

# Rapport scientifique « Les 65 ans et plus au cœur de la crise COVID-19 » (rapport général)

Professeur Christian Maggiori

Professeur Maël Dif-Pradalier

HES-SO – Haute école de travail social – Fribourg

Fribourg, Octobre 2020



## Remerciements

L'équipe de recherche et la HETS-FR remercient chaleureusement les différentes personnes, organisations, associations et autorités politiques qui ont contribué à la diffusion du questionnaire auprès de leurs membres et dans leurs réseaux respectifs. Nous tenons également à remercier tou-te-s les participant-e-s pour le temps qu'ils et elles ont bien voulu consacrer à remplir notre questionnaire et pour avoir partagé avec nous leurs expériences en une période si difficile. Enfin, nous voulons remercier le service de la communication et le secrétariat de la HETS-FR (et particulièrement Nelly Plaschy-Gay et Aude Ferreri-Verillotte) pour toute l'aide apportée aux différentes étapes de la réalisation de l'étude.

## Table des matières

Résumé.....	v
<b>1. Contexte et objectifs de l'étude .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Caractéristiques de l'étude et considérations méthodologiques .....</b>	<b>2</b>
2.1 Design de l'étude .....	2
2.2 Le questionnaire .....	2
2.3 Description des analyses statistiques réalisées.....	3
<b>3. Principaux résultats de l'étude .....</b>	<b>4</b>
3.1 Caractéristiques de l'échantillon .....	4
3.2 Données descriptives .....	5
3.2.1 <i>Contacts et fonctionnement au quotidien pendant la crise .....</i>	<i>5</i>
3.2.2 <i>Image des 65+ et relations intergénérationnelles .....</i>	<i>8</i>
3.2.3 <i>Impact de la crise sur le bien-être et la qualité de vie des 65+ .....</i>	<i>9</i>
3.2.4 <i>Mesures de la part des autorités .....</i>	<i>11</i>
3.3 ANOVA – Comparaison entre diverses situations et moments .....	12
3.3.1 <i>Comparaison selon les caractéristiques des participant-e-s .....</i>	<i>12</i>
3.3.2 <i>Des variations avant et après le déconfinement ? .....</i>	<i>14</i>
3.4 Régressions – Prédiction de l'impact.....	14
3.4.1 <i>Sentiment d'être un poids pour la famille.....</i>	<i>15</i>
3.4.2 <i>Impact sur le moral .....</i>	<i>15</i>
3.4.3 <i>Sentiment d'avoir été traité injustement.....</i>	<i>15</i>
3.4.4 <i>Changement du sentiment de solitude au cours de la crise.....</i>	<i>16</i>
<b>4. Considérations finales.....</b>	<b>16</b>

## Liste des graphiques

Graphique 1. Évolution de la fréquence des contacts avec la famille et les ami-e-s au cours de la crise.....	5
Graphique 2. La crise comme occasion de contacts nouveaux ou renoués.....	6
Graphique 3. Les besoins d'aide au cours de la crise.....	7
Graphique 4. Les sources d'information utilisées durant la crise COVID-19.....	7
Graphique 5. La perception de l'image des 65+ dans les médias et auprès des plus jeunes au cours de la crise.....	8
Graphique 6. L'impact de la crise sur son propre moral.....	10
Graphique 7. L'évolution du sentiment de solitude depuis le début de la crise.....	10
Graphique 8. Crainte pour sa propre santé et celle des proches au cours de la crise.....	11
Graphique 9. Crainte de ne pas être soigné-e (soi-même ou ses proches) pour la donner la priorité à des personnes plus jeunes.....	11

## Liste des principaux symboles et abréviations

$\beta$  = Beta standardisé

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

E.S. = Taille d'effet

N = Taille d'un échantillon

n = Taille d'un sous-groupe spécifique

$\eta^2_p$  = Partial eta-squared (mesure de la taille d'effet)

VD = Variable dépendante

VI = Variable indépendante

## Résumé

- Entre le 17 avril et le 3 juin 2020, la HETS-FR a lancé un questionnaire pour sonder le vécu des personnes de 65 et plus pendant la crise socio-sanitaire liée au COVID-19. **5'085 personnes** (dont le 2.5% hors de Suisse romande) ont complété ce questionnaire.
- Caractéristiques principales des répondant-e-s :
  - âgé-e-s de 65 à 98 ans (moyenne d'âge = 72.55 ; écart-type = 5.45)
  - 60.6% de femmes
  - 59.2% sont en couple et 34.9% habitent seul-e-s
  - 32.2% ont une formation obligatoire
  - 10.4% encore professionnellement actifs-actives
  - 15.2% ont des difficultés à « joindre les deux bouts » à la fin du mois
  - 83.4% se disent en (très) bonne santé

### Trois constats principaux se dégagent de l'analyse descriptive des réponses :

- **La crise a eu un impact négatif sur le bien-être et le fonctionnement au quotidien des 65+**
  - Plus d'1 sur 3 indique que la crise a eu un impact (très) négatif sur leur moral ;
  - Plus d'1 sur 4 témoigne d'un sentiment de solitude accru depuis le début de la crise.
- **Des 65+ aidant-e-s et actifs-ives et pas seulement aidé-e-s**
  - Des 65+ aidant-e-s : 1 personne sur 5 a apporté du soutien à d'autres ne vivant pas dans le ménage et 1 sur 5 a dû assumer de nouvelles tâches à la maison auparavant assurées par quelqu'un d'extérieur au foyer ;
  - Des 65+ actifs-ives (I) : La crise a augmenté les contacts avec la famille et les ami-e-s pour plus d'1 sur 2 mais les a diminués pour plus d'1 sur 4 ;
  - Des 65+ actifs-ives (II) : 2 sur 5 ont découvert de nouveaux moyens de rester en contact (virtuel ou physique) avec leurs proches ;
  - Des 65+ aidé-e-s : besoins d'aide pour faire les courses (55%), pour aller en pharmacie (26%) et pour obtenir des informations sur le COVID-19 (18%) et une aide avant tout apportée par les enfants (40%) puis les partenaires (25%) et les voisin-e-s (20%).
- **La crise a révélé un regard négatif envers les 65+ et attisé des tensions intergénérationnelles**
  - 3 sur 5 estiment que les médias ont véhiculé une image négative, voire très négative, des 65+ pendant la crise ;
  - 1 sur 4 déclarent avoir été victime de traitements injustes du fait de leur âge ;
  - 3 sur 4 pensent que l'opinion des 65+ a été peu ou pas du tout entendue par les autorités pendant la crise sanitaire.

### Enfin, des analyses plus approfondies ont mis en évidence que la crise :

- N'a pas eu le même impact sur tous les 65+ ;
- Les plus âgé-e-s ne sont pas systématiquement les plus touché-e-s ;
- Semble avoir fragilisé ultérieurement des situations déjà à risque ou précaires.



## 1. Contexte et objectifs de l'étude

En novembre 2019, une nouvelle forme de coronavirus (le COVID-19) apparaît dans la province chinoise du Hubei et se propage rapidement dans les différentes régions du monde. A la lumière du nombre de personnes touchées, de la rapidité de propagation et de la sévérité de la maladie, le 11 mars 2020 l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qualifie le COVID-19 de pandémie (Cuccinotta & Vanelli, 2020). Dans notre pays, le premier cas de COVID-19 a été officiellement diagnostiqué le 25 février 2020 et le 16 mars, le Conseil fédéral déclarait l'état de « situation extraordinaire » au sens de la Loi sur les épidémies (Conseil fédéral, 2020). Entre ces deux dates, le nombre de cas détectés en Suisse a rapidement augmenté : le 16 mars, 3'773 cas étaient recensés, dont 1'064 nouveaux cas enregistrés ce même jour. La situation extraordinaire annoncée par le Conseil fédéral prévoyait toute une série de mesures visant à limiter la propagation du virus et les personnes de *65 ans et plus* (« 65+ » dans la suite du document), comme celles souffrant déjà d'une maladie, sont alors indiquées comme les populations le plus à risque et sont priées de rester chez elles le plus possible. La protection des 65+ est ainsi considérée comme une des priorités dans les différentes stratégies de la Confédération et des cantons. Cette priorité est également régulièrement répétée dans les médias qui, de leur côté, n'hésitent pas à bien distinguer – et ainsi à opposer – les 65+ au reste de la population. Si les 65+ se sont retrouvés au centre de l'attention politique et médiatique au cours des derniers mois, leur « voix » a cependant été trop souvent (et trop longtemps) absente des discussions et des débats publics durant cette même période.

« **Leur donner la parole** ». Sur la base de ces constats, la HETS-FR a décidé de réaliser une étude en ligne auprès des personnes âgées de 65+ vivant à leur domicile et dont la récolte des données s'est déroulée du 17 avril au 3 juin 2020. Cette étude avait un double objectif :

- (i) Mieux comprendre le vécu, les attentes et les craintes des 65+ pendant la crise socio-sanitaire ;
- (ii) Rendre compte et plus visible la situation des 65+ dans le cadre de la crise liée au COVID-19. Mettre les résultats obtenus à la disposition des communes et des cantons, des associations et des organisations travaillant auprès des personnes âgées, sans oublier les médias.

Il est enfin important de souligner que l'étude a été réalisée dans un contexte qui a rapidement évolué. Suite au pic de la crise au mois de mars et à la progressive diminution du nombre de nouveaux cas, d'hospitalisations et de décès (OFSP, 2020a), des mesures de déconfinement ont été progressivement mises en place à partir du 27 avril. Certaines activités commerciales ont alors pu reprendre, par exemple les coiffeurs et les magasins non alimentaires. Le 11 mai, les écoles obligatoires ont réouvert leurs portes aux élèves. Enfin, le 19 juin, la « situation extraordinaire » a été officiellement levée par le Conseil fédéral (OFSP, 2020b).

## 2. Caractéristiques de l'étude et considérations méthodologiques

### 2.1 Design de l'étude

L'étude propose un design transversal avec un questionnaire d'auto-évaluation en ligne<sup>1</sup> que les participant-e-s pouvaient remplir en français à l'adresse [enquete-covid@hefr.ch](mailto:enquete-covid@hefr.ch). Le questionnaire a été développé avec le programme LimeSurvey et est abrité sur les serveurs sécurisés de la HES-SO//Fribourg. La récolte des données s'est déroulée du 17 avril au 3 juin 2020, soit durant la période de confinement mais aussi après que les premières mesures de déconfinement avaient été annoncées. Le questionnaire était adressé à toute personne présentant les caractéristiques suivantes : (i) être âgée de 65 ans ou plus ; (ii) avoir un niveau suffisant de compréhension du français écrit pour pouvoir compléter le questionnaire ; (iii) habiter en Suisse au moment de la crise.

L'invitation à répondre au questionnaire a été diffusée dans certains médias romands d'information et repris par des associations et organisations œuvrant auprès des personnes âgées-e-s en Suisse romande ainsi que par différentes autorités cantonales et communales. Le questionnaire était public et ouvert également à des répondant-e-s vivant dans des cantons non francophones. Les étudiant-e-s des quatre écoles de la HES-SO//Fribourg ont en outre été sollicité-e-s pour partager l'invitation à répondre à l'étude avec les 65+ de leur entourage. Pour favoriser la participation au questionnaire, la méthode dite « en boule de neige » a été également appliquée. En effet, chaque participant-e contacté-e a été convié-e à transmettre l'invitation à répondre à l'étude à d'autres personnes remplissant les critères pour y participer. Le message d'invitation que nous avons préparé et qui était envoyé par courriel comprenait un bref descriptif de notre démarche, le lien pour accéder au questionnaire en ligne ainsi que le numéro de téléphone de notre hotline gratuite (disponible 3 demi-journées par semaine) et une adresse courriel pour nous contacter en cas de problèmes ou pour toute question éventuelle. La participation à l'étude était volontaire et les participant-e-s n'ont reçu aucune compensation financière.

### 2.2 Le questionnaire

Le questionnaire se compose de 67 questions réparties en 7 sections thématiques :

- (1) *Contacts avec les ami-e-s et la famille* (p.ex. : fréquence des contacts avec la famille et les ami-e-s ; changement dans la fréquence des contacts depuis le début de la crise)
- (2) *Contacts et échanges - Situations d'aide* (p.ex. : aide nécessaire pour faire les courses ou pour aller chez le médecin ; perte de services d'aide à cause de la crise)
- (3) *Vécu personnel et regard social* (p.ex. : changement de l'image des 65+ auprès des plus jeunes ; image des 65+ véhiculée par les médias ; Être traité-e de manière injuste à cause de l'âge pendant la crise)

---

<sup>1</sup> Sur demande, une version papier était envoyée à l'adresse indiquée par la personne ne souhaitant ou ne pouvant pas remplir le questionnaire en ligne.



- (4) *Réactions au COVID-19 au niveau des institutions* (p.ex. : adéquation des mesures prises par les cantons pour aider les 65+ ; moyens d'informations pour les questions en lien avec le COVID-19 ; Adéquation de la limite d'âge de 65 ans)
- (5) *Réactions au COVID-19 au niveau personnel* (p.ex. : impact de la crise sur le moral ; craintes pour sa propre santé et pour celle des proches)
- (6) *Bien-être et qualité de vie* (p.ex. : santé auto-évaluée et qualité de vie perçue ; sentiment de solitude depuis le début de la crise ; sentiment d'être un poids pour les proches)
- (7) *Informations relatives au/à la participant-e* (p.ex. : sexe ; état civil ; niveau de formation ; canton d'habitation ; situation résidentielle).

Les questions demandaient soit de choisir une des options de réponse proposées (choix multiples ou échelle de Likert) soit d'écrire la réponse. Le questionnaire demandait environ 30 minutes pour être complété.

La récolte des données par questionnaire en ligne comporte bien évidemment une série de possibles biais, parmi lesquels notamment le fait d'exclure de cette étude les personnes plus fragiles et les moins connectées. Il n'est donc pas possible de généraliser les résultats de ce rapport à l'ensemble des personnes de 65+ vivant en Suisse romande. Cependant, à travers toute une série de questions proposées dans le questionnaire, nous avons pu déterminer certaines des principales caractéristiques des participant-e-s (par exemple, en termes de canton de résidence, de sexe, d'âge, de niveau de formation et de conditions de vie) et ainsi préciser les contours de la population des répondant-e-s. De plus, compte tenu de l'aspect extraordinaire de la crise socio-sanitaire liée au COVID-19 et de son imprévisibilité intrinsèque, nous avons décidé de privilégier une récolte de données la plus rapide possible afin de saisir les expériences de la population concernée au plus près de la crise. Ce choix a également permis de renseigner rapidement les partenaires de l'étude, les divers-es acteurs/actrices politiques et de terrain s'intéressant aux problématiques des personnes âgées ainsi que les médias. A ce propos, un communiqué de presse avec les premiers résultats de l'étude sur la base des 2'840 premier-ère-s participant-e-s a été publié le 27 avril 2020.

Le choix d'un questionnaire en ligne est enfin pragmatique et s'explique également par l'impossibilité, due aux mesures de confinement dictées par les autorités, de privilégier une récolte de données via des questionnaires papier. Cependant, à la demande de certain-e-s participant-e-s, des questionnaires papier ont été envoyés et 51 au total nous sont revenus dûment remplis.

## 2.3 Description des analyses statistiques réalisées

Pour les besoins de ce rapport, outre des statistiques descriptives, nous avons effectué une série de tests statistiques paramétriques. Plus précisément, les possibles divergences entre sous-groupes de participant-e-s ont été évaluées à l'aide d'*analyses de variance à un facteur* (ANOVA). Pour les facteurs (variables dépendantes, VD) avec trois ou plus modalités, les comparaisons post-hoc (ou a posteriori) ont été calculées à la fois avec le test de la plus petite différence significative de Fisher (LSD, « Last Significant Difference », idéale avec des expériences impliquant trois moyennes) (Howell, 1998) et avec le test de Bonferroni afin d'avoir une double confirmation des éventuelles différences statistiques. Des *régressions linéaires*

*hiérarchiques multiples* nous ont permis de déterminer la capacité de certaines variables indépendantes (VI) de prédire diverses variables dépendantes (VD). Les VI ont été ainsi intégrées dans le modèle en plusieurs étapes avec la méthode d'entrée simultanée (*Enter*). Dans les divers modèles calculés, nous avons introduit dans la première étape une série de variables, dites de contrôle, afin de pouvoir en considérer les possibles effets. Ces variables sont l'âge, le sexe, le fait d'avoir un partenaire ou pas, le niveau d'éducation, la situation financière et la santé autoévaluée.

En ce qui concerne le seuil général de significativité, nous avons retenu pour l'ensemble de nos tests statistiques la valeur de 5%, habituellement utilisée dans les sciences sociales (Fisher, 1925, cité par Howell, 1998). Cependant, en considérant la taille importante de l'échantillon analysé, et afin d'avoir une meilleure compréhension de l'importance des effets évalués (et donc de leur pouvoir explicatif), nous avons également calculé les tailles d'effet (effect sizes, E.S.) à travers la mesure du *éta-carré partiel* (*partial eta-squared*,  $\eta^2_p$ ).

L'ensemble des analyses statistiques présentées dans ce travail ont été effectuées à l'aide des programmes statistiques IBM SPSS 26.0 (IBM, 2019, version 26.0 pour Windows).

### 3. Principaux résultats de l'étude

#### 3.1 Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon final analysé se compose de 5'085 personnes ayant complété le questionnaire entre le 17 avril et le 3 juin 2020<sup>2</sup>. Les participant-e-s sont âgé-e-s de 65 à 98 ans ( $M_{\text{age}} = 72.55$  ; E.T. = 5.45) et les femmes représentent 60.6% de l'échantillon analysé. 59.2% des participant-e-s sont marié-e-s, 34.9% habitent seul-e-s et 10.4% sont encore professionnellement actifs-actives. En termes de niveau de formation, 32.2% des participant-e-s ont une formation de degré primaire et secondaire I (école obligatoire), 41% ont une formation de degré secondaire II (professionnel ou général) et les 26.8% restant sont diplômé-e-s du tertiaire. Enfin, 15.2% des participant-e-s disent avoir des difficultés à « joindre les deux bouts » à la fin du mois (assez ou beaucoup) et 36.6% craignent des répercussions négatives (un peu – beaucoup) de la crise socio-sanitaire sur leur situation économique. Par rapport à l'état de santé autoévalué de notre échantillon, 83.4% se disent en (très) bonne santé alors que 14.4% et 2.1% évaluent leur santé respectivement comme « normale » ou (très) mauvaise. A titre d'exemple, au niveau national, la part de la population des 65+ se disant en (très) bonne santé est de 66.2% (OFS, 2018a). Ainsi, en comparaison à ces données nationales moyennes, notre échantillon se caractérise donc par une plus forte proportion de personnes se déclarant en bonne ou très bonne santé.

Relativement au lieu de vie des participant-e-s, leur répartition par canton est la suivante : Fribourg = 12.0% ( $n = 612$ ) ; Genève = 14.2% ( $n = 720$ ) ; Jura = 1.3% ( $n = 66$ ) ; Neuchâtel = 18.4% ( $n = 936$ ) ; Valais = 8.1% ( $n = 411$ ) ; Vaud = 43.1% ( $n = 2'192$ ). Enfin, 2.5% ( $n = 127$ ) habitaient hors de la Suisse romande au moment de l'étude. La distribution

---

<sup>2</sup> En considérant que les participant-e-s n'ont pas systématiquement répondu à toutes les questions, les analyses et les résultats présentés dans ce rapport peuvent porter sur un nombre variable de participant-e-s.

géographique des participant-e-s n'est donc pas représentative de la répartition de la population en Suisse romande.

Enfin, il est intéressant de remarquer que 74.9% des participant-e-s nous ont donné leur accord pour être recontacté-e-s pour une éventuelle suite de l'étude à travers un nouveau questionnaire ( $n = 2'972$ ) ou un entretien téléphonique ( $n = 838$ ).

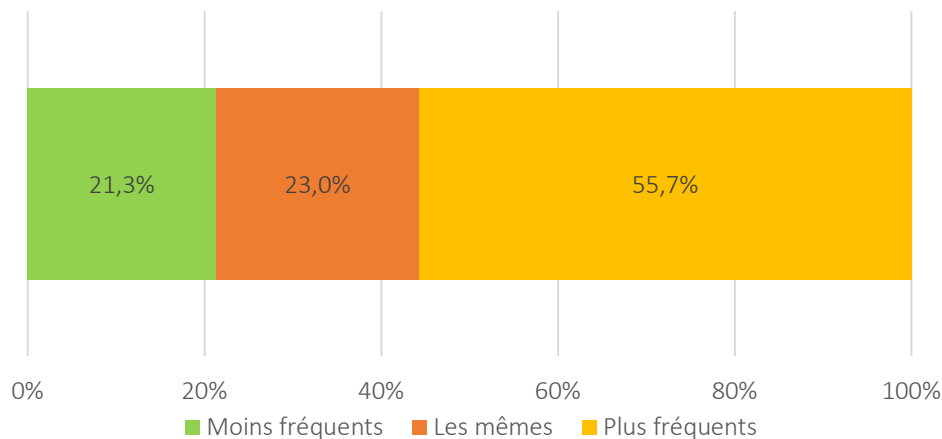
## 3.2 Données descriptives

Dans cette section du rapport, nous présentons un rapide descriptif des principales données récoltées dans le cadre de notre étude autour de trois grandes thématiques : contacts et fonctionnement au quotidien ; représentation des 65+ et relations intergénérationnelles ; impact de la crise sur le bien-être et la qualité de vie des 65+.

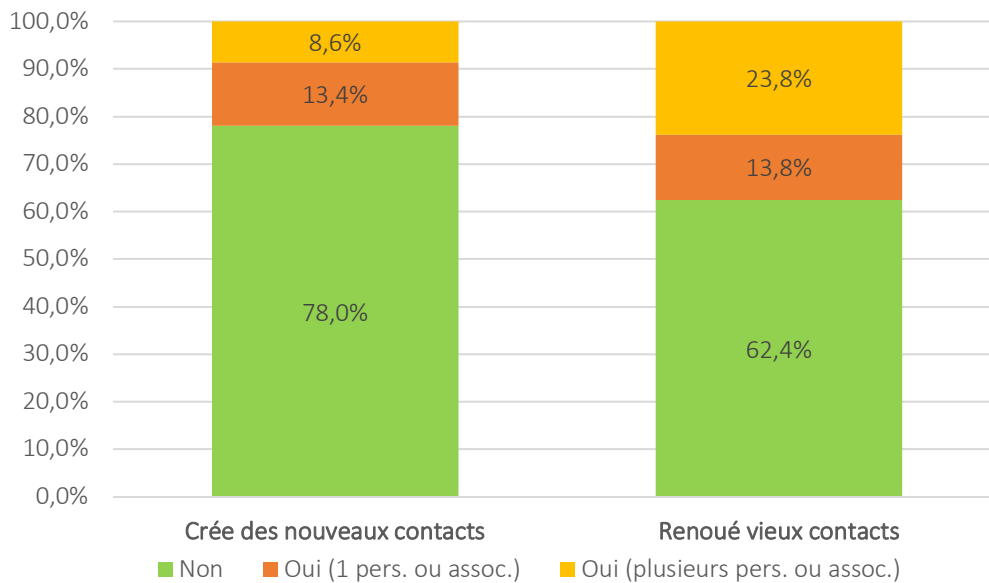
### 3.2.1 Contacts et fonctionnement au quotidien pendant la crise

Indépendamment de la crise, la plupart des participant-e-s à l'étude ont eu **des contacts qu'ils et elles qualifient de très fréquents** avec leur famille et leurs ami-e-s, que ce soit par des visies, des téléphones, des lettres, des SMS ou des courriels. De manière plus précise, 62.0% déclarent avoir des contacts quotidiens et 29.6% plusieurs contacts hebdomadaires.

**Graphique 1.** Évolution de la fréquence des contacts avec la famille et les ami-e-s au cours de la crise

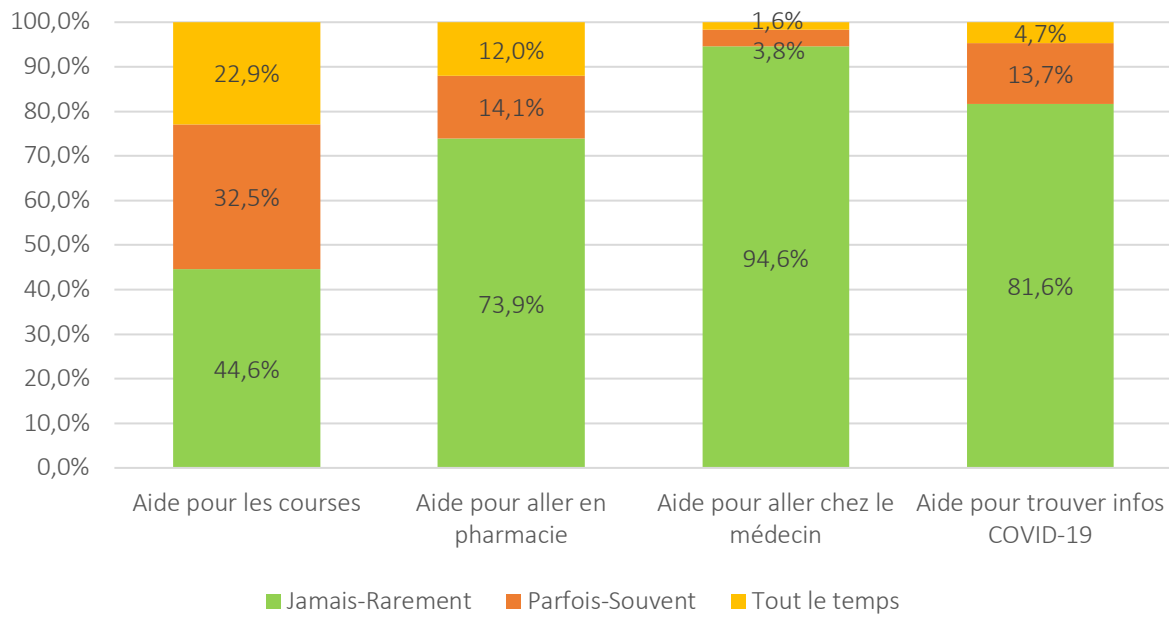
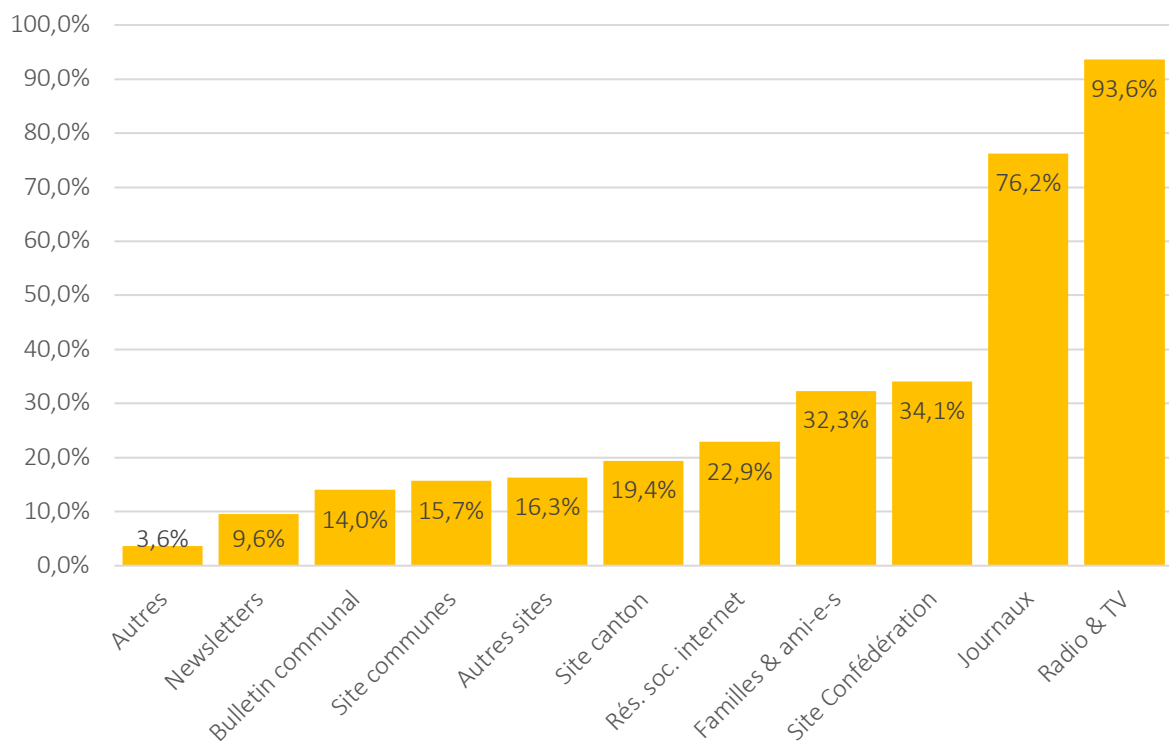


Si 55.7% des personnes dit que les contacts avec la famille et les ami-e-s sont devenus plus fréquents au cours de la crise COVID-19, il n'en reste pas moins que **21.3% des participant-e-s déclarent que ces échanges ont diminué** (v. Graphique 1). Par ailleurs, 22.0% des participant-e-s déclarent avoir créé de **nouveaux contacts** (avec des personnes ou associations) alors que 37.6% ont **renoué des contacts** avec des personnes « perdues de vue » (v. Graphique 2).

**Graphique 2.** La crise comme occasion de contacts nouveaux ou renouvelés

Pour 38.8% des personnes, la crise a été l'occasion **de découvrir de nouveaux moyens et de nouvelles manières de rester en contact** aussi bien virtuellement que physiquement avec les proches. Parmi les *nouveaux moyens* mentionnés par les participant-e-s on retrouve par exemple : des programmes pour des vidéo-conférences (p.ex., Skype, Teams, Google Meet ou Zoom) ou des appels vidéo (p.ex. FaceTime) ainsi que des applications pour smartphone pour envoyer des messages ou des images et photos (p.ex., WhatsApp). En ce qui concerne les *nouvelles manières de garder contact*, on retrouve par exemple : les e-apéro, les discussions d'un balcon à l'autre ou d'un jardin à l'autre, les apéritifs dans les jardins, mais en gardant une distance de deux mètres et lors desquels chacun amène le nécessaire pour lui-même, les appels téléphoniques aux voisin-e-s, les activités communes en vidéo-conférence (p.ex., couture, groupes de lecture) et des visites virtuelles de musées.

Sur le plan de l'**aide reçue** au cours de la crise (v. Graphique 3), plus de la moitié (55.4%) des personnes interrogées ont eu besoin d'aide (parfois – tout le temps) pour les courses, 26.1% pour aller à la pharmacie et 18.4% pour obtenir des informations sur le COVID-19 et les mesures et moyens disponibles. Cette aide est avant tout apportée par les enfants (pour 40.5% des participant-e-s), puis par les partenaires (24.9%) et les voisin-e-s (19.9%). Pour les personnes qui ont mentionné avoir besoin d'aide, 97.5% qualifient cette **aide de « suffisante »**. A noter encore que **35.9% des participant-e-s qui se sont exprimé-e-s déclarent ne pas avoir besoin d'aide particulière**.

**Graphique 3.** Les besoins d'aide au cours de la crise**Graphique 4.** Les sources d'information utilisées durant la crise COVID-19

Comme le montre le graphique 4, les **moyens** les plus utilisés par les personnes interrogées **pour se tenir informées** sur la situation et les actions et mesures en lien avec le

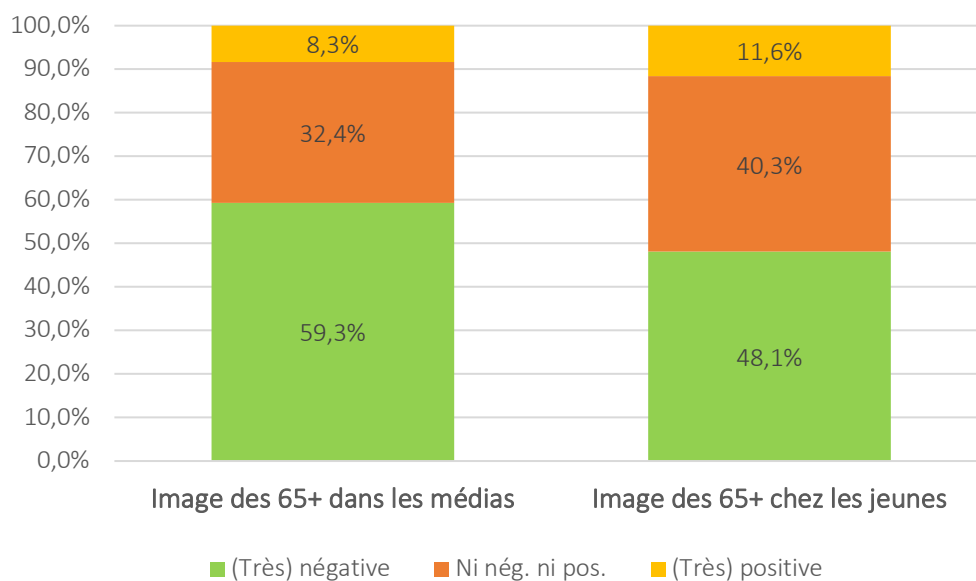
COVID-19 sont, dans l'ordre<sup>3</sup> : la radio et la télévision (93.6%), les journaux (76.2%), le site internet de la Confédération (34.1%) ainsi que la famille et les ami-e-s (32.3%). A noter encore que 22.9% des personnes déclarent s'être informées en recourant aux réseaux sociaux. Donc, si internet et les réseaux sociaux représentent des sources d'information importantes, les canaux traditionnels tels que la télévision, la radio et les journaux restent nettement privilégiés par les répondant-e-s.

Au cours de la crise COVID-19, les 65+ n'ont pas seulement reçu de l'aide mais ils et elles en ont bien évidemment aussi **apporté**. En effet, les données indiquent qu'environ une personne sur cinq (19.3%) a apporté du soutien à d'autres ne vivant pas dans le même ménage (parfois – très souvent), par exemple pour faire des courses ou accompagner chez le médecin. Par ailleurs, une personne sur cinq (20.4%) a, à cause de la crise et de ses restrictions, dû assumer (parfois – très souvent) de **nouvelles tâches à la maison**, comme prodiguer des soins à la personne ou préparer des repas. Autant d'activités jusqu'alors assurées par quelqu'un d'autre.

### 3.2.2 Image des 65+ et relations intergénérationnelles

Comme on peut le remarquer à travers le graphique 2, une partie importante des participant-e-s (59.3%) estime qu'au cours de la crise, les **médias** ont véhiculé une **image négative**, voire très négative, des 65+ (v. Graphique 5). Seul 8.3% pensent que l'image des 65+ dans les médias était (très) positive. De même, presque la moitié des enquêté-e-s (48.1%) pense qu'au cours de la crise liée au COVID-19, le **regard que les personnes plus jeunes portent sur les 65+** a changé de manière négative, voire très négative. Pour 40.3% des répondant-e-s, ce regard n'a cependant pas changé et pour 11.6%, il a changé de manière (très) positive.

**Graphique 5.** La perception de l'image des 65+ dans les médias et auprès des plus jeunes au cours de la crise



<sup>3</sup> A la question sur les moyens utilisés pour se tenir informé-e-s, les participant-e-s pouvaient indiquer plusieurs réponses.

En ce qui concerne les relations à autrui, 61.2% des participant-e-s indiquent **avoir été traité-e-s par les autres de manière différente** (un peu – beaucoup) à cause de leur âge pendant la crise alors qu'un quart d'entre eux-elles (25.6%) considère avoir été personnellement **traité de manière injuste** toujours en raison de leur âge. De même, selon 74.7% des participant-e-s, les **65+ ont été, de manière générale, victimes de traitements injustes** à cause de leur âge pendant cette même période. Par ailleurs, 30.2% craignent que la crise socio-sanitaire ait un impact (très) négatif sur les **relations intergénérationnelles**. A titre d'exemple, les participant-e-s évoquent spontanément plusieurs considérations/craintes/risques<sup>4</sup> : perception des senior-e-s comme une charge pour la société (et pas seulement en termes de coûts pour le système de santé) ou comme inutiles (car rien à apporter aux autres) ; image de plus en plus négative ; possibles discriminations ; perte des liens affectifs ; sentiment de déranger et de ne pas avoir le droit « d'être là » ; changements dans les relations avec le reste de la famille (et notamment avec les petits-enfants) ; crainte d'être pris comme « boucs émissaires » et de la rancune d'autrui. Il est également intéressant de souligner qu'à l'opposé, pour 25.2% des répondant-e-s, la crise impactera (très) positivement les relations entre les senior-e-s et les plus jeunes. Parmi les considérations proposées, on retrouve : plus d'attention au bien-être et aux besoins des senior-e-s ; renforcement ultérieur de l'entraide et de la solidarité entre les générations ; valorisation du rôle et des contributions des senior-e-s (notamment, en tant que grands-parents) ; plus de visibilité et prise de conscience de la (des) réalité(s) de vie des senior-e-s ; meilleure compréhension mutuelle entre les générations. Par rapport à ce dernier constat, il est important de souligner qu'une part importante des participant-e-s a souligné l'élan d'entraide et de solidarité au cours de la crise socio-sanitaire, tant formel (de la part des associations et des autorités) qu'informel (de la part des voisin-e-s, des ami-e-s ou des proches).

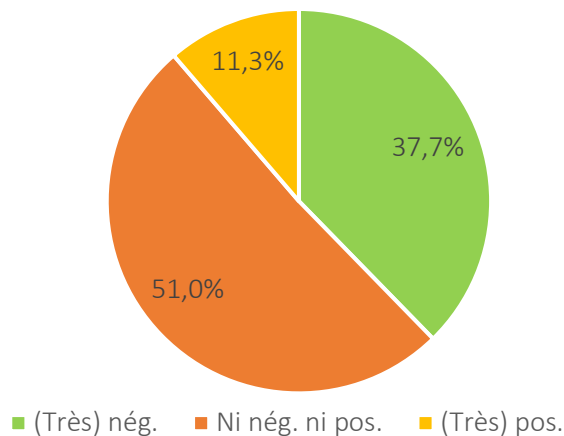
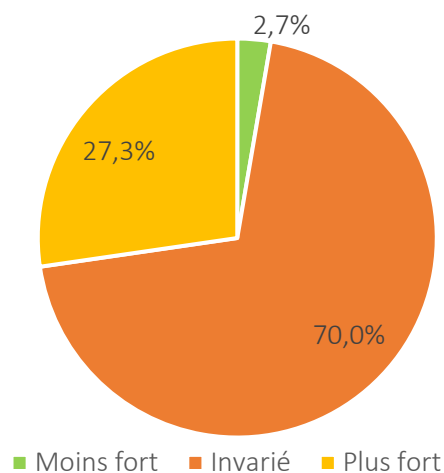
Enfin, environ les trois-quarts des personnes interrogées (74.9%) pensent que l'opinion **des 65+ a été peu ou pas du tout entendue** par les autorités compétentes au cours de la crise socio-sanitaire.

### 3.2.3 Impact de la crise sur le bien-être et la qualité de vie des 65+

Comme on pouvait s'y attendre, cette crise socio-sanitaire extraordinaire a eu un impact également sur le bien-être et la qualité de vie des 65+. En effet, 37.7% des personnes ayant répondu au questionnaire indiquent que la crise a eu un impact négatif, voire très négatif, sur leur **moral** (cf. Graphique 6). De plus, si de manière générale 34.9% d'entre elles expriment (parfois – très souvent) un **sentiment de solitude** (avant la crise), pour 27.3% des enquêté-e-s, ce **sentiment est devenu plus fort depuis le début de la crise** liée au COVID-19 (v. Graphique 7). Il faut également souligner que 10.1% et 12.9% des participant-e-s ont (parfois–très souvent) le sentiment d'avoir été un **poids** respectivement pour leur **famille** ou pour la **société** au cours de la pandémie.

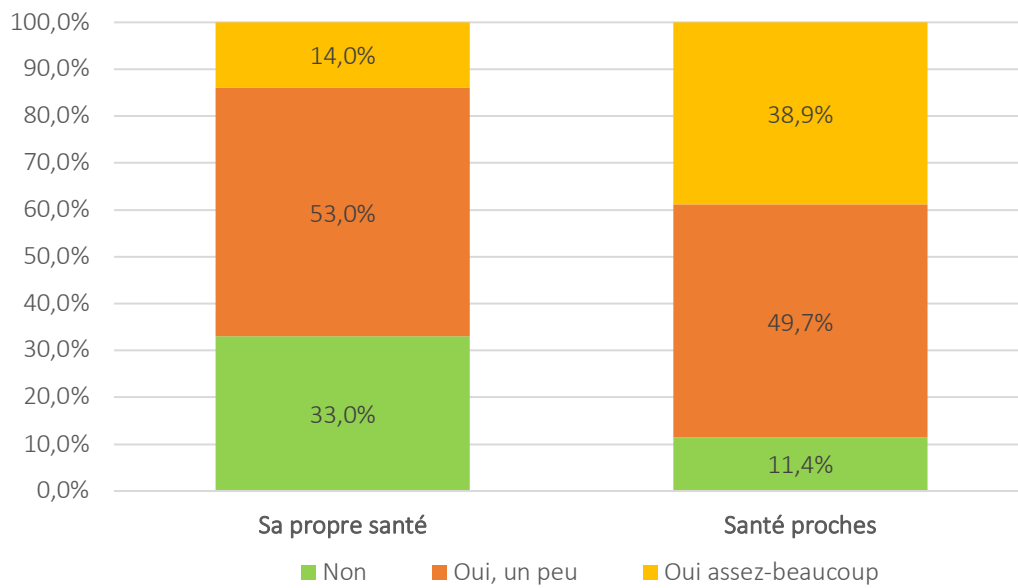
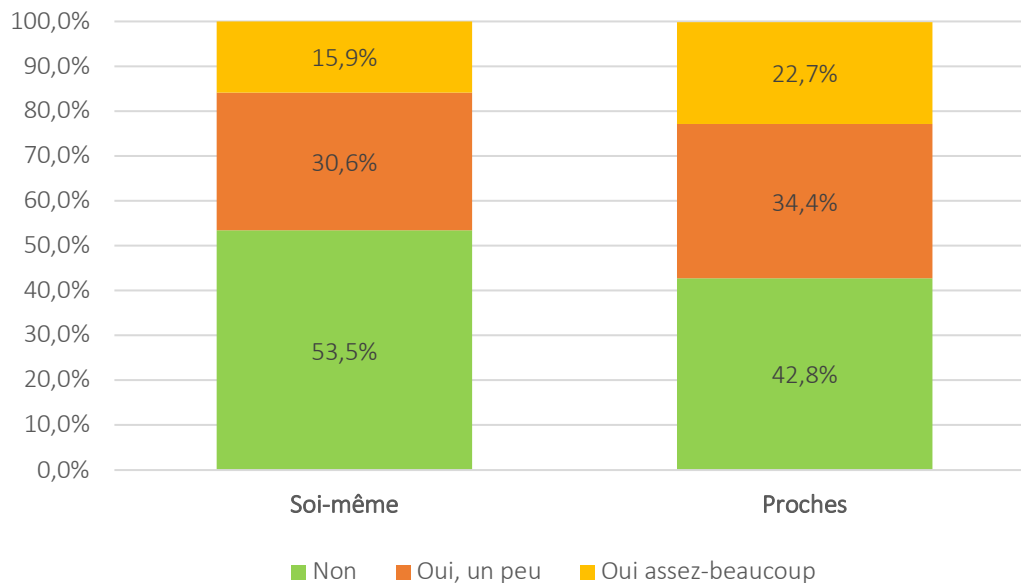
---

<sup>4</sup> Cette question comportait une réponse ouverte. En effet, les participant-e-s étaient invité-e-s à donner des exemples de possibles conséquences futures (positives et/ou négatives) de la crise socio-sanitaire sur les relations intergénérationnelles.

**Graphique 6.** L'impact de la crise sur son propre moral**Graphique 7.** L'évolution du sentiment de solitude depuis le début de la crise

Au niveau des **crain**tes exprimées en lien avec le COVID-19, 67.0% des participant-e-s mentionnent craindre (un peu – beaucoup) pour **leur propre santé** et 88.6% pour **celle de leurs proches** (v. Graphique 8). De même, 46.5% des personnes craignent (un peu – beaucoup) de **ne pas être soignées pour donner la priorité à quelqu'un de plus jeune**. Le taux monte à 67.2% relativement à la **crainte qu'un-e proche ne puisse être soigné-e en raison d'une même priorité accordée à une personne plus jeune** (v. Graphique 9). Enfin, le 58% a exprimé une certaine préoccupation (un peu – beaucoup) relative à la **disponibilité suffisante de moyens médicaux** (respirateurs et médicaments) pour traiter adéquatement tout le monde. 67.7% redoutent enfin que le **COVID-19 ne puisse être vaincu**.



**Graphique 8.** Crainte pour sa propre santé et celle des proches au cours de la crise**Graphique 9.** Crainte de ne pas être soigné-e-s (soi-même ou ses proches) pour donner la priorité à des personnes plus jeunes

### 3.2.4 Mesures de la part des autorités

Dans l'ensemble, une large majorité des participant-e-s à notre étude considère comme (largement) suffisantes tant les **mesures mises en place** par le Conseil fédéral pour limiter la propagation du COVID-19 (84.4%) que celles des communes et des cantons pour soutenir et protéger la population des 65+ au cours de la crise (81.5%). Par contre, il faut noter que seulement 19.0% des répondant-e-s considère pertinente la **limite d'âge de 65 ans** pour indiquer les personnes à risque (14.0% ne se sont pas exprimé-e-s). 67% la considérait donc

comme inadéquate. Parmi ces derniers-ères, une moitié était d’avis qu’il fallait élargir cette limite et donc considérer également parmi les individus à risque des personnes plus jeunes ; l’autre moitié étant favorable à ne prendre en considération que les personnes plus âgées (p.ex., les 75 ans et plus).

### 3.3 ANOVA – Comparaison entre diverses situations et moments

Dans le but d’approfondir les données descriptives présentées ci-dessus, nous avons effectué une série d’analyses de variance (ANOVA). Ce test permet, d’un point de vue statistique, d’évaluer de possibles différences entre les réponses en fonction des caractéristiques des participant-e-s (p.ex., l’âge ou le sexe) et de la phase de la crise (avant ou après la mise en place des premières mesures de déconfinement).

#### 3.3.1 Comparaison selon les caractéristiques des participant-e-s

**Groupes d’âge (65-69 ans ; 70-74 ans ; 75+)** – De manière cohérente avec la littérature actuelle portant sur les situations observées dans la vie « normale » (i.e., hors pandémie), nos résultats indiquent que plus l’âge augmente et plus la personne a nécessité de **l’aide au quotidien** au cours de la crise (65-69 < 70-74 < 75+). En effet, à l’exception de la différence entre les 65-69 ans et les 70-74 ans en lien avec les visites chez le médecin, les analyses ont mis en évidence des différences statistiquement significatives entre les trois groupes d’âge pour toutes les situations proposées (i.e., faire les courses, aller à la pharmacie, aller chez le médecin et trouver les infos en lien avec le COVID-19).

Le fait de devoir **assumer davantage de nouvelles tâches à la maison** (jusqu’alors prises en charge par d’autres personnes ou services) varie également entre les divers groupes d’âge. De manière plus précise, les groupes plus âgés ont dû assumer plus de nouvelles tâches à la maison (65-69 < 70-74 < 75+, toutes les différences sont significatives,  $p < .05$ ). A l’opposé, les plus jeunes ont davantage **aidé des personnes habitant sous un autre toit** durant la crise (65-69 > 70-74 > 75+, toutes les différences sont significatives,  $p < .05$ ).

Par rapport aux deux autres groupes d’âge, les 65-69 ans témoignent d’un impact négatif de la crise sur le **moral** plus important (65-69 > 70-74–75+, différences significatives,  $p < .05$ ) et ils et elles se disent davantage **préoccupé-e-s par la santé de leurs proches** (65-69 > 70-74 et 75+, différences significatives,  $p < .05$ ). Enfin, c’est le groupe le plus âgé qui a davantage ressenti le sentiment d’être un **poids** pour leur **famille** au cours de la crise socio-sanitaire (75+ > 65-69 et 70-74, différences significatives,  $p < .05$ ). Pour l’ensemble des différences statistiques entre les groupes d’âge, les tailles d’effets ( $\eta^2_p$ ) varient entre un effet négligeable et un effet moyen.

**Être en couple ou être seul-e** – Lors de la crise, les personnes seules ont fait part d’une **augmentation** des **contacts** avec la famille et les ami-e-s plus marquée que pour les personnes en couple. Au niveau de **l’aide reçue** pour les tâches de la vie quotidienne, la seule différence significative concerne les visites chez le **médecin**. De manière plus précise, les personnes seules ont eu davantage besoin d’aide. Si les personnes en couple indiquent être davantage **préoccupées pour la santé d’un-e proche** et par le fait **qu’un-e proche ne puisse pas être traité-e pendant la crise** en raison d’une priorité donnée aux plus jeunes, les personnes seules

expriment un sentiment plus fort d'avoir été **traitées de manière injuste** à cause de leur âge ainsi que d'être un **poids** pour leur **famille** et la **société**. De même, les personnes seules indiquent une **augmentation du sentiment de solitude** plus marquée au cours de la crise que celles en couple. Toutes les différences mentionnées sont statistiquement significatives ( $p < .05$ ). Il faut cependant souligner que les tailles d'effet peuvent être considérées essentiellement comme négligeables ( $\eta^2_p \leq 0.03$ ).

**Sexe (femmes vs hommes)** – Si les femmes ont eu davantage **besoin d'aide** pour faire les courses, aller en pharmacie et trouver de l'information en lien avec le COVID-19 ( $p < .05$ ), elles ont également dû assumer **davantage de tâches domestiques qui étaient jusqu'alors** réalisées par d'autres personnes ou services. Plus que les hommes, les femmes ont en outre davantage ressenti avoir été **traitées de manière différente** ainsi que de **manière injuste** en raison de leur âge pendant la crise. Enfin, par rapport aux hommes, les femmes ont témoigné d'une augmentation plus marquée des **contacts avec leur famille et leurs ami-e-s** depuis le début de la crise. En outre, le **sentiment de solitude** a davantage crû chez elles que chez les hommes depuis le début de la crise. Toutes les différences mentionnées sont statistiquement significatives ( $p < .05$ ) mais les tailles d'effets peuvent être considérées globalement comme négligeables.

**Situation financière (en difficulté vs pas en difficulté)** – Nous avons enfin comparé les réponses des personnes disant avoir des difficultés à « joindre les deux bouts » de celles affirmant n'avoir aucune difficulté sur le plan économique. Il est important de souligner que cette distinction se base sur la perception des participant-e-s de leur propre situation financière. Ainsi, les personnes sans difficultés économiques déclarent avoir connu une **augmentation plus importante de la fréquence des contacts** avec leurs proches et leurs ami-e-s depuis le début de la crise et assumer davantage de **nouvelles tâches à la maison** lesquelles étaient auparavant assurées par quelqu'un externe à leur ménage. Par contre, au cours de la crise socio-sanitaire les participant-e-s déclarant des difficultés financières ont davantage eu **besoin d'aide pour une série d'activités de la vie quotidienne** (i.e., faire les courses, aller en pharmacie et chez le médecin ou encore trouver des informations relatives au COVID). Ces mêmes participant-e-s témoignent également plus fréquemment du sentiment d'avoir été **traité-e-s différemment** par les gens autour d'eux/elles ainsi qu'être **traité-e-s de manière injuste** (donc discriminatoire) à cause de leur âge depuis le début de la crise. Par ailleurs, ces mêmes personnes font encore état de craintes plus importantes concernant leur propre **état de santé, l'état de santé de leurs proches**, un possible **manque de nourriture** ainsi que le fait de ne **pas être prises en charge médicalement** à cause d'une priorité donnée à une personne plus jeune. La crainte qu'un-e proche ne soit pas traité-e pour laisser la priorité à quelqu'un de plus jeune est également plus élevée chez les personnes avec des difficultés financières. Enfin, alors que les participant-e-s sans difficultés financières évaluent leur **moral** ainsi que leur **qualité de vie** pendant la crise comme étant meilleurs, les personnes déclarant des difficultés financières ont davantage un **sentiment d'être un poids pour la famille et pour la société**. Toutes les différences mentionnées dans cette section sont statistiquement significatives et les tailles d'effets sont à considérer comme relativement modestes.

### 3.3.2 Des variations avant et après le déconfinement ?

Afin d'évaluer de possibles variations au cours de la crise au niveau du vécu et du fonctionnement dans la vie quotidienne, nous avons comparé les réponses des personnes ayant rempli le questionnaire avant la 1<sup>ère</sup> phase de déconfinement débutée le 27 avril 2020 de celles qui l'ont fait après cette date. Même si les mesures initiales de déconfinement ne concernaient pas en premier lieu les 65+, cette date permet selon nous de distinguer deux phases dans la crise : une première phase caractérisée par un confinement partiel et plus critique sur le plan médical (en termes notamment de nombre de nouveaux cas, d'hospitalisations et de décès quotidiens) ; une seconde, caractérisée par une diminution des nouveaux cas et un retour progressif à une certaine normalité. Comme indiqué plus haut, 64.9% des participant-e-s ( $n = 3'299$ ) ont rempli le questionnaire avant le 27 avril et 35.1% restants ( $n = 1'786$ ) l'ont fait après cette date.

Les ANOVA ont permis de mettre en évidence plusieurs différences dans le vécu et les expériences des 65+ avant et après le déconfinement. De manière plus précise, les participant-e-s ayant répondu avant le 27 avril déclarent avoir davantage augmenté les **contacts** avec leur famille et leurs proches qu'en temps ordinaire et avoir subi plus durement l'impact de la crise sur leur **moral**. Ces personnes ont dû en outre assumer plus fréquemment des **tâches domestiques** qui étaient auparavant assurées par d'autres personnes. De plus, ces participant-e-s font état de davantage de **craintes** pour leur **propre santé** et celle **de leurs proches** ainsi que d'un sentiment plus fort d'être **traitées différemment** à cause de leur âge. Enfin, ces personnes témoignent d'une **augmentation** plus marquée **du sentiment de solitude** depuis le début de la crise. Toutes ces différences sont statistiquement significatives ( $p < .05$ ) et les tailles d'effet ( $\eta^2_p$ ) peuvent être considérées essentiellement comme modestes.

Ces constats témoignent de **variations dans le vécu, les attentes et les craintes des 65+ au cours de la crise**. Cependant, ces variations ne peuvent être imputées aux seuls effets du déconfinement. Les résultats présentés doivent être compris en relation à d'autres facteurs liés à l'évolution de la crise et aux mesures prises au fur et à mesure de son évolution. Il n'est ainsi pas à exclure que la mise en place de nouvelles mesures d'aide pour effectuer des tâches domestiques ou pour faire les courses de la part d'associations ou de bénévoles, « l'apprentissage » de nouvelles stratégies pour communiquer avec ses proches, une certaine habitude à la situation d'urgence ou encore un sentiment de mieux comprendre la situation et donc de mieux arriver à prédire son évolution (et ainsi sortir de l'incertitude) aient pu influencer les résultats. En l'état, nous ne pouvons cependant que constater ces variations au fil de la crise et émettre des hypothèses concernant leur origine. Enfin, d'un point de vue statistique, les E.S. indiquent en général des effets observés allant de petits à modérés.

## 3.4 Régressions – Prédiction de l'impact

Afin de déterminer les éventuels prédicteurs d'un certain nombre de variables dépendantes (VD) (à savoir, le *sentiment d'être un poids pour la famille*, l'*impact sur le moral*, le *sentiment d'avoir été traité-e injustement* et le *changement du sentiment de solitude*), nous avons enfin réalisé une série de régressions linéaires hiérarchiques. Dans chaque modèle de régression, nous avons intégré dans le premier bloc une série de variables dites de contrôle (à

savoir l'âge, le sexe, être en couple ou non le niveau d'éducation, la santé autoévaluée, la situation financière ainsi que la situation « avant-après » déconfinement).

### 3.4.1 Sentiment d'être un poids pour la famille

Le modèle de régression final explique 19.0% de la variance du *sentiment d'être un poids pour la famille* ( $F(14, 4'099) = 70.01, p < .001$ ). Parmi les variables de contrôle, on observe un effet significatif du **niveau d'éducation** ( $\beta = .05$ ), de la **situation financière** ( $\beta = -.07$ ) et de la **santé autoévaluée** ( $\beta = -.16$ ). En d'autres termes, les personnes avec un niveau de formation plus élevé, celles qui relatent des difficultés financières (donc, qui ont des difficultés à « joindre les deux bouts ») et celles qui évaluent moins positivement leur état de santé font part d'un sentiment plus important d'être un poids pour leur famille au cours de la crise socio-sanitaire. Parmi les autres variables insérées dans le modèle, le sentiment d'être un poids est prédit par le fait d'avoir eu **besoin d'aide pour faire les courses** ( $\beta = .14$ ), pour **aller en pharmacie** ( $\beta = .09$ ) ou chez le **médecin** ( $\beta = .08$ ) ainsi que pour **trouver les informations** essentielles en lien avec le COVID-19 ( $\beta = .02$ ). Enfin, la VD est positivement prédite par le fait d'avoir été **traité-e différemment** ( $\beta = .16$ ) et **de manière injuste** ( $\beta = .07$ ) **à cause de l'âge** pendant la crise. En d'autres termes, plus la personne a eu besoin d'aide (p.ex., pour faire les courses) ou le sentiment d'avoir été traitée de manière différente, voire injuste, à cause de son âge et plus elle s'est sentie un poids pour sa famille.

### 3.4.2 Impact sur le moral

Le modèle de régression produit pour *l'impact de la crise sur le moral* explique 10.2% de sa variance ( $F(17, 4'030) = 27.07, p < .001$ ). Au niveau des variables de contrôle, **l'âge** ( $\beta = .05$ ), la **santé autoévaluée** ( $\beta = .10$ ) ainsi que la **période de la crise** ( $\beta = .04$ ) contribuent à prédire l'impact sur le moral. Autrement dit, l'impact sur le moral semble être moins négatif chez les participant-e-s plus âgé-e-s, ceux/celles en bonne santé et ceux/celles ayant répondu après la 1<sup>ère</sup> phase de déconfinement. De même, des contacts plus fréquents ( $\beta = .09$ ) s'accompagnent d'un impact sur le moral moins négatif. Enfin, l'impact sur le moral est d'autant plus négatif si les participant-e-s ont le sentiment d'avoir été **traité-e-s de manière différente** ( $\beta = -.11$ ) ou **injuste** ( $\beta = -.13$ ); plus ils/elles **craignent** pour **leur propre santé** ( $\beta = -.06$ ) ou celle de **leurs proches** ( $\beta = -.05$ ), tout en craignant **de ne pas être traité-e-s** s'il faut donner la priorité à une personne plus jeune ( $\beta = .06$ ) et plus l'impact sur le moral a été négatif.

### 3.4.3 Sentiment d'avoir été traité-e injustement

Le modèle final de régression pour le *sentiment d'avoir été traité-e de manière injuste à cause de l'âge* permet de rendre compte de 30% de sa variance ( $F(18, 4'320) = 98.54, p < .001$ ). Cette VD est prédite de manière significative par **l'âge** ( $\beta = -.04$ ) et la **situation financière** ( $\beta = -.04$ ). En d'autres termes, les participant-e-s les moins âgé-e-s et ceux/celles avec davantage de difficultés à joindre les deux bouts à la fin du mois ont plus insisté sur le fait d'avoir été traité-e-s de manière injuste à cause de leur âge au cours de la crise. De même, l'impact sur le **moral** ( $\beta = -.03$ ), la **qualité de vie actuelle** ( $\beta = -.06$ ) ainsi que le sentiment d'être un **poids pour la société** ( $\beta = .10$ ) prédisent clairement le sentiment d'avoir été traité-e de manière injuste à cause de l'âge. Enfin, ce sentiment est également prédit par le fait d'avoir été **traité-e de manière différente** à cause de l'âge ( $\beta = .34$ ) ainsi que par le sentiment que les

**médias ont véhiculé une image** essentiellement négative des 65+ ( $\beta = -.10$ ) et que **l'image des 65+ auprès des plus jeunes** est devenue plus négative au cours de la crise ( $\beta = -.10$ ).

#### 3.4.4 Changement du sentiment de solitude au cours de la crise

Le modèle final ( $F(23, 3'933) = 53.92, p < .001$ ) permet d'expliquer 23.5% de la variance de la VD. Les résultats indiquent que le fait **d'être en couple ou pas**, le **sexe**, le **groupe d'âge** et la **phase de la crise** prédisent clairement la variation du sentiment de solitude. De manière plus précise, le fait de ne pas être en couple ( $\beta = .07$ ), d'être femme ( $\beta = .03$ ), d'être plus âgé-e ( $\beta = -.07$ ) ainsi que le fait d'avoir répondu avant le déconfinement ( $\beta = -.04$ ) prédisent une augmentation plus marquée du sentiment de solitude depuis le début de la crise. De même, la variation de ce sentiment est prédite par le fait d'avoir eu **besoin d'aide pour les courses** ( $\beta = .06$ ), par la perception d'**avoir été traité-e différemment à cause de l'âge** ( $\beta = .04$ ) et de se sentir un **poids pour sa famille** ( $\beta = .05$ ) ou encore **pour la société** ( $\beta = .05$ ). De plus, un impact négatif de la crise sur le **moral** ( $\beta = -.16$ ) est associé à une augmentation du sentiment de solitude. Le modèle final montre également que les personnes qui souffraient déjà le plus de **solitude avant la crise** témoignent d'une plus grande augmentation de ce même sentiment au cours de la période de confinement ( $\beta = .32$ ). Ainsi, la crise semble avoir accentué ultérieurement les situations les plus fragiles (les plus à risques). Enfin, de manière peut-être un peu contre-intuitive, les données indiquent qu'avoir fait de **nouvelles connaissances** ( $\beta = .05$ ) au cours de la crise prédit également une augmentation du sentiment de solitude. A l'appui du constat précédent (i.e., la solitude avant la crise), on pourrait faire l'hypothèse que pour les personnes souffrant déjà plus de solitude avant la crise, le fait de nouer de nouveaux liens (p.ex. avec des voisin-e-s ou des associations) à l'occasion de la crise n'est pas suffisant pour combler ou améliorer la solitude antérieure.

## 4. Considérations finales

L'analyse des données descriptives permet de dégager trois constats principaux. *Premièrement*, la crise a bien évidemment eu un **impact négatif sur le bien-être** (par exemple sur le moral, le sentiment de solitude ou d'être un poids pour les proches) et le **fonctionnement au quotidien** (par exemple, en termes d'aide reçue pour un certain nombre d'activités -et qui pourrait avoir été ressenti comme imposé- et la nécessité d'assumer de nouvelles tâches au quotidien) des 65+. Cependant, comme la littérature scientifique en lien avec le COVID-19 le montre bien (e.g., Barthou, Bruna, & Deletraz, 2020 ; Huang & Zhao, 2020 ; Santé publique France, 2020 ; Wang, Pan, Wan, Tan, Xu, Ho, & Ho, 2020 ; Wissmath, Mast, Kraus, & Weibel, 2020), il ne faut pas oublier que cette crise socio-sanitaire a impacté négativement l'ensemble de la population et non pas seulement les 65+. Par ailleurs, si l'étude réalisée en Suisse par Wissmath et ses collègues (2020) conclut à une augmentation du niveau de stress dans l'ensemble de la population en lien avec la crise COVID-19, le groupe d'âge qui en a le plus souffert est celui des jeunes de moins de 25 ans. A l'opposé, les 65+ ont manifesté le niveau de stress le moins élevé.

*Deuxièmement*, malgré l'impact négatif sur le bien-être et le fonctionnement au quotidien, les 65+ ont **été/sont resté-e-s actifs-ives** tout au long de la crise, par exemple en

aidant d'autres personnes en dehors de leur foyer, en renouant des contacts avec des personnes perdues de vue ou encore en expérimentant de nouveaux moyens de communications et de nouvelles manières d'interagir avec leurs proches et leurs ami-e-s. Les 65+ n'ont donc pas simplement subi la crise, mais ont su réagir et s'adapter aux bouleversements que cette dernière a occasionnés dans les vies de toutes et tous. Ce constat souligne l'importance et la nécessité de ne pas penser uniquement aux 65+ en termes de besoins, mais aussi à **ce que les 65+ apportent et peuvent apporter** tant en période de crise qu'en temps normal !

*Troisièmement*, la crise a révélé un **regard** trop souvent **négatif envers les 65+** ainsi que certaines **tensions intergénérationnelles** qui se sont manifestées par des attitudes perçues comme parfois injustes. Ce constat a été également mis en évidence par la littérature scientifique – mais pas seulement – dans de nombreux autres pays (e.g., Brooke & Jackson, 2020 ; Fraser et al., 2020). Il suffit à ce propos de penser à l'hashtag **#BoomerRover** (i.e., éliminateur des baby-boomers), utilisé pour parler et définir le COVID-19, et à son succès sur plusieurs réseaux sociaux. Il ne faut cependant pas oublier ni passer sous silence que la période de la crise a aussi été l'occasion de nombreux élans et initiatives – tant officiels que spontanés – d'**entraide** et de **soutien réciproque entre les individus** (indépendamment de leur situation et contexte de vie). Ainsi, si la crise a mis en évidence des tensions certaines entre les générations, elle a également été un terreau fertile pour des initiatives d'entraide et de solidarité très variées et souvent innovantes. Ces initiatives, dont beaucoup sont informelles et réalisées par des non-professionnel-le-s, pourraient également servir d'exemples, être formalisées, voire pérennisées, afin de mieux préparer ces personnes à de nouveaux épisodes de crise, mais aussi en temps normal et hors crise.

De manière cohérente avec des enquêtes menées dans d'autres pays (e.g., Barthou et al., 2020 ; Bès et al., 2020 ; Gamba, Nardone, Ricciardi, & Cattacin, 2020), nos analyses statistiques confirment le constat d'un impact différencié de la **crise selon les situations individuelles**. Nos données montrent en effet des différences interindividuelles en termes, notamment, d'aide reçue et offerte, de nouvelles tâches à assumer ou encore de perception d'attitudes injustes de la part d'autrui, selon l'âge, le fait d'avoir un-e partenaire ou pas, la situation financière ou encore le sexe. Ainsi, il est important de souligner que l'impact de la crise n'est **pas simplement une question d'âge** et que les plus âgé-e-s ne sont pas systématiquement les plus touché-e-s par les conséquences négatives de cette situation extraordinaire. En effet, sur plusieurs aspects, comme, par exemple, sur le moral et la qualité de vie perçue, les « jeunes âgé-e-s » (65-69 ans) semblent avoir été impacté-e-s plus négativement par la crise et ses implications. De même, ce sont les 65-69 ans qui ont le sentiment le plus fort d'avoir été traité-e-s de manière différente ou injuste à cause de leur âge. Il convient encore de souligner que toutes les possibles sources ou raisons de ces différences interindividuelles n'ont pas pu être explorées dans le cadre de ce rapport. Il est prévu de les approfondir ultérieurement, notamment en prenant en compte le rôle des conditions et contextes de vie.

Nos analyses montrent également que la crise a pu contribuer à creuser davantage encore un certain nombre de différences interindividuelles en **accentuant ultérieurement des situations préexistantes de fragilité**. C'est ce qu'illustre par exemple le fait que l'augmentation du sentiment de solitude durant la crise a été plus fort chez les personnes souffrant déjà le plus

de solitude avant la crise. En d'autres termes, la crise du COVID-19 semble avoir fragilisé ultérieurement des situations déjà à risque ou précaires et accentué ultérieurement une série de différences entre les individus mais aussi les inégalités qu'ils expriment.

Ces résultats soutiennent ainsi l'importance de considérer et d'approfondir ultérieurement la **diversité des nombreuses réalités** tant individuelles que collectives qui composent cette importante partie de la population. S'il est vrai que cette diversité peut rendre la tâche plus complexe pour qui veut comprendre les situations et répondre de la manière la plus adéquate et la plus efficace possible à toute une série de besoins spécifiques, elle ne peut pour autant être ignorée.

Les considérations précédentes amènent également à interroger la borne de 65 ans et le bien-fondé de son usage. Si ce choix peut – au moins en partie – se justifier à l'aune de catégories administratives et se comprendre en considérant l'urgence dans laquelle les autorités de notre pays ont dû œuvrer, le fait d'intégrer toutes les personnes de 65+ dans un seul et même groupe homogène – lequel renvoie inévitablement aux concepts de « personne âgée » et de « vieillesse » – pourrait avoir des **répercussions involontaires** sur le vécu des personnes concernées et les relations intergénérationnelles. En effet, même avant la crise COVID-19, les stéréotypes négatifs à l'encontre des personnes âgées étaient déjà très nombreux dans notre société (Adam, Joubert, & Missotten, 2013 ; Levy, Ashman, & Dror, 2000). Les personnes âgées sont trop souvent considérées comme étant malades, dépressives, dépendantes d'autrui, incapables de s'adapter, ou encore comme une charge pour leurs familles et pour le système de santé. Or, le fait de continuer à associer – dans les médias ainsi que dans les discours officiels des autorités – les 65+ essentiellement à un groupe à risque, fragile et qu'il faut protéger, et donc à le définir avant tout en termes de besoins, risque de **renforcer les nombreux stéréotypes négatifs** préexistants à l'encontre de cette partie de la population et d'avoir un impact délétère sur leur bien-être et leur participation sociale. Ces stéréotypes et ces discours pourraient à leur tour avoir favorisé des attitudes de discrimination à l'égard des 65+. Par ailleurs, et nos données le confirment, un nombre important de personnes interrogées ne semblent pas s'identifier au groupe des 65+. En conséquence, elles **ne se sentent pas concernées par les mesures prises** pour cette catégorie de la population et estiment être traitées de manière injuste. A ce propos, de nombreux-ses participant-e-s font état, dans les questions ouvertes du questionnaire, d'un sentiment d'avoir été ignoré-e-s voire même, d'avoir été infantilisé-e-s ou encore discriminé-e-s. De plus, et il s'agit là d'une hypothèse de l'équipe de recherche, la mise en place de mesures destinées à protéger avant tout les personnes les plus à risque pourrait être l'un des facteurs à l'origine d'un certain **ressentiment** à l'égard des 65+ et, en conséquence, expliquer une partie des tensions intergénérationnelles observées. Certains propos qui ont pu être tenus dans l'espace public, mais aussi dans les médias et sur les réseaux sociaux expriment en effet l'idée que les mesures décidées afin de protéger l'ensemble de la population, avec bien évidemment une attention particulière aux personnes les plus fragiles, aient été vécues par les moins de 65 ans comme autant de limitations imposées à cause uniquement des 65+. Dans cette optique, les 65+ devenaient les responsables d'une situation exceptionnelle qui imposait à tous les autres de se sacrifier pour eux. Ce sentiment pourrait se résumer par la phrase suivante : « *même si nous (les <65ans) n'en avons pas besoin, nous devons rester à la maison à cause des 65+* ».



Avant de terminer, il est important de rappeler que les participant-e-s à notre étude ne représentent pas l'ensemble des diverses réalités caractérisant le groupe d'âge des 65+ vivant en Suisse romande. En effet, le choix – presque obligatoire au moment de lancer l'étude – de recourir à un questionnaire en ligne a vraisemblablement exclu une partie non négligeable des personnes les moins connectées et les plus fragiles parmi les 65+. Les participant-e-s à l'étude représentent néanmoins à nos yeux une partie très importante de ce groupe de la population. En effet, ils et elles reflètent en effet bien l'évolution et la diversification grandissante des situations individuelles et des parcours de vie rassemblés sous la catégorie de « vieillesse ». Il est en outre tout à fait vraisemblable que cette hétérogénéité qui caractérise cette phase de la vie ne fera que s'accroître au cours des prochaines années.

Notre étude appelle enfin à approfondir ultérieurement la connaissance des effets de la crise, en particulier sur la population des 65+. De nombreuses questions restent en effet en suspens et seront, à n'en pas douter, un terreau fertile pour de futures recherches, notamment : Quels seront les effets de la crise sur le plus long terme ? Quelle(s) nouvelle(s) forme(s) de fragilité et de précarité la crise a-t-elle mises en évidence ou créées ? Comment évolueront les nouvelles habitudes et les nouveaux modes de fonctionnement expérimentés pendant la crise et quelle sera leur pérennité ? Les élans d'entraide et de solidarité observés pendant la crise se sont-ils consolidés et si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

## Liste bibliographique

- Adam, S., Joubert, S., & Missotten, P. (2013). L'âgisme et le jeunisme : Conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheurs. *Revue de neuropsychologie*, 5, 4-8. <https://doi.org/10.3917/rne.051.0004>
- Barthou, E., Bruna, Y., & Deletraz, G. (2020). Enquête (dé)confinement et COVID-19 – Synthèse des premiers résultats. *HAL Archives-ouvertes.fr*. hal-02613500. Récupéré depuis : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02613500>
- Bès, M.-P., Bidart, C., Defossez, A., Favre, G., Figeac, J., Grossetti, M., ..., Tudoux, B. (2020). *La vie en confinement. Enquêter sur un événement historique exceptionnel : objectifs et premiers résultats*. Récupéré depuis : <https://enqueteconfinement.wixsite.com/site/resultats-de-l-enquete>
- Brooke, J., & Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 2044-2046. <https://doi.org/10.1111/jocn.15274>
- Conseil fédéral (2020). *Rapport final - État-major du Conseil fédéral chargé de gérer la crise du coronavirus (EMCC)*. Récupéré depuis : <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/61815.pdf>
- Cucinotta, D., & Vanelli, M. (2020). WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*, 91, 157-160. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>
- Fraser, S., Lagacé, M., Bongué, B., Ndeye, N., Guyot, J., Bechard, L., Garcia, L., ..., Tougas, F. (2020). Ageism and COVID-19 : What does our society's response say about us? Age and Ageing. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097>
- Gamba, F., Nardone, M., Ricciardi, T., & Cattacin, S. (Eds.) (2020). *COVID-19 : le regard des sciences sociales*. Zürich, Suisse : Seismo.
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- Levy, B. R., Ashman, O., & Dror, I. (2000). To be or not to be: The effects of aging stereotypes on the will to live. *Omega: Journal of Death and Dying*, 40, 409-420. <https://doi.org/10.2190/Y2GE-BVYQ-NFOE-83VR>
- Office fédéral de santé publique (OFSP) (2020a) *Données du rapport de situation pour le coronavirus (24.08.2020) (200325)*. Récupéré depuis : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/situation-schweiz-und-international.html>
- Office fédéral de santé publique (OFSP) (2020b). *Sortie de la situation extraordinaire – transfert de l'ordonnance 2 COVID-19 dans le droit ordinaire (Fiche d'information du 19.06.2020)*. Récupéré depuis : <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/61795.pdf>

- Santé publique France (2020). Covid-19 : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie. Récupéré depuis : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie#block-249162>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wissmath, B., Mast, F. W., Kraus, F., & Weibel, D. (2020). Understanding the psychological impact of the COVID-19 pandemic and containment measures: An empirical model of stress. *MedRxiv*, 2020.05.13.20100313. <https://doi.org/10.1101/2020.05.13.20100313>