnier », mais on est quand même responsable, on n'a pas de liberté. Il fallait moi, quand je sortais, que je sois rentrée à telle heure. Je ne pouvais même pas m'absenter un week-end [...] On n'a pas eu une vie de retraité. Moi, j'ai arrêté de travailler, enfin, à la retraite. Mais j'ai quand même continué. Je ne me levais pas plus tard. J'ai toujours eu des contraintes (entretien 32, proche aidante, 80 ans, s'occupant de son mari atteint de sclérose en plaques et souffrant de troubles cognitifs, canton du Jura).

Différentes solutions existent pour permettre aux proches aidant·es d'avoir des moments de répit. Cependant, aucune n'a été jugée pleinement satisfaisante par les personnes interrogées qui y ont (eu) recours. Le placement en structure d'accueil de jour mine le budget des personnes à faible revenu (entretien 26, proche aidante, 80 ans, s'occupant de son conjoint atteint de la maladie de Parkinson, canton de Fribourg). Les services rendus par les bénévoles recruté·es par les associations sont, quant à eux, payants :

La personne qui s'occupe de mon mari, oui, elle vient bénévolement, oui. Mais l'association nous facture 25 francs l'heure, oui. Donc je vous dis, ça fait des grosses factures (entretien 26, proche aidante, 80 ans, canton de Fribourg)

D'autres font appel à des personnes privées pour accompagner la personne âgée pendant quelques heures la journée, mais même dans ce cas, ces dernières sont difficiles à trouver et leurs services ne sont pas toujours adaptés aux besoins de la personne âgée dépendante (entretien 32, proche aidante, 80 ans, canton du Jura). Selon le lieu géographique, le constat est tout aussi problématique en ce qui concerne les structures de courts séjours (foyers, homes, résidences) :

Et puis, il n'y a pas beaucoup d'établissements dans le Jura. Peut-être qu'ailleurs, il y en a un peu plus, mais là, des établissements avec du personnel soignant qui est habitué à ces gens très lourds, ce n'est pas courant [...] les établissements, c'était surtout des homes qui avaient justement des services, on pouvait mettre les gens en vacances une dizaine ou une quinzaine de jours. Je crois qu'on avait droit, je ne sais pas si c'est 30 jours par année ou comme ça. Mais fallait s'y prendre en tout cas trois mois à l'avance parce que pour avoir de la place, vous savez [...] Et puis il y avait aussi les maisons privées, mais elles n'étaient pas très adaptées non plus, disons, au grand handicap. Parce que quand il rentrait de vacances, il y avait toujours un problème. Disons que de santé, il y avait toujours quelque chose qui n'allait pas. Vous savez c'est très compliqué (entretien 32, proche aidante, 80 ans, canton du Jura).

3.2.6 Attitudes des personnes âgées face aux mesures de protection

Outre l'aide et les besoins des personnes âgées et des proches aidant·es, les entretiens ont porté sur les opinions et les attitudes de ces dernières vis-à-vis des mesures prises par les autorités, fédérale et cantonales, pour éviter la propagation du COVID-19. Si certain·es ne les jugent pas assez sévères, d'autres, au contraire, estiment qu'elles étaient trop contraignantes. Quelques-un·es critiquent leur manque de cohérence dans le temps (par exemple, le port du masque jugé non nécessaire au début de la pandémie, puis rendu obligatoire) et expriment des doutes quant à leur bien-fondé. Néanmoins, une grande majorité les a trouvées nécessaires et adaptées à la situation, et s'est scrupuleusement conformée aux directives, en dépit des conséquences négatives qu'elles ont eu sur la vie sociale des personnes âgées.

Parmi ces mesures, le port du masque est souvent jugé problématique par les professionnel·les d'OSAD et d'EMS, car il entrave la communication avec les personnes malentendantes (qui ont recours à la lecture sur les lèvres) et celles atteintes de troubles de la mémoire ou de démence (qui se fient aux expressions faciales de leurs interlocutrices/·teurs). A cet effet, une OSAD a instauré le port de visières transparentes lors des visites aux bénéficiaires de leurs prestations (entretien 6, infirmière SAD, canton de Neuchâtel). En ce qui concerne la vaccination contre le COVID-19, la plupart des personnes interrogées ont émis un avis favorable à ce sujet et ont déclaré spontanément s'être fait vacciner. Néanmoins, la question de la vaccination a divisé certaines familles au point de parfois créer des ruptures :

Depuis là [Noël], je n'ai plus de contacts avec ma fille [...] c'était vraiment directement lié à la pandémie. Vous faites quoi, quand vous en avez trois dans la famille qui pensent que c'est un complot ? Alors automatiquement, moi, je n'avais pas confiance. Je n'avais pas confiance de les rencontrer. Je ne voulais pas qu'ils m'amènent un truc ici dedans où j'ai mon mari qui est totalement dépendant de moi...ou moi, que je suis mise en danger par eux (entretien 12, proche aidante, 76 ans, canton de Neuchâtel).

3.2.7 Discrimination des personnes âgées

Enfin, le dernier thème important abordé par l'une des questions de la grille d'entretien a été celui de la discrimination subie par les personnes âgées. Au début de la pandémie, certain·es aîné·es se sont senties discriminé·es en raison des injonctions à rester à la maison qui leur étaient directement adressées. Une personne interviewée a également peu apprécié l'argument selon lequel les plus jeunes étaient obligés de se vacciner afin de protéger les plus vieux. La plupart des situations de discrimination rapportées, cependant, ne sont pas en lien avec la pandémie. Elles prennent place dans la vie de tous les jours, dans les rapports avec les voisin·es, les jeunes et les adolescent·es dans les transports publics, le personnel dans les magasins, le médecin de famille ou la régie immobilière. D'autres personnes ont, au contraire, rapporté des expériences positives : par exemple, Madame N. a ses habitudes dans un magasin d'alimentation où le personnel prend sa liste des commissions et remplit son caddie pour elle (entretien 3, femme, 93 ans, canton de Neuchâtel). Autre exemple : la personne âgée attend dans la rue et dans le froid un taxi ou un proche qui ne vient pas et est prise en charge par des passant·es (entretien 3, femme, 93 ans, canton de Neuchâtel ; entretien 15, femme, 93 ans, canton de Vaud). Ce qu'il est intéressant de constater, c'est que certaines personnes expliquent les comportements bienveillants à leur égard, non pas

parce qu'elles ont l'air âgées, mais au contraire parce qu'elles « font plus jeunes que leur âge » dans leur manière de s'habiller et dans leur comportement. Ce genre d'argument demeure cependant problématique dans la mesure où il démontre que la discrimination envers les personnes âgées existe bel et bien mais qu'on peut y échapper tant que l'on n'est pas considéré·e comme étant « vieille/vieux ». Il suggère également que la discrimination dépend d'autres facteurs que l'âge objectif et qu'il conviendrait de les identifier à l'aide d'une analyse plus approfondie.

3.3 Focus group – Considérations méthodologiques

Dans le cadre de la présente étude, nous avons invité des professionnel·les du terrain à un focus group. Le but était de présenter aux participant·es les problématiques les plus saillantes révélées par l'enquête par questionnaire et les entretiens individuels, et de discuter ensuite des pratiques professionnelles adoptées par les organisations accompagnant les personnes âgées pour résoudre les difficultés que ces dernières rencontrent et améliorer leur bien-être et la qualité de leur vie.

Au total, sept professionnelles accompagnant des personnes âgées ont participé au focus group. Une huitième n'a pas pu participer, mais a répondu à nos questions par écrit. Ces participantes travaillent respectivement pour une association œuvrant à l'intégration sociale des aîné·es et présente dans différents cantons romands ($n = 3$), une association s'occupant, entre autres de migrant·es âgé·es ($n = 1$), le service d'une commune soutenant les populations fragilisées ($n = 1$), une organisation d'aide et de soins à domicile ($n = 1$), une association d'infirmières indépendantes ($n = 1$), ainsi qu'une structure d'accueil de jour ($n = 1$). Avec l'accord des participantes, la discussion a été enregistrée, retranscrite et codée selon la méthode de l'analyse thématique (cf. section 3.1.2).

3.4 Focus group – Résultats

Parmi les thématiques abordées lors de ce focus group, la première concernait les pratiques adoptées pour pallier l'isolement et le manque d'activités (notamment physiques) chez les personnes âgées. Pendant les semi-confinements, certaines organisations sont parvenues à poursuivre leurs activités en les transposant à l'extérieur (p. ex. gymnastique, cours de langues) ou en utilisant les technologies de l'information et de la communication (p. ex. séances de gymnastique via un canal régional de télévision, cours de théâtre par WhatsApp). La plupart des organisations représentées dans notre focus group ont également gardé un contact téléphonique avec les personnes participant à des activités qu'elles organisaient et qui ont été interrompues pendant la pandémie.

La deuxième thématique portait sur les besoins des personnes âgées ainsi que sur les prestations, services, activités, et aides supplémentaires proposées par les organisations accompagnant les personnes âgées durant la pandémie. Le besoin d'information sur la pandémie et les mesures de protection ainsi que sur l'aide disponible pour les personnes âgées est le besoin le plus souvent évoqué. Parmi les solutions évoquées, on peut citer la diffusion de podcasts, la mise en circulation d'un bus itinérant permettant de conseiller et d'orienter, ou encore la création d'une plateforme en ligne recensant les services à disposition des personnes âgées. De l'avis des participant·es, la centralisation de l'information relatives aux services existants est plus facile à réaliser dans le canton du Jura, par exemple, que dans

un plus grand canton comme celui de Genève, où les offres de prestations sont plus nombreuses et changeantes. Par ailleurs, de nombreuses personnes âgées ont interprété certaines directives du Conseil fédéral comme des interdictions formelles de sortir de chez soi. Les organisations ont dû faire comprendre aux seniors qu'ils avaient néanmoins le droit de sortir et de se promener, pour autant qu'ils n'étaient pas en contact avec d'autres personnes.

Certaines organisations ont disposé de fonds extraordinaires pour aider les personnes en difficultés financières pendant la pandémie. Elles ont aussi davantage accompagné les personnes âgées dans leurs démarches administratives (aides sociales, rentes vieillesse, déménagements) et augmenté l'aide pour les commissions, ces dernières étant parfois prises en charge par des bénévoles temporairement au chômage ou par une ligne téléphonique prenant les commandes et les retransmettant à des magasins en ligne. Les personnes âgées ayant peu de compétences numériques ont également été aidées pour s'inscrire en ligne à la vaccination COVID-19. Certaines ont été vaccinées ou dépistées à domicile. De son côté, l'organisation d'accueil de jour invitée à notre focus group a instauré des visites et interventions au domicile de ses bénéficiaires durant l'interruption de ses activités sur site. Enfin, au cours de la période extraordinaire de pandémie de COVID-19, l'OSAD a accordé plus de temps à ses soignant·es pour s'occuper de leurs patient·es respectifs·ives, créé une équipe spéciale pour visiter les personnes ayant contracté le COVID-19 et inauguré des programmes de détection de situations psychologiques à risque et de malnutrition.

La troisième question abordée était celle visant à savoir si les organisations avaient adopté une procédure pour détecter les personnes âgées les plus fragilisées et si elles collaboraient dans ce but avec les autorités ou avec d'autres associations. A ce sujet, les approches varient grandement d'une organisation à l'autre. Certaines n'œuvrent que dans le cercle bien défini de leurs bénéficiaires régulières/·ers même si elles essaient d'élargir ce dernier en s'enquérant par téléphone de la situation des personnes âgées ou en faisant connaître leurs prestations lors de présentations publiques. D'autres récoltent des informations, tiennent des statistiques, mais n'ont pas toujours les moyens et les ressources pour analyser ces données et en tirer des conclusions (visant à définir ou réorienter des pistes d'action). Enfin, une organisation en particulier a mis en place un système de détection proactive qui s'appuie sur les données démographiques provenant du système d'information cantonal et sur la prise de contact avec les résident·es de la commune âgé·es de 75 ans et plus. Toutes ces organisations collaborent souvent avec les communes, les services sociaux, voire la caisse cantonale de compensation. Quant à l'OSAD et l'association d'infirmières indépendantes invitées dans notre focus group, elles utilisent des outils d'évaluation standardisés permettant d'identifier les personnes nécessitant des soins à domicile.

A la fin du focus group, nous avons abordé le thème des personnes âgées nécessitant une aide institutionnelle mais ne l'ayant pas demandé pour différents motifs. A ce titre, une participante a relevé une particularité du système suisse qui veut que les personnes ayant droit à une prestation doivent en faire la demande explicite, faute de quoi elles ne pourront pas en bénéficier. Or, les migrant·es établi·es en Suisse n'ont pas toujours connaissance de cette logique administrative. Pour atteindre ces personnes, les participantes sont d'avis qu'il faut améliorer l'information sur les prestations existantes et sur les démarches à entreprendre pour pouvoir les obtenir. Nous avons également discuté du cas des personnes âgées n'osant pas demander, par fierté ou pour d'autres raisons, des prestations auxquelles elles ont pourtant droit. Les participantes au focus group soulignent qu'il s'agit d'une génération

habituée à se débrouiller par elle-même, qui accorde une grande importance à la valeur travail et associe le recours à l'aide institutionnelle à une perte de dignité. Comme le relève une participante, les prises de contact informelles, par exemple, lors d'une animation bénévole ou d'une conférence, sont plus efficaces que les canaux d'information traditionnels quand il s'agit de s'adresser à des personnes de cette génération.

3.5 Entretiens individuels et focus group – Memento de points forts

Entretiens individuels

- Le principal impact de la pandémie de COVID-19 sur la vie des personnes âgées a été la diminution des contacts avec la famille et les ami·es, en raison des mesures de protection et de distanciation en vigueur. Les aîné·es ont aussi ressenti le manque de contacts tactiles avec les proches (notamment avec les petits-enfants) et le personnel soignant (les infirmières/·ers prodiguant des soins à domicile). En conséquence, l'isolement et le sentiment de solitude se sont aggravés et ceci, particulièrement chez les personnes qui se sentaient déjà seules auparavant. Les mises en quarantaine ont particulièrement été difficiles à faire respecter aux personnes atteintes de démence dans les EMS, en raison de leur compréhension limitée de la crise sanitaire.
- L'arrêt des activités sociales, culturelles et sportives par les différentes associations a empiré la situation des personnes âgées, notamment en termes de capacités physiques, de mobilité et de sociabilité et a ancré chez ces dernières des habitudes de passivité et de repli sur soi, qui ont perduré après la fin des restrictions. L'impact de la pandémie n'a cependant pas été le même pour tou·tes. Pour des raisons différentes, les personnes les plus favorisées ainsi que les moins favorisées ont moins ressenti les effets négatifs des semi-confinements.
- Pendant la pandémie, les OSAD ont continué leur activité de soins au domicile des personnes âgées. Certaines ont même étendu leurs prestations pendant cette période de crise (vaccinations, tests COVID-19, fréquence des commissions, livraison de petits-déjeuners, ligne téléphonique d'informations). Les prestations d'aide à domicile varient cependant d'une OSAD à l'autre. Dans certaines d'entre elles, l'aide à domicile inclut non seulement le ménage, mais aussi, et de manière régulière, les commissions et la livraison de repas. Toutes les personnes âgées dépendantes ne bénéficient pas pour autant de l'aide à domicile dispensée par les OSAD. En effet, seules les personnes à hauts revenus (leur permettant d'avoir une assurance-maladie complémentaire) et celles à bas revenus (leur donnant droit aux PC de l'AVS) peuvent bénéficier de cette aide. Si elles en ont besoin, les personnes avec des revenus intermédiaires doivent payer pour ces prestations, et certaines d'entre elles estiment qu'elles ne peuvent pas se le permettre.
- Hormis les OSAD, les personnes âgées se sont largement reposées sur l'aide provenant de leurs enfants adultes (et parfois, de leurs petits-enfants) pendant la pandémie. Ces dernières/·ers ont apporté leur soutien, que ce soit occasionnellement ou de manière plus régulière en tant que proches aidant·es, voire en tant qu'enfants de proches aidant·es âgé·es.

- Certaines personnes âgées n'ont pas recours à l'aide institutionnelle pour différentes raisons : elles n'en ressentent pas le besoin, elles ne veulent pas prendre des habitudes de dépendance, elles n'osent pas ou ne savent pas où demander, elles préfèrent dans certains cas (p. ex. garde de nuit) être accompagnées par leurs proches (enfants).
- Les principaux besoins exprimés de manière plus ou moins explicite par les personnes âgées lors des entretiens individuels sont le besoin d'une compagnie pour atténuer le sentiment de solitude, de pouvoir se déplacer à l'extérieur facilement et sans obstacles (surtout pour les personnes à mobilité réduite), d'avoir une aide financière pour pouvoir boucler les fins de mois difficiles, d'être soutenu·e et conseillé·e dans les démarches administratives et dans l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication, ainsi que de jouir d'une certaine sécurité. Les solutions qui existent actuellement sont soit insuffisantes, soit trop onéreuses pour celles et ceux susceptibles d'en bénéficier.
- Si les bénéficiaires sont dans l'ensemble satisfait·es des services d'aide et de soins à domicile, des critiques ont cependant été émises à l'encontre du fonctionnement de certaines OSAD. Ces critiques portent principalement sur l'absence de la dimension relationnelle dans les soins (personnel changeant, temps de visite des infirmières/-ers insuffisant pour établir un dialogue et un suivi des patient·es dans la durée) et sur l'incapacité des bénéficiaires à organiser leur emploi du temps en raison d'horaires de visite irréguliers de la part du personnel des OSAD. Ces aspects problématiques sont dus en grande partie au manque d'effectifs dans les OSAD ainsi qu'au système de justification (et de financement) des prestations auprès des caisses-maladie. Néanmoins, les entretiens montrent que les pratiques varient sensiblement d'une OSAD à l'autre et qu'il existe certaines marges de manœuvre permettant aux professionnel·les d'adopter un mode de fonctionnement davantage favorable au bien-être et à la qualité de vie des bénéficiaires.
- Concernant les proches aidant·es, ils expriment leurs besoins principalement en termes de moments de répit (garde de nuit, accueil temporaire de jour, courts séjours) afin de pouvoir non seulement se reposer, mais aussi se ressourcer et prendre du recul par rapport à leur situation. Les solutions existantes sont néanmoins jugées onéreuses, difficiles à trouver et/ou peu adaptées à la situation particulière de la personne âgée dépendante.
- La plupart des personnes interrogées se sont conformées aux directives fédérales et cantonales et les ont trouvées en général adaptées à l'ampleur de la crise sanitaire. La question de la vaccination a généré des tensions voire des ruptures au sein des familles. Quant au port du masque, il a été considéré comme une barrière à la communication par les professionnel·les accompagnant des personnes atteintes de démence ou ayant des problèmes d'audition notamment.
- Certain·es participant·es aux entretiens déclarent avoir été parfois discriminé·es en raison de leur âge dans leur vie quotidienne en général, mais aussi dans le contexte précis de la crise sanitaire. D'autres – et parfois les mêmes - décrivent au contraire des actes de bienveillance à leur égard, ces derniers étant, dans ce cas également, motivés par le grand âge du/de la répondant·e. Par ailleurs, la perception de l'âge

d'une personne semble aussi jouer un rôle dans le fait que cette dernière soit discriminée ou non.

- Le focus group a permis de discuter de différentes problématiques mises en évidence par l'enquête par questionnaire et les entretiens individuels, ainsi que des pratiques adoptées par les organisations accompagnant les personnes âgées pour y faire face. Pour pallier l'isolement et le manque d'activités physiques, celles-ci ont gardé un contact téléphonique avec leurs bénéficiaires et poursuivi certaines activités à l'extérieur ou à distance pendant les périodes de semi-confinement.

Focus group

- Le focus group a permis de discuter de différentes problématiques mises en évidence par l'enquête par questionnaire et les entretiens individuels, ainsi que des pratiques adoptées par les organisations accompagnant les personnes âgées pour y faire face. Pour pallier l'isolement et le manque d'activités physiques, celles-ci ont gardé un contact téléphonique avec leurs bénéficiaires et poursuivi certaines activités à l'extérieur ou à distance pendant les périodes de semi-confinement.

4. Conclusions et recommandations

En s'inspirant d'un certain nombre de résultats issus de notre étude, cette section du rapport de recherche propose une série de recommandations pratiques à l'adresse des associations et organisations œuvrant auprès des personnes âgées, des autorités ainsi que de tou·te·s les autres acteurs et actrices concerné·es par les thématiques relatives aux vieillesse et aux vieillissements.

Afin d'en faciliter la lecture, nous les présentons sous forme de liste (4.5) après avoir rappelé les principaux résultats de notre étude que nous avons organisés autour de quatre thématiques générales : bien-être et santé physique et mentale (4.1) ; administration et finances (4.2) ; inégalités et discrimination(s) (4.3) ; intervenant·es et institutions (4.4). Ces thématiques n'épuisent évidemment pas toutes celles qui ont trait à la situation des personnes âgées, notamment en lien avec le COVID-19, et qui ont pu émerger lors des entretiens, ainsi qu'au fil du projet de recherche. Elles rendent cependant compte des principales dimensions des résultats de notre étude. Pour un résumé plus complet de ces derniers, nous renvoyons les lecteurs et lectrices aux deux « Mémento des points forts », qu'il est possible de trouver respectivement à la fin des parties quantitative (chap. 2.5) et qualitative (chap. 3.3).

4.1 Bien-être et santé physique et mentale

- De manière générale, la **crise socio-sanitaire liée au COVID-19** – avec ses différentes vagues, les restrictions imposées, sa durée prolongée et sa temporalité fluctuante, les incertitudes, etc. – a bien évidemment eu un **impact négatif** sur une partie importante des 65+ et sur différentes facettes de leur bien-être et de leur santé (p.ex., au niveau du moral, de la qualité de vie, de la satisfaction vis-à-vis des relations, du sentiment de solitude ou des conséquences des symptômes du COVID-19). Cependant, l'ensemble des 65+ n'a pas été touché de la même manière. En effet, une partie des participant·es indique ne **pas** avoir été **particulièrement impactée** alors que d'autres encore – une minorité, mais pas négligeable – mettent en évidence aussi des **effets plutôt positifs** de la crise en termes notamment de bien-être.
- De même, au fil de la crise on observe **différentes trajectoires** (ou tendances) d'une vague à l'autre de la pandémie. Entre le début de la pandémie de COVID-19 et la fin de la récolte des données (soit une période d'un an et demi environ), il y a des situations qui se sont dégradées et d'autres qui sont restées inchangées ou qui se sont même améliorées. On remarque ainsi l'extrême complexité et la diversité des réalités et des trajectoires individuelles. Et bien évidemment, cela peut varier en fonction du domaine (de la variable) considérée, que ce soit par exemple le sentiment de solitude, la crainte pour la santé des proches, l'aide reçu ou les contacts avec son propre entourage. Ce constat souligne premièrement qu'il n'est pas possible de quantifier précisément combien de personnes ont vu leur situation s'aggraver, ou alors s'améliorer d'une vague à l'autre. Deuxièmement, il met en évidence le fait que les situations individuelles des personnes âgées et leurs évolutions respectives sont extrêmement hétérogènes et variées et qu'il n'est pas possible de les comprendre et de les interpréter en les rassemblant dans un ensemble homogène de la population, défini par son seul âge (chronologique).

- A titre d'exemple, lorsqu'on observe l'évolution du sentiment de solitude entre le « avant crise COVID-19 » et le « pendant la crise » (cf. Tableau 2), on remarque que parmi les personnes n'ayant jamais (ou rarement) connu ce sentiment avant la pandémie, 22.9% ressentent « parfois » ou « très souvent » de la solitude pendant la crise. Ce taux est trois fois supérieur (69.4%) chez les personnes ayant déjà connu un sentiment de solitude avant la crise.

Tableau 2. Sentiment de solitude avant et pendant l'ensemble de la crise COVID-19

		Pendant crise COVID-19		
		Jamais – rarement	Parfois – très souvent	
Avant COVID-19	Jamais – rarement	1'153 (77.1%)	343 (22.9%)	(100%)
	Parfois – très souvent	220 (30.6%)	498 (69.4%)	(100%)

Note : La valeur entre parenthèse indique le pourcentage relatif à la ligne considérée.

- D'autre part, lorsqu'on considère l'impact de la crise sur le moral des personnes âgées lors des deux vagues, on remarque tout aussi bien les différentes « trajectoires » individuelles possibles (cf. Tableau 3). Les données montrent, par exemple, que parmi les participant·es dont le moral avait été (très) négativement touché par la crise en V1, 58.9% ont encore un moral (très) touché en V2 alors que plus d'une personne sur 3 (35.1%) ne rapporte pas un véritable effet sur le moral lors de V2. A l'opposé, environ une personne sur cinq (21.7%) parmi celles qui avaient évoqué un effet (très) positif de la crise sur le moral rapporte avoir été touchée (très) négativement au cours de la 2^{ème} vague. Une autre indication qui émerge du tableau 3 est que le groupe le plus important numériquement est celui des personnes qui jugent que la crise a eu un impact ni positif ni négatif lors des deux vagues ($n = 725$). Suit ensuite, au niveau des effectifs, le groupe des participant·es dont le moral a été affecté (très) négativement par chacune des deux vagues ($n = 455$).

Tableau 3. Impact de la crise sur le moral à V1 et à V2

		2 ^{ème} vague (V2)			
		(Très) négatif	Ni positif, ni négatif	(Très) positif	
1^{ère} vague (V1)	(Très) négatif	455 (58.9%)	271 (35.1%)	46 (6.0%)	(100%)
	Ni positif, ni négatif	244 (21.9%)	725 (65.0%)	147 (13.2%)	(100%)
	(Très) positif	58 (21.7%)	128 (47.9%)	81 (30.3%)	(100%)

Note : La valeur entre parenthèse indique le pourcentage relatif à la ligne considérée.

- Par rapport aux situations à risque / problématiques, nos analyses inférentielles confirment le lien entre dépression, solitude et santé. Ce résultat plaide pour une intervention précoce auprès des situations fragiles (par exemple, les personnes les plus isolées, les moins intégrées et les moins connectées), mais aussi un suivi de ces dernières (ce qui suppose également un monitoring de ces situations) pendant toute la durée de la crise, dans la mesure où la crise socio-sanitaire s'est révélée être un amplificateur important des vulnérabilités préexistantes.
- L'interruption des activités associatives (notamment à vocation sociale, culturelle et sportive) a globalement détérioré la situation des personnes âgées, notamment en termes de capacités physiques, de mobilité et de sociabilité, et a installé chez ces dernières des habitudes de passivité et de repli sur soi. Pour autant, et pour des raisons différentes, les personnes les plus favorisées ainsi que les moins favorisées ont moins ressenti les effets négatifs des semi-confinements.
- Contrairement à ce que l'on pouvait imaginer initialement, les situations fragiles n'ont pas simplement continué à s'aggraver au fil de la crise, à mesure que l'usure des périodes de semi-confinements se faisait sentir. Nos résultats montrent que certains aspects de la vie des personnes âgées se sont maintenus et d'autres se sont même améliorés entre V1 et V2 pour un nombre non négligeable de personnes (p.ex., moral, qualité de vie, contacts). Une partie des 65+ semblent ainsi avoir mieux vécu V2 que V1.
- En effet, la suite de la crise semble malgré tout avoir aussi amené des bénéfices et a rétabli un certain bien-être (augmentation et satisfaction des contacts, moral) chez certaines personnes âgées. Autrement dit, il y a des personnes qui ont su s'adapter aux difficultés engendrées par la crise, voire en tirer profit, à mesure que se diffusaient par ailleurs les moyens de lutter contre le COVID (p.ex., vaccinations, divers types de protections comme des masques, plexiglas, etc.). L'impact de la crise socio-sanitaire a par ailleurs été d'autant moins délétère pour les personnes âgées qui détenaient plus de ressources personnelles (matérielles, économiques, sociales, etc.), comme, par exemple, le fait d'habiter dans une maison avec suffisamment de place et d'avoir accès à des espaces extérieurs, vivre à la campagne et pouvoir continuer à sortir et marcher dans la nature et à rencontrer des personnes en respectant la distance physique ; avoir des proches en mesure de les aider et soutenir dans des tâches telles que faire les commissions ou aller chez le médecin ; avoir un réseau de connaissances ou d'amis avec qui échanger régulièrement.

4.2 Administration et finances

- Malgré l'existence de services d'aide à domicile, toutes les personnes âgées ou les proches aidant·es qui en auraient besoin n'y ont pas recours (ou le droit). Le coût de ces services, notamment pour les personnes âgées non éligibles aux prestations complémentaires de l'AVS mais dont les revenus sont néanmoins juste suffisants pour vivre, représente un frein important pour y accéder. Si ce constat rappelle l'importance des conditions matérielles de vie, il ne saurait non plus invisibiliser les situations de non-recours, dont les raisons et motivations peuvent être variées, y compris procéder d'un choix délibéré. L'enjeu de rendre (encore plus) accessible les informations relatives aux

aides et prestations existantes, ainsi que les démarches à accomplir pour les obtenir, est ici crucial (ce qui suppose de « cibler » les publics-cibles et d'identifier les supports, formats, etc. qui leur sont les plus adaptés). A ce propos, le fait que nombre de personnes âgées endossant un rôle de proche-aidant·e ne sont pas reconnues comme telles (et ne se reconnaissent pas comme telles) contribuent à expliquer pourquoi ces dernières ne demandent ni ne bénéficient pas toujours des aides existantes (financières ou non).

- Dans un contexte de dématérialisation des procédures administratives (accélérée par la crise socio-sanitaire) et de multiplication des services (de plus en plus exclusivement) accessibles en ligne, qui fait du numérique le canal de communication par défaut si ce n'est unique, l'enjeu des compétences numériques des personnes âgées, mais aussi de l'accès à du matériel informatique fonctionnel deviennent cruciaux. Face aux difficultés rencontrées par les personnes âgées en la matière, la présence d'une personne ressource (souvent un enfant) dans l'environnement proche sur qui pouvoir se reposer pour réaliser ces démarches s'avère indispensable.
- Les difficultés et obstacles à se déplacer à l'extérieur du domicile et à accéder aux espaces publics et communs (transports, magasins, lieux de loisirs, médecins, etc.) sont souvent évoqués lors des entretiens, et notamment par celles et ceux – et iels sont largement majoritaires – avec une mobilité réduite. Ces difficultés influencent négativement la participation sociale des 65+ concerné·es et aggravent les risques d'isolement.

4.3 Inégalités et discriminations

- Indépendamment de la crise socio-sanitaire, le volet quantitatif de notre enquête a mis en évidence le fait que près d'un tiers des personnes âgées qui y ont répondu (i.e., 29%) ont connu personnellement des situations d'âgisme (notamment dans le système de santé, dans la rue et dans les transports publics). Ce taux est comparable à celui d'autres études menées en Suisse et à des moments différents (p.ex., European Social Survey- Round 4 de 2008).
- S'il est vrai que pour certaines personnes âgées, ces situations de discrimination semblent avoir diminué pendant la crise socio-sanitaire (peut-être aussi à cause d'une diminution des contacts sociaux et des situations d'interaction), pour une autre partie – loin d'être négligeable – ces situations de discrimination ont en revanche augmenté tandis que pour une large majorité, elles n'ont pas évolué (i.e. elles n'ont pas empiré ni se sont améliorées).
- Par ailleurs, environ un participant·e sur deux est de l'avis que de manière générale les 65+ ont été traité·es de manière injuste au cours de V2.
- Tout comme lors de la 1^{ère} vague, une partie très importante des participant·es ont considéré que les médias véhiculaient une image négative des personnes âgées et que l'image des 65+ s'était détériorée auprès des autres générations au cours de V2.
- Il ressort de notre enquête que ce sont les femmes de 65 ans et plus qui témoignent avoir le plus subi des situations de discrimination. En effet, dans la vie de tous les jours les possibles obstacles rencontrés et les expériences vécues par les hommes âgés, les femmes âgées, les femmes âgées avec un parcours migratoire, etc. ne sont pas les

mêmes. Ces situations différenciées, et leurs vécus respectifs, renvoient aux concepts de discriminations multiples et d'intersectionnalité.

- De l'ensemble des volets de notre enquête et du point de vue des répondant·es ressortent encore le regard négatif porté par la société sur les personnes âgées, les incompréhensions entre générations ou encore les craintes pour les relations intergénérationnelles futures.

4.4 Intervenant·es et institutions

- Au cours de la pandémie, les personnes âgées se sont d'abord et largement reposées sur l'aide provenant de leurs enfants adultes (et parfois, de leurs petits-enfants). Ces dernières·ers ont apporté leur soutien, que ce soit occasionnellement ou de manière plus régulière en tant que proches aidant·es, voire en tant qu'enfants de proches aidant·es âgé·es.
- Les personnes âgées ont joué un rôle très important dans le réseau d'entre-aide en apportant leur soutien à des personnes dans le besoin (et pas uniquement d'autres seniors), tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de leur foyer, et en assumant parfois des tâches auxquelles iels n'étaient pas habitué·es.
- Si les services d'aide à domicile sont globalement positivement évalués par les personnes âgées et les proches aidant·es interviewé·es, iels regrettent néanmoins le déficit récurrent, voire l'absence de la dimension relationnelle dans le soin (en raison d'une rotation régulière du personnel dans les OSAD, mais aussi d'un temps de visite des infirmières·ers trop court) ainsi que l'irrégularité des horaires de visite du personnel des OSAD qui empêche les personnes âgées (et leurs proches aidant·es) d'organiser et planifier leur emploi du temps.
- Alors que le fait de ne pas faire appel aux OSAD s'explique par le caractère trop onéreux du service, mais aussi par choix de ne pas dépendre d'autrui, les personnes âgées interviewées formulent néanmoins des besoins en termes :
 - d'atténuer le sentiment de solitude (et de compagnie)
 - de pouvoir se déplacer en dehors de son domicile
 - de pouvoir compter sur une aide financière lorsqu'il est difficile de « joindre les deux bouts » à la fin du mois
 - de soutien dans les démarches administratives et dans l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication
 - de sécurité
- Du côté des proches aidant·es (qui peuvent aussi être des personnes âgées elles-mêmes), les besoins exprimés concernent avant tout la possibilité de pouvoir interrompre quelques instants le travail de soin au quotidien (via des possibilités de garde de nuit, d'accueil temporaire de jour, ou de courts séjours en institutions), afin de pouvoir se reposer et « soigner » la relation de soin dans laquelle ils/elles sont impliqué·es. Les solutions existantes sont, dans cette optique, jugées trop onéreuses, difficiles à trouver ou peu adaptées à la situation particulière de la personne âgée dépendante.

4.5 Pistes d'action et recommandations

Dans cette dernière section nous proposons des pistes d'action et des recommandations qui visent à favoriser toujours plus le bien-être et la participation sociale des 65+, mais pas seulement. Ces recommandations émergent et s'inspirent directement des différentes données récoltées au fil des divers volets de l'étude ainsi que des réflexions et des analyses plus transversales réalisées par l'équipe de recherche tout au long de la démarche de recherche.

De manière plus précise, ces pistes et recommandations concernent les thématiques évoquées dans les sections précédentes (4.1–4.4) : bien-être et santé physique et mentale (BS) ; administration et finances (AF) ; inégalités et discrimination(s) (ID) ; intervenant·es et institutions (II).

Piste 1

Recenser (notamment chez les organisations actives auprès des personnes âgées), **documenter, faire connaître, s'inspirer, généraliser et/ou pérenniser les interventions / solutions / initiatives** (formelles ou informelles) qui ont émergé tout au long de la crise socio-sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 et qui ont répondu, souvent de manière originale et créative, à des besoins de la population des 65+.

Par exemple, afin de capitaliser (sur) l'expérience collective liée au COVID-19 et rendre accessibles les nombreux enseignements et documents produits pendant la crise et sur elle (lignes directrices, sites internet, communications écrites, recherches scientifiques, etc.), la réalisation d'une **brochure** ou d'une **plateforme en ligne** pourrait être imaginée. Celle-ci pourrait regrouper l'ensemble de ces informations et pratiques, notamment utiles pour les autorités, les associations et organisations ainsi que les professionnel·les actifs·ves auprès des 65+. Elle pourrait ainsi concerner les mesures d'hygiène, les interventions auprès des bénéficiaires, la gestion des horaires, l'organisation du travail d'équipe à distance, le soutien moral et logistique aux bénéficiaires et aux employé·es ainsi que les adresses utiles. Cette ressource collective en ligne pourrait fonctionner sur le principe d'un « wiki » en « open source », permettant à l'ensemble des acteurs et actrices intéressé·es d'y contribuer en partageant leurs outils et expériences.

Thématique(s) :  

Piste 2

Porter une **attention encore plus importante aux situations critiques en temps de crise** et aux **personnes les plus isolées et fragiles**. Pour cela, il semble pertinent de s'appuyer davantage sur les réseaux professionnels (aide et soins à domicile, etc.), mais aussi sur les réseaux informels (surtout dans les villages ou en zones rurales), afin de détecter les cas à risque.

Dans cette optique, des visites systématiques et préventives auprès des 65+ pourraient s'avérer utiles (notamment en s'appuyant, lorsque cela est possible, sur des structures déjà existantes, type maisons de quartier ou sur les professionnel·les du travail social hors murs). En outre, et sur un plan plus « systémique », être particulièrement vigilant·es aux situations

fragiles suppose de se doter d'un outil de monitoring continu en temps « normal » (c'est-à-dire hors crise) afin de connaître et d'identifier les situations déjà critiques et pouvoir ainsi intervenir de manière plus rapide et ciblée si une nouvelle crise devait se présenter.

Thématique(s) :   

Piste 3

Favoriser la **mobilité des personnes âgées**, ce qui suppose d'identifier et éliminer les obstacles à cette mobilité (donc de réaliser des diagnostics en amont) et de permettre l'accès aux transports et aux lieux publics et privés (p.ex., magasins, musées, etc.).

Ces actions en faveur de la mobilité des personnes âgées pourraient également s'inscrire plus largement dans un volet « mobilité » d'une stratégie d'**inclusion numérique** qui serait à développer à différentes échelles territoriales. De telles actions (qui pourraient être portées par des « relais de proximité » formés - ou à former - tels que les proches ou les services d'aide et de soins à domicile et s'inscriraient dans le déploiement plus large d'une « médiation numérique » visant notamment à identifier les publics les plus en difficulté, à les orienter vers des lieux adaptés et à les accompagner vers plus d'autonomie) favoriseraient enfin la participation sociale des 65+, mais aussi leur recours aux prestations sociales et médicales, contribuant ainsi à améliorer leur santé physique et psychique (en luttant notamment contre l'isolement, la dépression ou l'inactivité physique).

Thématique(s) :  

Piste 4

Le renforcement de la participation sociale des 65+ pourrait enfin passer par le **développement de (nouvelles) figures professionnelles** (telles que les concierges sociaux ou les travailleurs sociaux hors murs ou « à domicile », mais aussi sur les réseaux sociaux) qui auraient la tâche d'« aller vers » ou qui pourraient aller au-devant des personnes âgées, dans l'optique notamment de lutter contre l'isolement de ces dernières, mais aussi de fournir des informations vérifiées (afin de lutter contre les « fake news », la désinformation mais aussi les phénomènes d'intolérance).

Thématique(s) :  

Piste 5

En cas de nouvelle crise, il conviendrait de **diversifier les canaux de communication** pour transmettre les informations, communications, consignes en pensant notamment aux personnes n'ayant pas d'appareils et/ou de compétences numériques, ainsi que toutes celles qui sont allophones et/ou qui ne maîtrisent pas (bien) l'une des langues officielles du pays.

A cette fin, il s'agira de formuler, et de diffuser, des **consignes** les plus claires et les moins contradictoires possibles, en adaptant notamment les supports de communication (usages

de pictogrammes, choix des couleurs, type et taille des polices, etc.). La langage simplifié est également un élément important à retenir dans cette optique. Il s'agira encore, notamment en matière de communication numérique, de développer des interfaces dont l'ergonomie tient compte des besoins et compétences réels des publics-cibles (et notamment des personnes âgées), en incluant ces derniers dans la conception (et l'évolution) des outils et procédures numériques.

Thématique(s) :  

Piste 6

Améliorer la communication et l'accès aux informations relatives aux services, prestations, et aides à destination des personnes âgées et des proches aidant·es, en portant une attention particulière aux personnes disposant de peu (ou pas) de ressources (y compris dans l'entourage proche), ayant moins l'habitude et la capacité à rechercher de l'information ou provenant d'autres contextes culturels et de fonctionnement (en considérant également la barrière que peut représenter la langue).

Développer dans cette optique des « guichets à domicile » ou « guichets itinérants », par exemple au moyen de bus, afin d'aller physiquement vers les personnes âgées (en priorité celles habitant hors des centres urbains et en zones rurales ou de montagne) et leur apporter une aide en lien avec les démarches administratives. De telles stratégies favoriseraient l'accessibilité des droits et prestations et réduiraient donc les phénomènes de non-recours.

Thématique(s) :  

Piste 7

Afin de favoriser la construction et la poursuite dans le temps d'un **lien de confiance** réciproque et d'une meilleure **compréhension de l'état de santé et des besoins** des personnes âgées et de leurs proches aidant·es de la part des professionnel·les des OSAD, il conviendrait de stabiliser les horaires de visite afin de permettre aux premiers·ères d'organiser leur emploi du temps et de structurer de manière anticipée leurs journées. Dans la mesure où certaines OSAD organisent délibérément une rotation des professionnel·les qui visitent les personnes âgées afin d'éviter les problèmes en cas de changement de personne, il conviendra d'intégrer cette nécessité à la recherche d'une solution satisfaisant au mieux ces logiques et besoins différents, voire contradictoires.

Thématique(s) : 

Piste 8

La **prévention** et la **lutte contre les phénomènes de discrimination liés à l'âge** (i.e., l'âgisme) devraient être renforcées au travers de leviers multiples et complémentaires, tels que : (a) la formation (des personnes âgées, des proches aidant·es, mais aussi des professionnel·les des OSAD, de la santé et des travailleuses sociales notamment), (b) le développement de projets intergénérationnels (y compris dans les organisations de travail), (c) la réglementation/législation anti-discriminatoire (qui intègre les moyens d'un contrôle de son application effective), (d) des campagnes de sensibilisation (à destination des « producteurs·trices » – souvent inconscient·es – d'actes discriminatoires liés à l'âge mais aussi des victimes ou potentielles victimes d'âgisme). Par rapport à ce dernier point, la capacité de ces campagnes à mettre en évidence non seulement les discriminations explicites mais aussi celles implicites, et qui sont les formes les plus fréquentes d'âgisme dans notre pays, favoriserait une plus grande efficacité de ces démarches.

Thématique(s) :  

5. Message final

Ce projet de recherche, qui s'est articulé autour des deux premières vagues de la crise socio-sanitaire liée au COVID-19, a confirmé la grande diversité tant interindividuelle (donc entre les diverses personnes de 65 ans et plus) qu'intraindividuelle (à savoir, entre les divers domaines de vie et à différents moments chez une même personne) au sein de la population dite âgée. A l'heure actuelle, il est donc impensable d'approcher cette partie de la population comme étant un seul grand groupe homogène et il est nécessaire de considérer les très nombreuses réalités qui se manifestent et qui varient en fonction du domaine concerné, qu'il s'agisse par exemple de la santé physique, des relations avec les proches, de la participation sociale, du bien-être psychologique ou encore des conditions de vie et financières. La prise en compte de cette diversité implique la capacité et la nécessité d'adapter les outils et les interventions, ainsi que les canaux de communication afin d'atteindre et de soutenir le plus efficacement possible la plus large partie de la population âgée. De plus, en gardant à l'esprit qu'il s'agit de réalités dynamiques, il est important de maintenir (ou de mettre en place, lorsque cela n'est pas le cas) un monitoring continu pour détecter le plus rapidement possible les cas les plus fragiles et à risque. Bien évidemment, une telle hétérogénéité au sein des personnes de 65 ans et plus n'est pas simplement le résultat de la crise liée au COVID-19. Cependant, en tant qu'événement que l'on peut certainement classer comme historique, cette crise socio-sanitaire a fortement influencé toute une série de changements, tant au niveau de leur ampleur que de leur vitesse d'apparition, ou d'aggravation. Autrement dit, de nombreux changements ont été encore plus profonds et sont survenus plus rapidement à cause de la crise.

Il est finalement essentiel de souligner qu'un nombre important de personnes âgées n'ont pas subi passivement la crise et ont montré une capacité à s'adapter et -au moins en partie- à tirer profit d'une situation unique et qui a duré bien au-delà des prévisions initiales pour, par exemple, apprendre à utiliser de nouveaux moyens de communication, entreprendre (ou reprendre) de nouvelles activités et loisirs ou adopter un fonctionnement quotidien différent et plus proche de leur idéal de vie. Par ailleurs, les 65+ ont joué un rôle central dans le réseau d'entraide tant formel qu'informel tout au long de la pandémie. Enfin, nos résultats soutiennent la nécessité de considérer à la fois la dimension sanitaire (qui, bien évidemment, reste primordiale) mais aussi sociale d'une telle crise, ainsi que leur influence réciproque. La prise en compte de cette double-dimension est particulièrement importante lorsqu'on se retrouve, comme dans le cas de la pandémie du COVID-19, dans une situation qui se prolonge et se caractérise par une forte incertitude.

Liste bibliographique

- Clarke, V., & Braun, V. (2018). Using thematic analysis in counselling and psychotherapy research: A critical reflection. *Counselling and Psychotherapy Research*, 18, 107–110. <https://doi.org/10.1002/capr.12165>
- Dykstra, P. A., & Fokkema, T. (2011). Relationships between parents and their adult children: A West European typology of late-life families. *Ageing & Society*, 31, 545–569. <https://doi.org/10.1017/S0144686X10001108>
- Guest, G., MacQueen, K. M., & Namey, E. E. (2011). *Applied thematic analysis*. Los Angeles (CA): SAGE Publications.
- Howell, D. C. (2008). *Méthodes statistiques en sciences humaines* (2^{ème} éd.). Paris, France: DeBoeck Université.
- Kooijman, C., Bättig, E. (2019). *Complément aux manuels interRAI*. Aide et soins à domicile Suisse (ASD) (pp. 23–63).
- Maggiori, C., & Dif-Pradalier, M. (2020). *Rapport scientifique « Les 65 ans et plus au cœur de la crise COVID-19 » (rapport général)*. Fribourg, Suisse : Haute école de travail social Fribourg.
- Thornberg, R., & Charmaz, K. (2014). Grounded theory and theoretical coding. In U. Flick (Ed.) *The SAGE handbook of qualitative data analysis* (pp. 153–169). London (UK): SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781446282243>
- Office fédéral de statistique (OFS) (2022). *COVID-19 Suisse*. Informations sur la situation actuelle. Récupéré depuis : <https://www.covid19.admin.ch/fr/overview>
- Office fédéral de santé publique (OFSP) (2020). *Nouveau coronavirus : situation en Suisse*. Récupéré depuis : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/situation-schweiz-und-international.html>