



MÉMOIRE DE RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE SOCIALE

---

## **LA COVID-19, CATALYSEUSE D'ÂGISME ?**

**Quels sont les impacts de la crise sanitaire sur le sentiment de catégorisation des personnes âgées ?**

---



*Master 2 de Psychologie Sociale mention Promotion et Éducation pour la Santé, Institut de Psychologie, Laboratoire GRePS, Université Lumière Lyon 2.*

**Pauline GOUTTEFARDE (n°2140887)**

Soutenue le 06 novembre 2020

Sous la direction de

Mme Marie Préau, Professeure de Psychologie Sociale et directrice du laboratoire GRePS,

Mr. Tanguy Leroy, Maître de Conférences en Psychologie Sociale



## Résumé

Le monde, qui traverse actuellement la pandémie de la COVID-19, porte une attention singulière à la santé des personnes âgées, particulièrement touchées par ce virus (Verity & al, 2020). Pendant cette crise la société française, au travers des médias, s'est davantage attardée sur la protection de ses personnes âgées. Bien qu'il soit nécessaire et important de se préoccuper de la santé des personnes vieillissantes, il est également important de mettre en lumière et de comprendre les conséquences de cette période sur la santé bio-psycho-sociale des seniors. Et plus particulièrement au travers du sentiment de catégorisation et de stigmatisation des personnes âgées que cette période a pu entraîner. En effet cette période engendre notamment un risque d'accroissement des formes d'âgisme, déjà présentes dans notre société (Pettreto & Pili, 2020). En menant une recherche qualitative nous avons interrogé 15 personnes âgées de 65 ans et plus, sous la forme d'entretiens semi-directifs. L'analyse thématique des discours nous révèle que la crise de la COVID-19 a entraîné un sentiment de catégorisation et de stigmatisation chez les personnes âgées. Elles désapprouvent la limite d'âge de « 65 ans » choisie par la politique pour désigner les personnes à risques. Les personnes expliquent que cette crise les a mis violemment face à leur âge biologique et qu'elles se sentent désormais vulnérables.

*Mots-clés : Personnes âgées, Covid-19, Âgisme, Confinement, Catégorisation sociale, Âge subjectif*

*Nombre de mots : 25503*

## Remerciements

Parce que sans vous ce travail n'aurait pas pu être abouti, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

Merci à toutes les personnes qui ont accepté de participer aux entretiens pour m'avoir livré avec confiance leurs expériences si enrichissantes.

Merci à mes professeurs, Mme Marie Préau et Mr Tanguy Leroy, pour leur accompagnement, leur écoute et leurs conseils tout au long de mon parcours universitaire et particulièrement pour l'élaboration de cette recherche. Nos échanges ont permis de nourrir ma réflexion et ainsi ma posture professionnelle.

Un grand merci à tous les professionnels du Gérotopôle AURA et de la Chaire Santé des Aînés et plus particulièrement à Nathalie Barth pour son encadrement, sa confiance et pour tout le travail que j'ai pu accomplir grâce à elle. Merci à Jessica Guyot et Solène Dorier pour leurs conseils, leurs regards critiques et pour les temps d'échanges que nous avons pu avoir et qui m'ont permis de faire avancer cette recherche. Merci à Estelle Jeanneau, directrice du Gérotopôle AURA et à Vincent Augusto, directeur du centre Ingénierie et Santé, pour leur confiance. Merci de me donner la chance de poursuivre cette collaboration !

Merci à mes collègues stagiaires, Chloé, Charlotte, Audrey, Oumou et Julien. La diversité de nos domaines d'études a nourri nos échanges et nos réflexions, ce qui a permis d'orienter mes interrogations.

Merci à mes collègues étudiants. « Psychorona » nous a permis de partager nos doutes, nos conseils, nos joies, nos réflexions théoriques, méthodologiques et éthiques. Ces échanges ont été très enrichissants pour ma réflexion personnelle et pour l'élaboration de ce mémoire.

D'une manière générale je tiens à remercier sincèrement tous les professeurs que j'ai pu avoir durant ma scolarité et qui m'ont transmis entre autres, l'envie d'apprendre, la curiosité et la rigueur.

Merci à tous mes amis, ceux qui m'ont vu grandir, et ceux que la vie a mis plus récemment sur mon chemin, pour l'affection et le bonheur que vous m'apportez. Un remerciement spécial pour mes « trois fantastiques » qui sont présentes au quotidien : Océane, Charlotte et Anaïs. Votre amitié indéfectible me réconforte, me remplit d'amour, de joie et m'encourage à persévérer.

Merci à toutes les personnes qui ont accepté de relire, intégralement ou en partie, mon travail.

Je terminerais avec émotion par remercier toute ma famille. Votre soutien sans faille m'a aidé dans mes moments de doutes. Ce simple merci n'est pas à la hauteur de votre amour, votre présence et votre bienveillance qui me portent au quotidien.

Enfin, tout comme un spectacle n'aurait pas la même saveur sans spectateur, merci à vous cher lecteur.

*« Le vieux rappelle, par sa présence, que la vie est un voyage et que nous vivons tous la même aventure. »*

*Bersay (2004)*

## Table des matières

<b>AVANT-PROPOS .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>PARTIE THÉORIQUE .....</b>	<b>4</b>
1. <i>Contexte sociétal de l'étude : une population française vieillissante</i> .....	4
1.1 La transition démographique .....	4
1.2 L'augmentation de l'espérance de vie en France .....	5
1.3 La prise en charge des conséquences du vieillissement .....	5
2. <i>Qui est vieux ?</i> .....	8
2.1 Nommer la vieillesse : l'impossible dessein .....	8
2.2 A quel âge est-on vieux ? .....	9
3. <i>Le processus de catégorisation</i> .....	12
3.1 Un processus facilitateur fondant notre identité sociale .....	12
3.2...et générateur de comportements néfastes .....	13
4. <i>L'âgisme, « ce profond désordre psychosocial », présent dans la société</i> .....	14
4.1 Définitions .....	14
4.2 L'âgisme, un fait sociétal .....	15
4.3 L'âgisme au sein même de la santé et des soins .....	17
4.4 La question « A quand la retraite ? » : un exemple d'âgisme au travail .....	17
4.5 L'âgisme implicite .....	18
5. <i>Les conséquences de l'âgisme sur les personnes âgées</i> .....	19
5.1 L'âgisme, un facteur aggravant l'état de santé .....	19
5.2 Les impacts de l'âgisme sur les capacités cognitives .....	20
6. <i>La personne âgée pendant la crise de la COVID-19</i> .....	21
6.1 La pandémie de la COVID-19 .....	21
6.2 La personne âgée face au virus de la COVID-19 .....	22
6.3 Les choix politiques français pendant la COVID-19 : entre hostilité et bienveillance .....	23
6.4 La période de la COVID-19, un catalyseur de l'intérêt des médias sur les discriminations par l'âge ...	25
<b>PROBLÉMATISATION .....</b>	<b>27</b>
<b>MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>28</b>
1. <i>Introduction méthodologique</i> .....	28
2. <i>Matériel : Le guide d'entretien</i> .....	29
3. <i>Procédures</i> .....	31
3.1 De recrutement .....	31
3.2 De passation .....	32
4. <i>La population</i> .....	33
5. <i>Outils d'analyse</i> .....	33
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>35</b>
1. <i>Caractéristiques générales de notre population</i> .....	36
2. <i>Le vécu de la crise</i> .....	39
2.1 Des habitudes de vie bousculées .....	39

2.2 De l'adoption de nouvelles formes d'être en relation à la solidarité intra et intergénérationnelle .....	41
3. <i>Un sentiment de stigmatisation révélant l'âgisme véhiculé par cette crise</i> .....	44
3.1 « A 65 ans, on n'est pas vieux ! » .....	44
3.2 Les impacts de la catégorisation sur le critère de l'âge .....	46
3.3 Du souhait des politiques de protéger les personnes âgées à l'infantilisation et la discrimination .....	48
3.4 Déceler la vulnérabilité grâce à l'état de santé plutôt que l'âge .....	50
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>52</b>
1. <i>Confrontation des résultats</i> .....	52
1.1 Rappel du contexte de l'étude .....	52
1.2 Dichotomie entre l'âge biologique associé à « personne âgée » et l'âge subjectif .....	53
1.3 De la catégorisation à la stigmatisation : l'âge ne prédit pas la vulnérabilité .....	54
1.4 Un empowerment fragilisé ? .....	55
1.5 D'un lien social ébranlé à l'isolement social : grandes craintes et conséquences de cette crise .....	56
2. <i>Limites de l'étude</i> .....	57
2.1 Une recherche ancrée dans une crise en perpétuelle évolution .....	57
2.2 Posture éthique et déontologique .....	58
3. <i>Perspectives</i> .....	59
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>60</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>61</b>

## AVANT-PROPOS

Nous précisons que dans le cadre de cette recherche le terme « personne(s) âgée(s) » définit les personnes âgées de 60 ans et plus en accord avec l'Organisation Mondiale de la Santé. L'utilisation de ce terme permet uniquement de fluidifier la lecture. Il ne s'agit aucunement d'appréhender les personnes âgées de 60 ans et plus comme un groupe homogène ou encore de définir l'âge comme un concept cloisonné.

## INTRODUCTION

La vieillesse ne représente pas un phénomène naturel mais un fait éminemment culturel qui varie selon les époques et les lieux (Mishara, 1984). Dans les sociétés les plus anciennes, les individus les plus âgés étaient vénérés pour leurs expériences et leurs connaissances (Baltes et al., 2005). En effet, dans les sociétés agricoles, la personne âgée représentait puissance, richesse, protection et dirigeait la vie de famille. Dans l'Antiquité, les personnes âgées régissaient la politique (Chambon, 2005), comme le Sénat de Rome (provenant du terme « senex » signifiant « vieillard ») (Boujmedi, 2009). Or, progressivement, au travers des différentes révolutions que le monde a connues, la tendance s'inverse. En effet, le début de l'industrialisation et la transition entre société rurale et urbaine ont entraîné une perte de l'adulation de la personne âgée, notamment dans les cultures occidentales. Un grand nombre de chercheurs ont établi que cette vision positive des seniors dans les sociétés dites « primitives » avait tendance à décliner et à passer dans le versant « négatif » avec la progression de la modernisation, expliquant ainsi des tendances discriminantes dans les cultures occidentales (McTavish, 1971 ; Woolf, 1998).

Ce n'est pas pour autant que toutes les sociétés industrialisées entretiennent des attitudes péjoratives envers la personne âgée et des divergences existent dans leur manière de traiter leurs « vieux » (Chambon, 2005). Certains chercheurs (Chambon, 2005 ; Sharps, Price-Sharps, & Hanson, 1998) estiment que le respect des anciens est très présent lorsqu'il s'agit de communautés rurales ou de sociétés industrialisées comme le Japon (Chambon 2005), la Chine et la plupart des pays asiatiques, et plus globalement dans les sociétés collectivistes (Chambon, 2005 ; Greenberg, Schimel, & Martens, 2002).



Dans nos sociétés occidentales, il semblerait que les seniors soient particulièrement à l'honneur dans la sphère familiale. Cette tendance semble davantage marquée dans les pays méditerranéens que nordiques (Chambon, 2005). Des divergences apparaissent cependant entre pays occidentaux : par exemple, les allemands entretiennent une vision plus discriminante envers les personnes âgées que les américains. Par ailleurs, ces derniers estiment la vieillesse à un âge moins avancé que les allemands (McConatha, et al., 2003). Les formes de discriminations semblent pourtant largement développées en occident (Barrow & Smith 1979 ; Kite et al., 2005 ; Kite & Wagner, 2002). Pourtant « *selon la formule célèbre de Jean Fourastié, la vieillesse était autrefois, le couronnement d'une carrière exceptionnelle* » (Gutton, 1988).

Sous l'initiative du Gérontopôle Auvergne Rhône-Alpes (AURA), le projet nommé ARECOVID (Acceptability, representations and experiences of the COVID-19 pandemic) tente de comprendre les avis, les représentations et les expériences des professionnels de santé et des personnes âgées face à l'épidémie du coronavirus. Après validation par le comité d'éthique (cf. Annexe 1 « Avis du comité d'éthique »), l'étude qualitative a débuté. Nous ferons état dans ce mémoire du volet « Personnes âgées » sur lequel nous nous sommes personnellement investis. En effet, il était important de travailler sur le vécu de cette période par les personnes âgées : plusieurs chercheurs ont d'ailleurs relevé les impacts délétères de cette crise sur le sentiment d'isolement des personnes âgées (Brooke & Jackson, 2020 ; Santini, Jose, Cornwell et al., 2020). De ce fait, nous avons d'abord axé notre recherche autour du soutien social reçu par les personnes âgées. Nous souhaitons comprendre comment la personne mobilise son réseau social pendant cette période de crise et la satisfaction de la personne face à la réponse qui lui est apportée. Le soutien social représente l'ensemble des relations interpersonnelles d'un individu lui procurant un lien affectif « positif » (amitié, amour), une aide pratique (matérielle, financière), mais aussi des informations et évaluations relatives à la situation menaçante. Plusieurs études indiquent clairement qu'un niveau élevé de soutien social rendrait l'individu davantage à même de faire face à celle-ci (Paulhan, 1992).

Nous avons réalisé 13 entretiens semi-directifs afin de comprendre comment les personnes âgées percevaient le soutien social qu'elles recevaient pendant cette période. Après l'analyse de ces entretiens (Cf. Annexe n°2, « Thèmes et verbatims des entretiens sur le soutien social »), nous avons constaté que les personnes âgées ne recevaient pas particulièrement de soutien social et qu'elles n'en étaient que très peu demandeuses. Davantage que le besoin de soutien social, les discours font ressortir une forme de discrimination ressentie par les personnes âgées

à leur égard pendant cette crise. Suite à ce constat et dans le souci d'une démarche inductive, nous avons décidé d'orienter notre recherche autour des discriminations liées à l'âge perçues par les personnes âgées pendant cette période en effectuant de nouvelles recherches théoriques et en travaillant autour d'une nouvelle méthodologie.

L'objet de ce mémoire sera, dans un premier temps, d'explorer la littérature scientifique autour de notre sujet. La problématique et les hypothèses qui seront énoncées en second temps permettront de centrer notre recherche. La méthodologie employée sera proposée en troisième temps et permettra de vérifier nos hypothèses de recherches. Le chapitre suivant, « Résultats », mettra en lumière la description et l'analyse des données recueillies. Ensuite, nous discuterons nos résultats au regard des recherches théoriques menées, puis une lecture critique du travail sera effectuée. Enfin, la conclusion viendra clore cette recherche en reprenant ses points principaux et en proposant des perspectives d'ouverture.

## **PARTIE THÉORIQUE**

### **1. Contexte sociétal de l'étude : une population française vieillissante**

#### 1.1 La transition démographique

À l'échelle de l'histoire de l'humanité, le vieillissement démographique, entendu dans le sens commun d'une hausse de la proportion de personnes dites « âgées » au sein des populations, constitue un phénomène récent. Les causes du vieillissement de la population sont triples : il dépend à la fois de l'allongement de la vie humaine (de par une baisse de la mortalité), de la baisse de la fécondité, ainsi que de la distribution initiale de la population en termes d'âge.

La transition démographique constitue le passage d'un régime démographique caractérisé par une mortalité et une natalité élevées à un régime caractérisé par une mortalité et une natalité faibles. Cette transition a été observée dans un grand nombre de pays, avec cependant des différences quant au moment où cette transition a commencé, ainsi que sur la forme précise de son déroulement (Lee, 2003). D'une manière générale, la transition démographique est composée de quatre phases : (1) la mortalité et la natalité sont élevées ; (2) la mortalité baisse, tandis que la natalité reste élevée ; (3) la natalité commence à baisser elle aussi, tandis que la mortalité continue sa chute ; (4) la natalité et la mortalité se stabilisent à des niveaux faibles.

Le déroulement de la transition démographique connaît des variations significatives selon les pays. Par exemple, la transition démographique en France est caractérisée par une baisse très précoce de la natalité, dès la fin du 18<sup>ème</sup> siècle. En l'espace de près de deux siècles, le taux de natalité (ratio du nombre de naissances sur la population totale) est passé de 32/1000 en 1816 à 12/1000 en 2013. Parallèlement, la mortalité a connu une très forte baisse. Celle-ci est ici mesurée par le taux de mortalité (ratio du nombre de décès sur la population totale), qui a chuté de 25/1000 en 1816 à 9/1000 en 2013 (Ponthière, 2017).

## 1.2 L'augmentation de l'espérance de vie en France

Si on s'attarde sur la répartition des groupes d'âges entre 1806 et 2014, le constat est frappant. Le pourcentage d'hommes de plus de 65 ans est passé de 5,8% en 1816 à 15,9% en 2014, tandis que la part des femmes de plus de 65 ans a augmenté de 5,8% à 20,3%. Plus forte encore a été la progression de la part des plus de 80 ans : celle-ci a été, sur les deux derniers siècles, multipliée par sept chez les hommes et par plus de douze chez les femmes (Ponthière, 2017). En 2018, une personne sur quatre avait plus de 65 ans soit 17,2 millions sur 67,2 millions d'habitants (Institut National de la Statistique et des Études Économiques). Face à la transition démographique, en 2040, 10 millions de Français auront plus de 75 ans, soit 2 fois plus qu'en 2007 (Insee ; projections de population 2007-2060).

## 1.3 La prise en charge des conséquences du vieillissement

### *1.3.1 De la mise en retrait de « la personne âgée » à de nouvelles formes de participation dans la société*

La vieillesse est un état biologique, psychologique et social que l'on atteint à un certain âge de la vie. Celui-ci varie selon les lieux, les périodes historiques et les individus (Bersay, 2004). Bien que le vieillissement biologique soit perçu comme une série de pertes au plan physique et que le vieillissement sociologique comme une mise en retrait, le sens donné à la vieillesse est une affaire sociétale (Mishara, 1984), tout comme l'exprime Simone De Beauvoir en 1970 :

*« La vieillesse en tant que destin biologique est une réalité, il n'en reste pas moins que ce destin est vécu de manière variable selon le contexte social : le sens ou le non-sens que revêt la vieillesse au sein d'une société mettent celle-ci tout entière en question, puisque au travers elle, se dévoilent le sens et le non-sens de toute vie antérieure. »*

Le vieillissement est considéré par Mishara (1984) selon quatre manières : L'approche chronologique considérant que la vieillesse suit l'enfance qui, elle-même précède l'adolescence et l'âge adulte. L'approche physico-biologique où le terme vieillissement fait référence aux changements physiques tels que la perte de forces, la diminution de la coordination des gestes, l'altération du niveau de santé, bien qu'il existe des variations individuelles provenant de

l'environnement génétique et social. L'approche psychoaffective fait référence aux changements cognitifs qui peuvent affecter les façons de penser, l'affectivité et la personnalité. Et enfin social puisque, nous l'avons vu, le rapport à l'âge est altéré selon les époques et les sociétés.

L'avancée en âge a de nombreuses conséquences sociales : diminution des réseaux sociaux du fait du veuvage fréquent des femmes (les deux tiers des personnes de plus de 75 ans et les trois quarts de celles de plus de 85 ans sont de sexe féminin), éloignement des enfants, disparition des pairs pour les plus âgés, réduction des ressources pour beaucoup. Or, toute société repose sur l'interaction de rôles sociaux (Durkheim). Ceux-ci constituent le lien entre l'individu et son environnement. Les rôles seront différents selon les temps de la vie. Longtemps, le cycle de vie ternaire (formation, travail, retraite) a produit une représentation de la vieillesse comme un temps d'inactivité et d'exclusion. La retraite signifie la perte du statut de travailleur à l'entrée dans la vieillesse. La modification durable et profonde de la structure par âge de la population française renouvelle la question de la place des personnes âgées dans notre société et de leur contribution à la prospérité économique et au bien-être social. La répartition des temps de la vie d'un français moyen s'est profondément modifiée au cours du 20<sup>ème</sup> siècle du fait notamment de l'accroissement de 50% de la durée de vie moyenne. Le temps consacré au travail ne représente plus que 11% du temps total du parcours de vie contre 25 % au début du siècle. Monique Legrand (2001) précise quatre typologies de mode de vie post professionnelles possibles :

- La retraite mort sociale : comportement de repli sur un mode de vie domestique étroit.
- La retraite loisirs, créée notamment par les politiques du troisième âge.
- La retraite active, fondée sur le maintien en activité, l'entretien du corps et la revalorisation du rôle des grands-parents.
- La retraite solidaire au travers d'activités utiles et solidaires permettant de conserver un lien social.

### *1.3.2 Promouvoir le « vieillissement en santé » : un enjeu de santé publique*

Face à l'expansion du nombre de personnes âgées, notre société est-elle en mesure d'assurer un « droit de vieillir » ? (Charpentier & al., 2015). Au-delà du droit de vieillir, le concept du « bien vieillir » apparu à la fin des années 80 par Rowe et Kahn (Rowe & Kahn, 1987) repose sur l'accroissement de l'espérance de vie sans incapacité. Les trois composantes du vieillissement

réussi seraient un bon état de santé physique, des capacités intellectuelles préservées et le maintien de contacts sociaux. Les personnes âgées ont une valeur riche pour la société puisqu'elles participent à la vie sociale et à l'économie du pays en travaillant pour une grande partie, bénévolement ou non, dans des organisations ou des associations, et s'impliquent également auprès de leur sphère intime. Or les interventions de promotion de la santé peuvent prolonger la vie des personnes et améliorer leur qualité de vie, et ce même quand elles concernent des personnes en âge très avancé (Rapport Vieillir en bonne santé. Un challenge pour l'Europe, 2007). Le Gouvernement cherche à promouvoir le bien-vieillir au travers d'actions de prévention. En 2007-2009, le plan national bien vieillir propose quatre objectifs avec comme ligne directrice le concept du bien vieillir comme un concept bio-psycho-social. En effet, vieillir en bonne santé ne signifie plus uniquement l'absence d'incapacité physique ou de maladie mais englobe une vision plus globale :

- Des stratégies de prévention des complications des maladies chroniques (hypertension, troubles sensoriels, de la marche, de l'équilibre...)
- Des comportements favorables à la santé (activités physiques et sportives, nutrition...)
- L'amélioration de l'environnement individuel et collectif et de la qualité de vie de la personne âgée : logement, aides techniques, aménagement de la cité...
- Le renforcement du rôle social des seniors en favorisant leur participation à la vie sociale, culturelle, artistique, en consolidant les liens entre générations et en promouvant la solidarité intergénérationnelle.

Le plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie de 2015 met l'accent sur les questions du bien-vieillir, de la perte d'autonomie et de la fragilité. Ce plan de prévention propose de travailler en amont de l'installation de l'incapacité avec une approche réversible de la fragilité. Dans cette démarche, la volonté de donner aux personnes âgées les capacités de maîtriser leur propre santé est prégnante et s'inscrit dans la Charte d'Ottawa (1986). Promouvoir l'empowerment des personnes âgées passe par des préconisations permettant de réduire les facteurs de risques et de donner accès aux personnes âgées à des moyens d'améliorer leur qualité de vie. Les différentes actions de prévention chez les seniors ont pour objectif d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie. En effet les personnes réduisant leurs facteurs de risques retardent la survenue de la dépendance et la consommation de soins. Ces actions

reposent sur différents aspects tels que la nutrition, l'activité physique ou encore le sommeil. Elles peuvent isoler l'un de ses aspects mais en regroupent parfois plusieurs (Corman, Lauque, Vanbockstael & Teillet, 2008). De nombreuses politiques de santé visent à maintenir l'indépendance des aînés. Dès 1991, les Nations Unies rédigent une résolution (n°46/91, page 175) affirmant que « *les personnes âgées devraient avoir accès à des soins de santé qui les aident à conserver ou à retrouver un niveau de bien-être physique, mental et émotionnel optimal et qui servent à prévenir ou à retarder l'arrivée de la maladie* » (Geurts & Haelewyck, 2019). Récemment, le rapport Libault (2019) a proposé une nouvelle stratégie basée sur une offre locale d'accompagnement et de soin des personnes âgées, en lien notamment avec les Gérontopôles.

Ces actions de prévention sont indispensables pour prévenir l'apparition des maladies et l'installation de la dépendance favorisées par la vieillesse. Or qui doit bénéficier de ces actions de prévention ? Comment cibler la population vaste des personnes âgées ? Avant tout, qu'est-ce qu'une personne âgée ?

## 2. Qui est vieux ?

### 2.1 Nommer la vieillesse : l'impossible dessein

Comment nommer la personne avançant en âge ? Comment nommer ces personnes aux statuts si variés ? Nous allons le voir, malgré de nombreuses tentatives, la question de l'appellation est toujours d'actualité (Trincaz, Puijalon & Humbert, 2011). En effet, cette population ne manque pas de manière de la nommer et pourtant, il semblerait qu'aucun mot ne convienne, comme si la vieillesse était innommable. L'innommable, c'est d'abord l'inconnu, l'indicible, ce qui ne peut être nommé, faute de connaissances ou de caractéristiques. Pourtant, de nombreux adjectifs viennent désigner les personnes avançant en âge : vieillards, vieux, cinquième âge, vétérans, aînés, seniors, personnes âgées... La vieillesse, qui semble pourtant surnommée, est paradoxalement innommable (Amyot, 2014).

En France, on associe souvent les personnes âgées et les retraités, bien qu'une des appellations relève d'un jugement et l'autre d'un statut administratif. Lassé de cette confusion, le terme « aînés » est apparu, faisant référence à la position de l'aîné dans une fratrie, le premier

de la famille, et lié à une vision traditionnelle et ancestrale de la famille, transposée ici à la société, imposant un rôle d'autorité naturelle à ces personnes. Après les dénominations « personnes âgées » et « aînés », un nouveau terme émergea : « Les seniors ». Tout comme pour la locution « aînés », « seniors » fait référence à une forme de hiérarchie naturelle, associée au sport (benjamin, minime, cadet, junior, senior...). Or, tout comme pour l'appellation « troisième âge », cette dénomination garde, pour les personnes susceptibles de ne pas correspondre à cette catégorie, une issue qui est la catégorie suivante, « le quatrième âge » pour la première, et ici « vétérans » (Amyot, 2014). Parmi toutes ces tentatives pour trouver l'appellation la plus juste, le terme senior reste aujourd'hui le plus utilisé. D'origine latine, signifiant « plus âgé », le senior se situe entre le junior et le vétéran. Comme nous l'avons vu, avec sa connotation sportive, il possède un caractère moins « péjoratif », s'opposant à la personne sénile. Ce terme, choisi prudemment, tente d'éviter les connotations « négatives » (Trincas, Puijalon & Humbert, 2011). Pourtant cette préférence pour le terme « senior » est purement culturelle. En effet, pour les américains par exemple, l'utilisation des termes « seniors », « seniors citizens » ou encore « elderly people » pose problème puisqu'ils renvoient à des stéréotypes et excluent les membres du groupe de la société (Lundebjerg et al., 2017). L'American Psychological Association recommande l'usage des termes « older adults », « older people » ou bien « persons 65 years and older ». Nommer la vieillesse, cet impossible dessein, est avant tout un fait culturel.

Or, il faut être prudent lorsque l'on use de ces termes. En 1998, le Président Jacques Chirac déclarait qu'il « *cherche encore le nom donner aux retraités et personnes âgées* ». L'âge biologique peut-il indiquer le passage d'une personne à l'état d'agé ?

## 2.2 A quel âge est-on vieux ?

### *2.2.1 La difficulté à définir un âge*

En France, le rapport Laroque (1962) définit les personnes âgées comme ayant 65 ans et plus. Cet âge correspond à l'époque à l'entrée en retraite. Bien qu'entre 1960 et 2011, l'espérance de vie ait progressé (Ponthière, 2017), les statistiques officielles de l'INSEE définissent toujours 65 ans comme l'âge à partir duquel on catégorise une personne âgée. Plus encore, le Gouvernement propose une allocation personnalisée d'autonomie (APA) à



destination des personnes âgées de 60 ans et plus. Bien que l'espérance de vie ait augmenté, il semblerait que les personnes soient devenues vieilles plus jeunes (Bourdelaïs, 1993). En effet, l'âge de la retraite est passé de 65 à 60 ans en 1983. La définition de la personne âgée s'est alors de nouveau calquée sur l'âge de la retraite : la personne âgée l'est désormais à 60 ans. Cette définition est purement administrative et arbitraire (Ennuyer, 2011). Néanmoins, cette catégorisation n'est pas si hasardeuse puisqu'elle est marquée par l'entrée dans une nouvelle étape, le passage à la retraite étant marqué par le passage du statut d'actif à celui d'inactif (Marc, 1990).

Selon l'étude « Les Français et le Bien vieillir » réalisée en 2011 par le groupe l'IFOP, un institut d'études d'opinion et marketing en France et à l'international, les français estiment que l'âge à partir duquel on devient vieux est 69 ans. Néanmoins, la réponse est très variable en fonction de l'âge du répondant : pour les moins de 25 ans, cet âge est estimé à 61 ans contre 77 ans pour les plus de 65 ans et 80 ans pour 8% des plus de 65 ans. L'entreprise de sondage française TNS Sofres proposait, en 2008, une question un peu différente mais les résultats étaient équivalents. Ainsi, selon les réponses, un baby boomer est une personne d'environ 56 ans, un senior avait 61 ans, un vétéran 68 ans, un ancien 72 ans, une personne âgée 74 ans, un vieux 76 ans. Là aussi, l'âge limite pour être défini comme vieux diffère selon l'âge du répondant : les moins de 25 ans estiment l'âge de 69 ans, les 35-49 ans l'estime à 77 ans et les 50 ans et plus à 80 ans. De nombreux sondages ont tenté de trouver une opinion commune quant à la limite d'âge de la vieillesse (Ennuyer, 2011). Là aussi le rapport à la vieillesse dépend du contexte.

### *2.2.2 L'âge subjectif : un critère plus relatif*

Loin d'une approche « scientifique » de l'âge comme celle de l'âge chronologique et l'âge biologique, un concept issu de la Gérontologie, l'« âge subjectif », a vu le jour. L'âge subjectif se base sur le vécu de la personne au travers d'une réflexion personnelle de son vieillissement et de sa position par rapport à la durée de la vie. Considéré comme l'une des composantes du concept de soi, l'âge subjectif dépend des perceptions que l'individu a de lui-même (Guiot, 2001). Cette théorie s'inscrit dans celles du vieillissement et a été mise en évidence par Tuckman et Lorge en 1954. Les différents travaux menés dans ce champ ont révélé que beaucoup de personnes de plus de 60 ans se considéraient comme étant jeune ou tout du moins plus jeune que leur âge réel (Stephan, Chalabaev, Kotter-Grühn & Jaconelli, 2013).

L'âge subjectif est donc l'âge auquel s'identifie la personne, en fonction du rôle social qu'il attribue lui-même à cet âge-là. L'écart entre l'âge chronologique et l'âge subjectif semble découler en partie des changements personnels et sociaux qui accompagnent les transitions du milieu et de la fin de la vie. La notion d'ajustement au vieillissement donne un éclairage supplémentaire sur la tendance à se percevoir à un âge distinct de l'âge réel.

Lorsque les individus prennent conscience de leur vieillissement, ils réagissent selon un processus de défense (Williams, 1963 ; Havighurst, 1969). Les mécanismes de comparaison sociale induisent une confrontation entre les interrogations identitaires et des conceptions normatives de développement humain. Ces normes issues de la société sont définies comme des sentiments, attentes ou croyances d'un individu vis-à-vis de son développement physique, psychologique et social. Selon le degré d'inadéquation entre ces éléments et ce que renvoie l'âge chronologique pour la personne, un décalage plus ou moins grand entre ce dernier et l'âge subjectif peut apparaître. Dans le cas contraire, les individus se perçoivent à leur âge réel.

### *2.2.3 L'âge, « une donnée biologique socialement manipulée et manipulable »*

Définir les personnes âgées comme les « plus de », peu importe l'âge retenu, revient à homogénéiser un groupe de personnes à cause de leur âge chronologique, sans tenir compte du contexte intrinsèquement et socialement lié à la personne. D'une part, l'âge n'est pas envisagé de la même manière par toutes les classes sociales. En effet, pour les catégories populaires, l'âge auquel on devient une personne âgée est de 65 ans contre 72 ans chez les personnes aux revenus les plus élevés (Sondage de l'IFOP, 2011). D'autre part, « ces plus de 65 ans » ne peuvent former qu'une seule et même catégorie tant leur hétérogénéité est grande. Premièrement, et si l'on s'en tient uniquement à un âge chronologique, il y a différentes générations au sein des plus de 60 ans avec, par exemple, une génération née en 1930 et une génération née en 1950. Or, dans ces deux générations se trouvent une multitude de trajectoires de vie différentes impactées par les classes sociales et ces « habitus de classes » (Bourdieu) qui y sont rattachés. À âge chronologique égal, le cadre supérieur et l'ouvrier sont-ils égaux en termes de ressources, de santé, d'éducation ? Il en est de même pour les territoires. La santé est fortement impactée par l'environnement dans lequel on vit (Dab, 2012) et l'espérance de vie également, tout comme les modes de vies qui en découlent sont profondément impactés par

l'environnement géographique. Par exemple, la mortalité par accident routier est trois fois plus élevée en campagne qu'en ville (Martinez & al. 2004). De plus, le rapport à la vieillesse et aux comportements de santé sont influencés par les appartenances culturelles, religieuses et ethniques (Ennuyer, 2011).

Cette catégorisation, construite sur le critère de l'âge chronologique, rogne indéniablement l'hétérogénéité des personnes qui fait l'essence même de l'être humain (Ennuyer, 2011). On ne peut « *subsumer sous le même concept des univers sociaux qui n'ont pratiquement rien de commun* » (Bourdieu, 1978). Travailler sur la vieillesse ne consiste pas à imposer un âge à partir duquel les personnes, issues de différentes classes, deviennent des personnes âgées mais à étudier comment les catégories sont socialement construites et quels processus entrent en jeu dans cette catégorisation (Lenoir, 1989).

### 3. Le processus de catégorisation

#### 3.1 Un processus facilitateur fondant notre identité sociale...

Face à la multitude d'informations que nous recevons quotidiennement, l'une des façons de simplifier notre réalité est le processus de catégorisation. La catégorisation sociale, concept important en psychologie sociale, désigne le fait de classer les personnes et plus globalement les objets sociaux. En 1981, Tajfel définit la catégorisation sociale comme « *un processus mettant ensemble des objets sociaux ou des événements qui sont équivalents en regards des actions individuelles, des intentions individuelles et des systèmes de croyances* ». Ce processus de simplification et de systématisation permet de nous adapter à notre environnement social en tentant de le comprendre. Les deux principes de la catégorisation sociale sont, selon Tajfel, l'induction et la déduction. Le premier principe rogne les divergences d'un item en l'assignant à une catégorie basée sur certaines caractéristiques de cet item. Le second, quant à lui, consiste à assigner, sans beaucoup d'indices, des caractéristiques à l'item en fonction de la catégorie qui lui est associée.

Au-delà de comprendre le monde qui nous entoure, ce processus de catégorisation impacte notre identité sociale. Toujours selon la théorie de Tajfel et au travers de l'étude menée par Tajfel et Wilkes (1963), la catégorisation sociale entraîne plusieurs concepts : l'effet de

contraste, qui consiste à accentuer les différences entre les groupes, et l'effet d'assimilation, qui consiste à accentuer l'homogénéisation des caractéristiques intra-groupe. Cette catégorisation tend à voir les membres d'un groupe comme très similaires entre eux et très différents d'un autre groupe. Il y aurait un « nous » opposé aux « autres ». Le « nous » représentant l'endogroupe et « les autres » représentant l'exogroupe. L'existence d'un endogroupe et d'un exogroupe entraîne un processus de favoritisme intragroupe qui tend à favoriser les membres de son propre groupe. (Berjot & Delelis, 2014). Or si nous favorisons notre groupe, qu'en est-il de l'exogroupe ?

### 3.2...et générateur de comportements néfastes

Le processus de catégorisation sociale, bien que facilitateur, entraîne de nombreux effets néfastes tels que la formation de stéréotypes, de préjugés et de discrimination. Parmi ces trois concepts, le plus connu est le stéréotype. Les stéréotypes sont « *des ensembles de croyances à propos d'un groupe social* » (Ashmore & Del Boca, 1981). Ces croyances sont formées au travers des caractéristiques des membres d'un groupe et sont généralisées à l'ensemble du groupe. Alors que le stéréotype n'est qu'une croyance, le préjugé, quant à lui, renvoie à une attitude, une intention négative à l'égard d'un groupe. Il s'agit de prédispositions à adopter un comportement négatif envers un groupe, ou envers les membres de ce groupe. Le préjugé est empreint d'une composante cognitive, d'une composante affective et d'une composante comportementale. Tous les « -isme » que nous connaissons, tels que le sexisme ou le racisme, sont des attitudes négatives envers le groupe, qu'il soit l'endo ou l'exogroupe. La notion de stéréotype est donc très liée avec le préjugé puisque l'attitude est impactée par la croyance. La discrimination, quant à elle, va au-delà de la croyance et de l'attitude : il s'agit d'un comportement. Ce comportement est négatif envers le groupe dont nous sommes empreints de préjugés. (Berjot & Delelis, 2014).

Outre la difficulté de nommer la personne âgée compte tenu du nombre de différences propres à chaque membre, le groupe des personnes âgées, construit au travers du processus de catégorisation sociale, pâtit donc, à ce titre, d'une dissociation entre l'endogroupe et l'exogroupe ainsi que de stéréotypes, de préjugés et de discrimination. Les différentes formes de discrimination envers les personnes âgées relèvent de l'âgisme. Mais qu'entend-on par âgisme ?

## 4. L'âgisme, « ce profond désordre psychosocial », présent dans la société

Butler définissait pour la première fois l'âgisme « *comme profond désordre psychosocial caractérisé par des préjugés institutionnalisés, des stéréotypes, et l'établissement d'une distance et/ou d'un évitement vis-à-vis des seniors* » (1978). Les différentes appellations attribuées aux personnes vieillissantes sont empreintes de stéréotypes négatifs liés à l'hostilité que la société porte à l'égard du vieillissement, de la maladie et à la dépendance. Un voile semble être mis sur cette forme particulière de discrimination, comme si elle était normalisée, généralisée, acceptée. En effet, cette violence subie par les personnes vieillissantes n'est que très peu dénoncée. Silence et tabou entourent encore le phénomène de l'âgisme (Bizzini, 2007). L'âgisme reflète, comme les formes en « -isme », une forme de préjugés qui sévissent dans la société. Cependant, il diffère du racisme et du sexisme, notamment parce que personne n'est exempt d'acquiescer un jour le statut de « vieux » (Boudjemadi & Gana, 2009). Palmore, en 2004, souligne le fondement psychosocial de ce phénomène qu'il nomme « *maladie psychosociale* ».

### 4.1 Définitions

Composé de « âge » issu du latin « aetas » qui signifie « âge de la vie » et du suffixe « -isme » qui désigne une attitude, un comportement, l'âgisme est un « *mécanisme psychosocial engendré par la perception consciente ou non des qualités intrinsèques d'un individu (ou d'un groupe) en lien avec son âge. Le processus qui le sous-tend s'opère de manière implicite et/ou explicite, et s'exprime de manière individuelle ou collective par l'entremise de comportements discriminatoires, de stéréotypes et de préjugés pouvant être positifs mais plus généralement négatifs.* » (Boudjemadi & Gana, 2009).

L'âgisme est le fait d'avoir des préjugés ou des comportements discriminatoires envers une personne en raison de son âge. L'âgisme est un phénomène largement répandu puisque le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus ne cesse d'augmenter. Bien qu'il soit condamné en France, au même titre que les autres discriminations (articles 225-1 à 225-4 du Code pénal), l'âgisme est peu dénoncé. Or l'âge est le facteur de discrimination le plus conséquent dans notre société avant le sexe, l'origine ethnique et la religion (Adam & al. 2017).

L'âgisme peut prendre plusieurs formes différentes. Il peut s'agir de stéréotypes, de préjugés, de discrimination (à l'emploi par exemple), l'attribution de rôles sociaux à des individus sur la simple base de l'âge (qui renvoie à la catégorisation), l'infantilisation des personnes âgées, le culte de la jeunesse ou la survalorisation de l'esthétique...

#### 4.2 L'âgisme, un fait sociétal

L'âgisme est un fait culturel (Boudjemadi, 2009), il évolue dans une société où plusieurs facteurs rentrent en compte. Le premier facteur qui contribue à l'âgisme est la crainte de la mort dans la société occidentale. La civilisation occidentale conceptualise la mort comme étant en dehors du cycle de la vie humaine (Butler & Lewis, 1977). Elle n'est pas envisagée en tant que partie normale et inévitable du cours de la vie (Woolf, 1998). Selon Woolf, la base de l'âgisme est la suivante : quand on a peur de la mort, on a peur de la vieillesse. De ce fait, la personne âgée est vue comme étant la représentation du vieillissement et de la mort. Certains travaux ont établi des liens significatifs entre âgisme et peur de la mort (Depaola, Griffin & Young, 2003 ; Hunter, Linn & Pratt, 1979 ; Schweibert, 1978), et Butler en 1969 précise que l' « *Âgisme reflète une inquiétude profonde la part du jeune et de la personne d'âge mûr - un dégoût personnel et une prise de distance pour le vieillissement, la maladie, l'incapacité ; une crainte de l'impuissance, et de la mort.* ».

Le deuxième facteur correspondrait à l'engouement pour la jeunesse, et ce que Traxler (1980) nomme la « culture jeune ». Les sociétés occidentales accordent beaucoup d'importance à cette jeunesse (Woolf, 1998), principalement véhiculée par les médias où les adultes plus âgés sont ignorés ou négativement dépeints, et où jeunesse, beauté et sexualité sont honorées (Northcott, 1975). En outre, cette image est censée refléter l'opinion globale ou majoritaire d'une population. Il faut cependant reconnaître que ces médias ont une capacité d'influence considérable sur les valeurs générales et les comportements individuels (Pasupathi & Lockenhoff, 2002). Les études sur ce sujet présentent des résultats contradictoires, et divisent la communauté scientifique, alimentant le débat portant sur l'existence concrète du phénomène d'âgisme dans les sociétés occidentales. Or, toutes les cultures ne sont pas orientées vers l'importance de la jeunesse et préfèrent honorer les individus expérimentés, ayant traversé de nombreuses épreuves et développé un savoir relatif au monde dans lequel ils évoluent (Woolf, 1998). La conception de la vieillesse et de la mort est différente en fonction des sociétés.

Le troisième facteur renvoie à l'importance de la productivité en termes de potentiel économique (Traxler, 1980). Dans certaines sociétés (principalement les sociétés occidentales), les individus positionnés sur les deux extrêmes du cycle de vie, à savoir les enfants et les personnes âgées, sont perçus comme non productifs. Cependant, les enfants sont appréhendés comme étant un potentiel économique justifiant l'investissement fait par la société sur eux. Les personnes âgées, quant à elles, sont plutôt associées à une dette financière, surtout, quand ces dernières sont en retraite. Dans nos sociétés industrielles contemporaines, un « vieux » est un inactif et donc une charge économique (Adam & al. 2017). Elle entraîne une dévaluation des individus ne pouvant contribuer au développement de la société, compte-tenu de la logique économique sous-jacente (Hennard, 1996). D'autres sociétés appréhendent leurs aînés comme productifs d'un certain savoir utile à la communauté, augmentant ainsi la vision positive à l'égard des seniors entretenue par les membres partageant cette culture (Greenberg & al., 2002 ; Woolf, 1998).

Enfin, les différences socio-économiques et culturelles modulent le niveau de l'âgisme. Selon l'étude menée par Adam et al. en 2017, comparant la vision du vieillissement entre des adultes burundais vivant dans la capitale Bujumbura, des Belges vivant en Belgique, et des Burundais ayant immigré en Belgique, les représentations du vieillissement sont plus négatives chez les Burundais vivant au Burundi. Le niveau de développement d'un pays et plus particulièrement le manque de dépenses publiques pour les personnes âgées (concernant les systèmes de retraite et de soins de santé) pourrait contribuer à ce que leurs homologues plus jeunes les perçoivent davantage comme un fardeau dont il faut s'occuper. Dans les pays asiatiques, la vision du vieillissement est plus négative que dans les pays européens. Cela s'explique par le fait de la vitesse du vieillissement beaucoup plus importante dans les pays asiatiques, ce qui contraint la population à s'adapter beaucoup plus rapidement que les pays occidentaux. Face à tous ces changements, les sociétés asiatiques doivent s'adapter rapidement, ce qui peut être source de pression et qui peut modéliser négativement la vision des asiatiques au sujet des personnes âgées (Adam & al. 2017).

### 4.3 L'âgisme au sein même de la santé et des soins

Les domaines du soin et des aides à l'autre ne sont pas exempts d'attitudes âgistes par les professionnels de santé eux-mêmes. En effet, les professionnels de santé échappent peu « *aux nombreux mythes entourant le vieillissement physiologique, selon lesquels ce processus est associé uniquement voire exclusivement à un déclin* » (Lagacé, 2010).

Avant même d'être professionnel de santé, l'âgisme présent dans notre société dissuade les étudiants en santé de travailler auprès des personnes âgées (Vézina, 2010). Paradoxalement face à une demande accrue d'accompagnement due à la hausse de l'espérance de vie, Kastembaum soulevait, dès 1964, des « thérapeutes réticents » quant à cet accompagnement. L'étude de Rochman et Tremblay (2010) révèle que les praticiens livrent moins d'informations détaillées aux aînés et leur accordent moins de temps de consultations. Les médecins seraient aussi perçus comme moins soutenant ou à l'écoute des préoccupations psychosociales de la population vieillissante par comparaison aux générations descendantes. Par ailleurs, moins d'un pour cent des infirmiers sont titulaires d'une spécialisation gériatrique (Geurts & Haelewyck, 2019). L'étude de Adam et al. auprès de 76 infirmières en oncologie du CHU de Liège révèlent que les premiers mots qui leur viennent à l'esprit lorsqu'ils pensent à une personne âgée sont, dans l'ordre, « dépendance », « perte d'autonomie », « solitude », « isolement », « maladie », « douleur », « fragilité »... On constate donc qu'il s'agit de stéréotypes très négatifs vis-à-vis de la personne âgée liés à une condition dégradée puisque 74% des mots employés étaient à connotations négatives (Adam & al. 2017).

### 4.4 La question « A quand la retraite ? » : un exemple d'âgisme au travail

Le lieu de travail est l'endroit où sont vécues les premières discriminations âgistes. (Bickerstaff Charron, 2011). Le vieillissement au travail n'est pas envisagé de la même manière dans les différentes sociétés et cultures. Ces différentes « cultures des âges » entraînent, pour certaines, des formes d'âgisme en matière d'emploi (Guillarmard, 2010). Pourtant, l'activité professionnelle des plus de 50 ans représente, en France, un enjeu considérable. En effet, face à la transition démographique, elle correspond à une des réponses principales en soulageant le rapport entre actifs cotisants et retraités, augmentant ainsi le nombre de cotisations et diminuant simultanément le nombre de prestations à verser. Or la « gestion des âges à la française »



concentre l'emploi autour des âges médians (25-49 ans), confrontant ainsi les plus jeunes à une insertion difficile, des emplois instables et précaires, une entrée sur le marché du travail retardé. Pour les actifs âgés, il s'agit maintenant de chômage long, de retraite anticipée, de cessation d'activité trop précoce (Guillarmard, 2010).

Les attitudes âgistes entraînent un désengagement de l'individu de son emploi et, face à une estime de lui-même amoindrie par ces violences, l'inciteront à quitter le milieu du travail prématurément (Bickerstaff Charron, 2011).

Des questions comme « à quand la retraite ? » peuvent avoir des répercussions sur l'économie puisque « *la participation des personnes plus âgées au marché du travail pourrait devenir essentielle à une bonne performance économique* » (Marcel Mérette, cité par Bickerstaff Charron, 2011). Cependant au-delà des répercussions économiques, ces formes d'âgisme ont des répercussions sur le travailleur certes, mais plus profondément sur l'individu.

#### 4.5 L'âgisme implicite

Au-delà de ces exemples d'âgisme concret, l'expression explicite de l'âgisme n'est pas la voie de ces violences subies par les personnes vieillissantes. En effet, compte tenu des discriminations rencontrées par les plus vieux dans notre société, il est nécessaire de connaître l'étendue avec laquelle les racines de l'âgisme peuvent être trouvées (Boujdemadi, 2009). Ainsi, l'âgisme explicite n'est pas le facteur unique : il existe des formes d'âgisme implicite. L'appellation d'âgisme implicite a été définie par Levy et Banaji (2002) et serait le versant d'un processus dont les éléments, influençant l'expression des stéréotypes et des attitudes relatifs à l'âge des individus, ne sont pas accessibles par introspection. Il s'agirait d'un mécanisme profondément ancré dans l'individu. La première étude traitant de l'aspect implicite de l'âgisme a été réalisée par Perdue et Gurtman (1990), qui se sont intéressés aux effets de l'amorçage des stéréotypes de l'âge chez les jeunes adultes. Les résultats obtenus révèlent que davantage de traits négatifs ont été attribués aux personnes âgées qu'aux personnes jeunes, et démontrent l'existence d'un biais non intentionnel lié à l'âge (Perdue & Gurtman, 1990). De plus, les traits négatifs étaient jugés plus rapidement après une exposition au terme « vieux » qu'après une exposition au terme « jeune ». Le pattern de réponse se trouve inversé avec les traits positifs. Pour les auteurs, catégoriser une personne comme âgée peut créer une forme de construit prédominant plus accessible et plus largement employé pour évaluer une personne.

## 5. Les conséquences de l'âgisme sur les personnes âgées

### 5.1 L'âgisme, un facteur aggravant l'état de santé

La stigmatisation associée au vieillissement a des effets délétères sur la santé physique et mentale des aînés. Par exemple, dans une série d'études longitudinales abordant les conséquences des représentations du vieillissement chez des sujets vieillissants ne présentant aucune pathologie, Levy (2009) a montré que les individus ayant une vision initiale négative du vieillissement sont et se déclarent être en moins bonne santé physique dans les années qui suivent (jusqu'à 28 ans après), s'engagent moins dans des comportements de prévention (faire du sport, manger sainement, arrêter de fumer, etc.), développent plus de problèmes cardiovasculaires, présentent un déclin mnésique plus marqué et ont une espérance de vie moindre (environ 7,5 années en moins), comparativement à des individus du même âge ayant une perception initiale davantage positive du vieillissement. Ces résultats peuvent s'étendre au contexte pathologique, notamment dans le domaine de l'oncogériatrie. Ainsi, la vision que les patients âgés souffrant d'un cancer ont de leur propre vieillissement est associée à leur santé au moment du diagnostic : plus elle est négative, plus ils présentent des problèmes de santé physique et mentale. De plus, la vision initiale de leur vieillissement prédit l'évolution de leur santé sur un délai d'un an : les personnes ayant une vision péjorative de l'âge au moment du diagnostic rapporteront, un an après, davantage de problèmes de santé physique et mentale (Adam & al. 2017).

La prise en charge dans les soins est également impactée par les stéréotypes négatifs liés à l'âge, le plus souvent de façon inconsciente au travers de l'âgisme implicite (Adam & al. 2017). Les soignants usent d'un langage néfaste pour la personne âgée : « l'elderspeak », le « parler petit vieux » qui consiste à parler plus lentement, plus fort, à utiliser des phrases plus simples lorsque nous sommes face à une personne que nous considérons comme très âgée. Or l'utilisation de ce type de langage a pour conséquence la diminution des compétences langagières de la personne (Ryan, Giles & Bartolucci, 1986). L'étude de Schroyen et al. (2017) révèle qu'avec deux dossiers médicaux ne différant que par l'âge, les médecins parlent plus lentement, se répètent davantage pour la patiente de 70 ans que pour la patiente de 40 ans. Bien plus que d'user de « l'elderspeak », les médecins n'abordent pas ou banalisent certains symptômes.

L'âge a un impact sur la prise en charge d'une patiente atteinte d'un cancer du sein. Les médecins recommandent la reconstruction mammaire à 95% des moins de 31 ans alors qu'ils ne le recommandent qu'à 65% des cas chez les plus de 59 ans. Comment expliquer objectivement une diminution de 30 points pour une personne de plus de 60 ans ? L'âgisme est bel et bien présent dans la prise en charge du patient (Adam & al. 2017).

## 5.2 Les impacts de l'âgisme sur les capacités cognitives

Des études montrent l'impact immédiat (c'est-à-dire quelques minutes après) de l'activation (implicite et/ou explicite) de stéréotypes négatifs sur les personnes âgées et leurs performances cognitives. Les résultats montrent de moins bons scores (en comparaison à une condition neutre) des sujets à des tâches intellectuelles, de mémoire ou de mathématiques (Adam & al. 2017). Ils révèlent aussi plus de comportements de dépendance (c'est-à-dire plus d'appels à l'aide lors de la réalisation d'une tâche complexe) et un sentiment d'efficacité moindre de ces sujets. Plus interpellant encore, l'activation de stéréotypes âgistes génère, chez les aînés, une augmentation de leurs réponses cardiovasculaires au stress, une perception plus négative de leur santé et surtout une moindre volonté de vivre (Levy, 2000). Dans les études menées par Adam et al. en 2017, les résultats montrent que des personnes âgées confrontées à des informations négatives (groupe stéréotypes) soulignant la diminution de la mémoire ou de l'équilibre avec l'âge, se sentent plus âgées que les personnes recevant des informations neutres (groupe témoin). Plus précisément, les personnes du groupe « stéréotypes » se sentent plus âgées mentalement et physiquement comparativement à celles du groupe « contrôle » après avoir réalisé des tests de mémoire ou d'équilibre. Ces résultats sont particulièrement vrais pour les personnes ayant au départ une vision plus négative de leur vieillissement. La confrontation à des stéréotypes négatifs conduirait donc les personnes à se sentir plus âgées. Or, l'âge ressenti est considéré comme un prédicteur de l'évolution de santé physique et mentale, au-delà de ce qui est prédit par l'âge chronologique. En conséquence, ces études suggèrent donc que plus nous activons des stéréotypes, notamment au travers du simple fait de parler de mémoire à une personne âgée, plus son état de santé est altéré.

Les effets de la stigmatisation des personnes âgées sont présents chez une personne sans trouble cognitif et il en est de même pour des personnes avec troubles cognitifs avec des effets encore plus délétères (Adam & al. 2017). En effet, on assiste, par exemple dans le cas de la

maladie d'Alzheimer, à une double stigmatisation d'une part par son âge, et d'autre part par sa maladie. D'autant plus que la maladie d'Alzheimer renvoie à des images négatives de dépendance, de dégénérescence, similaires aux stéréotypes du vieillissement. Les personnes sont qualifiées de « séniles », se trouvent déshumanisées et souffrent d'exclusion sociale (Milne, 2010 ; Behuniak, 2010 ; Brannely, 2011). Or si la présence d'une ou plusieurs maladies entraîne une multiple stigmatisation et donc des impacts psychosociaux importants pour la personne âgée (Milne, 2010 ; Behuniak, 2010 ; Brannely, 2011), qu'en est-il en temps de crise sanitaire ? En effet le monde traverse actuellement une crise sanitaire sans précédent, celle de la COVID-19, touchant particulièrement les personnes âgées. Alors qu'en est-il de la personne vieillissante face à ce virus ?

## 6. La personne âgée pendant la crise de la COVID-19

### 6.1 La pandémie de la COVID-19

Le monde traverse actuellement la crise liée à la COVID-19. Le virus identifié en janvier 2020 en Chine est un nouveau coronavirus, nommé « SARS-CoV-2 ». La maladie provoquée par ce coronavirus a été nommée COVID-19 par l'Organisation mondiale de la Santé. Depuis le 11 mars 2020, l'OMS qualifie la situation mondiale du COVID-19 de pandémie. Les coronavirus sont une famille de virus qui provoquent des maladies allant d'un simple rhume à des pathologies plus sévères. La spécificité du virus COVID-19 réside principalement dans sa très forte contagiosité. Dans ce contexte pandémique, la France, sous couvert des autorités sanitaires, a mis en œuvre des mesures importantes afin d'endiguer la propagation de ce virus. Il s'agit notamment d'une distanciation physique, de la mise en place de gestes barrières (lavage des mains, port du masque...) et de confinement.

Or l'efficacité des mesures préventives dépend de son adhésion par la population. Elle est influencée notamment par la compréhension de l'information concernant la pandémie, la confiance que les individus ont envers les institutions, la perception concernant la compétence de ces mêmes institutions, la perception du risque lié à la COVID-19 ou encore les normes sociales (Malo et al, 2020). Ces facteurs semblent impacter l'adoption des comportements préventifs (Boivin et al, 2020). Les personnes de plus de 60 ans ont été identifiées comme plus

sévèrement affectées par la pandémie, d'une part au travers de risques de complications plus élevés et d'autre part par un plus grand nombre de décès en cas de contamination (OMS, 2020).

Il est, de ce fait, pertinent d'étudier les impacts de cette épidémie sur la santé bio-psycho-sociale des personnes âgées pendant de cette crise en lien avec les recommandations politiques (Malo et al, 2020).

## 6.2 La personne âgée face au virus de la COVID-19

### *6.2.1 Une mortalité plus élevée*

Les personnes âgées sont plus susceptibles de développer des infections symptomatiques de la COVID-19 que des infections asymptomatiques par rapport aux plus jeunes. De plus, elles développent davantage une infection sévère au virus qu'une infection modérée. Selon les chiffres issus de la Chine, 4,25% des cas positifs au coronavirus ont entre 40 et 49 ans, 8,16% ont entre 50 et 59 ans, 11,8% ont entre 60 et 69 ans, 16,6% ont entre 70 et 79 ans et 18,4% ont 80 ans et plus (Verity & al, 2020). Les personnes âgées sont également plus sujettes à développer des détresses respiratoires et divers syndromes nécessitant une intubation invasive. La mortalité est plus élevée chez les 80 ans et plus (13,4% des cas détectés) et les 60 ans et plus (4,5% des cas détectés) par rapport aux moins de 60 ans (1,4% des cas détectés). Les risques pour les patients atteints de plusieurs pathologies entraînant une comorbidité sont également plus élevés que pour ceux n'ayant pas plusieurs pathologies (Guan et al, 2020). Or la comorbidité augmente avec l'âge (Divo, Martinez & Mannino, 2014). Les personnes âgées sont davantage susceptibles d'avoir plusieurs pathologies et sont plus à risques de développer des formes graves de la COVID-19 (Dcruz & Banerjee, 2020).

### *6.2.2 Des risques psycho-sociaux*

Au-delà des risques biologiques engendrés par la pandémie sur les personnes âgées, nous constatons des risques psycho-sociaux tel que l'isolement et le sentiment de solitude (Berg-Weger & Morley 2020). L'isolement et la solitude déjà présents chez cette tranche d'âge (Lambrini, 2016) ont été augmentés par le confinement de la population imposé en mars 2020. En effet, les personnes âgées, en résidence ou vivant à domicile, ont été privées des contacts

physiques avec leurs proches. Bien que les liens sociaux aient été maintenus par les nouvelles technologies, l'accessibilité de ces moyens de communication est amoindrie pour les personnes âgées notamment parce qu'elles sont moins familières avec celles-ci. Pourtant, l'étude de Martinez-Alcala en 2018 révèle que, contrairement aux idées reçues, les personnes âgées sont parfaitement enclines à acquérir de nouvelles compétences en termes d'utilisation des nouvelles technologies.

### 6.3 Les choix politiques français pendant la COVID-19 : entre hostilité et bienveillance

#### *6.3.1 D'une politique soucieuse de protéger les aînés...*

A la vue de la pandémie de COVID-19, le Haut Conseil en Santé Publique a rédigé, le 14 mars 2020, des recommandations spécifiques, telle que la distanciation physique, pour les personnes vulnérables, à savoir les personnes de plus de 65 ans et les personnes atteintes de comorbidités. En effet, il était déjà identifié que les comorbidités, qui sont corrélées à l'âge, sont un facteur de risque de mortalité surajouté aux syndromes respiratoires aigus liés à la COVID-19. On y retrouvait ainsi formulées des recommandations visant à éviter que le virus entre en contact avec cette population vulnérable :

- « *Restreindre drastiquement voire interdire les visites dans les établissements d'hébergements collectifs* » et « *Interdire toute sortie aux personnes à risque résidant en hébergement collectif à l'extérieur de ces établissements* » ;
- « *Contre-indiquer aux personnes à risque l'utilisation des moyens de transport collectifs* »
- « *Demander à ces personnes de limiter les déplacements individuels aux seuls déplacements essentiels* ».

Deux jours plus tard, le Conseil Scientifique National COVID-19 ajoutait les recommandations suivantes :

- « *Des mesures d'exclusion concernant tous les établissements hébergeant des personnes à risque de forme grave de COVID-19 (hébergement de personnes âgées*

*dépendantes, hébergement de personnes handicapées, hébergement de personnes précaires) de façon à empêcher l'intrusion du virus dans ces établissements » ;*

- *« Pour les personnes fragiles non hébergées dans des établissements spécialisés, elles doivent appliquer un confinement total à domicile et notamment limiter au maximum les contacts avec des structures sanitaires ou des professionnels de santé à leur cabinet. Un contact avec les soignants doit être assuré par télé médecine ou tout autre moyen de communication permettant un contact visuel de façon à limiter les conséquences psychologiques ».*

Les politiques au travers du Comité Consultatif National d'Éthique précisait néanmoins de parvenir à *« un juste équilibre entre la nécessité d'une solidarité collective, en particulier à l'égard des personnes vulnérables et l'affirmation de l'autonomie, de même qu'entre toutes les dimensions du soin : traitement médical, accompagnement individualisé et justice, suggérant que la notion d'intérêt général est partagée au sein de la société »*. Rappelant la nécessité d'une attention particulière au *« risque affectif de l'isolement »* des personnes les plus vulnérables, ce comité insistait sur les autres risques et conséquences de cette pandémie sur la santé bio-psycho-sociale des personnes âgées (Piccoli, Tannou, Hernandorena & Koeberle, 2020).

### 6.3.2 ...aux questions éthiques qu'elle entraîne

Face à cet enjeu considérable de protection de la personne âgée pendant cette crise de la COVID-19 et face au confinement de la population imposé en France, il est important de discerner ce qui relève de la sécurité sanitaire et ce qui pourrait relever d'une tendance sociétale s'apparentant à de l'âgisme. Au niveau individuel, nous devons nous interroger sur les conséquences négatives du confinement pour la personne âgée. En effet, paradoxalement, au souhait de garantir la sécurité des plus vulnérables, le confinement entraîne différents impacts pour la santé de la personne : d'une part sur le plan physique par la réduction des activités physiques pourtant bénéfiques au maintien de l'autonomie de la personne (Etnier, Nowell, Landers, Sibley & 2006). Et d'autre part sur le plan psychologique avec l'apparition d'état anxieux, dépressif puisque la réduction des activités physiques, entre autres, entraîne des troubles psycho-comportementaux : agitation, agressivité, retrait sur soi... (Tomaka,

Thompson & Palacios 2006). Mais également sur le plan social puisque l'isolement est le 3<sup>ème</sup> facteur de mortalité en Europe après 75 ans (Ankri, 2008).

De fait, la volonté de protéger les aînés pourrait être contre-productive tant les risques bio-psycho-sociaux sont importants. Cette tension se révèle peut-être encore davantage lorsque la question des modalités du déconfinement s'est posée. Comment déconfiner les personnes les plus vulnérables ? L'éventualité d'un confinement plus long pour les personnes âgées de 65 ans et plus a été envisagée le 15 avril 2020 lors du discours du Président du Conseil Scientifique COVID-19, Jean-François Delfraissy, à la commission de l'Assemblée Nationale. Finalement abandonnée, cette suggestion catalyse également la question de la place de la personne âgée dans la société (Piccoli, Tannou, Hernandorena & Koeberle, 2020.)

#### 6.4 La période de la COVID-19, un catalyseur de l'intérêt des médias sur les discriminations par l'âge

Les réactions des personnes âgées n'ont pas échappé aux médias. Nous avons pu voir beaucoup d'articles traitant des ressentis des personnes âgées pendant cette période de la COVID-19 et notamment traitant des discriminations qu'elles subissent. Il semblerait que le nombre d'articles paru dans les journaux sur ces sujets ait considérablement augmenté. En effet, nous avons mené des recherches sur la base de données « europresse » qui regroupe tous les articles parus dans les journaux nationaux et internationaux. Cette base de données nous permet d'affiner notre recherche avec des mots clés et de la préciser avec des temporalités. Nous avons comparé le nombre d'articles datant de la période de janvier 2019 à février 2020 (soit 13 mois) et de la période de février 2020 à octobre 2020 qui correspond à la période de la COVID-19 actuellement (soit 8 mois). Les résultats révèlent, en effet, une augmentation très nette du nombre d'articles parus dans les journaux pendant la période COVID comparée à l'année précédente :



Tableau n°1 : Comparatif du nombre d'articles sur « europresse » pour des mots clés identiques à deux périodes différentes :

Mots clés utilisés	Type de journaux	Janvier 2019- Février 2020 (13 mois)	Février 2020- Octobre 2020 (8 mois)
« Âgisme » et « Personnes âgées »	Presse nationale française	7	<b>8</b>
« Discriminations » et « Personnes âgées »	Presse nationale française	10	<b>16</b>
« ageism »	Tout contenu	749	<b>2627</b>
« Ageism » et « older »	Tout contenu	68	<b>110</b>
« Isolement » et « personnes âgées »	Tout contenu	5781	<b>13882</b>
	Presse nationale Française	79	<b>231</b>
« Ageism » et « elderly »	Tout contenu	102	<b>310</b>
« Ageism » et « discrimination » et « elderly »	Tout contenu	38	<b>113</b>

Les chiffres nous indiquent que pour chaque mot clé utilisé le nombre d'articles y correspondant est supérieur pour la période du COVID que pour la période hors COVID. Pourtant, la première s'étale sur 8 mois alors que la seconde recouvre 13 mois, soit 5 mois supplémentaires. Cela illustre l'augmentation du nombre d'articles traitant des discriminations envers les personnes âgées durant la période COVID et donc l'intérêt que cette période suscite sur l'étude de l'âgeisme. Notons également que les chiffres sont d'autant plus parlants pour les recherches en anglais et donc dans « tout contenu » que dans la presse nationale. On ne peut néanmoins pas conclure d'un intérêt inférieur à ce sujet par la presse nationale française par rapports aux presses internationales. Le sujet de l'âgeisme et des discriminations est mis en lumière en cette période de COVID-19.

## PROBLÉMATISATION

L'âgisme est un fait sociétal très peu explicité par la littérature scientifique et très peu dénoncé. Or, il est susceptible de concerner environ 13 millions de personnes (INSEE, 2016). Depuis le début de la crise de la COVID-19, on assiste à un intérêt scientifique et sociétal autour de ce sujet. En effet, la « révolte » des Baby-Boomers semble dénoncer l'âgisme véhiculé par cette crise. Bien que l'âge moyen des victimes de la COVID-19 soit de 81 ans (OFSP 2020), le gouvernement français a appelé la population à rester à la maison autant que possible et, en particulier, les personnes « vulnérables » et celles de 65 ans et plus. Les mesures politiques adoptées pour la lutte contre la COVID-19 sont ainsi motivées par des rapports d'âge (Philipson, 2020). Pourtant, nous avons toutes les difficultés à définir « qui est vieux ? ». Les personnes âgées ne peuvent être rassemblées autour d'une catégorie homogène sur le critère de l'âge. De plus, les personnes âgées sont presque invisibles du débat public alors qu'elles constituent la raison d'être de ces mesures (Repetti, 2020). La désignation de cette catégorie de personnes comme « groupe à protéger » nous donne matière à réflexion. Par le principe de la catégorisation, les personnes âgées de 65 ans et plus ont donc été pointées du doigt.

Au-delà des impacts psycho-sociaux qu'une telle épidémie engendre sur les personnes nous devons nous interroger sur les impacts de la désignation et de la catégorisation des personnes de plus de 65 ans comme personnes « à risques » et « vulnérables ». La mise à l'écart de ces personnes amène à réflexion. Cependant, très peu d'études donnent la parole aux personnes âgées et il s'agit pour la plupart d'études quantitatives. Ainsi, nous nous interrogeons sur le vécu des personnes âgées pendant la crise de la COVID-19. Nous tentons de comprendre comment la crise a impacté le sentiment d'appartenance des personnes de plus de 65 ans à un groupe social donné, celui des personnes âgées et des personnes vulnérables.

En effet, dans quelles mesures cette crise a pu impacter le sentiment de stigmatisation des personnes vieillissantes ? Véhiculées au travers des médias, les décisions politiques ont mis en exergue une catégorie, celle des plus de 65 ans. Cette catégorisation sur le critère de l'âge semble créer une classe homogène. Comment cela a-t-il été perçu par les personnes âgées et quels en sont les impacts ? La crise de la COVID-19 vient-elle catalyser l'âgisme ? Cette recherche donne la parole aux personnes âgées et tente d'appréhender le rôle de la crise de la COVID-19 sur le sentiment de stigmatisation de ces personnes et ses impacts.

# MÉTHODOLOGIE

## 1. Introduction méthodologique

Il est nécessaire de partir de notre problématique afin de déterminer la méthodologie adéquate. Pour simplifier, nous devons nous poser certaines questions « que cherchons-nous ? » ; « la réponse est-elle combien ? » ; « ou comment ? ». En effet, les chercheurs l'illustrent parfaitement : “ *If you want to understand the perspectives of participants, explore the meanings they give to phenomena, or observe a process in depth, then a qualitative approach is probably appropriate. However, if there is a need for answers to questions such as ‘How many people are likely to use this service over the next year?’ (...) a quantitative design, or at least a quantitative element in the study, will be required.* » (Green & Thorogood, 2004).

La recherche qualitative est distincte de la recherche quantitative mais n'en est pas incompatible. “ *It is perhaps impossible (and unhelpful) to characterize qualitative research in a way that is completely separate from quantitative research.* ” (Green & Thorogood, 2004).

Nous avons fait le choix d'adopter une méthodologie qualitative afin de saisir les représentations et le vécu des personnes âgées au sujet de cette crise et l'âgisme potentiellement vécu. La recherche qualitative utilise comme point d'ancrage le verbal et le langage corporel. La méthodologie qualitative permet de recueillir les représentations des individus à propos d'un sujet, d'une situation, d'une expérience... Le développement de la théorie des représentations sociales est lié historiquement aux approches qualitatives. Dans la définition donnée par Laurence Bardin, l'analyse de contenu est « *un ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des énoncés, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception (variables inférées) de ces énoncés* » (Bardin, 2013). Des entretiens semi-directifs ont donc été réalisés afin de mener à bien cette recherche.

Cette recherche, qui s'inscrit dans le projet ARECOVID, a été soumise à l'expertise du comité d'éthique avant qu'elle débute. Nous avons donc réalisé les documents nécessaires pour

la soumission au comité d'éthique du CHU de Saint-Etienne. Après expertise de notre dossier, le comité a donné un avis favorable.

La démarche que nous avons adoptée est dite inductive. Nous avons mené des entretiens exploratoires avec des personnes âgées de 60 ans et plus au sujet du vécu de la crise en général et du soutien social. Ces entretiens nous ont permis de préciser nos objectifs de recherches et d'affiner notre problématique autour de l'âgisme pendant la COVID-19.

## 2. Matériel : Le guide d'entretien

A la suite de recherches bibliographiques, nous avons élaboré notre guide d'entretien (Cf. Annexe n°3). Il débute par le contrat de communication. Le contrat de communication est un pacte, un engagement réciproque entre les deux interlocuteurs, un gage de confiance. Salès-Wuillemin (2011) indique l'importance théorique et méthodologique du contrat de communication. En effet, il permet de « *concevoir les dispositifs de recueil utilisés pour la mise en évidence de représentations sociales* ». Le contrat de communication que nous avons élaboré répond aux indications de Ghiglione (1990) : dès lors que s'effectue une communication (dans le cadre d'une recherche scientifique), il est nécessaire d'indiquer les paramètres rentrant en jeu dans cette communication : ceux qui communiquent, les raisons qui font qu'il puisse y avoir communication, les modes de cette communication et ses fonctions, les outils de cette communication. Ce contrat de communication qui permet de recueillir le consentement des participants est énoncé en début d'entretien. Après celui-ci, l'entretien débute.

Le guide d'entretien est composé de six grandes parties, chacune caractérisée par des thématiques et concepts. La première partie intitulée « *Présentation* » propose au participant de se présenter afin de recueillir des éléments sociodémographiques (âge, milieu de vie, situation matrimoniale...) ainsi que l'évaluation personnelle de son état de santé. Cette première partie permet de débiter l'entretien plus aisément puisque le participant évoque des choses qu'il connaît bien.

La deuxième partie est consacrée au « *vécu du confinement* ». Le participant est invité à évoquer la période du confinement et plus précisément la manière dont il a vécu cette période de confinement. Nous cherchons ici à savoir quels impacts a eu le confinement sur la vie de la personne : sur son quotidien, ses habitudes de vie, sur sa qualité de vie. Cette partie permet de

prendre la mesure du vécu de cette période en introduisant de manière très progressive la notion d'âgisme.

La troisième partie « *Perception de soi et âge subjectif* » invite le participant à se questionner autour de la représentation qu'il a de son âge et de comment il se qualifie. En effet, nous posons la question de l'âge subjectif proposé par Guiot en 2001 : « *Beaucoup de gens se perçoivent plus ou moins âgés qu'ils ne le sont réellement. Au fond de vous-même, vous vous percevez comme quelqu'un qui a quel âge ?* ». Nous lui proposons de se définir au travers de différentes expressions telles que « personne âgée », « sénior », « personne vulnérable ». Ici, nous tentons de comprendre comment se positionne une personne de plus de 65 ans face à son âge.

La quatrième partie questionne la « *relation avec l'entourage et lien intergénérationnel* ». Elle est d'abord dans la continuité de la précédente puisqu'elle questionne, au travers de l'avis de la personne, la manière dont l'entourage la perçoit. Elle permet d'indiquer les relations qu'entretiennent le participant et son entourage, l'ampleur de ses relations, la fréquence et par quels canaux s'effectuent la relation pendant la crise de la COVID-19. Cette partie s'intéresse également au soutien reçu (soutien émotionnel, soutien matériel...) et à l'impact de ce soutien pour la personne. Enfin, elle interroge le participant sur l'importance d'une solidarité intergénérationnelle. Cette partie permet d'introduire la notion d'âgisme. En effet, lors de l'étude que nous avons menée sur le soutien social, il s'est avéré que lorsque nous évoquions la notion de soutien, d'aide reçue, de solidarité intergénérationnelle, les participants se montraient soucieux d'évoquer leur autonomie et leur insatisfaction face aux propositions de recevoir de l'aide. Ils nous évoquèrent également la sensation d'avoir été perçus comme vulnérables par la société depuis cette crise.

La cinquième partie est une partie conséquente de notre guide d'entretien. D'une part, elle constitue le cœur de nos questionnements et, d'autre part, il s'agit d'une partie délicate à aborder. En effet, parler des discriminations vécues est un sujet sensible. Au-delà de la notion de tabou, Sieber et Stanley (1988) proposent une définition du sujet sensible : « *Les recherches socialement sensibles se rapportent aux études dans lesquelles il y a des conséquences ou des implications sociales, soit directement pour les participants de la recherche soit [indirectement] pour la catégorie d'individus représentée par la recherche* ». Il était donc important d'amener cette partie avec prudence en s'adaptant à chaque participant. Cette partie questionne l'individu sur son sentiment d'avoir été catégorisé comme une personne vulnérable, comme une personne âgée pendant cette période. Si cela est le cas, le participant est invité à expliquer par qui cela a été fait et comment il l'a vécu. La limite d'âge des 65 ans est avancée

par l'évocation d'une réflexion politique pendant le confinement : l'éventualité de déconfiner la population à l'exception des plus de 65 ans, qui, eux, seraient déconfinés plus tard. Le participant est incité à donner son avis à ce propos, tout comme au sujet de la nécessité ou non de mettre en place davantage de restrictions pour les personnes âgées. Plus simplement, au travers de l'évocation de moments concrets, cette partie invite la personne à donner son avis à ce sujet et l'impact que cela a eu sur elle. Enfin, cette partie se termine par un questionnaire au sujet de la discrimination envers les personnes âgées dans la vie de tous les jours. Le participant nous fait ainsi part de son expérience personnelle ou de son expérience en tant que témoin de discrimination.

La dernière partie du guide vise à clore l'entretien en évoquant la période post-confinement. Nous questionnons le vécu du déconfinement, la modification des habitudes de vie ou encore leur rapport à la santé.

Le guide d'entretien se clôture par la possibilité pour le participant d'ajouter des remarques puis par un remerciement.

### 3. Procédures

#### 3.1 De recrutement

Afin d'avoir accès aux personnes âgées nous avons mobilisé les réseaux du Gérontopôle AURA. En effet, nous avons contacté différentes structures d'accompagnement des personnes de plus de 65 ans : l'AIMV qui est un service d'aide à domicile, l'OSPA (Office Stéphanois des Personnes Âgées) qui est une association dont l'objectif est de promouvoir et de coordonner les initiatives en faveur des personnes retraitées ou âgées ainsi que le C.C.A.S (Centre Communal d'Action Social) et, en particulier, le service « Gérontologie » de la ville de Saint-Etienne. Nous avons pris contact avec les responsables de ces structures, par téléphone et/ou par mail afin qu'ils diffusent notre demande. Dans un souci de confidentialité des données nous ne pouvions pas avoir accès à leur base de contacts. De ce fait, les structures ont diffusé notre demande à leurs listes de personnes, ou à une partie des listes en fonction de nos critères

d'inclusion. Ainsi, les personnes intéressées nous contactaient par mail ou par téléphone pour convenir d'un rendez-vous téléphonique.

Nous avons eu l'opportunité d'inclure des participants de la Cohorte Proof. Cette cohorte, créée en 2001 dont l'investigateur principal est le Pr Barthelemy, comportait initialement 1011 sujets volontaires âgés d'environ 65 ans tirés au sort à partir des listes électorales de la ville de Saint-Etienne. Aujourd'hui, 800 personnes font partie de cette cohorte et sont âgés de 83 ans et plus. Dans le cadre d'un autre projet réalisé en partenariat avec le Gérontopôle AURA, nous devions appeler les membres de cette cohorte pendant le confinement (avril-juin 2020) afin de remplir un questionnaire en ligne. Ce questionnaire avait pour but de recueillir différentes données telles que leur état de santé (symptômes), leur état physique (s'ils continuent à marcher ou non), en savoir plus sur leur quotidien pendant le confinement (temps passé devant la télévision), l'âge subjectif... A la fin de l'appel, nous leur proposons de participer à notre recherche.

### 3.2 De passation

Les entretiens ont eu lieu dans une période de pandémie de la COVID-19. Bien que le confinement ne fût plus de vigueur à cette période, les entretiens ont eu lieu par téléphone afin de limiter les risques de contagion. Une fois le rendez-vous fixé avec la personne, nous l'appelions à l'heure prévue, dans un endroit calme. L'entretien était enregistré après l'accord de la personne et a été rendu confidentiel et anonyme. L'entretien se faisant par téléphone à distance, l'analyse a, de ce fait, été privée de données non-verbales précieuses. Les entretiens ont eu lieu du 17/06/2020 au 25/06/2020. Cette temporalité correspond à la période post-confinement : les français étaient déconfinés depuis un peu plus d'un mois mais la crise de la COVID-19 était encore présente.

## 4. La population

La population interrogée pour l'étude se compose de personnes âgées de plus de 60 ans. En effet, les critères d'inclusion de cette recherche étaient l'âge (plus de 60 ans) et le fait de vivre à domicile. Ce critère d'âge se base sur la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé qui définit une personne âgée à partir de 60 ans. Le critère de non-inclusion est les personnes qui refuseraient de participer à l'étude. Ici, tous les participants ont choisi de participer à l'étude en faisant la démarche de nous contacter.

La taille de l'échantillon a été déterminée suivant le principe de la saturation théorique. La taille de l'échantillon ne peut pas être fixée à l'avance dans l'étude qualitative et n'est envisagée qu'après avoir atteint la saturation théorique (Thiétart, 2003). Cette dernière est atteinte lorsque le chercheur n'est pas en mesure de trouver des informations supplémentaires pour améliorer la théorie : « *La saturation empirique désigne alors le phénomène par lequel le chercheur juge que les derniers documents, entrevues ou observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique* » (Pirès 1997). De plus, Griffin et Hauser ont démontré, en 1993, que le nombre d'informations additionnelles diminuait avec le nombre de personnes interrogées selon une loi bêta-binomiale. Une analyse parallèle a donc été réalisée entre chaque entretien afin de déterminer le moment où le nouvel entretien n'apportait plus d'informations supplémentaires.

## 5. Outils d'analyse

Tous les entretiens ont été intégralement retranscrits à l'aide d'un logiciel permettant de ralentir la vitesse de lecture (Cf Annexe n°4 « Retranscriptions d'un entretien type »). L'analyse s'est effectuée au travers du logiciel Nvivo version 12. Les données ont d'abord été traitées via le logiciel : « *Traiter le matériel, c'est le coder. Le codage correspond à une transformation — effectuée selon des règles précises — des données brutes du texte. Transformation qui, par découpage, agrégation et dénombrement, permet d'aboutir à une représentation du contenu, ou de son expression, susceptible d'éclairer l'analyste sur des caractéristiques du texte* » (Bardin, 2013).



Le logiciel Nvivo facilite la mise en œuvre de l'analyse thématique qui a comme but de dégager les éléments sémantiques fondamentaux en les regroupant à l'intérieur des catégories. Les thèmes sont des catégories de base, ils n'ont pas encore subi d'analyses lexicales ou émotionnelles poussées. Seulement après cette première catégorisation nous allons déterminer les sous thèmes. Cet outil d'aide à l'analyse qualitative procède à une démarche de décontextualisation-recontextualisation du corpus (Tesch, 1990).

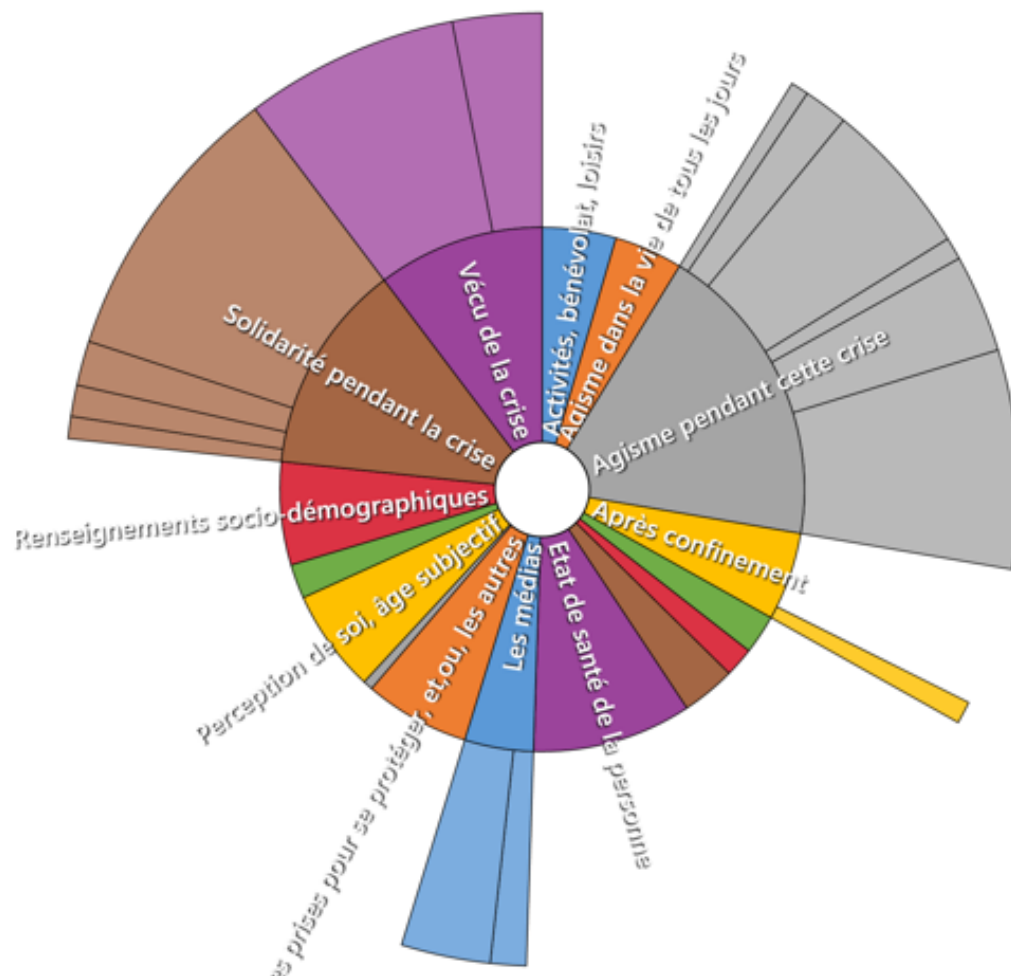
Dans un premier temps, notre corpus, composé des retranscriptions d'entretiens, a subi une étape de codage. Le corpus est découpé en unités de sens : dès qu'un thème est repéré, l'analyste rattache l'extrait au nœud. Aux fins de l'analyse thématique, les nœuds servent principalement à classer le contenu des documents en codes ou en thèmes. Ce sont des « récipients électroniques » dans lesquels on place l'extrait ou les extraits, provenant d'un ou de plusieurs documents, qui ont trait au thème en question. Chaque extrait peut également par la suite, être de nouveau, intégralement ou partiellement, rattaché à un autre nœud. C'est ce qui est appelé le *coding-on*, c'est-à-dire effectuer l'opération de codage sur des extraits déjà codés, pour poursuivre plus loin l'analyse (Bourdon, 2002).

Nous avons effectué une analyse thématique horizontale afin d'identifier les thèmes abordés de manière récurrente. Dans une démarche compréhensive, nous avons ensuite procédé à une analyse verticale afin d'observer d'éventuels liens entre la pandémie de COVID-19 et le sentiment de stigmatisation voire de discriminations des personnes âgées.

## RÉSULTATS

Nous avons procédé à une analyse thématique de contenu horizontale afin d'identifier les principaux thèmes abordés. La liste des nœuds évoqués par les participants se trouve en annexe n°5. Les nœuds et les verbatim associés se trouvent en exemple en annexe n°6. Le graphique ci-dessous représente la répartition de chaque thème dans l'ensemble du corpus (issus de Nvivo). Les thèmes les plus souvent évoqués sont graduellement l'âgisme pendant cette crise, la solidarité pendant la crise, le vécu de la crise ainsi que les médias. Cela signifie qu'il s'agit des thèmes les plus évoqués lors des entretiens, pour lesquels nous avons le plus de verbatim.

Graphique n°1 : Répartition des thèmes dans le corpus.



## 1. Caractéristiques générales de notre population

Cette partie est consacrée à l'analyse des résultats des analyses des entretiens réalisés. Nous avons mené 15 entretiens téléphoniques. Les informations sociodémographiques se trouvent dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°2 : Renseignements sociodémographiques des participants

N°	Date	Durée	Genre	Pseudo <sup>1</sup>	Age	Situation	Milieu de vie	Recrutement
1	17/06	32mn	Femme	Michèle	72	Seule	Urbain	OSPA
2	17/06	25mn	Femme	Jeannine	65	Seule	Urbain	OSPA
3	17/06	25mn	Femme	Sylvie	90	Seule	Urbain	PROOF
4	18/06	30mn	Femme	Christine	69	En couple	Urbain	OSPA
5	18/06	30mn	Homme	Gérard	75	En couple	Urbain	AIMV
6	19/06	28mn	Femme	Gisèle	92	Seule	Urbain	PROOF
7	19/06	20mn	Homme	Pierre	84	En couple	Rural	AIMV
8	22/06	35mn	Femme	Martine	65	Seule	Urbain	OSPA
9	22/06	19mn	Femme	Carine	65	Seule	Urbain	OSPA
10	22/06	27mn	Femme	Nicole	66	Seule	Urbain	OSPA
11	22/06	21mn	Homme	Roger	83	En couple	Urbain	OSPA
12	24/06	37mn	Homme	Jean Pierre	86	En couple	Urbain	OSPA
13	24/06	27mn	Homme	Marc	84	En couple	Urbain	OSPA
14	25/06	31mn	Homme	Philippe	83	En couple	Urbain	OSPA
15	25/06	18mn	Homme	Éric	65	En couple	Rural	OSPA

Notre population est composée de 8 femmes et 7 hommes âgés de 65 à 92 ans (moyenne d'âge 76 ans). Parmi ces personnes 8 vivent en couple avec leur conjoint et 7 vivent seules. Elles ont été recrutées principalement par le biais de l'OSPA mais 2 personnes sont issues de

<sup>1</sup> Nous précisons que les prénoms ont été modifiés pour garantir l'anonymat des participants

l'AIMV et 2 personnes de la cohorte PROOF. Notre population est majoritairement urbaine, seulement 2 personnes vivent en milieu rural.

L'état de santé des personnes est hétérogène. Certaines personnes souffrent de maladies importantes :

*« J'ai des petits soucis de santé type Lyme, type maladie de Lyme s'est un peu pénible. (...) Il y a des jours je ne peux pas sortir de chez moi parce que je suis trop fatiguée je ne suis pas bien et puis il y a des jours je peux aller faire des randonnées de 2h » (Carine, 65 ans).*

*« Alors je suis handicapée à 80%. J'ai des problèmes de poumons et de cœur. Je sors deux fois par semaine et encore pas tout le temps. » (Jeanine, 65 ans).*

*« En plus de ça comme je suis un sujet fragile, j'ai été opéré d'un cancer, c'est vieux, il y a trente ans mais enfin bon et puis j'ai une insuffisance respiratoire aussi. Donc je suis traitée pour ça. » (Michèle, 72 ans).*

Il y a « des maladies de vieux » (Jean-Pierre, 86 ans) qui semblent liées à l'âge et qui affectent, dans une autre mesure, leur quotidien :

*« Quand on commence à vieillir on prend quelques petites pathologies de-ci de-là, des petits trucs des choses le corps est moins fiable qu'avant » (Martine, 65 ans).*

*« Alors bon j'y vais moins vite c'est vrai que je me fatigue plus vite quand je suis au jardin donc de temps en temps on s'arrête » (Marc, 84 ans).*

*« Pour mon âge je ne me sens pas trop mal, mais je ne fais pas ce que je faisais il y a 20 ans, mais par rapport à d'autres je m'estime heureux hein. » (Pierre, 84 ans).*

Les participants sont très investis dans diverses activités. Bien que les rassemblements sportifs soient interrompus, ils sont habituellement adeptes d'exercices physiques :

*« Je faisais du yoga par exemple mais je pense que ça reprendra en septembre si la situation évolue favorablement d'ici là. (Christine, 69 ans).*

*« Par rapport à mon âge je ne me plains pas, je ne me plains pas, je fais du sport enfin je fais surtout de la marche maintenant, un peu de gym intérieure, le vélo sur le balcon » (Gérard, 75 ans).*

*« Je faisais ma gymnastique à la maison, parce que je connais tous les mouvements, depuis 40 ans je fais de la gym jusqu'à maintenant. Pour le moment s'est arrêté ça n'a pas repris. C'est une gymnastique d'entretien. Je fais partie d'une association moi j'en ai toujours fait j'aime ça. » (Gisèle, 92 ans).*

*« De mon côté comme j'ai toujours fait du vélo j'ai acheté un vélo électrique. » (Pierre, 84 ans).*

En dehors des activités physiques, les personnes sont impliquées dans des activités sociales variées :

*« Oui oui je fais du bénévolat je suis, ben j'ai toujours été militant syndicaliste donc je continue encore un peu avec les retraités de la CFDT. Je suis trésorier d'une union locale donc vous voyez. » (Marc, 84 ans).*

*« J'ai une activité sociale quoi, des réunions syndicales » (Gérard, 75 ans)*

*« Je vais vous expliquer une retraite oui et non. Donc je suis à la retraite je travaillais à la poste voilà et depuis que j'ai pris ma retraite je m'occupe d'édition. (...) C'est très variable selon, comment dire euh, à partir de la rentrée jusqu'au mois de mars s'est assez, enfin bon ce n'est pas intense ça laisse du temps, mais bon le temps de lecture le temps de conseil le temps de tout ça, ça prend quand même un peu de temps » (Nicole, 66 ans).*

*« Je m'occupe aussi un peu de l'immeuble, hein enfin vous savez le conseil syndical là, et on a eu une réunion le, avec Foncia, c'est Foncia notre syndic. » (Philippe, 83 ans).*

Ils se montrent soucieux de la reprise des activités, et des conditions de reprises de ces activités. Ils souhaitent pouvoir reprendre d'une part pour leur forme physique et pour le lien social que cela engendre, mais souhaitent pouvoir le faire sans risquer d'être contaminés.

*« J'ai bien envie de les reprendre mes activités parce que c'est vrai que physiquement c'est une perte, c'est une perte surtout effectivement quand on vieillit un peu qu'on n'a pas un passé sportif euh voilà et ben moi je j'ai bien envie de retravailler un peu mes muscles et mes abdos voilà, moi j'ai bien envie mais j'aimerais bien qu'on m'offre la possibilité de le faire dans des lieux plus sécurés quoi. » (Martine, 65 ans).*

Malgré l'état de santé très hétérogène de notre population, les personnes interviewées participent à des activités sociales variées. Ces nouveaux rôles et activités sociales sont importants pour eux. Or la crise de la COVID-19 a stoppé ces activités et les personnes sont soucieuses de pouvoir les reprendre dans des conditions garantissant leur sécurité sanitaire.

## 2. Le vécu de la crise

### 2.1 Des habitudes de vie bousculées

La COVID-19 et le confinement ont engendré de nombreux changements pour la population. L'analyse des discours de nos participants révèle à la fois des impacts que l'on peut qualifier de négatifs, et à la fois des impacts positifs.

Concernant les impacts de la COVID-19 en tant que maladie, nos participants évoquent majoritairement de la peur envers celle-ci :

*« Ah ben parce que j'ai la trouille hein (rires)(..) Ben d'attraper le virus ! » (Roger, 83 ans).*

*« Parce qu'en plus les symptômes qu'on nous donnait par rapport au COVID, moi je les ai déjà par ma scoliose et mon problème aux poumons, il m'arrive d'avoir des quintes de toux, des essoufflements, c'est tous des choses qu'ils disaient si vous toussiez, si vous êtes essoufflés, vous avez le COVID, alors que moi ça fait 15 ou 20 ans que c'est comme ça. Et ben ça m'a angoissé, ça m'a angoissé encore plus. » (Michèle, 72 ans)*

*« Je faisais attention, et puis peur de l'attraper » (Gérard, 75 ans).*

*« Et ben ça dépendait des jours, au début c'était assez stressant, je pense qu'au début on avait peur d'être malade » (Christine, 69 ans).*

Le confinement a privé les personnes d'activités et de rôles sociaux qui leur sont habituellement intrinsèquement liés. Certains participants évoquent la privation de liberté, la sensation de se sentir inutiles, et les activités qu'ils auraient pu faire si le confinement ne les en avait pas empêché.

*« Je pense que tout d'un coup on s'est senti inutile. On était enfin ma génération les gens de mon âge ils ont encore beaucoup l'impression de pouvoir aider leurs enfants, leurs petits-enfants et il y en a beaucoup encore qui aident leur parent et tout d'un coup comme on ne pouvait pas se déplacer qu'on devait rester chez soi et ben on devient inutile » (Christine, 69 ans).*

*« Bon alors écoutez-moi je vais vous expliquer moi enfin en un mot ce qui m'a le plus embêté et ce qui a embêté naturellement tous les gens c'est la privation de la liberté » (Gisèle, 92 ans)*

*« Alors la contrariété que j'avais un peu, c'était de me dire bon ben j'ai mon jardin à Montrond, j'aurais bien de quoi m'occuper et de savoir qu'on ne pouvait pas le faire quoi s'est tout, c'était plus ça qui nous minait » (Marc, 84 ans).*

*« Ce n'est pas pareil je dirais que d'être dans un confinement consenti et choisi que dans un confinement imposé où il faut sortir avec son papier, où on s'autorise sois même à sortir, c'est ça qui est infantilisant, c'est même ridicule » (Nicole, 66 ans)*

Or pour la plupart, le confinement et ses conséquences semblent avoir été vécus avec un certain relativisme :

*« Ben je vous dis, moi le confinement je l'ai bien vécu » (Roger, 83 ans).*

*« Non moi le confinement si tout le monde l'avait vécu comme ça aurait été parfait, j'ai pas du tout à m'en plaindre. » (Pierre, 84 ans).*

*« Je veux dire quand on était confiné il a fallu s'adapter hein moi je vois au bout d'un moment on est un peu dans sa bulle on se crée quelques rituels » (Martine, 65 ans).*

*« Non ça ne m'a pas gêné, ça ne m'a pas provoqué un bouleversement dans ma vie. » (Jeanine, 65 ans).*

*« Le confinement, c'est malheureux à dire mais enfin ça ne m'a pas trop gêné » (Roger, 86 ans).*

Cette période a engendré d'autres bouleversements comme la modification de certains comportements liés à la prise de mesures préventives telles que le port du masque et l'utilisation du gel hydro alcoolique :

*« Oui s'est vrai ça faisait peur mais on a suivi les recommandations, donc euh, ben on sortait hein j'allais faire mes courses mais on faisait attention j'allais deux fois plus vite que d'habitude, j'avais ma liste et je prenais vraiment ce dont j'avais besoin et je payais par carte bancaire pour éviter vous voyez, et je me lavais les mains en rentrant avec du gel, je m'en remettais en sortant. Nos fruits et légumes on les met sur la fenêtre en arrivant, nos sacs aussi, on les lave, on lave tout quoi même les emballages (...) donc on prend beaucoup des précautions qu'on ne prenait pas avant bien sur parce qu'on n'avait pas besoin. » (Gérard, 75 ans).*

*« J'ai pris mes précautions ne serait-ce que pour préserver, casser la chaîne de diffusion et puis c'est con de se rendre malade bêtement. Et puis moi c'était, je ne fais jamais attention quand il y a un truc quand il y a la grippe mais bon s'est vrai que je vais peut-être revoir ma*

*copie puisque curieusement cette année il y a très peu de grippe puisqu'on faisait les gestes barrières » (Carine, 65 ans).*

*« Je mets mon masque, je mets le gel hydrologique, je fais ce qu'il faut quoi. » (Jeanine, 65 ans)*

## 2.2 De l'adoption de nouvelles formes d'être en relation à la solidarité intra et intergénérationnelle

Distanciation oblige, les personnes ont trouvé de nouvelles manières d'être en relation. Elles ont notamment utilisé les nouvelles technologies. Certaines personnes étaient habituées à utiliser les nouvelles technologies pour communiquer, alors que d'autres se les sont appropriées pendant le confinement, avec l'aide, parfois, de la famille.

*« Oh oui ben oui ça ça ne change rien. Entre internet, le téléphone, les mails, WhatsApp aussi, bon être en relation avec les amis et les proches ce n'est pas compliqué quoi, ça se pratique déjà couramment » (Carine, 65 ans)*

*« Mon fils arrivait à mettre sur son téléphone ma fille mon gendre lui sa femme et on voyait je sais plus comment ça s'appelle mais on voyait tout ça voilà donc j'ai on ne s'est pas arrêté. Avec notre petit fils qui est à Nantes pareil il met son truc nous on met la vidéo et hop on se voit. » (Jean Pierre, 86 ans).*

*« Une fois ou deux ils ont fait un truc en vidéo en visio conférence, je ne sais pas comment on appelle ça, mais ça s'est eux qui l'ont fait moi je ne maîtrise pas, je maîtrise un petit peu l'informatique mais pas trop. » (Marc, 84 ans).*

Certaines personnes relèvent néanmoins les limites de ces technologies dans la relation à l'autre :

*« Ce qui nous manquait aussi c'est de ne pas voir les enfants et les petits enfants quoi sinon on se voyait un petit peu, non on se téléphonait surtout, ils nous ont organisé une fois ou deux une séance par Skype on se voyait un petit peu mais enfin bon ça c'est là que j'ai mesuré les limites de ce genre de communication quoi, ça n'a rien à voir quand on est en face à face quoi. » (Marc, 84 ans).*



Selon les discours des participants, le confinement a même pu resserrer des liens avec des personnes éloignées. Cela leur a permis de reprendre contact avec des personnes avec qui ils n'avaient pas échangé depuis longtemps.

*« Alors oui, je vais dire oui et non, oui parce finalement ben des gens qu'on n'avait pas vus depuis longtemps prenaient des nouvelles, moi je prenais des nouvelles de gens bon ben que je n'avais pas eu l'occasion d'avoir depuis longtemps bon ben ça s'est bien parce que ça renoue des liens. » (Nicole, 66 ans.)*

*« C'était un peu plus intense quoi, des gens que je n'en avais pas contactés depuis longtemps que j'ai contacté pour leur montrer que je pense à eux » (Carine, 65 ans).*

Au-delà d'avoir resserré certains liens, cette période révèle, selon les personnes interrogées, une certaine solidarité. On distingue le soutien que nos participants ont donné à leur proche, et le soutien qu'ils ont reçu. Pourtant, les personnes n'exprimaient pas le besoin de demander de l'aide :

*« Ah non pas du tout non non, non non, non non, ça, il n'y a pas de problème de ce côté-là, on peut très bien subvenir à nous même sans avoir trop besoin d'aide extérieur. » (Marc, 84 ans).*

*« Non non avec ma femme on se satisfait nous-même hein non non, au contraire c'est eux dès qu'ils peuvent ils viennent pour manger vous voyez, non non ils ne nous ont pas apporté d'aide ! Pour le moment on a de la chance je ne sais pas combien de temps ça va durer encore mais on fait face à tous nos besoins. » (Pierre, 84 ans).*

Elles se proposaient même d'en donner :

*« Oh ben je n'ai pas eu besoin non, non non au contraire, on a demandé nous à des personnes âgées dans l'immeuble si elles avaient besoin de nous » (Gérard, 75 ans).*

*« Dans l'immeuble où j'habite on prenait régulièrement des nouvelles des uns des autres, on se téléphonait pour savoir où on en était pour savoir si on était là, si on était enfin voilà, ce qu'on faisait bon mais c'est un petit immeuble on est 8 habitants donc (rires) ça va quoi (rires) » (Nicole, 66 ans).*

Pourtant, pour certaines personnes, la famille s'inquiète de leur état de santé et elles reçoivent des « consignes » voire des « interdits ».

« Alors ma fille me disait prend bien ton masque enfin, évite bien de passer des gens tout ça et dès que tout de suite tu m'appelles on appellera le 15. » (Gisèle, 92 ans)

« Alors nos enfants nous disaient bien aussi ils nous disaient faites attention mais ils savent qu'on est raisonnable, ils n'insistaient pas outre mesure quoi. » (Marc, 84 ans)

« Un petit peu oui, ils disent il faut faire attention quoi, c'est comme ça quoi, ça s'inverse, avant c'était nous les parents et eux les enfants, mais bon je crois que c'est normal alors quelques fois ça me (rises) ça ne me met pas en colère mais bon je trouve un peu rigolo mais bon s'est comme ça (rises). » (Philippe, 83 ans).

« Ben je vois j'ai ma sœur qui a 10 ans de moins elle me dit fait attention tu en fais trop » (Gérard, 75 ans).

« J'ai deux projecteurs dehors, les deux lampes sont grillées alors j'en ai mis un autre un peu plus bas, on m'interdit ma femme et mes enfants de monter à l'échelle pour aller changer le truc alors les ampoules sont grillées » (Jean Pierre, 86 ans).

« Ah ben oui et puis on avait des consignes, elles disaient surtout vous ne sortez pas, vous n'allez pas dans les magasins ah ben oui ! (...) Oh pas interdit mais (rises) euh ouais si on leur avait dit on est allé à tel endroit dans un magasin elles n'auraient pas été bien contente quoi » (Roger, 83 ans).

D'une manière générale, les participants évoquent un élan de solidarité depuis le début de la crise de la COVID-19 :

« Pendant le confinement il y avait un esprit de solidarité » (Gisèle, 92 ans).

« Oh ben oui hein oh je pense qu'il y a une certaine solidarité quand même oui. » (Jean Pierre, 86 ans)

« Je pense que pendant ce confinement j'ai l'intuition qu'il y a eu assez de solidarité, j'ai été même surpris vous voyez » (Pierre, 84 ans).

Cette solidarité principalement intra générationnelle a également été initiée par les plus jeunes :

« Quand même il y a des jeunes qui se sont beaucoup investis moi je trouve hein franchement hein » (Gisèle, 92 ans)

Bien que certains participants expriment la peur et l'anxiété que cette période a engendrée, d'autres révèlent que cette crise n'a pas profondément changé leurs habitudes de vie.

Néanmoins ils évoquent tous l'adoption de nouvelles formes de communication afin de rester en contact avec leur proche pendant le confinement notamment même s'ils déplorent les limites de ces technologies dans la relation à l'autre. Les discours révèlent une indépendance des personnes : ils sont autonomes et ne ressentent pas le besoin de demander de l'aide à leurs proches pendant la crise. Ils recevaient pourtant des conseils voire des interdictions de la part de la famille principalement, les incitant à faire plus attention. On assiste donc à une dichotomie entre la perception qu'a la personne de ses capacités et ses intérêts pour d'autres activités sociales et la perception que ses proches ont des capacités de la personne. Cette dissonance semble avoir des conséquences sur la personne âgée. Elle est parfois désireuse de faire (ou continuer à faire) certaines activités (comme changer une ampoule par exemple) mais la famille (ou les proches) lui exprime son opposition. Le jugement de la personne quant à ses capacités la limite donc dans ses actes.

### 3. Un sentiment de stigmatisation révélant l'âgisme véhiculé par cette crise

#### 3.1 « A 65 ans, on n'est pas vieux ! »

Les personnes expriment leur désaccord envers les discours et interventions médiatiques ciblant les personnes à risques et les personnes âgées à partir de 65 ans. Selon elles, une personne de 65 ans n'est pas âgée :

*« Oui non mais 65 ans on n'est pas vieux hein non moi je ne suis pas d'accord là, 65 ans » (Jean Pierre, 86 ans).*

*« Moi il me semble si vous voulez 65 ans maintenant à l'époque où on vit ce n'est pas vraiment personne âgée quoi. Je pense que pour moi maintenant personne âgée c'est 80 quoi vous voyez » (Martine, 65 ans).*

*« Alors là c'est difficile parce que quand on dit au-dessus de 60 ans si vous voulez ben moi ça me fait 20 ans que je vis ça et je n'ai pas l'impression d'avoir été vieux dès 60 ans ou 65 ans, vous voyez s'est... je m'en suis rendu un peu plus compte vers, environ 75-80 » (Philippe, 83 ans).*

*« Ce qui m'a fait rire c'est qu'ils ont parlé de personnes âgées à partir de 65 ans alors que moi à 65 ans je pétais le feu ! » (Pierre, 84 ans)*

*« Plus de 65 ans il y a quand même deux générations encore en vie et je ne pense pas être dans la dernière génération, j'ai encore de la famille dans la génération au-dessus de moi. » (Christine, 69 ans)*

De plus, lorsqu'on les interroge sur la perception qu'ils ont d'eux même, de leur âge, de leur âge subjectif, ils nous expliquent ne pas se considérer comme âgé. Cela concerne les participants de 65-70 ans mais également les participants de 80 ans et plus :

*« Il y avait marqué à partir de 65 ans alors je me suis dit alors ça me concerne mais ça ne veut pas dire que je me considérais comme une personne âgée. » (Christine, 69 ans).*

*« Ben je me perçois comme quelqu'un qui a 69 ans mais je ne me perçois pas comme une personne âgée. » (Christine, 69 ans).*

*« Ah oui moi je vous dis je ne me sens pas comme une personne âgée (...) je pense que c'est moi qui me vois moins vieux » (Jean Pierre, 86 ans).*

*« Je ne me sens pas spécialement âgée. » (Martine, 65 ans)*

*« Il y a une formule qu'utilisait ma mère elle avait 80 ans moi je me sens toujours avec une tête de 50 ans (rires) alors je ne dirais pas que c'est ça mais (...) je me sens plus jeune » (Nicole, 66 ans).*

*« J'estime être resté assez jeune encore (...) je ne me trouve pas particulièrement vieux quoi » (Philippe, 83 ans).*

Les personnes interrogées expriment premièrement que l'âge de 65 ans ne correspond pas à l'âge d'une personne âgée. Elles ont toutes 65 ans ou plus et, par introspection, elles nous expliquent ne pas se considérer comme âgées, voire pour certaines se considérer comme plus jeune que leur âge biologique.

### 3.2 Les impacts de la catégorisation sur le critère de l'âge

Les personnes se sont senties catégorisées, mises dans des cases durant cette crise de la COVID-19. Elles ont eu la sensation d'être mises dans la catégorie des personnes à risques.

« Ben on est toujours mis dans des catégories de toute façon après (...) on catégorise par les races, par les âges, par les sexes, on catégorise tout le temps. » (Carine, 65 ans).

« Et ben oui dans un certain sens oui, parce qu'on nous disait vous êtes dans la catégorie des personnes à risques » (Marc, 64 ans)

« Et ben oui ils disaient tous les vieux sont à risques ! » (Michèle, 72 ans)

« Il y a un moment où on en peut plus de ces catégories ! » (Nicole, 66 ans)

« Confiner les personnes d'un certain âge c'est faire une, comment, un tri dans les gens » (Roger, 83 ans).

« Ben pas abandonnée mais presque hein je me suis dit quand même les vieux ils sont toujours mis de côté quoi ! » (Sylvie, 90 ans)

« Ah ben on était catégorisé comme personne vulnérable oui oui bien sûr ! » (Marc, 84 ans)

Cette catégorisation a eu plusieurs impacts sur les personnes. Premièrement, cela a eu un impact sur la perception de leur âge, cela leur a « donné un coup de vieux » (expression employée par plusieurs participants) alors qu'ils ne s'inquiétaient pas de leur âge avant la crise :

« Euh, 60 ans on va dire. Et maintenant je sais que j'ai plus de 70 ans. » (Michèle, 72 ans).

« Ah ben oui tout à fait, à priori on nous l'a dit qu'on était à risque sinon on ne le sent pas, (...) et bien, c'est vrai que ça donne un coup de vieux. » (Christine, 69 ans).

« Ben écoutez c'est là que je dirais que j'ai presque pris conscience que j'étais âgé (rires). Parce que c'est quand on entendait parler qu'ils disaient bon ben les personnes à risques, les personnes âgées, 65-70 ans je me disais mais tu en as 15 de plus (...) ça m'a fichu un petit coup, j'allais dire presque un petit coup de blues à ce moment-là » (Marc, 84 ans).

« Ça vous met bien face à votre âge quoi alors que (...) ce n'était pas une inquiétude particulière » (Martine, 65 ans)

*« Ah ben justement ça c'est un problème (rire). Comme a dit, je ne sais pas si vous avez regardé la télé, l'acteur Pierre Arditi, il a dit un jour « ah ben maintenant je sais que je suis vieux parce qu'on me le répète tous les jours ». Et ben moi c'est un peu le même genre, je ne pensais pas avoir 70 ans passé, bon je savais que j'étais plus une petite jeune mais là le fait qu'on nous ressasse tous les jours, attention aux vieux, attentions aux vieux (...) et ben ça ne nous a pas arrangé ! » (Michèle, 72 ans)*

*« Ben non je ne me sentais pas vieille du tout, je sais très bien que je n'étais pas une petite jeune mais bon je n'avais rien, non ça allait avant. (...) Maintenant je vous dis je me rends mieux compte de l'âge que j'ai, parce qu'on a enfoncé le clou ! » (Michèle, 72 ans)*

Être catégorisé comme âgé et être mis face à son âge a eu d'autres conséquences pour les personnes. Cela a engendré de la peur, du stress, ou encore du mécontentement. Ils expriment également s'être sentis plus vulnérables à cause des messages véhiculés dans les médias ciblant les plus de 65 ans comme personnes à risques :

*« On nous le disait qu'on l'était mais on ne nous l'aurait pas dit non je ne me serais pas senti plus vulnérable » (Marc, 84 ans)*

*« Et puis après la moyenne d'âge oui était descendue à 60 ans donc ouais après je me suis vraiment sentie concerné (...) j'ai eu peur quoi. » (Éric, 65 ans).*

*« Je trouve que ce n'est pas un bien parce que l'isolement ce n'est pas bon pour une personne âgée, pas du tout ! » (Gérard, 75 ans).*

*« Je vous dis c'était un petit peu, c'était un peu déprimant quoi, c'était un peu déprimant à ce moment-là. » (Marc, 84 ans).*

*« A force d'entendre dire qu'on est dans (...) la tranche d'âge à risques même si on n'a pas de pathologies particulières (...) ben oui oui ça fait quand même un peu peur quoi. (...) Ben ce n'est pas bon pour le moral ça pour le coup ! ça plombe un peu quand même, vous vous dites ah mince ! (...) Et ben je me suis dit que je faisais partie des vieux et des personnes à risques ! Et ça ne m'a pas fait plaisir du tout. Et puis ça m'a fait stresser un peu plus. » (Martine, 65 ans)*

*« C'est vrai que ça donne un coup de vieux et puis ça fait un peu peur, ça rend prudent. » (Christine, 69 ans).*

En conséquence de cette catégorisation et des répercussions qu'elle entraîne, les personnes ont le sentiment d'avoir été stigmatisées et discriminées pendant cette crise :

*« Moi ça vraiment j'ai trouvé ça que c'était stigmatisant quand même parce que je pense qu'il aurait mieux valu dire attention pour les personnes à risques mais de tous les âges en fait, plutôt que cibler les personnes âgées » (Martine, 65 ans).*

*« Ah ben non parce que les vieux on les laissait encore de côté. On nous laisse déjà de côté avec les retraites avec tout alors encore un coup de plus on était de côté. » (Sylvie, 90 ans)*

*« Il y a une étape supplémentaire, la stigmatisation des vieux, il ne faudrait pas qu'on en arrive à dire que c'est à cause des vieux qu'on a été obligé de se confiner, c'est à cause des vieux qu'on est obligé de faire attention, c'est à cause des vieux que l'économie va mal... c'est des choses qu'on commence à entendre. (...) Je ne pense pas encore mais je crains que ça vienne (...) qu'on fasse maintenant du « vieuxbashing ». » (Christine, 69 ans)*

Les personnes se sont senties catégorisées comme étant « âgées » et comme étant « à risques » pendant cette crise. Cette sensation, relayée par les médias a mis les personnes « face à leur » âge. Cela a eu de nombreuses répercussions psychosociales telles que du stress, de l'anxiété, de la peur et un sentiment de vulnérabilité. La plupart des personnes interrogées ne se considéraient ni âgées, ni à risques avant cette crise.

### 3.3 Du souhait des politiques de protéger les personnes âgées à l'infantilisation et la discrimination

Les discours révèlent que selon les participants, les politiques mises en place avaient pour but de protéger les personnes âgées mais que cela a été maladroitement fait. Cela est justifié, d'une part, parce que les personnes âgées n'expriment pas le besoin qu'on les aide, selon les discours, et, d'autre part, parce que cela a été perçu comme une infantilisation de la personne âgée :

*« Je crois qu'ils voulaient prendre soins des personnes âgées mais ils n'en ont pas besoin. (...) On a l'impression qu'elles ne peuvent pas se débrouiller toutes seules, qu'elles sont fragiles ; mais ce n'est pas toujours le cas. C'est le cas pour une minorité mais la majorité des personnes âgées sont autonomes dans le sens de la pensée quoi. » (Jeannine, 65 ans)*

*« Parce qu'on a été quand même extrêmement infantilisé bon alors il y a un moment ça va quoi, il faut aussi laisser j'ai envie de dire à la fois la personne et le citoyen responsable de ce qu'il fait (...) Je dirais que d'être dans un confinement consenti et choisi que dans un confinement imposé où il faut sortir avec son papier, où on s'autorise sois même à sortir, c'est ça qui est infantilisant, c'est même ridicule. » (Nicole, 66 ans)*

*« Ben non parce qu'il y a des personnes comme moi qui sont valides et qui veulent sortir, tout en prenant des précautions comme les autres quoi ! » (Sylvie, 90 ans)*

*« Il y a un moment où bon il y a un double discours qui est donné où on veut vous protéger malgré vous d'une certaine manière et d'un autre côté ben on laisse mourir les gens » (Nicole, 66 ans)*

De plus, les personnes interrogées expriment que les personnes âgées n'ont pas à être infantilisées. En effet, elles seraient, selon elles, plus aptes à respecter les règles données par rapport aux jeunes, compte tenu de leur âge et de leur expérience :

*« À partir d'un certain âge ou quand on devient parents voilà on fait plus attention à santé et du coup petit à petit moi je pense qu'effectivement les personnes âgées sont tout à fait capable d'appliquer des mesures barrières d'être prudent de ne pas sortir à tort et à travers. Vous voyez ce que je veux dire... Il me semble que quand on est plus jeune on est plus dans l'idée que rien ne peut nous arriver » (Martine, 65 ans)*

*« Je pense qu'on a peut-être vécu nous aussi notre enfance où on respectait enfin je ne dis pas qu'on respectait mieux les règles mais il y avait peut-être une éducation un peu plus stricte quoi » (Marc, 84 ans)*

*« On peut supposer, bon peut être pas à juste titre, qu'à 65 ans on est un peu moins con qu'à 20 ans et que les gens se seraient protégés tout seul. » (Carine, 65 ans)*

D'autant plus que des messages discriminants ont été explicités par des personnes dites âgées, finalement des personnes de l'endogroupe. Les participants déplorent le fait que des personnes de leur tranche d'âge n'aient pas été plus prudentes dans leur discours et aient tenu des propos âgistes :

*« D'ailleurs quand je regardais la télé et que je voyais tous ces messieurs qui parlaient, la plupart avait plus de 65 ans tous les professeurs, et ben je me disais si on les supprime tous ces gens et ben il n'y aura plus personne. (...) c'était tous des gens qui avaient 65-70 ans voir plus, donc ils auraient pu comprendre eux aussi quand même et ils n'ont pas fait attention. » (Michèle, 72 ans)*

*« Curieusement de la part des vieux eux même qui font de l'autocritique comme si c'était politiquement correct. (...) Et ben là j'ai trouvé un article de François de Closets je crois qu'il a 85 ans et qui parle des caprices des baby-boomers, qui critique justement ces gens, bon lui il a 85 ans moi je le vois plus dans les plus vieux » (Christine, 69 ans)*



Leur sentiment d'avoir été catégorisés, stigmatisés, discriminés est en grande partie dû aux informations et discours véhiculés par les médias :

*« Comme a dit, je ne sais pas si vous avez regardé la télé, l'acteur Pierre Arditi, il a dit un jour « ah ben maintenant je sais que je suis vieux parce qu'on me le répète tous les jours ». Et ben moi c'est un peu le même genre, je ne pensais pas avoir 70 ans passé, bon je savais que j'étais plus une petite jeune mais là le fait qu'on nous ressasse tous les jours, attention aux vieux, attentions aux vieux, enfin cette formule ou une autre ça voulait dire pareil, et ben ça ne nous a pas arrangé ! » (Michèle, 72 ans)*

*« Et ben euh, du fait des euh, des communications de la télévision, d'internet etc, c'est sûr qu'on s'est senti plus visé. » (Roger, 83 ans)*

*« On nous l'a dit qu'on était à risques sinon on ne le sent pas » (Christine, 69 ans).*

Les discours révèlent que les personnes ont ressenti une infantilisation de la part de la société à leur égard. En effet, selon elles, la société leur a ôté leur capacité d'autonomie. Pourtant, elles revendiquent la plus grande responsabilité et un meilleur respect des règles des personnes âgées par rapport aux plus jeunes. Elles dénoncent les médias, au travers de la presse, de la télévision, des communications, coupables en partie, selon elles, de ce sentiment d'infantilisation.

### 3.4 Déceler la vulnérabilité grâce à l'état de santé plutôt que l'âge

Les personnes interrogées dénoncent le fait d'avoir été pointées du doigt pendant cette crise : d'une part parce que le critère d'âge de 65 ans ne signifie pas pour eux être âgé ; d'autre part parce que l'âge, selon eux, n'est pas prédicteur de l'état de santé et donc de la vulnérabilité face au virus :

*« Pour moi c'est un critère qui n'est pas bon parce que s'il suffisait de savoir l'âge pour dire oh ben t'es fragile tu n'es pas fragile et ben ça se serait. » (Carine, 65 ans).*

*« Il peut il y avoir des personnes plus jeunes qui sont fragiles parce qu'elles ont un certain nombre de maladies je ne sais pas moi asthmatique, cardiaque ou je ne sais pas trop quoi et*

*puis des personnes de plus de 65 ans qui peuvent être en pleine forme, c'est un peu, ça n'a pas de sens quoi ! Enfin je veux dire il faut regarder un peu au cas par cas voilà » (Nicole, 66 ans)*

*« Il y a peut-être des gens de moins de 60 ans qui sont peut-être plus à risques que d'autres qui ont 80 » (Marc, 84 ans)*

*« Ce n'est pas parce qu'on a un certain âge qu'on ne fonctionne pas comme tout le monde. Alors les personnes âgées on a tendance à les prendre pour des personnes vulnérables quoi mais qu'ils ne le sont pas forcément. » (Jeanine, 63 ans).*

*« Vous avez des personnes qui a 90 ans sont encore en pleine forme encore et vous avez d'autres personnes jeunes qui ne le sont pas. » (Gisèle, 92 ans).*

*« Il y a des gens qui ont 65 ans qui vivent comme des gens de 85, et des gens de 75 pour parler de moi qui peuvent vivre comme des gens de 60 ans quoi. » (Gérard, 75 ans)*

La vulnérabilité ne doit pas, selon les participants, être justifiée par l'âge mais par l'état de santé de la personne :

*« Euh, l'âge bien sûr est une indication mais vous avez, moi j'ai eu comme je vous dit, je suis âgé, mais j'ai une quantité d'amis de copains qui sont beaucoup plus handicapés que moi, donc l'âge euh.... C'est l'état physique qui est primordial à mes yeux et pas l'âge. Pas systématiquement l'âge » (Roger, 83 ans).*

*« (il faudrait confiner) en fonction de la santé hein ! Mais enfin moi c'est mon point de vue hein » (Gisèle, 92 ans).*

Pour déceler la vulnérabilité d'une personne en fonction de son état de santé pendant cette crise et pour pouvoir la désigner comme « à risques », les participants engagent la responsabilité et le rôle des médecins traitants.

*« Moi je disais j'aurais préféré qu'au lieu de dire on met un critère d'âges qu'ils disent c'est un médecin traitant qui vous disent capable d'être déconfiné ou pas, un avis médical qui puisse vous dire que. » (Marc, 84 ans).*

*« Les médecins à mon avis sont plus aptes à juger de la santé des personnes et du confinement obligatoire ou pas de cette personne-là » (Roger, 83 ans).*

Selon les personnes interrogées, l'âge n'est pas prédictif du niveau de vulnérabilité de la personne et ne suffit pas pour être désignées à risques. Elles proposent d'inclure le médecin traitant dans la décision.

## DISCUSSION

### 1. Confrontation des résultats

#### 1.1 Rappel du contexte de l'étude

La population française traverse actuellement une crise sanitaire, celle de la COVID-19. Cette pandémie qui touche à différents niveaux les pays du monde entier a de nombreuses répercussions sur la santé des personnes âgées. Elles sont, jusqu'à présent, très touchées par ce virus. Bien que ce virus soit susceptible d'impacter les personnes de tout âge, les plus de 60 ans représentent 46,8% des personnes contaminées (Verity & al. 2020). De plus, autre conséquence de cette crise, la mortalité est plus élevée chez les 60 ans et plus. En outre, la comorbidité, qui accroît avec l'âge (Divo, Martinez & Mannino, 2014) augmente le risque d'infection au virus. Mais au-delà des conséquences biologiques parfois irrémédiables de ce virus, cette crise entraîne d'autres problématiques pour les personnes, contaminées ou non. En effet, la politique française, comme de nombreux autres pays, a adopté une stratégie de distanciation physique par un confinement imposé (Piccoli, Tannou, Hernandorena & Koeberle, 2020). Le confinement a forcé la population à s'isoler chez elle en limitant drastiquement les contacts avec les proches. Cela entraîne des risques d'isolement et un sentiment de solitude pour l'ensemble de la population, et notamment pour les personnes âgées (Berg-Weger & Morley 2020) où ces sentiments sont déjà souvent présents (Lambrini, 2016). Au travers des messages médiatiques, la politique française a apporté une attention particulière à la protection des personnes à risques et des personnes de plus de 65 ans, rappelant la plus grande nécessité pour ces personnes de se protéger. Ainsi, dans les messages, s'entremêlaient « personnes à risques » et « personnes de plus de 65 ans ». En effet, l'avis du 20 avril 2020 du Haut Conseil de la Santé Publique rappelant la liste des personnes à risque face au virus de la COVID-19 ciblait, entre autres, les personnes de plus 65 ans. Cette désignation de toutes les personnes de 65 ans et plus vulnérables sur le critère de leur âge entraîne une interrogation sur ses conséquences. En effet paradoxalement à la volonté initiale de protéger cette population, cela ne s'apparenterait-il pas à des formes d'âgisme ? Par définition, l'âgisme est le fait d'avoir des préjugés ou des comportements discriminatoires envers une personne en raison de son âge.

Ce mécanisme psychosocial « *engendré par la perception consciente ou non des qualités intrinsèques d'un individu (ou d'un groupe) en lien avec son âge* » s'applique ici à cette crise par l'assignation du qualificatif « à risques » à toutes les personnes de 65 ans et plus.

Cette recherche vise à analyser la manière dont les personnes de 65 ans et plus ont perçu cette assignation. Par une méthodologie qualitative, elle donne la parole aux personnes âgées, très souvent absentes des recherches scientifiques à méthodologie qualitative. Cette recherche tente de comprendre comment les personnes âgées ont vécu cette période pandémique (juin 2020) et comment cette crise a impacté le sentiment d'appartenance au groupe des « plus de 65 ans », des « personnes à risques et/ou vulnérables ». Au-delà de cela nous tentons de comprendre comment les personnes ont vécu cette assignation. Finalement, cette recherche vise à comprendre si cette crise a suscité, selon les personnes, des formes d'âgisme.

## 1.2 Dichotomie entre l'âge biologique associé à « personne âgée » et l'âge subjectif

Les personnes dénoncent l'assignation d'une personne de plus de 65 ans à une personne âgée. Elles expriment leur désaccord envers cette attribution. Au-delà du refus de la désignation de leur groupe social au groupe des personnes âgées, les personnes interrogées se sentent subjectivement moins âgées que leur âge biologique. Il s'agit de l'âge subjectif, au travers d'une réflexion subjective de son vieillissement, qui est souvent en décalage avec l'âge biologique chez les personnes de 60 ans et plus. En effet, elles se considèrent majoritairement plus jeunes que leur âge biologique (Stephan, Chalabaev, Kotter-Grühn & Jaconelli, 2013). Le rapport qui lie les personnes interrogées à leur âge va dans le sens des études menées au sujet de l'âge subjectif. De plus, deux de nos participants font partie de la cohorte PROOF et, dans le cadre des études menées sur cette cohorte, une enquête quantitative a été réalisée pendant la période de la COVID-19 relevant, entre autre, l'état de santé des personnes et leur âge subjectif. Bien que l'étude soit toujours en cours d'analyse, nous avons eu accès aux résultats statistiques bruts de l'étude. Après codage des réponses et élimination des réponses incomplètes, nous avons un échantillon de 298 réponses. Sur ces personnes âgées de 83 ans et plus (moyenne 84,3 ans), on constate que 66,1% d'entre elles se perçoivent plus jeunes que leur âge biologique, 26,5% se donnent le même âge et seulement 4,3% se trouvent plus âgées. Les personnes de cette cohorte sont issues de la même région que les participants de notre étude. Ainsi les résultats de notre

étude et de l'étude sur la cohorte PROOF vont dans le sens des études menées au sujet de l'âge subjectif chez les personnes âgées.

Au-delà de l'intérêt de constater un âge subjectif inférieur à l'âge biologique chez nos participants, cela fait sens dans l'analyse des impacts de cette période de la COVID-19 sur le sentiment de stigmatisation des personnes âgées. En effet, elles se sentent plus jeunes que leur âge biologique et dans le même temps, dû à cette crise, elles sont mises face à leur âge. De plus, des études révèlent que l'âgisme a des impacts sur l'âge subjectif. Les personnes exprimant avoir déjà vécu des comportements âgistes se perçoivent en moyenne 2% moins jeunes que celles n'en ayant pas vécu (Stephan, Sutin & Terracciano, 2015).

### 1.3 De la catégorisation à la stigmatisation : l'âge ne prédit pas la vulnérabilité

Les discours ont, en effet, révélé un sentiment de catégorisation chez les personnes âgées. Elles se sont senties mises dans la catégorie des personnes âgées et des personnes vulnérables pendant cette période. Paradoxalement, elles se sont également senties mises de côté, mises à part, traitées différemment. Notamment par les membres de l'exogroupe, les plus jeunes. Pour cet exogroupe il est aisé de distinguer positivement son groupe par rapport à celui des plus âgées et en tirer une estime de soi rehaussée et une identité collective et individuelle positive (Kite & Wagner, 2002). Ces processus entraînent un âgisme global des jeunes à l'égard des seniors (Kite & Johnson, 1988). Cependant cette catégorisation a été effectuée selon nos participants par des membres de l'endogroupe, par des personnes de leur âge. Au regard des recherches menées sur les attitudes des seniors à l'égard de leur propre groupe, les personnes âgées évaluent leur propre groupe plus positivement que ne le font les jeunes (Celejewski & Dion, 1998). Certains travaux montrent une évaluation plus favorable des seniors envers leur groupe que les jeunes à leur égard (Anantharaman, 1979 ; Berg & Sternberg, 1992 ; Erber, 1989; Hummert et al., 1997). Ici, nos participants indiquent que des personnes médiatisées ont parfois tenu des propos âgistes envers les personnes âgées alors qu'elles même font partie de ce groupe. Mais au-delà de cette catégorisation par l'endo et l'exogroupe les personnes révèlent un sentiment de stigmatisation. Alors, bien que la politique désire protéger les personnes âgées, elles se sont senties extrêmement infantilisées. Elles considèrent que la manière dont la crise a été gouvernée ne respecte par leurs capacités et leur autonomie. Pourtant, elles mettent en avant la plus grande responsabilité des personnes âgées par rapport aux plus jeunes.

De plus, elles contestent le choix du critère de l'âge pour justifier la vulnérabilité d'une personne. Expliquant que la vulnérabilité peut être à tout âge et que l'état de santé ne s'explique pas simplement par l'âge mais par des variables beaucoup plus subjectives, les personnes rejettent le choix des politiques de cibler spécifiquement les personnes de 65 ans et plus. Elles mettent en avant l'hétérogénéité du groupe des 65 ans et plus et leur mécontentement quant aux généralités qui ont été faites pendant cette période. Elles proposent de déceler la vulnérabilité par l'état de santé de manière subjective plutôt que sur le simple critère de l'âge.

Cette période a entraîné un sentiment de vulnérabilité chez les personnes par les décisions politiques relayées par les médias. Elles expliquent que cette période les a fait se sentir à risques, vulnérables et âgées et expriment leur mécontentement. Avant cette crise, les personnes ne se considéraient ni âgées, ni vulnérables. Certaines personnes s'inquiètent de rester dans un état de stress et de peur et souhaitent que cela cesse rapidement. Cette crise a, en effet, révélé des formes d'âgisme à l'encontre des personnes âgées, d'une part, par la catégorisation de toutes les personnes de 65 ans et plus comme un groupe homogène et à risque et d'autre part par les impacts que cela a engendré pour les personnes. En effet, le sentiment de vulnérabilité et la remise en question que cette crise a imposé sur leur propre âge sont désormais présents chez les personnes interrogées.

#### 1.4 Un empowerment fragilisé ?

Les discours issus des entretiens révèlent un fort sentiment d'infantilisation chez les personnes âgées pendant dû à cette période. En effet, elles ont exprimé leur souhait de pouvoir être perçu comme autonome et capable d'assurer leur sécurité. Elles se sont senties privé de cette liberté de prendre part à leur santé et privé de leur de leur statut de personne « capable ». Cette crise semble avoir remis en question l'empowerment des personnes âgées. D'une manière générale, l'empowerment est la prise en charge de l'individu, par lui-même, de sa vie dans sa globalité (économique, familiale, sociale, santé...). Appliqué à la santé, développer l'empowerment des patients est d'ailleurs un objectif à atteindre par les politiques de Santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé. En effet, rendre les patients et les citoyens autonomes sont des éléments importants pour améliorer les résultats et la performance des systèmes de santé (Bassleer, Boulanger & Menozzi, 2014). La notion d'empowerment renvoie au « *processus par lequel l'individu prend le contrôle sur sa propre vie, apprend à faire ses*

*propres choix, participe aux décisions le concernant* » (Greacen & Jouet, 2012). L'empowerment est un modèle pluridimensionnel qui dépend de l'individu/de l'organisation/de la communauté, dans un lieux de l'empowerment (interne et externe) en fonction des composantes de l'empowerment (Wiggins, 2012). Développer des conditions favorables à la promotion de l'empowerment pour les personnes améliore l'état de santé de la population (Wallerstein, 2006).

Or, cette crise semble avoir fragilisé la perception des aînés quant à leur capacité à prendre en main leur santé. En dénonçant l'infantilisation ressentie ils revendiquent la volonté et la capacité à respecter les mesures sanitaires autant, voire davantage, que le reste de la population. Il apparaît que cette période a ébranlé l'empowerment des personnes âgées.

### 1.5 D'un lien social ébranlé à l'isolement social : grandes craintes et conséquences de cette crise

Les personnes que nous avons interrogées nous ont fait part de leurs inquiétudes quant à la distance avec leurs proches à respecter pendant la crise, et plus particulièrement pendant le confinement. Pour la majorité d'entre elles, il est difficile de ne plus être en contact physiquement avec leurs proches. Bien qu'elles expliquent que lien social est maintenu par l'utilisation des nouvelles technologies, elles déplorent les limites de cette communication virtuelle. En effet elles constatent une distance avec leurs proches et cela crée un climat anxigène. De plus, les rôles sociaux qu'elles ont habituellement auprès de leur proche sont pour la plupart stoppés. Une étude qualitative réalisée au Québec sur la perception des personnes de 60 ans et plus (15 personnes, moyenne d'âge 74 ans) de cette période révèlent des résultats similaires. Les personnes interrogées sont soucieuses de l'isolement social imposé par le confinement qui a induit une certaine distance avec la famille. La recherche évoque la distance sociale avec les proches comme la « *plus grande difficulté vécue par les personnes âgées* » (Malo & al. 2020). Or, l'isolement est un risque important pour la santé sur sujet âgé. En effet une étude longitudinale suédoise révèle que les personnes ayant peu de contacts sociaux avaient une mortalité 3,7 fois plus élevées que les personnes ayant de nombreux contacts sociaux (Orth-Gomér & Johnson, 1987). De plus, les personnes qui expriment souffrir

très souvent d'isolement souffrent aussi plus souvent de troubles physiques (enquête suisse sur la santé, 2012). Bien que l'isolement ne concerne pas que les personnes âgées, il augmente toutefois avec l'âge (Wettstein, Dyntar & Kälin, 2014).

Face à la pandémie de la COVID-19 les seniors déplorent des liens sociaux qui s'amenuisent. Or face à l'éventualité d'un nouveau confinement en France, régional ou national, nous sommes en mesure de nous interroger sur les conséquences d'une nouvelle distanciation entre les aînés et leurs proches. Bien que la pandémie soit toujours d'actualité, nous pouvons d'ores et déjà interroger le lien entre la crise de la COVID-19 et le sentiment d'isolement social perçu par les personnes âgées.

## 2. Limites de l'étude

### 2.1 Une recherche ancrée dans une crise en perpétuelle évolution

Travailler sur un sujet lié à la COVID-19 entraîne plusieurs impacts. D'une part cela nécessite une adaptation au niveau méthodologique. En effet, les recherches scientifiques sur les impacts psychosociaux de la crise sont pour l'instant très faibles. Nous n'avons aucun recul sur la situation et aucun outil scientifique de comparaison. Nous ne pouvons donc pas nous appuyer sur des études similaires. En ce sens, les recherches en psychologie sociale sur cette crise sont d'autant plus nécessaires et intéressantes qu'elles sont novatrices. D'autre part nous sommes toujours dans cette période de crise sanitaire, avec ce virus évoluant sans cesse. Or c'est le fondement de la psychologie sociale que de s'attarder sur le contexte (Allport, 1924). Ce contexte de la COVID-19 évolue quotidiennement et n'est pas figé. Il est d'autant plus important que de situer notre recherche dans une temporalité précise au sein de cette crise, à savoir que les entretiens ont eu lieu en Juin 2020 puisqu'une étude à une autre période de la crise n'engendrera peut-être pas les mêmes résultats.



## 2.2 Posture éthique et déontologique

Nous pouvons nous interroger sur notre posture adoptée tout au long de cette recherche mais particulièrement aux prémices de celle-ci. En effet nous l'avons évoqué cette recherche est née d'interrogations soulevées par les premiers entretiens réalisés sur le sujet du soutien social. Nous souhaitions au départ étudier l'impact de la crise sur le soutien social reçu par les personnes âgées vivant à domicile. Nous étions donc partis du principe qu'une personne âgée allait recevoir du soutien et allait en avoir besoin. Face à une population vivant à domicile exprimant leur indépendance et la non-nécessité d'obtenir de l'aide par leurs proches nous avons réorienté notre recherche. D'autant plus que les personnes ont soulevé des questions autour de la catégorisation exercée sur elles pendant cette période, de l'infantilisation et des formes de discriminations perçues. Ainsi n'avons-nous pas, au tout départ de la recherche, adopté nous-même inconsciemment des réflexions d'ordre âgistes ? Nous avons présumé qu'une personne âgée nécessiterait un soutien, de divers ordres, afin de traverser cette crise. Or *« les présupposés de la perception de l'objet social sont pleinement culturels et, de ce fait, ont des implications éthiques »* (Latouche, 1987). Ainsi dans cette démarche de recherche scientifique nous avons déconstruit ces préjugés en adaptant notre objet d'étude au plus près de notre terrain dans une démarche inductive. L'adoption de ces présupposés initiaux réinterroge également la place de l'âgisme dans la société et notamment celle de l'âgisme implicite révélant ainsi la nature profondément ancrée de celui-ci.

### 3. Perspectives

Ce travail, s'inscrivant dans un projet plus vaste a pour vocation à être poursuivi et valorisé sous forme d'articles scientifiques. Nous avons travaillé sur la rédaction d'un premier article court sur les questions de l'âgisme pendant la crise de la COVID-19. Soumis à la revue « *Frontiers in Public Health* » à la rubrique « *Aging and Public Health* », ce premier article est actuellement en cours d'examen (Cf. Annexe 7). Cet article est issu d'un partenariat international avec notamment Stephan Adam (Liège, Belgique) et Martine Lagacé (Ottawa, Canada). Ce partenariat a pu nourrir nos réflexions pour la rédaction de mémoire de recherche. Ce travail a pour objectif d'être poursuivi dans un cadre plus large d'une part par la réalisation d'un article davantage conséquent et d'autre part par la réalisation d'une thèse pour laquelle une demande de financement CIFRE a été déposée. En effet, la pertinence de la poursuite de cette recherche s'inscrit dans la dimension contextuelle de notre recherche puisque la crise évolue constamment. De plus, une prise de recul serait intéressante afin d'étudier les questions de l'âgisme en lien avec la COVID-19 postérieurement à la crise.

La perception de cette crise par les personnes âgées semble être impactée par les mesures gouvernementales et par la manière dont elles ont été traitées par les médias. Il serait pertinent de pouvoir réaliser une étude comparative avec d'autres pays. En effet nous pourrions étudier la question de l'âgisme véhiculé pendant cette période compte tenu des choix politiques des autres pays en termes de mesures sanitaires et de protection des aînés.

## CONCLUSION

Le monde endure depuis 10 mois la pandémie de la COVID-19. Pendant cette période les personnes âgées font face à des conséquences directes sur leur santé biologique, mais également indirectes sur leur santé psycho-sociale. Parmi elles on retrouve notamment l'âgisme grandissant en cette période. Paradoxalement, les personnes âgées, surmédiatisées pendant cette crise, souffrent, en conséquence, de marginalisation, d'infantilisation et de stigmatisation.

En effet compte tenu de la grande difficulté à désigner une personne comme âgée, tant l'hétérogénéité de ce groupe est grande et tant la perception de l'âge dépend du contexte, cette recherche a questionné les impacts de cette période sur le sentiment de catégorisation sociale des personnes âgées. Au travers d'une méthodologie qualitative, les discours des personnes âgées dénoncent l'infantilisation qu'elles ont subi pendant cette période. Le choix de cibler les 65 ans et plus n'est pas justifié selon elles. Elles mettent en avant l'importance d'identifier la vulnérabilité au travers de l'état de santé et non par l'âge. Elles évoquent également l'intérêt d'inclure les médecins traitants dans la décision de définir une personne comme étant « à risques ». Cette période a développé chez les personnes âgées un sentiment de vulnérabilité au travers de leur âge qui n'était pas présent avant. Elles s'interrogent désormais sur leur âge et ses conséquences sur la santé.

Cette crise, qui a révélé un intérêt soudain pour le concept d'âgisme de la part de la société, offre à réflexion. Effectivement nous pouvons nous interroger sur les autres conséquences délétères de celle-ci, à court et à long terme. Or pourquoi l'âgisme est une forme de discrimination si peu connue ? Pourquoi est-elle si peu dénoncée ? Pourtant, l'âgisme, qui peut impacter chaque être humain puisque le vieillissement est un phénomène naturel, est jusqu'à présent peu étudié et mérite son intérêt.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Adam, S., Missotten, P., Flamion, A., Marquet, M., Clesse, A., Piccard, S., Crutzen, C., & Schroyen, S. (2017). Vieillir en bonne santé dans une société âgiste.... *NPG Neurologie - Psychiatrie - Geriatrie*, 17(102), 389–398. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2017.05.001>

Agence national de la recherche. (2020). *Appel à projets Flash COVID-19* ». Agence nationale de la recherche. <https://anr.fr/fr/detail/call/appel-a-projets-flash-covid-19/>.

Amyot, J. (2014). *Innommable et innombrable : De la vieillesse, considérée comme une épidémie*. Paris : Dunod. doi:10.3917/dunod.amyo.2014.01.

Anantharaman, R. N. (1979). Perception of old age by two generations. *Journal of Psychological Researches*, 23(3), 198-199.

Ankri, J. (2008). Prévention des maladies après 75 ans : Intérêt d’agir sur les facteurs de risque. *Gérontologie et société*, 31 (125), 129, [10.3917/g.s.125.0129](https://doi.org/10.3917/g.s.125.0129)

Baltes, P. B., Freund, A. M., & Li, S.-C. (2005). The psychological science of human ageing. In M. Johnson, V. L. Bengtson, P. G. Coleman & T. Kirkwood (Eds.), *The Cambridge Handbook of age and ageing*, 47-71.

Barrow, G. M., & Smith, P.A. (1979). *Aging, ageism, and society*. New York: West Publishing.

Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.bard.2013.01.

Bassleer, B., Boulanger, J.M., & Menozzi, C. (2014). L’empowerment des patients : pourquoi et comment ?

Behuniak, S.M. (2010). The living dead? The construction of people with Alzheimer’s disease as zombies. *Ageing and Society*, 31(01),70-92.

Bekombo M. (2004). Percevoir et dire le vieillir chez les Dwala. *Les mots du vieillir*, 49.

Berg, C. A., & Sterberg, R.J. (1992). Adults’ conceptions of intelligence across the adult life span. *Psychology and aging*, 7(2), 221-231.

Berg-Weger, M., & Morley, J. E. (2020). Editorial: Loneliness and Social Isolation in Older Adults during the COVID-19 Pandemic: Implications for Gerontological Social Work. *The journal of nutrition, health & aging*, 24(5), 456–458. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1366-8>

Berjot, S., & Delelis, G. (2014). *27 grandes notions de la psychologie sociale*, Ed. Dunod, Paris.

Bersay, C. (2004). Vieillir. *Études sur la mort*, 126(2), 37-42. doi:10.3917/eslm.126.0037.

Bickerstaff Charron, J. (2011). Compte rendu de [Martine Lagacé (dir.), *L'âgisme : comprendre et changer le regard social sur le vieillissement*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2010, 278 p.] *Nouvelles pratiques sociales*, 23 (2), 236–240. <https://doi.org/10.7202/1006141ar>

Bizzini, L. (2007). L'âgisme : Une forme de discrimination qui porte préjudice aux personnes âgées et prépare le terrain de la négligence et de la violence. *Gérontologie et Société*, 4, 263–278. <https://doi.org/10.3917/g.s.123.0263>

Boivin, M., Gamache, L., Gauthier, A., Lévesque, J., Poitras, D., & St-Pierre, J. (2020). COVID-19 : Stratégies de communication pour soutenir la promotion et le maintien des comportements désirés dans le contexte de déconfinement graduel. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/3026strategies-communication-promotion-comportements-covid19.pdf>

Boudjemadi, V., & Gana, K. (2009). L'âgisme : Adaptation française d'une mesure et test d'un modèle structural des effets de l'empathie, l'orientation à la dominance sociale et le dogmatisme sur l'âgisme. *Canadian Journal on Aging*, 28(4), 371-389. doi:10.1017/S071498080999016X.

Boudjemadi, V. (2009). L'âgisme : étude de la nature, des théories explicatives et des mesures directes et indirectes d'un phénomène psychosocial. *Psychologie*. Université Nancy 2, Français.

Bourdelaïs, P. (1993). *Le nouvel âge de la vieillesse*, Paris, Editions Odile Jacob.

Bourdieu, P. (1978). Entretien avec Anne-Marie Métailié, *Les jeunes et le premier emploi*, Paris : Association des Âges, 520-530.

Bourdieu P. (1984). L'opinion publique n'existe pas, in *Questions de sociologie*, Paris, Éditions de Minuit, 222-235.

Bourdon, S. (2002). The integration of qualitative data analysis software in research strategies: Resistances and possibilities. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 3(2, may), 30 paragraphs <http://www.qualitative-research.net/fqs/fqs-eng.htm>.

Brannelly, T. (2011). Sustaining citizenship: People with dementia and the phenomenon of social death. *Nursing Ethics*, 18(5), 662–671. <https://doi.org/10.1177/0969733011408049>

Brooke, J. and Jackson, D. (2020), Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *J Clin Nurs*, 29, 2044-2046. doi:[10.1111/jocn.15274](https://doi.org/10.1111/jocn.15274)

Butler, R. N., & Lewis, M. I. (1977). *Aging and mental health*. Saint Louis: Mosby.

Chambon, M. (2005). Entre âgisme et ssagisme: les orientations relatives à l'intégration sociale des personnes âgées. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 67-68, 125-136.

Charpentier, M., Raymond, E., Viriot Durangal, J.-P., & Moulaert, T. (2005). Droits de vieillir et citoyenneté des aînés : pour une perspective internationale. Presses de l'Université du Québec.

Comité consultatif national d'éthique. (2020). *Enjeux éthiques face à une pandémie*

Conseil scientifique COVID-19. (2020). *Avis du Conseil scientifique COVID-19*. [https://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/avis\\_conseil\\_scientifique\\_16\\_mars\\_2020.pdf](https://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_conseil_scientifique_16_mars_2020.pdf)

Corman, B., Lauque, S., Vanbockstael, V. & Teillet, L. (2008). Les programmes d'éducation à la santé semblent efficaces pour bien vieillir. *Gérontologie et société*, vol. 31 / 125(2), 105-119. doi:10.3917/gs.125.0105.

Dab, W. (2012). L'environnement, un déterminant important de la santé. *Santé et environnement*, 7-24. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.

Dacruz, M., & Banerjee, D. (2020). 'An invisible human rights crisis': The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic – An advocacy review. *Psychiatry Research*, 292.

Depaola, S. J., Griffin, M., & Young, J. R. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among adults: The role of gender and ethnicity. *Death Studies*, 27, 335-354.

Divo, M. J., Martinez, C. H., & Mannino, D. M. (2014). Ageing and the epidemiology of multimorbidity. *The European respiratory journal*, 44(4), 1055–1068. <https://doi.org/10.1183/09031936.00059814>

Etnier, J.L., Nowell, P.M., Landers, D.M., & Sibley, B.A. (2006). A meta-regression to examine the relationship between aerobic fitness and cognitive performance. *Brain Res Rev*, 52, 119-130,

Erber, J. T. (1989). Young and older adults' appraisal of memory failures in young and older adult target persons. *Journals of Gerontology*, 44(6), 170-175.

Geurts, H., & Haelewyck, M.C. (2017). Représentation de la vieillesse et formation gérontologique, l'âgisme en question. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 46 (4).

Greacen, T. & Jouet, E. (2012). Introduction. Rétablissement, inclusion sociale et empowerment en santé mentale. Dans : Emmanuelle Jouet éd., *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie: Rétablissement, inclusion sociale, empowerment* (pp. 7-19). Toulouse, France: ERES. <https://doi-org.bibelec.univ-lyon2.fr/10.3917/eres.jouet.2012.01.0007>

Green, J., & Thorogood, N. (2004) *Qualitative methods for health research*. London: Sage Publications.

Greenberg, J., Schimel, J., & Martens, A. (2002). Ageism: Denying the face of the future. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*, 27-48. Cambridge, MA: MIT Press.

Griffin, A., & Hauser, J.R. (1993). The Voice of The Customer, *Marketing Science*, 12, (1), 1-27.

Guan, W-jie., Liang, W-hua., Zhao, Y., & al. (2020). Comorbidity and its impact on 1590 patients with Covid-19 in China: A Nationwide Analysis. *Eur Respir J*. (<https://doi.org/10.1183/13993003.00547-2020>).

Guillemard, A. (2010). Les seniors sur le marché du travail. *Les défis du vieillissement*, 38-100. Paris: Armand Colin. doi:10.3917/arco.guill.2010.01.0038.

Guiot, D. (2001). Tendances d'âge subjectif: quelle validité prédictive?. *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*, 16 (1), 25.

Gutton, J.P. (1988). *Naissance du vieillard*, coll. historique Aubier, 135.

Haut Conseil de la Santé Publique. (2020). *Avis provisoire Recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de formes sévères*.

Hummert, M. L., Gartska, T. A., Shaner, J. L. (1997). Stereotyping of older adults: The role of target facial cues and perceiver characteristics. *Psychology and Aging*.

Hunter, K. I., Linn, M. W., & Pratt, T. C. (1979). Minority women's attitudes about aging. *Experimental aging research*, 5, 95-108.

Kite, M. E., & Johnson, B. T. (1988). Attitudes toward older and younger adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 3(3), 233-244.

Kite, M. E., Stockdale, G.D., Whitley, B.E., & Johnson, B.T. (2005). Attitudes toward younger and older adults: An updated meta-analytic review. *Journal of Social Issues*, 61(2), 241-266.

Kite, M. E., & Wagner, L. S. (2002). Attitudes toward older adults. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: stereotyping and prejudice toward older persons*. Cambridge, MA: MIT Press.

Lagacé, M. (2010). *L'âgisme ; comprendre et changer le regard social sur le vieillissement*. Les presses de l'Université. Laval Diffusion.

Lamprini, K. (2016). Social Exclusion of Elderly. *Journal of Health Communication*. DOI: 10.4172/2472-1654.100021

Latouche, S. (1987). Ethique et esprit scientifique. *L'Homme et la société*.

Lee, R. (2003). The demographic transition: three centuries of fundamental change, *17* (4), 167-190.

Legrand, M. (2001). *La retraite : une révolution silencieuse*. <https://doi.org/10.3917/eres.legra.2001.01>

Lenoir, R. (1989). Objet sociologique et problème social, in *Initiation à la pratique sociologique*, 63.

Levy, B. R., & Banaji, M. R. (2002). Implicit ageism. *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge, MA: MIT press.

Levy, B. (2009). Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. *Current Directions in Psychological Science*, *18*(6), 332–336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>

Lundebjerg, N.E., Trucil, D.E., Hammond, E.C. & Applegate, W.B. (2017), When It Comes to Older Adults, Language Matters: *Journal of the American Geriatrics Society* Adopts Modified American Medical Association Style. *J Am Geriatr Soc*, *65*: 1386-1388. doi:[10.1111/jgs.14941](https://doi.org/10.1111/jgs.14941)

Malo, B., Dubé, E., Dionne, M., Labbé, F., & Lorcy, A. (2020, octobre). *Perceptions et comportements de personnes âgées de 60 ans et plus par rapport à la COVID-19*. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3068-perceptions-comportements-60-ans-et-plus-covid19.pdf>

Marc, G. (1990). Les personnes âgées : Contours et caractères,

Martinez, J., Pampalon, R., Hamel, D., & Raymond, G. (2004). Vivre dans un collectivité rurale plutôt qu'en ville fait-il vraiment une différence en matière de santé et de bien-être ?

Martínez-Alcalá, C.I., Rosales-Lagarde, A., Alonso-Lavernia, M., Ramírez-Salvador, J.A., Jiménez-Rodríguez, B., Cepeda-Rebollar, R.M., & al. (2018). Digital inclusion in older adults : a comparison between face-to-face and blended digital literacy workshops. *Frontiers in ICT*.

Mason, M. (2010). Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews. *Qualitative Social Research*, 11.

McConatha, J. T., Schnell, F., Volkwein, K., Riley, L., & Leach, E. (2003). Attitudes toward aging: A comparative analysis of young adults from the United States and Germany. *International Journal of Aging and Human Development*, *57*(3), 203- 215.



McTavish, D. G. (1971). Perceptions of old people: A review of research methodologies and findings. *The Gerontologist*, 11, 90-101.

Milne, A. (2010). The 'D' word: reflections on the relationship between stigma, discrimination and dementia. *Journal of Mental Health*, 19(3), 227-33.

Mishara, B.D. (1994). Le vieillissement.

Montepare, J. M., & Zebrowitz, L. A. (2002). A social-developmental view of aging. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*.

Nations Unies. (1991). *Principes des Nations unies destinés à permettre aux personnes âgées de mieux vivre les années gagnées*. <https://undocs.org/fr/A/RES/46/91>

Orth-Gomér, K., & Johnson, J. (1987). Social network interaction and mortality. A six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *Journal Of Chronic Diseases*, 40(10), 949-57.

Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'année psychologique*, 92(4), 545-557

Perdue, C. W., & Gurtman, M. B. (1990). Evidence for the automaticity of ageism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 199-216.

Phillipson, C. (2020). Covid-19 and the crisis in residential and nursing home care. *Ageing Issues*.

Piccoli, M., Tannou, T., Hernandorena, I., & Koeberle, S. (2020). Une approche éthique de la question du confinement des personnes âgées en contexte de pandémie COVID-19 : la prévention des fragilités face au risque de vulnérabilité. *Ethics, medicine, and public health*, 14. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2020.100539>

Pirès, A.P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.- H. Groulx, A. Laperrière, P. Mayer & A.P. Pirès, *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 113- 172.

Ponthière, G. (2017). I. Histoire et contours du vieillissement. *Économie du vieillissement*, 7-30.

Repetti, M., Tabin, J. (2020). Comment faire bénéficier les retraités des dividendes du patriarcat ? Débats scientifiques et solutions politiques (Suisse, 1946-1995). *Nouvelles Questions Féministes*, 39(1), 82-97. <https://doi.org/10.3917/nqf.391.0082>

Ryan, E., Giles, H., Bartolucci, G. (1986). Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly. *Language & Communication*, 6, 1-24.

Salès-Wuillemin, E. (2011). Contrat de communication et représentations sociales. Dans P. Castel, E. Salès-Wuillemin et M.-F Lacassagne (éd.), *Psychologie sociale, communication et langage*, 88-106.

Sandersson, W.C., & Scherbov S. (2010). Remeasuring aging. *Science*, 329 (5997), 1287-1288.

Santini, Z. I., Jose, P. E., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP) : a longitudinal mediation analysis. *The Lancet. Public health*, 5(1), 62–70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19))

Schroyen, S., Missotten, P., & Adam, S. (2017). Communication of healthcare professionals: is there ageism ? *European Journal of Cancer Care*.

Schwiebert, D. C. (1978). Unfavorable stereotyping of the aged as a fonction of death anxiety, sex, perception of elderly relatives, and death anxiety-repression interaction. *Dissertation Abstracts International*, 39(6-B), 3007.

Sharps, M. J., Price-Sharps, J. L., & Hanson, J. (1998). Attitudes of young adults toward older adults: Evidence from the United States and Thailand. *Educational Gerontology*, 24, 655-660

Stephan, Y., Chalabaev, A., Kotter-Grühn, D., & Jaconelli, A. (2013). “Feeling younger, being stronger”: An experimental study of subjective age and physical functioning among older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(1), 1–7. doi:10.1093/geronb/gbs037

Stephan, Y., Sutin, A., & Terracciano, A. (2015). How Old Do You Feel? The Role of Age Discrimination and Biological Aging in Subjective Age.

Swedish National Institute of Public Health. (2007). Vieillir en bonne santé : un challenge pour l’Europe.

Tesch, R. (1990). Qualitative research. Analysis types & software tools.

Thiéart, R.A. (2003). Méthodes de recherche en management, 216.

Tomaka, J., Thompson, S., Palacios, R. (2006). The Relation of Social Isolation, Loneliness, and Social Support to Disease Outcomes Among the Elderly. *Journal of Aging Health*, 18, 359-384, [10.1177/0898264305280993](https://doi.org/10.1177/0898264305280993)

Trincas, J., Puijalon, B., & Humbert, C. (2011). Dire la vieillesse et les vieux. *Gérontologie et société*, 138(3), 113-126. doi:10.3917/g.s.138.0113.

Verity, R., Okell, L.C., Dorigatti, I., Winskill, P., Whittaker, C., & Imai, N. (2020). Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis, *Lancet Infect.*

Vézina, J. (2010). Quelles attitudes les étudiants universitaires du domaine de la santé entretiennent-ils envers les personnes âgées ? Un état de la question. Dans M. Lagacé, *L'âgisme. Comprendre et changer le regard social sur le vieillissement*. (pp. 133-153). Les Presses de l'Université Laval, Laval (CAN).

Wallerstein, N. (2006). The effectiveness of empowerment strategies to improve health, Health Evidence Network, Copenhagen, World Health Organization.

Wettstein, A., Daniela, D., & Kälin, M. (2014). L'isolement, un risque pour le santé chez le sujet âgé.

Wiggins, N. (2012). Popular education for health promotion and community empowerment: a review of the literature. *Health promotion international*, 27(3). <https://doi.org/10.1093/heapro/dar046>

Woolf, L. M. (1998). Effects of Age and Gender on Perceptions of Younger and Older Adults

World Health Organization. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report – 149. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200617-covid-19sitrep-149.pdf?sfvrsn=3b3137b0\\_8](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200617-covid-19sitrep-149.pdf?sfvrsn=3b3137b0_8)