

# COVIDOMICILE - RAPPORT FINAL

## ANALYSE DU VECU ET DES MODES DE SUBJECTIVATION DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 PAR LES PERSONNES AGÉES VIVANT A DOMICILE

**Thomas DENISE**

Sociologue  
Docteur en sociologie

Sous la direction de **Frédéric BALARD**  
Maître de Conférences en sociologie

Laboratoire Lorrain de Science Sociales - NANCY



Rapport de recherche

## **Covidomicile**

Analyse du vécu et des modes de subjectivation de l'épidémie de covid-19 par les  
personnes âgées vivant au domicile

**Mars 2023**

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier la Fondation de France ainsi que les membres du comité « Personnes âgées », dont la responsable du programme Agathe Gestin.

Nous remercions spécialement Marie-Pierre Noyer, Directrice du Pôle Séniors du CCAS de Nancy, Adrien Bailly, adjoint au Pôle Sénior du CCAS, ainsi que les directrices et directeurs des résidences autonomie partenaires de cette étude, et qui nous ont permis l'accès aux informateurs.rices de ce rapport.

Nous souhaitons vivement remercier l'ensemble des participant.e.s, personnes retraité.e.s, bénévoles, président.e.s d'associations, élus locaux, personnels de santé et des services à la personnes en milieu rural qui nous ont chaleureusement accueilli sur leur lieu de travail et au domicile, pour leur disponibilité et pour leur implication dans cette recherche. Nous remercions également toutes les personnes qui ont contribué à l'organisation et au bon déroulement de cette étude : Virginie Vathelet, Chrystelle Laurain pour l'organisation et l'administration de la recherche, Ingrid Voléry, Professeur des Université, Université de Lorraine (2L2S, Nancy) directrice du laboratoire.

Nous espérons que ce rapport saura apporter un éclairage sur les problématiques rencontrées par les personnes âgées, les professionnels de santé et des services à la personne, ainsi que par les équipes des résidences autonomie aux différents moments de la crise sanitaire.

# SOMMAIRE

Remerciements .....	2
Sommaire.....	3
Introduction La crise Covid-19 comme analyseur du « vieillir » en France .....	6
L'âge : un facteur de de risque épidémiologique.....	6
L'âge : un facteur de risque sociologique ?.....	8
« Bien vieillir » au temps de la Covid-19 : enjeux et représentations de l'avancée en âge aujourd'hui en France .....	9
Méthodologie et principales hypothèses de la recherche.....	13
Population et limites de l'échantillonnage « Covidomicile » .....	13
Analyser la crise au moyen des récits de vie : une approche compréhensive des événements	14
Chronologie de la recherche Covidomicile, hypothèses et terrains de l'enquête.....	15
Terrain exploratoire et début de l'étude .....	15
Enquêter une ville moyenne en Région Grand Est .....	16
<b>À propos des résidences autonomes.....</b>	<b>18</b>
Enquêter sur un territoire rural de moyenne montagne dans la Région Grand Est.....	19
Des entretiens complémentaires : un suivi des personnes en résidence autonomie .....	20
Détail de l'échantillon « Covidomicile ».....	22
PARTIE 1 Effets d'âge, de génération, de spatialité et des modes de vie dans le vécu et les représentations de la pandémie de Covid-19.....	28
1. Des vécus différents de la crise sanitaire selon l'appartenance générationnelle et les parcours de vie .....	32
1.1. Effets de génération et réactivation de la mémoire collective.....	33
1.1.1. L'habitus de génération : ressource et une référence pour vivre la crise..	33
1.2. La Covid-19 comme réactivateur des expériences négatives passées .....	38
1.3. Un vécu de la crise sanitaire marqué par des singularités biographiques .....	40
1.3.1. Les trajectoires biographiques comme mise en perspective de la crise sanitaire .....	40
1.3.2. Avoir fait l'expérience de la maladie : un moyen de relativiser la crise sanitaire ?.....	42

2.	Domiciles : Des effets de contexte.....	46
2.1.	Vivre en résidence autonomie, lorsque le « repaire » devient un lieu d'enfermement .....	46
2.2.	L'impact de la crise sanitaire sur les modes de vie des retraités.....	48
2.2.1.	Un impact différent selon les modes de vie antérieurs à la crise.....	50
2.2.2.	L'arrêt des activités comme source de mal-être en résidence autonomie	53
2.3.	Continuité, transformation des modes de vieillir face à la crise .....	58
2.3.1.	Confinements et continuité du quotidien .....	58
2.3.2.	La crise comme point de rupture dans le vécu de l'avancée en âge ? .....	59
3.	Lieu de vie et « modes d'habiter » : entre ressources et contraintes pour traverser la crise sanitaire .....	60
3.1.	En résidence autonomie : des manières d' « habiter » qui ont influencé le vécu de la crise.....	60
3.2.	Des situations d'adaptation plus souples en milieu rural .....	63
3.3.	En milieu urbain, un arrêt de la vie sociale plus palpable ? .....	65
4.	Quel rôle pour les professionnel.le.s du domicile en période de crise sanitaire ?.....	68
	Conclusions de la partie 1 : l'influence du passé sur le vécu de la pandémie .....	73
	PARTIE II LES DYNAMIQUES D'AVANCEE EN AGE COMME ANALYSEUR DU VECU DE LA CRISE SANITAIRE.....	75
1.	Être « en prise » : un moyen de se maintenir en temps de crise .....	78
1.1.	Habiter son environnement : être en prise avec son monde .....	78
1.2.	Prises et ralentissements au prisme de la crise de COVID-19.....	83
1.3.	Situations d'attente et mise en place d'activités clandestines.....	86
2.	Déprise(s) : entre ressources et contraintes face à la crise .....	90
2.1.	Jeannine : trajectoire de déprise entre routinisation et maintien au monde ...	90
2.2.	Déprises « soudaines », associations, trajectoire de la maladie.....	95
2.2.1.	Déprise soudaine ? Les effets de l'arrêt des activités associatives dans l'avancée en âge .....	95
2.2.2.	Déprises provisoires : bénévolat et ambiguïté du modèle du vieillir actif .	98
2.2.3.	Déprise pour raisons médicales : posture d'attente et de distanciation .	101
2.2.4.	Déprise en résidences autonomie : l'importance des temps et des lieux de convivialité .....	104

3. Reprise(s) : des effets positifs de la crise chez les personnes âgées .....	106
3.1. Reprises spontanées : l'exemple d'un nouveau rôle au sein des réseaux de sociabilité .....	107
3.2. Des reprises attendues aux reprises empêchées.....	112
3.3. La crise comme déclencheur de nouveaux statuts entre générations .....	116
Conclusions de la partie ii : La crise sanitaire comme analyseur des dynamiques du vieillissement en France .....	120
Conclusion Générale .....	123
Agir en vue de préserver les espaces de convivialité en temps de crise .....	126
Assurer la continuité des activités associatives .....	126
Identifier les acteurs « clés » de l'accompagnement au grand âge.....	127
Ouvrir un espace de discussion entre les parties prenantes (professionnels, usagers, décideurs).....	128
Bibliographie .....	131

## INTRODUCTION

### LA CRISE COVID-19 COMME ANALYSEUR DU « VIEILLIR » EN FRANCE

Au cours de l'année 2020, la pandémie de Covid-19 a participé, sans doute plus encore que ne l'avait fait la canicule de 2003<sup>1</sup>, à la médiatisation de l'isolement, du mal-être et de la fin de vie des personnes âgées (Balard et Corvol, 2020). Dans des proportions sans commune mesure avec cet épisode climatique, la France a connu une forte augmentation de sa mortalité en particulier chez les personnes de 80 ans et plus, notamment pour celles résidant en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Dans une publication datée de septembre 2020, l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) précisait que « pendant l'épisode de la Covid-19, le surcroît de décès a dépassé de 12 000 celui observé pendant la canicule (environ 27 000 décès supplémentaires entre le 10 mars et le 8 mai 2020 contre 15 000 entre le 1er et le 24 août 2003). Cet écart s'expliqu[ant] par l'augmentation et le vieillissement de la population entre 2003 et 2020, ainsi que par la durée de l'épidémie (60 jours contre 24 jours pour la canicule)<sup>2</sup> » (Desrivierre et Fabre, 2020). En fin d'année 2022, le nombre de décès en France s'élève à plus de 150 000 dont environ 100 000 personnes de 80 ans et plus. Alors que le nombre élevé de décès et le mal être des personnes résidents en EHPAD a fait l'objet d'un traitement scientifique et médiatique particulièrement soutenu, ce rapport s'attache à investiguer la situation des personnes âgées au domicile.

#### L'âge : un facteur de de risque épidémiologique

Dès les premiers temps de la crise sanitaire, l'âge a été présenté comme un facteur de risque majeur en raison du taux significatif des formes sévères de Covid-19 (syndrome de détresse respiratoire aiguë, ventilation mécanique, admission en soins intensifs, décès) après 65 ans. En France, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) indiquait en mars 2020 que « parmi les

---

<sup>1</sup> Plus de 15 000 personnes sont décédées des suites de la canicule, soit une augmentation de 60 % par rapport à la mortalité attendue. La surmortalité était de plus de 70 % chez les sujets âgés de 75 à 94 ans et de plus de 120 % chez les sujets de 95 ans et plus. Autant que les risques sanitaires liés aux fortes chaleurs, ce sont les conditions dans lesquelles certaines de ces personnes sont décédées qui ont été mises en avant par les médias. Depuis, la question de l'isolement et de la solitude des personnes âgées est devenue un problème public qui reste à l'ordre du jour de l'agenda politique (Argoud, 2016).

<sup>2</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4764693> (accès : 09/2020).

patients décédés, 93% étaient âgés de 65 ans et plus »<sup>3</sup> et que deux personnes sur trois hospitalisées en service d'urgence pour suspicion de Covid-19 étaient âgées de plus de 65 ans » (*Ibid.*). Ces hospitalisations s'accompagnaient le plus souvent de troubles chroniques nécessitant un suivi médical au long cours, synonymes d'une dégradation significative des conditions de vie pour de nombreuses personnes âgées. Souvent corrélées à l'avancée en âge, les maladies chroniques (hypertension, maladies cardiovasculaires, diabète, maladies vasculaires cérébrales) ont également été identifiées comme facteurs de risque potentiels, amenant les autorités publiques à « classer » les personnes de plus de 65 ans dans la catégorie des personnes « vulnérables » face aux formes sévères de Covid-19<sup>4</sup>. Cette approche de l'âge fondée sur une perspective biologisante s'est révélée particulièrement centrale dans la gestion sanitaire de l'épidémie (Desbruyères, 2022). Dès les premières semaines de l'épidémie de Covid-19, les autorités publiques ont œuvré à la protection des personnes âgées de plus de 65 ans en mettant en place une série de mesures héritées de la crise de 2003. C'est le cas du « Plan Bleu »<sup>5</sup>, principal outil de gestion de crise des établissements médico-sociaux visant à faire face aux situations sanitaires ou climatiques exceptionnelles. Le déclenchement des « Plans Bleus » par les préfets de région implique des mesures telles que la mise en place d'une cellule d'alerte avec des personnels dédiés, la collaboration départementale entre établissements, le renforcement des personnels par la « réserve sanitaire », ou encore, l'évacuation ou le confinement des patients et des résidents<sup>6</sup>. D'autres mesures inédites ont été adoptées afin de lutter contre la propagation du virus de la Covid-19 au sein des établissements (Ehpad, résidences autonomes, etc.), au premier titre desquelles la fermeture des Ehpad aux visiteurs, l'adaptation des règles de vie collective, la suspension des activités individuelles et des activités en groupe (activités physiques, de loisirs, restauration collective, sorties, etc.), la restriction des services à la personne au domicile, ou la priorisation des campagnes vaccinales pour les personnes âgées. Si ces mesures sanitaires, et plus

---

<sup>3</sup> Haut Conseil de la Santé Publique. « Avis relatif à la prévention et à la prise en charge des patients à risque de formes graves de Covid-19 ainsi qu'à la priorisation des tests diagnostiques » (mars 2020). Consultable sur le site : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=775> (accès : 03/2020).

<sup>4</sup> « Plan de protection des personnes âgées à domicile contre l'épidémie de Covid-19 », Publié par : Ministère des Solidarités et de la Santé. Document disponible à l'adresse suivante : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/crise-sanitaire-Covid-19-publication-d-un-nouveau-plan-de-protection-des> (consulté le 01/07/2022).

<sup>5</sup> Arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou de mise à disposition d'un local ou d'une pièce rafraîchie dans les établissements mentionnés à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>6</sup> Voir également à ce sujet : Décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ; Arrêté du 7 juillet 2005, modifié par l'arrêté du 8 août 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique Circulaires ministérielles des 12 mai 2004 et 4 mars 2005, définissant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule.



particulièrement le confinement, ont fait et font toujours l'objet de nombreuses recherches<sup>7</sup> et discussions<sup>8</sup> à propos des résidents d'EHPAD, le domicile reste encore assez peu investigué si ce n'est par l'intermédiaire de grandes enquêtes descriptives<sup>9</sup>.

### **L'âge : un facteur de risque sociologique ?**

Destinées à protéger les personnes les plus vulnérables face à la Covid-19, ces mesures sanitaires ont eu pour effet de renforcer des représentations déficitaires de l'avancée en âge. À travers une approche biologique de la vieillesse<sup>10</sup>, la gouvernance des risques sanitaires a en effet contribué à réactiver une vision homogène des personnes âgées caractérisée par leur vulnérabilité potentielle. C'est dans ce contexte qu'avait été émise l'hypothèse d'un confinement prolongé pour les plus de 65 ans (mai 2021)<sup>11</sup>, hypothèse qui ne sera finalement pas appliquée compte tenu du caractère discriminatoire signalé par plusieurs associations de seniors telles que l'association Old Up ou l'Association des Directeurs au service des Personnes Âgées (AD-PA), mais aussi par des personnalités publiques, tel qu'Axel Khan, ou encore par le Conseil National Professionnel de la Gériatrie, regroupant huit instances françaises de gériatrie<sup>12</sup>.

Parallèlement, la crise sanitaire a mis en lumière des situations de mal-être liées à un isolement social subi pour un certain nombre de personnes âgées, posant à nouveau la question de la solitude au grand âge. Selon une étude menée par téléphone sur un panel de 1502 personnes de 60 ans et plus (Petits Frères des Pauvres, 2020)<sup>13</sup> : « 32 % des Français de 60 ans et plus ont ressenti de la solitude, soit 5,7 millions de personnes. 13 % ont ressenti cette solitude de façon régulière » (Rapport de juin 2020 : 59). Si la question de la solitude des

---

<sup>7</sup> Telles que par exemple CovidEhpad (<https://www.plateforme-recherche-findevie.fr/etude-covidehpad>) ou REMPAR-EHPAD ([https://www.chu-rennes.fr/documents/Documents/02-Le\\_chu/04-recherche\\_et\\_innovation/06\\_magazine\\_chercheurs\\_en\\_sante/CHURennes\\_MagazineDesChercheursEnSante26\\_06.2021.pdf](https://www.chu-rennes.fr/documents/Documents/02-Le_chu/04-recherche_et_innovation/06_magazine_chercheurs_en_sante/CHURennes_MagazineDesChercheursEnSante26_06.2021.pdf) consulté le 30/08/2022).

<sup>8</sup> Cf. allocution de clôture de Jean-Marie Robine (Dr INSERM) lors du symposium de l'Institut de la Longévité, des Vieillesse et des Vieillissements le 29 juin 2022 qui soulignait combien la concentration et le confinement en EHPAD s'étaient avérés délétères pour les résidents.

<sup>9</sup> Notamment l'étude « PA-COVID » : <https://anr.fr/Projet-ANR-20-COVI-0010>.

<sup>10</sup> Rappelons néanmoins que cette vision biologisée de la vieillesse n'est pas nouvelle puisqu'elle renvoie aux approches du début du 20<sup>e</sup> siècle. On notera à titre d'illustration que la « Loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables privés de ressources », définissait la vieillesse à partir de 70 ans, tandis que dans la seconde moitié du 20<sup>e</sup> siècle, le Rapport du Haut Comité consultatif de la Population et de la Famille (plus connu sous le nom du « Rapport Laroque ») et considéré comme le texte fondateur des politiques vieillesse en France définissait l'entrée dans la vieillesse à partir de 65 ans.

<sup>11</sup> Allocution du président de la République Emmanuel Macron le 13 avril 2020 : <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/04/13/adresse-aux-francais-13-avril-2020> (accès : 04/2020).

<sup>12</sup> Voir le dossier consacré : <https://www.notretemps.com/sante-bien-etre/dossier-coronavirus/prolongation-du-confinement-des-seniors-cest-non-22766> (accès : 04/2020).

<sup>13</sup> « Isolement des personnes âgées : les effets du confinement l'isolement de nos aînés est une vraie distanciation sociale », Rapport Petits Frères des Pauvres », n° 4, juin 2020.

séniors n'est pas nouvelle comme le rappellent régulièrement les baromètres de la solitude (entre autres : Fondation de France ; Petits Frères des Pauvres), elle a cependant pu conduire à des situations de risque sanitaire lors du premier confinement lorsque les professionnels du *care* ne pouvaient assurer les soins. La solitude a ainsi pris différentes formes au cours de la pandémie alors même qu'elle était uniformisée par les commentateurs confondant souvent les situations d'isolement social, le mal-être individuel ainsi que des formes de « solitude habitée » ou « solitudes choisies » (Campéon, 2019 : 158) sur lesquelles nous reviendrons. Parallèlement, le traitement de la vieillesse sous l'angle de la vulnérabilité sociale et de la diminution des capacités physiques a rendu opaques plusieurs facteurs explicatifs du vécu et des représentations de la crise de Covid-19. En effet, la diversité des vécus, des ressources et des modes de subjectivations, tant de la pandémie de Covid-19 que des confinements, ont été invisibilisés par des analyses souvent homogénéisantes de l'âge et des personnes âgées.

### **« Bien vieillir » au temps de la Covid-19 : enjeux et représentations de l'avancée en âge aujourd'hui en France**

La Covid-19 a contribué à raviver les débats autour des enjeux sociaux et des politiques sociales autour de la vieillesse en France en reposant notamment la question des modalités de prise en charge des personnes âgées, prise en charge partagée entre une vision protectionniste d'une part<sup>14</sup>, et une approche autonomiste de l'autre<sup>15</sup>. Outre cette ambivalence des politiques de la vieillesse, c'est également la question du regard porté sur les personnes âgées, leur rôle et leur place dans la société, mais aussi celle du grand âge et de la fin de vie au domicile et en établissement qui ont été relancées par la pandémie de Covid-19.

Au-delà de l'approche épidémiologique de la vieillesse le plus souvent ramenée à une analyse sociodémographique des populations, la pandémie de Covid-19 laisse donc ouvert un certain nombre de questions sociales autour de la vieillesse, du « bien » et du « mal vieillir », ainsi que sur les parcours de fin de vie en contexte épidémique. La recension de la littérature scientifique nous a conduit à dégager plusieurs questions encore peu investiguées par les enquêtes sur le sujet : qu'est-ce qui, dans « l'épidémie », a impacté la vie des seniors à domicile ? Est-ce la maladie en elle-même pour les personnes qui ont été touchées ? Est-ce la peur de la contamination ? Ou celle de l'incertitude latente autour des effets de la Covid-19 ? Est-ce de l'inquiétude pour ses proches - contaminés ou non - ou une forme plus diffuse

---

<sup>14</sup> Voir par exemple la note du Conseil scientifique du 30 mars 2020 au sujet des « EHPAD Une réponse urgente, efficace et humaine » <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/274586.pdf> (consulté le 15.06.2022) ou l'Avis du Conseil scientifique COVID-19 12 janvier 2021 : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis\\_conseil\\_scientifique\\_12\\_janvier\\_2021\\_actualise\\_13\\_janvier\\_2021.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_conseil_scientifique_12_janvier_2021_actualise_13_janvier_2021.pdf) (accès : 01/2021).

<sup>15</sup> On pense notamment aux actions mises en œuvre par le gouvernement ces dernières années : consultation, projet de Loi Grand Âge et Autonomie, et plus récemment aux actions « en faveur du bien vieillir à domicile et en établissement » (accès : 03/2022).

d'inquiétude ? S'agit-il des mesures sanitaires (confinement-s, distanciation physique, port du masque, etc.) et de leurs conséquences éventuelles en termes de fragilisation ou d'altération du lien social, ou par les restrictions des activités qui font sens pour le bien-être ? Comment et avec quelles ressources les personnes âgées ont-elles fait face aux différentes dimensions de l'épidémie sur leur vie ? Sont-elles parvenues à conserver des routines, si oui, lesquelles, et dans quelles mesures celles-ci ont été des routines-ressources ? Ces personnes se sont-elles davantage repliées sur la sphère domestique ? À l'inverse, ont-elles développées d'autres activités de remplacement ? Que dit finalement la crise sanitaire de la vieillesse et des dynamiques individuelles d'avancée en âge aujourd'hui ?

Ces questions, dont certaines peuvent être posées en dehors du contexte particulier de la Covid-19, méritent d'être approfondies, de même que l'expression « crise sanitaire » doit être précisée. L'emploi de cette expression, tant dans les médias que dans la littérature scientifique ne va pas de soi. Ramener les différents événements sociaux, politiques et sanitaires à cette période sans les avoir identifiés ni définis au préalable risque en effet d'induire des contresens ou des incompréhensions dans la lecture des résultats présentés dans notre étude : rassembler sous le terme de « crise sanitaire » les seules mesures gouvernementales, telles que les périodes de confinement, la limitation des déplacements, le couvre-feu et la distanciation physique, n'implique pas la même grille de lecture que d'y associer également la survenue de la maladie et son évolution sur le long terme. Pour ces raisons, si nous conservons l'expression « crise sanitaire » ou « crise de la Covid-19 », nous nous efforcerons de préciser à quelle dimension de la crise nous faisons référence. Il s'agit de tenir compte et de préciser ce qui tient de la situation épidémique (évolution des formes de la maladie), des mesures sanitaires et politiques (confinement-s, distanciation physique, couvre-feu, limitation des déplacements), ainsi que de l'impact social de ces mesures sur les individus.

Cette approche de la crise sanitaire dans cette triple dimension vise à approfondir les premières études sociodémographiques et socioéconomiques (Baclet-Roussel *et al.*, 2020 ; Guedj, 2020 ; Blanchet et Knapp-Ziller, 2020 ; Petits Frères des Pauvres, juin 2020 ; mars 2021 ; Ramiz *et al.*, 2021)<sup>16</sup> qui ont permis de dégager les principales tendances de l'expérience de la crise sanitaire et sur lesquelles nous nous sommes appuyés pour saisir la diversité des modes de vécu de la pandémie au domicile.

Notre démarche s'appuie sur une approche sociologique visant à rencontrer compte des expériences subjectives de personnes âgées vivant à domicile durant la première et la deuxième année de la Covid-19. À cette fin, nous avons analysé les effets de contexte, de génération et d'âge, mais aussi le rôle joué par les parcours de vie et les tournants

---

<sup>16</sup> À titre d'exemple, ces études ont montré que les catégories sociales les plus favorisées économiquement et culturellement étaient également celles qui avaient le mieux traversé la crise sanitaire, ou encore, que les personnes dites « isolées » avaient moins bien vécu la crise en raison de l'absence de relations sociales et de contact physique (rapport Petits Frères des Pauvres, juin 2020). Or, ces constats, connus par ailleurs de la littérature scientifique, méritent d'être d'avantage contextualisés afin d'en saisir les nuances et la complexité.

biographiques dans les représentations et le vécu de la pandémie. Cette démarche met en lumière la diversité des expériences et des modes de subjectivation de la crise sanitaire, tout en soulignant les dynamiques d'avancée en âge, les ressources et les limites des seniors face à la situation épidémique.

La première partie de ce rapport présente les différentes expériences de la crise sanitaire appréhendées au prisme de l'âge, du contexte et de la génération d'une part et d'autre part, des modes de vie à la retraite et des répertoires d'action. Une approche par ces catégories d'analyse nous a amené à différencier des écarts de vécu entre les « jeunes » seniors et leurs aînés. L'analyse des parcours de vie, saisis sous la forme des continuités et des ruptures (induites par la crise ou antérieures à elle) s'articule à celle des modes de vie à la retraite (Guillemard 1972). Cette démarche a permis une lecture des effets de la crise en fonction des vécus de l'après-travail : « retraite-retrait », la « retraite-loisirs », la « retraite-famille » ou la « retraite-associative ». Cette première partie montre que les jeunes seniors ont souvent été plus impactés que les très âgés, pour des raisons pratiques liées à l'arrêt des activités extérieures au domicile (mobilité résidentielle, loisirs, activités culturelles, associations, etc.). Ce constat interroge la notion de « vieillir actif » et montre les effets ambivalents d'une politique de la vieillesse injonctive qui peut contribuer à induire des formes de mal-être chez les seniors du fait d'un décalage entre un modèle normatif d'activation et les « entraves » qui empêchent de s'y conformer. De la même manière, l'épidémie de Covid-19 a eu des répercussions sensiblement différentes selon les parcours de vie, l'expérience de ruptures biographiques (maladie, veuvage, perte d'un proche, grande précarité, etc.) ayant servi de cadrage aux modes de subjectivation de la pandémie : vivre avec une maladie chronique ou avoir connu un veuvage ou la perte d'un proche, sont autant d'expériences biographiques antérieures qui ont servi de point de référence au vécu de la crise sanitaire. Enfin, l'appartenance générationnelle a également influencé le vécu de la crise sanitaire, en particulier chez les très âgés : le fait d'avoir connu la privation de liberté durant la Seconde Guerre Mondiale ou les épidémies d'après-guerre (poliomyélite, diphtérie, etc.) a conduit à de nombreuses situations de mal-être chez les très âgés, notamment dans les premiers temps de l'épidémie. Ce constat a été peu observé chez les « jeunes seniors » pour qui l'entrée en « guerre sanitaire », au même titre que les campagnes de vaccination n'ont pas eu la même résonance.

La deuxième partie de ce rapport propose une analyse approfondie du vécu de la crise en interrogeant les dimensions sociologiques du processus du vieillir en contexte épidémique. Cette approche de l'avancée en âge au prisme des concepts de « prise », de « déprise » et de « reprise » (Caradec, 2007 ; 2008) a fait apparaître trois dynamiques idéal-typiques du vécu de la crise sanitaire : une dynamique caractérisée par le maintien des routines domestiques et un sentiment d'appartenance au monde peu impacté par la crise ; une dynamique de rupture marquée par la « déprise », entendue comme une manière de réorganiser son rapport au monde en adaptant ses activités et ses représentations en fonction des changements individuels (corporels, cognitifs, sociaux), mais aussi contextuels (mesures sanitaires) ; une

dynamique caractérisée par des « rebonds singularisants », c'est-à-dire par un renouveau de la position, du rôle ou des pratiques sociales ayant permis aux individus de renouer avec le monde qui les entoure.

Compte tenu de la diversité des terrains réunis dans notre enquête, nous avons porté une attention particulière au type d'habitat, en prenant en compte les spécificités liées au domicile privé individuel et celles relatives aux résidences autonomie. Aussi, l'étude propose une lecture du rôle des résidences autonomie – et plus largement de l'institution – dans la définition d'un modèle du « bien vieillir » que la crise sanitaire a remis en question. De la même manière, nous nous sommes concentrés sur les effets de temporalité, en prenant en compte l'évolution des représentations dans le temps, et les effets de spatialité en interrogeant les similitudes et les différences entre espaces urbains et espaces ruraux. À l'issue de ce rapport, nous proposons une série de réflexions et de préconisations à destination des publics en lien avec le grand âge (institutions, associations, pouvoirs publics, etc.).

\* \* \*

## **METHODOLOGIE ET PRINCIPALES HYPOTHESES DE LA RECHERCHE**

La recherche Covidomicile s'est donnée pour objectif d'analyser au prisme de la sociologie du vieillissement et des parcours de vie, la manière dont les personnes âgées qui vivent « hors EHPAD » ont vécu les différentes phases de la crise de la Covid-19 tout en éclairant rétrospectivement les parcours liés au vieillissement et à la fin de la vie. Dans cette perspective, nous avons analysé les modes de subjectivation et l'expérience vécue de la crise sanitaire au domicile à partir de 32 récits de vie de personnes âgées vivant en logement individuel et en résidence autonomie. L'ancrage sur ces terrains d'étude nous a également amené à réaliser des entretiens semi-directifs auprès de personnels de santé (infirmier.e.s, aides-soignant.e.s, coordinatrices des soins, salarié.e.s des services à la personne en milieu rural) et des entrevues informelles auprès de personnels administratifs (CCAS, SSIAD) venant étayer les propos des personnes âgées et apporter des éclairages propres au vécu de la crise sanitaire en milieu rural.

### **Population et limites de l'échantillonnage « Covidomicile »**

Les inclusions comprises dans cette étude rassemblent des individus âgés de 65 à 99 ans aux profils hétérogènes : comme détaillé plus bas (p. 22-26) l'échantillon comprend des personnes vivant en milieu urbain et en milieu rural, au domicile individuel (maison et appartement, avec/sans accès à un jardin) et en résidence autonomie, étant en couple, veufs ou célibataires, avec et sans enfants, et ayant des origines sociales variées. Certains des informateurs sont membres d'une association pour seniors, d'autres sont bénévoles d'une association ayant pour objet le maintien du lien social via des appels téléphoniques, et d'autres encore sont les bénéficiaires de ce service. Une des limites de cette recherche tient à l'absence d'informations directement recueillies auprès des populations les plus « recluses ». À plusieurs reprises au cours de l'enquête nous avons essuyé le refus de personnes contactées via le Centre Communal d'Action Sociale d'une ville moyenne de la région Grand Est de participer à l'enquête, laissant une zone d'ombre sur ce profil d'individu. Certain.e.s de nos informateurs.rices nous ont confié être en contact téléphonique avec ces personnes « recluses », nous fournissant des informations indirectes sur leur situation. Ces dernières expliquaient leur refus d'inclusion, soit par un désintérêt vis-à-vis de l'étude, soit par peur de s'exposer à des personnes étrangères à leur sphère de relation en contexte épidémique. Ces refus ont néanmoins été intéressants dans la mesure où ils semblent appuyer une des hypothèses de la recherche selon laquelle les personnes qui n'ont pas souhaité participer à l'enquête sont probablement aussi celles qui ont le plus mal vécu la crise en raison d'une posture d'autoconfinement « dur » et prolongé sur le long terme. Les propos recueillis auprès des personnels de santé et les salarié.e.s des services à la personne vont dans le sens de cette

hypothèse, l'arrêt temporaire des soins et des services auprès de personnes vivant en milieu rural ayant généré des situations d'isolement et de mal-être qu'il serait intéressant de pouvoir confirmer et analyser dans une étude ultérieure.

### **Analyser la crise au moyen des récits de vie : une approche compréhensive des événements**

Notre recherche s'inscrit dans une démarche qualitative (Kivitz *et al.*, 2016) privilégiant un focus sur les récits de vie en santé (Balard *et al.*, 2016) et les entretiens biographiques (Demazière *et al.*, 1999). Les entretiens ont été réalisés selon un protocole d'enquête semi-directif conduit via un guide d'entretien évolutif construit autour de quatre parties thématiques :

- Une partie sur le parcours de vie et les événements majeurs survenus dans la vie de l'individu (décès d'un proche, veuvage, perte d'emploi, etc.).
- Une partie sur la situation individuelle au moment du déclenchement de la crise sanitaire et sur l'expérience de celle-ci au quotidien (changement des pratiques, mobilisation de nouvelles ressources, etc.).
- Une partie sur le rapport à la maladie SARS-CoV-2 et les modes de représentations liés au vieillissement et à la fin de vie (appréhension, ressources familiales et morales, etc.).
- Une partie sur le traitement politique et médiatique de la crise sanitaire (rapport aux médias, gestion de l'information, état de confiance dans les institutions politiques, vaccination, etc.).

Pour l'essentiel, les entretiens ont été réalisés au domicile des personnes, excepté les ceux réalisés avec les personnels de santé et des services au domicile, et certains entretiens menés avec les bénévoles ayant été réalisés en structure (Services de soins infirmiers à domicile, association d'aide à domicile, CCAS). La durée minimum des entretiens est de 50 minutes et la durée maximum est de 160 minutes. La durée moyenne est de 90 minutes.

Les données collectées ont été retranscrites et analysées au moyen d'un codage ouvert réalisé avec le logiciel Nvivo®. Toutes les données ont été anonymisées et utilisées afin de saisir l'expérience de la crise sanitaire (représentations et pratiques), mais aussi d'analyser cette expérience en regard des parcours de vie. Cette mise en perspective a pour but de situer les propos des enquêtés tout en offrant la possibilité d'identifier les événements biographiques (maladie, vécu de l'après-guerre, expérience du veuvage, etc.) ayant contribué à structurer le vécu de la crise sanitaire. À cette fin, les données « récit de vie » et « expérience de la crise sanitaire » ont fait l'objet d'une analyse croisée.

## **Chronologie de la recherche Covidomicile, hypothèses et terrains de l'enquête**

Cette recherche s'appuie sur un échantillon total de 39 inclusions : 32 personnes âgées, dont 27 femmes et 5 hommes et de 7 personnels de santé et des services à la personne en milieu rural. Parmi les personnes âgées, 17 vivent en résidences autonomie et 15 en domicile privatif hors institution. 23 d'entre elles résident dans une agglomération de plus de 100 000 habitants, et 9 en milieu rural dans une commune de moins de 2000 habitants. L'âge moyen des personnes interrogées est de 81 ans (min. 65 ans – max. 99 ans). Les entretiens menés auprès des professionnels de santé et du social travaillant ont été réalisés dans différentes structures : CCAS d'une agglomération urbaine de la Région Grand Est ; une Association d'aide à domicile en milieu rural, un centre de Services de Soins Infirmiers à Domicile – SSIAD, en milieu rural également.

### **Terrain exploratoire et début de l'étude**

La phase de pré-enquête s'est déroulée entre avril 2021 et mai 2021 dans une commune rurale de la Région Occitanie. La définition des critères d'inclusion ainsi que la formulation des hypothèses de recherche ont été réalisées compte tenu des analyses issues des entretiens exploratoires. Cette phase s'est accompagnée d'une première revue de littérature ciblant les études quantitatives relatives au vécu de la crise sanitaire. Elle a été complétée d'une revue de la littérature scientifique dans le champ de la sociologie du vieillissement.

Durant cette phase nous avons élaboré une première série d'hypothèses centrées sur le vécu de la crise sanitaire en milieu rural. Les entretiens réalisés à cette occasion semblaient en effet indiquer, seulement quelques jours après la sortie du 3ème confinement (avril-mai 2021), une lassitude des personnes âgées interrogées, sans pour autant révéler de formes spécifiques de mal-être liées à l'épidémie. Les témoignages des personnels de santé (coordinatrices des soins, infirmières, aides-soignantes à domicile) allaient également dans le sens d'une temporalité spécifique de la crise : 1) un premier temps marqué par la sidération et l'incertitude pour une partie des individus, en l'occurrence ceux dont les activités se sont arrêtées brusquement sans possibilité de remplacement, ou ceux ayant connu la 2<sup>nd</sup>e Guerre Mondiale durant leur enfance et pour qui la crise sanitaire a rappelé des événements traumatiques (« guerre sanitaire »), tandis, que pour d'autres, les personnes en « retrait », la crise ne semblait avoir eu qu'une incidence mineure ; 2) un temps de lassitude vis-à-vis des mesures sanitaires, telle que la restriction des visites lors des périodes de fête (décembre 2020) ou vis-à-vis de l'arrêt des activités collectives, une fois encore pour les personnes les plus actives (club de lecture de la bibliothèque, sortie collective, etc.) ainsi que pour les personnes vivant en résidence autonomie ; 3) un temps d'adaptation à la situation sanitaire laissant entrevoir à la fois l'impact relatif de l'épidémie pour une partie de cette population,



mais également la mobilisation de ressources antérieures à la crise (parcours de vie, routines, « mode d'habiter », etc.) ayant permis de mieux vivre cet évènement.

### **Enquêter une ville moyenne en Région Grand Est**

La deuxième phase de la recherche a été conduite de juin à septembre 2021 dans une commune de plus de 100 000 habitants de la région Grand Est, soit un mois après le 3<sup>e</sup> confinement national (du 03 avril au 03 mai 2021). La prise de contact avec les personnes interrogées s'est faite via le CCAS de l'agglomération notamment via un service téléphonique mis en place dans le cadre du suivi et de l'accompagnement de personnes socialement « isolées ». Le CCAS a également été mobilisé pour entrer en contact avec résidences autonomie de la commune. Notre échantillon comprend ainsi 18 inclusions de personnes vivant en résidence autonomie et 9 personnes habitant un logement individuel privatif.

Les échanges informels avec les services de gestion des résidences, comme avec celles participant au dispositif de suivi téléphonique (salariés et bénévoles), ainsi que les premiers entretiens réalisés en résidence autonomie et au domicile semblaient indiquer plusieurs différences notables dans le vécu de la crise par les personnes âgées selon le type d'habitat. On a pu constater que les personnes vivant en résidences autonomie étaient encore largement impactées par les restrictions sanitaires en place dans les établissements à ce moment de l'enquête (juin-septembre 2021)<sup>17</sup>. La suspension de la restauration collective, toujours en vigueur lors de nos interventions dans les établissements, comptait parmi les éléments récurrents des discours de la quasi-totalité des personnes rencontrées. Ce constat laissait entrevoir une forme de mal-être spécifique à la vie en résidence autonomie caractérisée par l'absence de temps et de lieux de convivialité. Cette observation indiquait également que les personnes vivant à domicile étaient soumises à un autre régime de pratiques, ayant une plus grande liberté dans leur contact avec l'extérieur (mobilité, relation sociale, activité de loisirs et culturelles) dans la mesure du respect des règles sanitaires en vigueur à ce moment de l'enquête. Les entretiens réalisés au domicile ont également montré une différence significative de vécu au sein de cette population : bien que vivant au domicile, certaines personnes ont indiqué « subir » les effets de la crise sanitaire (autoconfinement, absence de mobilité, peur de la maladie), tandis que d'autres n'ont pas hésité à reprendre leurs activités de loisirs, leurs déplacements en région ou au national, leurs activités associatives en extérieur, etc.

Plusieurs des éléments apparus dans cette deuxième phase de l'étude ont souligné la nécessité d'interroger à la fois les temporalités et les spatialités de la crise sanitaire, mais aussi l'impact des modes de vie à la retraite et des parcours biographiques des individus interrogés :

---

<sup>17</sup> À ce moment de l'étude, la plupart des activités individuelles et collectives (physiques, de loisirs, culturelles) proposées au sein des résidences autonomies n'avaient pas encore repris.

comment expliquer en effet les différences de vécu et types de comportements (repli sur soi, reprise de activités, maintien ou arrêt des relations avec les proches, etc.) au sein d'une catégorie homogène de personnes (ici les résident.e.s / personnes au domicile) ? En quoi le lieu et le type de résidence ont-ils influencé l'expérience des personnes âgées ? Les situations de mal-être observées pendant l'études ont-elles été toutes imputables au seul épisode épidémique ?

### *À propos des résidences autonomies*

La situation des personnes âgées vivant en résidence autonomie durant la pandémie demeure encore peu étudiée. Focaliser une partie de l'analyse sur ce type de logement qui a pour caractéristique de se situer à mi-chemin entre le domicile individuel et l'établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante, vise à répondre à un angle mort de la recherche tout en considérant également la situation des personnes en logement « ordinaire ».

L'article L313-12 du Code de l'action sociale et des familles précise que « les résidences autonomie proposent à leurs résidents des prestations minimales, individuelles ou collectives, qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie, définies par décret. Ces prestations, qui peuvent être mutualisées et externalisées, peuvent également être proposées à des non-résidents ». Depuis 2015, les résidences autonomie remplacent les « Logements-foyers » (Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement). Les résidences autonomies ont une capacité d'accueil de personnes en perte d'autonomie équivalente à 10 % de résidents en grille GIR 1 ou 2 et à 15 % de résidents en GIR 1 à 3<sup>18</sup>.

Comme l'ont montré les travaux d'Anne-Bérénice Simzac (2021), les parcours d'entrée en résidence autonomie peuvent s'appréhender en regard de « deux facteurs de choix (...) : le besoin d'être protégé des effets du vieillissement et le besoin de conserver une place dans le monde social » (Simzac, 2021 : 166). C'est dans cette perspective que la résidence autonomie propose une formule d'habitat hybride partagée entre préservation de l'autonomie de la personne âgée et maintien de l'individu dans la vie collective, ici institutionnelle. D'ailleurs, la mobilité résidentielle en résidence autonomie génère une forme d'« entre-soi générationnel » permettant à la fois d'éviter l'isolement social tout en s'avérant parfois pesant du fait de la vie en collectivité comme lorsque des signes de perte d'autonomie apparaissent chez les résidents (*Ibid.* : 171-173).

Le contexte épidémique a particulièrement impacté les résidences autonomie, à la fois dans la gestion des prestations aux résidents, avec l'arrêt et la suspension temporaire des activités collectives et individuelles destinées à la préservation de l'autonomie, et dans la gestion de la relation avec l'extérieur (horaire et fréquence des visites, accueil de public, etc.). C'est dans ce contexte que nous avons émis l'hypothèse d'une redéfinition du statut des personnes âgées en regard d'une approche institutionnelle « totalisante » (Goffman, 1968) ayant eu pour conséquence d'avoir fait basculer une partie de cette population une vieillesse prématurée définie à l'aune de la perte d'autonomie.

## Enquêter sur un territoire rural de moyenne montagne dans la Région Grand Est

La troisième phase de l'enquête s'est déroulée de janvier 2022 à février 2022, soit presque deux ans après le début de la pandémie de Covid-19. Elle a été réalisée dans un contexte particulier de levée progressive des mesures sanitaires et de rebond épidémique<sup>19</sup>.

Cette deuxième phase s'est déroulée pour l'essentiel en milieu rural dans une commune de moyenne montagne de moins de 2000 habitants. La prise de contact s'est faite par le biais d'une association de personnes âgées – association dont les activités ont repris en mars 2022. Le profil des personnes interrogées durant cette deuxième phase présente une configuration plus homogène que la cohorte n° 1 : 65-85 ans, membres de l'association et vivant en maison individuelle, le plus souvent avec un accès direct à l'extérieur. Des différences de vécu de la crise sanitaire sont néanmoins apparues à l'intérieur de ce deuxième groupe d'enquêtés, à la fois en termes de représentations (inquiétude, détachement, confiance, etc.), mais aussi de comportements (repli sur soi, exposition, maintien de activités, etc.). Ici encore, les données qualitatives nous ont conduit à formuler l'hypothèse selon laquelle l'âge, la trajectoire biographique, les modes de vie et le positionnement de soi dans l'avancée en âge ont largement contribué à définir l'expérience de la crise sanitaire. De la même manière, nous avons formulé l'hypothèse que cette expérience avait été globalement plus difficile pour les personnes âgées en milieu urbain, à la fois en raison de l'accès restreint à l'extérieur (jardin, parc, etc.), mais aussi de l'absence de promiscuité et de lien de voisinage, et enfin, de la « coupure » plus nette (absence des bruits de la ville, arrêt et diminution de la circulation – piétons, véhicules légers, etc.) en milieu urbain qu'en milieu rural. Cette dernière hypothèse supposait également de distinguer clairement l'*isolement* de la *solitude*, mais aussi d'interroger en quoi « la solitude au grand âge » (Campéon, 2015) pouvait devenir une ressource dans le vécu de la crise sanitaire.

Plusieurs entretiens réalisés auprès de salarié.e.s des services à la personne en milieu rural sont venus appuyer cette hypothèse, en même temps qu'ils nous ont amené à définir les limites de celle-ci. En effet, comme pour les populations « recluses » en milieu urbain, et auxquelles nous n'avons pas eu accès durant la première phase, il nous a été impossible de

---

<sup>18</sup> Le niveau de dépendance et d'autonomie des personnes âgées est évalué selon la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources) permettant de définir des GIR (Groupe iso ressource). Il existe 6 niveaux de GIR évaluant le degré d'autonomie ou d'incapacité des personnes en regard des activités corporelles, cognitives, domestiques et sociales à réaliser. Les GIR 5 et 6 correspondent aux profils les plus autonomes. À l'inverse, les GIR 1 et 2 regroupent les personnes en situation d'incapacité ou de dépendance.

<sup>19</sup> Santé Publique France recensait plus de 358 245 nouveaux cas en moyenne par jour sur la période du 19 au 27 janvier, précisant qu'« en semaine 03, le taux d'incidence progressait de manière plus marquée chez les 80-89 ans (850, +29%) et les 90 ans et plus (1 380, +31%). Les taux hebdomadaires de nouvelles hospitalisations ont augmenté de 17% chez les 80 ans et plus (3 455 hospitalisations chez les 80-89 ans) et de 18% chez les 90 ans et plus (1 891 ) » : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/point-epidemiologique-covid-19-du-27-janvier-2022-la-circulation-du-sars-cov-2-poursuit-sa-progression-a-un-niveau-tres-eleve-hausse-de-la-tens> > (accès : 01.2022).

nous rendre au domicile de personnes identifiées par ces professionnel.les comme des personnes « à risque » socialement vulnérables. Néanmoins, les informations recueillies auprès de ces professionnel.les indiquent que les profils de « reclus », qui semblent être ceux qui ont le plus mal vécu la crise, avaient plusieurs formes de prédispositions sociologiques, médicales et géographiques, le plus souvent antérieures à la pandémie de Covid-19 (maladie chronique, isolement et absence de mobilité, rupture des liens familiaux, précarité économique, etc.).

Au regard de ces observations et de celles réalisées en cohorte n° 1, nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle les individus les plus actifs et les moins isolés en temps normal ont été ceux pour qui la crise a demandé un travail d'adaptation plus conséquent, à l'inverse des personnes les plus isolées en temps normal, ayant une prédisposition contextuelle au vécu de la « solitude habitée » (Campéon, 2019). Il ne s'agit pas ici de remettre en doute les observations réalisées par ailleurs sur les effets délétères de la crise sanitaire sur les populations âgées, mais bien d'identifier plus spécifiquement les populations touchées et leurs caractéristiques sociologiques. Le but de cette approche est d'identifier les ressources relationnelles, culturelles et mémorielles dont ont disposé une partie des individus pour se prémunir des effets de la crise, à la fois dans sa dimension sanitaire (peur de la maladie et vécu de la maladie le cas échéant), médiatique (traitement de l'épidémie, appréhension, etc.) politique (vécu des mesures sanitaires) et sociologiques (rupture/continuité de la vie sociale et transformation de la place et de la perception de la vieillesse).

### **Des entretiens complémentaires : un suivi des personnes en résidence autonomie**

Nous avons procédé dans la dernière phase d'enquête (février 2022) à la réalisation d'entretiens de rappel auprès des résident.e.s interrogé.e.s durant la première phase de l'enquête (juin - septembre 2021). Ces entretiens ont été menés en vue d'analyser l'évolution du vécu de la crise sanitaire en résidence. Ces données nous ont permis d'approfondir les analyses liées à la temporalité institutionnelle de l'épidémie, mais aussi au rôle joué par l'établissement dans la définition du statut des résident.e.s au prisme de la perte d'autonomie. Des résidents ont exprimé avoir perçu une réelle évolution de leurs conditions de vie en établissement tandis que d'autres, plutôt « actifs » et plus confiants durant les premiers entretiens n'ont pas exprimé de différences notables. Ce constat nous a poussé à identifier les raisons de cette différence de représentation du cadre de vie en posant l'hypothèse que l'adaptation à la crise sanitaire en résidence autonomie dépendait de facteurs autant individuels (ressources relationnelles, culturelles, mémorielles), qu'institutionnels (reprise des activités collectives, allègement des mesures liées aux visites dans l'établissement, etc.). Certain.e.s résident.e.s ont également signalé l'impossibilité pour eux.elles d'un « retour à la normale », soulignant par là un état de mal-être lié à l'isolement, alors que la plupart des restrictions sanitaires étaient levées au sein des établissements. Cette observation nous a

conduit à approfondir l'analyse du vécu de la crise sanitaire en regard des parcours individuels, et plus particulièrement des parcours de santé pouvant expliquer ces états d' « auto-confinement ».

En plus de ces données, nous avons eu l'occasion de conduire des entretiens informels avec des personnes âgées de profils diversifiés au sein de notre entourage. Ces entretiens – non enregistrés - participent d'une autre forme d'imprégnation au terrain et visaient à déterminer si un cadre d'enquête moins formel pouvait permettre de collecter des discours différents.

L'ensemble des données collectées auprès des personnes âgées et de professionnels de santé et des services à la personne nous a conduit à multiplier les pistes d'analyse en s'intéressant à la fois aux cadres temporels et spatiaux de l'expérience de la crise, ainsi qu'aux dynamiques d'avancée en âge telles qu'elles sont appréhendées par la sociologie du vieillissement (notamment : Caradec, 2004, 2008; Lalive d'Épinay et Cavalli, 2013 ; Campéon, 2011, 2015) et aux parcours de vie (Lalive d'Épinay 2005 ; Guillemard, 1991, 2010).

Il s'agit d'interroger à la lecture de ces différentes perspectives, la manière dont la crise a agi sur la définition de la vieillesse et de sa prise en charge par les institutions, mais aussi d'analyser comment les parcours de vie et leur fragmentation au sein de ces classes d'âge uniformisées sont intervenus dans la structuration de l'expérience de la crise sanitaire. Cette approche vise à questionner les modèles établis autour de la gestion des personnes âgées dans des contextes hétérogènes en tenant compte de la diversité des profils et des ressources individuelles pour vivre l'épisode épidémique de la Covid-19.

## DETAIL DE L'ECHANTILLON « COVIDOMICILE »

N°	Prénom (anonymisé)	Sexe	Type d'informateur	Milieu	Âge	Situation matrimoniale	Covid	CSP (code 2020)	Date
1	Marie	Femme	Domicile	Rural	89 ans	Veuve	Non	Retraité - prof. intermédiaires (éducation nationale)	2021
2	Céline	Femme	Infirmière Association d'aide à domicile	Rural	41 ans	Couple	N.C.	Prof. intermédiaires (santé)	2021
3	Patricia	Femme	Coordinatrice des soins Association d'aide à domicile	Rural	55 ans	Couple	N.C.	Prof. intermédiaires (santé)	2021
4	Françoise	Femme	Coordinatrice des soins SSIAD	Rural	50 ans	Couple	N.C.	Prof. intermédiaires (santé)	2021
5	Catherine	Femme	Aide-soignante à domicile SSIAD	Rural	45 ans	Couple	N.C.	Prof. intermédiaires (santé)	2021
6	Jeannine	Femme	Domicile	Rural	99 ans	Veuve	Oui	Retraité - professions intermédiaires administratives (secrétaire)	2021
7	Sylvie	Femme	Bénévole	Urbain	71 ans	Célibataire	Non	Retraité - employés (Manucures, esthéticiens)	2021

8	Annie	Femme	Bénévole	Urbain	70 ans	Divorcé	Non	Retraité - prof. intermédiaires (technicienne laboratoire)	2021
9	Alain	Homme	Bénévole	Urbain	71 ans	Célibataire	Non	Retraité - ouvriers (Ouvriers qualifiés des travaux publics)	2021
10	Michelle	Femme	Résidence autonomie	Urbain	82 ans	Divorcée	Non	Retraité - prof. intermédiaires	2021
11	Evelyne	Femme	Résidence autonomie	Urbain	68 ans	Veuve	Non	Retraité - ouvriers non qualifiés	2021
12	Jacqueline	Femme	Résidence autonomie	Urbain	81 ans	Veuve	Non	Retraité - personnels des services directs aux particuliers	2021
13	François	Homme	Résidence autonomie	Urbain	75 ans	Divorcé	Non	Retraité - professions libérales et assimilées (designer)	2021
14	Claudine	Femme	Résidence autonomie	Urbain	86 ans	Veuve	Non	Retraité - prof. intermédiaires (santé)	2021
15	Annette	Femme	Résidence autonomie	Urbain	90 ans	Veuve	Non	Retraité - artisans, commerçants (couturière)	2021
16	Josette	Femme	Domicile	Urbain	77 ans	N.C.	Non	Retraité – employés de la fonction publique (université)	2021
17	Geneviève	Femme	Domicile	Urbain	74 ans	Couple	Non	Retraité - employés de la fonction publique (social)	2021
18	Daniel	Homme	Domicile	Urbain	80 ans	Couple	Non	Retraité - employés de la fonction publique (social)	2021



19	Anne	Femme	Domicile	Urbain	89 ans	Veuve	Non	Retraité - prof. intermédiaires (santé)	2021
20	Sylvie	Femme	Domicile	Urbain	79 ans	Couple	Non	Retraité - employés (enseignement)	2021
21	Gilles	Homme	Domicile	Urbain	91 ans	Couple	Non	Retraité - chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	2021
22	Christine	Femme	Résidence autonomie	Urbain	87 ans	Veuve	Non	Retraité - agriculteurs exploitants	2021
23	Alice	Femme	Résidence autonomie	Urbain	85 ans	Veuve	Non	Retraité - personnels des services directs aux particuliers	2021
24	Arlette	Femme	Résidence autonomie	Urbain	81 ans	Veuve	Non	Retraité - employés de commerce	2021
25	Thérèse	Femme	Résidence autonomie	Urbain	74 ans	Couple	Non	Retraité - prof. intermédiaires (santé)	2021
26	Jean	Homme	Résidence autonomie	Urbain	78 ans	Couple	Non	Retraité - chef de chantier	2021
27	Eliane	Femme	Résidence autonomie	Urbain	71 ans	Couple	Oui	Retraité - éducatrice spécialisée	2021
28	Jacques	Homme	Résidence autonomie	Urbain	71 ans	Couple	N.C.	Retraité - cadres et prof. intellectuelles sup. (ingénieur)	2021
29	Paulette	Femme	Domicile	Urbain	83 ans	Veuve	Non	Retraité - agriculteurs exploitants	2021

*Corpus n° 2*

30	Mariette	Femme	Domicile (association)	Rural	72 ans	Veuve	Oui	Retraitée - couturière	2022
31	Chantal	Femme	Domicile (association)	Rural	79 ans	Mariée	Non	Retraitée – services à la personne	2022
32	Christiane	Femme	Domicile (association)	Rural	70 ans	Veuve	Oui	Retraitée - prof. intermédiaires	2022
33	Nadège	Femme	Auxiliaire de vie	Rural	46 ans	Mariée	Oui	Retraitée - Administration publique	2022
34	Eliane	Femme	Auxiliaire de vie	Rural	51 ans	Divorcée	Oui	Prof. intermédiaires – prof. intermédiaires (santé)	2022
35	Gilles	Homme	Domicile	Rural	76 ans	Marié	N.C.	Retraité (militaire)	2022
36	Bertrand	Homme	Domicile	Rural	74 ans	Veuf	Oui	Retraité - Agriculteur	2022
37	Marianne	Femme	Domicile	Rural	81	Veuve	Non	Retraitée – Enseignante	2022
39	Valérie	Femme	DGS	Rural	35 ans	N.C.	N.C.	Direction régionale des services	2022

*Entretiens complémentaires (résidence autonomie)*

40	Christine	Femme	Résidence autonomie	Urbain	86 ans	Veuve	Non	Retraité - agriculteurs	2022
----	-----------	-------	---------------------	--------	--------	-------	-----	-------------------------	------

41	Alice	Femme	Résidence autonomie	Urbain	85 ans	Veuve	Non	Retraité - personnels des services directs aux particuliers	2022
42	Michelle	Femme	Résidence autonomie	Urbain	82 ans	Divorcée	Non	Retraité - prof. intermédiaires	2022
44	Antoinette	Femme	Résidence autonomie	Urbain	67 ans	Couple	Oui	Retraité - éducatrice spécialisée	2022
45	Jean	Homme	Résidence autonomie	Urbain	78 ans	Couple	Non	Retraité - chef de chantier	2022
46	Jacqueline	Femme	Résidence autonomie	Urbain	81 ans	Veuve	Non	Retraité - personnels des services directs aux particuliers	2022
47	Marie	Femme	Domicile (association)	Rural	72 ans	Veuve	Oui	Retraitee - couturière	2022

\* \* \*

## **PARTIE 1**

**EFFETS D'ÂGE, DE GÉNÉRATION, DE SPATIALITÉ ET DES MODES DE VIE  
DANS LE VECU ET LES REPRÉSENTATIONS DE LA PANDEMIE DE COVID-19**

Dès le début de la pandémie de Covid-19, l'âge a été au cœur des discussions sur les personnes âgées en France. Le traitement médiatique de la crise, les études épidémiologiques ainsi que les bulletins hebdomadaires ont contribué à une redéfinition de la « vieillesse » au prisme des données biologiques. Si l'approche de cette population par la classe d'âge (« 65 ans et plus »<sup>20</sup>) a permis une gestion d'urgence dans les premiers temps de la crise sanitaires, elle a aussi conduit à des situations parfois inadaptées, voire paradoxales dans les résidences autonomie, ou à des formes de contournement des mesures sanitaires dans le cadre des activités au domicile ou associatives. Il apparaît aujourd'hui que l'impact des mesures sanitaires articulées à un discours uniformisant et conférant aux personnes âgées le statut de personnes vulnérables, n'a pas été sans conséquences sur le mal être des seniors durant la crise.

Cette approche de la vieillesse comme facteur de risque s'est avérée particulièrement centrale dans les premiers temps de la pandémie de Covid-19 en France, notamment au regard de la surmortalité des 65 ans et plus comme l'ont décrit Laura Semenzato *et al.* (2021) même si la formule suivante souligne la manière dont l'âge, variable descriptive, a été assimilé à un facteur de risque : « l'âge restait de loin le principal facteur de risque d'hospitalisation et de décès pour la COVID-19, avec une augmentation exponentielle en fonction des tranches d'âge croissantes. Après ajustement sur le sexe, on observait un risque relatif d'hospitalisation pour COVID-19 à partir de 65 ans plus élevé que lors de la 1<sup>ère</sup> vague [...] et un risque relatif de décès à partir de 80 ans deux fois plus élevé » (*Ibid.* : 12). Or si on se penche sur les situations extra hospitalières, une approche des « personnes âgées » comme groupe homogène n'est pas apparue comme un analyseur pertinent de la pluralité des expériences et des représentations de la crise sanitaire au domicile.

Nombre d'études réalisées au début de la crise (Baclet-Roussel *et al.*, 2020 ; Guedj, 2020 ; Blanchet et Knapp-Ziller, 2020 ; Petits Frères des Pauvres, juin 2020 ; mars 2021 ; Ramiz *et al.*, 2021) s'étant données pour objectif d'analyser les effets de l'épidémie de Covid-19 sur les « personnes âgées » ont pu participer à homogénéiser cette population d'enquête sur le critère de l'âge chronologique. En cause, l'emploi d'une méthodologie quantitative visant à saisir des tendances générales au prisme de variables sociodémographiques. Le rapport des Petits Frères des Pauvres (juin 2020) sur l'isolement et la solitude des plus de 60 ans<sup>21</sup> pendant

---

<sup>20</sup> Plusieurs approches en termes de classe d'âge peuvent être retenues. Par exemple, Santé Publique France propose une lecture de la « santé à tout âge » définies selon trois principales catégories que sont l'enfance, l'âge adulte, et l'âge de la retraite (<https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age>. Accès : 2022). L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) propose quant à lui de retenir 14 « groupes d'âge » dans son approche statistique, comprenant par exemple les 60-64 ans, les 65-69 ans, les 70-74 ans et les 75 ans et plus (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>. Accès : 2022).

<sup>21</sup> Les auteurs.e.s de l'étude précisent avoir « décidé de privilégier [...] une méthodologie uniquement par téléphone sur un panel de 1 502 personnes de 60 ans et plus, représentatif de la population française ». Néanmoins, la synthèse des métadonnées et les données sociodémographiques ne semblent pas permettre d'établir un profil type des individus tel qu'on le retrouve très généralement dans la littérature sociologique et démographique (âge moyen/médian, origine sociale, type d'habitat, lieux de vie, revenus, profession, structure

le premier confinement de mars-avril 2020 montre par exemple que « 41 % des Français de 60 ans et plus ont constaté un impact négatif sur leur moral, un impact plus fort pour les moins de 75 ans, qui sont en général très mobiles et pour les 85 ans et plus qui ont vu leur quotidien bouleversé brutalement » (Rapport Petits Frères des Pauvres, juin 2020). Autre point rapporté par l'étude, la crise sanitaire a généré un sentiment de mal-être et d'appréhension lié à la peur de l'extérieur pour environ « 15 % des Français de 60 ans et plus [qui] ne sont pas du tout sortis pendant les 55 jours du confinement, soit environ 2,5 millions de personnes. Cette application stricte du confinement a été particulièrement suivie par les personnes du Grand Âge puisque 42 % des 85 ans-89 ans, n'ont fait aucune sortie » (juin 2020 : 74). L'étude précise à ce sujet que l'absence de sortie a principalement concerné les personnes de plus de 85 ans qui ont limité leurs sorties hebdomadaires pour 58 % d'entre elles. Or on peut questionner les explications qui se trouvent derrière ces regroupements par classes d'âge dont on sait qu'elles ne traduisent pas nécessairement des proximités de conditions. Pour interpréter le fait que les « 85-89 ans » n'aient fait aucune sortie, il semble nécessaire de se référer à leur mode de vie antérieure à la crise sanitaire ou encore à la disponibilité de leurs proches...

Dans une perspective similaire, l'étude « Confiance » du Gêrontopôle d'Île-de-France (Baclet-Roussel *et al.*, 2020) a bien révélé que « le manque de lien social a donc été la principale difficulté de la période de confinement. Cette absence de lien a été plus pénible à vivre que la peur du virus » (*Ibid* : 23). Ou encore, que « les personnes âgées ont fait preuve d'une grande adaptabilité face à cette situation exceptionnelle et angoissante » (*Ibid* : 3) en particulier dans leur capacité à accepter l'enfermement et à mettre en place des activités de remplacement : utilisation du téléphone, visioconférence, activités culturelles, achats en ligne sur internet, jardinage, cuisine, etc. Aussi intéressants qu'ils puissent être, les résultats de cette étude souffrent d'une limite importante puisque « les personnes interrogées ne sont pas représentatives de la population des retraités de plus de 60 ans résidant en Ile-de-France » (*Ibid* : 8) mais apparaissent dotées de ressources culturelles, économiques et sociales importantes.<sup>22</sup> Il convient donc de ne pas extrapoler ces résultats aux « personnes âgées en général ». Ainsi, on peut interroger cette conclusion qui serait que le manque de lien social a bien été la principale difficulté de la période de confinement pour toutes les personnes âgées,

---

familiale, etc.). Un deuxième volet « qualitatif » mené conjointement avec le Cercle Vulnérabilité et Société auprès de 100 personnes âgées par le biais d'entretiens « semi-structurés » a été publié en mars 2021. Ce second rapport met en évidence la place des facteurs socio-économiques sur le vécu de la crise. Nous rappellerons à ce titre que la prise en compte de ces facteurs (CSP et habitats dans le rapport) dans l'analyse des inégalités sociales en santé n'est ni nouvelle, ni tout à fait homogène (Adam, Herzlich, 1994, Leclerc *et al.* 2000) et semblait mériter un approfondissement par une analyse des parcours de vie et des modes de vie au grand âge

<sup>22</sup> Comme l'indiquent les auteurs de l'étude à ce propos : « parmi les 1067 répondants au questionnaire, la moyenne d'âge est de 72 ans et la majorité est constituée de femmes (66%). Les participants sont issus de catégories socioprofessionnelles plutôt favorisées (45% de cadres, 20% de professions intermédiaires). Ils sont pour la plupart en couple (56%), sont propriétaires (77%) et résident principalement dans des logements de 5 pièces ou plus (39%) avec jardin » (*Ibid* : 8). On notera la surreprésentation des cadres et professions intellectuelles supérieures (45,3 %) qui représentent 21,1 % de l'ensemble de la population française (24,3 % d'hommes contre 18,7 % de femmes) : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489546> (dernière consultation : le 17.06.22).

sachant qu'une partie d'entre elles étaient déjà isolées depuis longtemps. Qui plus est, on peut s'interroger sur le vécu de l'isolement qui, dans certaines situations peut relever de stratégies individuelles de *retrait au monde* (Campéon, 2015 ; 2019). Pour d'autres, c'est bien la peur du virus qui semble avoir été plus difficile à vivre que la perte du lien social comme le montrent les cas des personnes « auto-confinées » parfois même en dépit de la levée des mesures sanitaires.

En somme, et c'est là une des questions centrales de cette première partie, comment analyser sociologiquement la diversité des expériences vécues de la crise sanitaire chez les personnes âgées au domicile ? En quoi les effets de contexte, le lieu, les « modes d'habiter » (Balard *et al.* 2021), ou l'appartenance à une génération ont-ils façonné l'expérience de la pandémie ? De la même manière, pour considérer l'impact de la crise sanitaire sur l'avancée en âge, il apparaît nécessaire de considérer les modes de vie et les statuts de santé ainsi que les parcours de vie des individus. Ce dernier point s'inscrit dans une double perspective individuelle et collective. D'abord dans son acception individuelle, c'est-à-dire en tenant compte des trajectoires personnelles, des points de rupture et des événements individuels majeurs (mariage, divorce, perte d'emploi, mobilité résidentielle, perte d'un proche, maladie, etc.) qui ont contribué à façonner le cadre cognitif des individus ; mais aussi dans son acception collective où « la notion de "parcours de vie", ainsi ancrée dans l'histoire [collective], permet de comprendre que l'impact d'un événement historique sur un individu dépend de l'étape de vie dans laquelle il se trouve. Sans nécessairement impliquer la thèse d'un "destin commun" à chaque génération, la prise en compte de l'effet de cohorte, à côté des effets d'âge et de période, par des démographes, puis des sociologues et historiens, a permis un "enchâssement sociohistorique des vies humaines" [Lalive d'Épinay, 2005, p. 167] » (Dubar et Nicourd, 2017 : 19). Cette double approche présente l'avantage de saisir l'expérience de la crise sanitaire au prisme des singularités biographiques, mais aussi de resituer ces singularités dans une histoire collective permettant de mieux saisir les comportements collectifs vis-à-vis de la pandémie de Covid-19.



## **1. DES VECUS DIFFERENTS DE LA CRISE SANITAIRE SELON L'APPARTENANCE GENERATIONNELLE ET LES PARCOURS DE VIE**

Bien qu'elle ait été utile à la gestion de l'épidémie de Covid-19, l'approche par l'âge chronologique (« 65 ans et plus ») a contribué à redéfinir les modalités sociales de perception des personnes âgées. En renouant avec une « approche biomédicale très marquée<sup>23</sup>, réduisant la politique vieillesse au spectre d'une gestion des corps usés et privilégiant une logique de protection » (Argoud et Villez, 2021 : 127) les institutions sanitaires ont conduit à une homogénéisation de cette population tout en invisibilisant une partie des situations et des ressources individuelles et collectives.

On propose ici de décrire la diversité des expériences de la Covid-19 rencontrées durant la recherche en rapportant la manière dont l'appartenance à une génération, et non pas seulement à une catégorie d'âge homogène, permet de saisir des représentations et des modes de vie différents au sein d'une même classe d'âge. On s'attachera à saisir les variations individuelles du vécu de la crise en tenant compte du fait que « chaque parcours individuel est ainsi inscrit dans un ensemble collectif formé de ceux qui ont connu les mêmes événements historiques majeurs (guerres, crises, révolutions, etc.) au même âge » (Dubar et Nicourd, 2017 : 19). L'analyse de l'expérience de la Covid-19 au prisme des parcours de vie présente l'avantage de pouvoir saisir à la fois les singularités individuelles (rupture biographique, événement personnel, etc.) tout en les analysant au regard d'événements collectifs majeurs. Et comme le précisent Claude Dubar et Sandrine Nicourd : « la notion de "parcours de vie" permet notamment d'analyser les biographies sous l'angle quantitatif et sous l'angle démographique. Des contingences macrosociétales, liées aux cycles de vie et aux événements et modèles sociohistoriques, vont créer des points communs générationnels (allongement du départ légal à la retraite) et des différences singulières dans la façon de réagir à ces contraintes spécifiques, qu'elles soient liées à l'âge ou à des événements historiques ou générationnels » (Dubar et Nicourd, 2017).

Les résultats de Covidomicile montrent que les parcours de vie, les ruptures biographiques ainsi que l'appartenance générationnelle comptent parmi les éléments significatifs qui ont déterminé le vécu et la représentation de la crise sanitaire chez les personnes âgées. Ce constat, qui vient approfondir et compléter les résultats des études quantitatives citées plus haut, s'articule autour d'une double grille de lecture générationnelle et biographique qui permet de saisir plus finement les écarts de représentations au sein du groupe des « personnes âgées ».

---

<sup>23</sup> « Bernard Ennuyer, Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social, Paris, Dunod, 2004 ; Thomas Frinault, La dépendance. Un nouveau défi pour l'action publique, Rennes, pur, 2009 » (Cité par Argoud et Villez, 2021 : 127).

## 1.1. Effets de génération et réactivation de la mémoire collective

### 1.1.1. L'habitus de génération : une ressource et une référence pour vivre la crise

Comme l'ont montré les travaux des Petits Frères des Pauvres (juin 2020) et du Gérontopôle d'Île-de-France (Baclet-Roussel *et al.*, 2020), le vécu de la crise sanitaire a évolué dans le temps pour un grand nombre de personnes âgées. Pour la plupart d'entre elles, « le confinement a nécessité une période d'adaptation qui a rendu le début de la période plus difficile à vivre que la fin »<sup>24</sup> (*Ibid.* : 12). Cependant, les auteurs précisent qu'à « l'inverse, d'autres personnes ont dit avoir bien vécu le début du confinement une fois le choc de l'annonce passé » (*Ibid.*). Comment expliquer ces écarts de vécus et de représentations alors même que les « personnes âgées » ont été regroupées dans une même catégorie dite de « personnes à risque »<sup>25</sup> ?

La disposition de ressources culturelles est un premier facteur explicatif des différences de vécu, en particulier lors des périodes de confinement où les activités culturelles comme la lecture ou le suivi de programmes culturels (radio, télévision, internet) ont constitué un support avantageux dans l'occupation des journées. L'étude Géront'If (Baclet-Roussel *et al.*, 2020) dans laquelle prédominent des profils socio-culturels de classe moyenne et supérieure, a montré que les activités de remplacement ont été caractérisées par l'utilisation du téléphone et de la visioconférence, mais aussi par les « activités culturelles et intellectuelles, la lecture étant l'activité la plus citée. Parmi les réponses données, on retrouve notamment : "relire les anciens livres, finir le stock de livres non encore lus" et "Je m'évade dans la lecture et je fais maintenant la classe à mes petits-enfants" » (*Ibid.* : 15). C'est également le cas de personnes interrogées dans notre étude à l'image de Marie, 89 ans, anciennement enseignante dans l'éducation nationale qui explique avoir remplacé son activité au club de lecture par la relecture des ouvrages qu'elle avait à disposition :

« La première chose que j'ai faite au premier confinement, ça a été de ranger ma bibliothèque. De sortir tous les livres, de les regarder. On trouve des choses, vous savez, je me suis dit "mon dieu ! tu avais lu ça, tu avais acheté ça quand tu étais jeune". Bon, alors j'en ai relu certains où j'en avais un bon souvenir, et là, j'étais plutôt déçue. Et d'autres fois, j'ai pris beaucoup

---

<sup>24</sup> Nous tenons à nuancer le propos, sachant que la multiplication des variants (variant « delta », puis plus récemment, le variant « omicron ») prolonge l'épidémie de Covid-19 et par conséquent l'expérience de la crise sanitaire pour les personnes âgées.

<sup>25</sup> <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/publics-vulnerables#:~:text=La%20campagne%20de%20rappel%20vaccinal,une%20deuxi%C3%A8me%20dose%20de%20rappel>. (Consulté le 29.06.2022).

de plaisir à relire des livres, que je connais, mais bon... » (Marie, 89 ans, veuve, maison individuelle)

Si l'accès aux activités culturelles est directement corrélé au profil sociodémographique (Bourdieu, 1979a ; 1979b), il est également lié à l'appartenance générationnelle. Ainsi, la lecture est une activité « située » tant sur le plan du milieu social qu'au plan générationnel, la part des lecteurs de livres papier est beaucoup plus importante chez les octogénaires que chez les plus jeunes (Donnat, Lévy 2007). En cela, il est clair que la situation de Marie est assez révélatrice de l'importance que sa génération accorde à la lecture et de la manière dont cette activité située peut constituer une ressource pour cette population. Il ne faut pas perdre de vue qu'au sein de cette génération, la part des lecteurs réguliers varie du simple au triple (*Ibid.*) soulignant par là-même les différences intrinsèques de ressources au sein des « personnes âgées » selon la catégorie socioprofessionnelle. Pour autant, ce constat introduit l'appartenance générationnelle comme dimension supplémentaire de l'analyse du vécu de la crise sanitaire. Au-delà des différences inhérentes aux conditions matérielles (type de logement, niveau de revenus, etc.) il apparaît en effet que le vécu de la crise et du confinement est fortement lié aux ressources sociales, culturelles et aux habitudes de vies *antérieures*, ou pour le dire autrement, à un « habitus de génération » (Mauger, 2012).

Si l'habitus générationnel a pu constituer une ressource dans le vécu des périodes de confinement chez les plus âgés, comme dans le cas des activités de lecture ou dans l'écoute de la radio, il a également pu jouer en défaveur de certaines classes d'âge. Ainsi, l'annonce du confinement s'est révélée particulièrement anxiogène pour les personnes âgées qui ont connu les épisodes relatifs à la Seconde Guerre Mondiale et dans une moindre mesure, à la Guerre d'Algérie. C'est le cas de Marie qui explique :

« Le confinement, ça m'a fait peur, quand l'année dernière, au mois d'avril ou de mai, quand on a annoncé ça, vous savez, ça m'a paniqué. Vous savez, j'ai 89 ans et j'ai vu beaucoup de choses. Je me rappelle de la guerre de 1940, mon père était parti, mais ce n'est pas le sujet. Vous voyez, le président qui « on est en guerre », c'est la guerre qui m'a fait peur. Ce mot de guerre, ça m'a fait peur, ça m'a rappelé beaucoup de choses. La guerre de 1940, la guerre d'Algérie, où mon frère était parti. Je ne sais pas, ça m'a paniqué. Ça m'a donné un réflexe, je suis allé à l'hypermarché et j'ai fait des provisions (rires). Je ne sais pas, j'ai fait comme tout le monde. Je crois que beaucoup ont fait ça. J'ai acheté des pâtes, du riz, des patates » (Marie, 89 ans, veuve, logement privatif).

On voit ici comment les mots (« être en guerre ») peuvent prendre une signification particulièrement tangible en fonction de l'appartenance générationnelle de la personne qui les reçoit et réactiver des peurs et des réflexes profondément ancrés. Ce constat a également été fait par le rapport des Petits Frères des Pauvres, qui analyse cet effet comme un coût caché

du confinement : « chose plus étonnante, parmi les interviewées, plusieurs ont fait un parallèle entre la situation actuelle et les affres de la guerre (Seconde guerre mondiale, guerre d'Algérie). Elles expliquaient que la situation actuelle était pire car le virus n'était pas visible, qu'il pouvait frapper n'importe qui, n'importe quand. Si cette comparaison paraît surprenante, elle correspond cependant à une tonalité des discours gouvernementaux en début d'épidémie » (juin 2020 : 104).

Tout autant que l'épidémie de Covid-19, l'annonce du premier confinement a eu pour effet d'amplifier des formes de mal-être chez les personnes appartenant à la génération ayant connu la guerre, laissant apparaître une distribution différenciée du sentiment de peur selon l'âge et les expériences collectives passées. Plus qu'une forme de mal-être, c'est aussi une peur de « l'ennemi », une peur de « l'occupation » qui est apparue chez les personnes âgées, comme le décrit cette résidente ayant vécu en zone occupée durant la Seconde Guerre Mondiale, période à laquelle elle fait explicitement référence lorsqu'elle évoque l'épidémie de Covid-19 :

« Ma sœur a vraiment vu la guerre, complètement. Comme mon mari, il avait 7 ans quand la guerre a été déclarée. Il avait les Allemands près de chez lui, donc il voyait les Allemands passer devant chez lui. C'était pas beau à voir. C'était pas beau à voir, il fallait se cacher quand on voyait les Allemands, il fallait rentrer chez soi. *Alors c'est pareil, la maladie là, elle fait le même genre* » (Jacqueline, 81 ans, veuve, résidence autonomie).

Ainsi que le soulignait Dilthey (1947), l'époque de réceptivité produit une sorte d'« esprit du temps » auquel les socialisations ultérieures viennent se sédimenter, participant à la représentation que les personnes se font de la crise et des mesures sanitaires. Ainsi, la privation de liberté a été particulièrement marquante pour François, 75 ans, qui souligne à plusieurs reprises sa nature « contestataire » et « anti militariste » durant l'entretien. Il fait ici implicitement référence aux événements de Mai 1968, période qu'il a connu lorsqu'il était jeune adulte (21 ans) et qui a agi comme cadre de référence dans l'acquisition de ses valeurs attachées à la liberté. On peut faire l'hypothèse que le sentiment de privation de liberté lié au « Pass sanitaire », aux confinements, à la délimitation d'un périmètre de sortie ou aux mesures de couvre-feu a largement été rapporté à cet habitus générationnel pour cette population et servir de cadre d'expérience dans le vécu négatif de la crise sanitaire :

« Avec le Covid, il y a moins de libertés, beaucoup moins de libertés. Moi par exemple, j'ai fait une formation artistique, j'aime bien ma liberté. Vous voyez l'armée, avec le travail que j'avais fait, ils voulaient m'engager. Mais pour moi ce n'était pas possible, j'aime trop ma liberté. Alors pour moi, privé de liberté avec le Covid, ça a été très dur. Vous voyez, par exemple il faut avoir un papier pour marcher dehors, pour moi, c'est la totale. C'est tout le

système qui a été mis en place, je trouve qu'il nous prive de liberté. On est obligé de tout le temps montrer le papier pour se promener, on est obligé de faire ça, comme ceci, comme cela. C'est interdit de faire ceci, c'est interdit de faire ça, ça change tous les cinq matins, donc voilà. Mais même maintenant, même maintenant qu'on est déconfiné, je trouve qu'il y a encore beaucoup de choses qui nous sont interdites » (François, 75 ans, divorcé, résidence autonomie).

Les termes employés (« être en guerre ») et les mesures sanitaires (montrer une autorisation) peuvent être reçus différemment en fonction de l'appartenance générationnelle entre une personne comme Marie qui avait une quinzaine d'année pendant la second Guerre mondiale et François qui lui avait cet âge dans les années 1960. Ce premier constat montre non seulement que la différence du vécu individuel peut renvoyer à un vécu collectif générationnel, et par-là que les mesures sanitaires n'ont pas eu les mêmes retentissements chez toutes les personnes âgées, mais aussi que ces différences s'observent d'une génération à l'autre selon la période de l'histoire dans laquelle ces personnes ont vécu.

Les personnes se sont aussi appuyées sur des faits historiques qu'elles n'ont pas toujours connus pour appréhender la crise sanitaire, la mobilisation de cette rhétorique et de cette mémoire collective ayant le plus souvent agi comme ressource face à la gravité réelle ou supposée de l'épidémie. C'est le cas d'évènements historiques comme la grippe espagnole qui a été évoquée en vue de relativiser les contraintes du présents:

« [La crise sanitaire] je ne l'ai mal pas vécue. Quand on a appris qu'il y avait cette maladie qui se propageait, on s'est dit qu'il fallait faire attention mais ça ne nous a pas bouleversé (...). Evidemment on a fait attention au masque et aux précautions. On a suivi ce qui se disait dans les débats et aux informations, mais dans l'ensemble on a quand même fait confiance. Quand j'entendais des gens dire qu'ils ne pouvaient pas sortir, qu'ils étaient prisonniers, moi je me disais mais ces gens-là n'ont pas conscience de ce qui s'est passé avant. Moi je leur disais « et vous croyez que les gens qui ont vécu la guerre de 1939 étaient plus heureux que nous ? ». Moi je me disais, mais de quoi on se plaint ? On a à manger, à boire, on est au chaud, on est en sécurité, voilà, tout va bien. La vie est belle non ? » (Eliane, 71 ans, résidence autonomie).

Dans une majorité de situations, le vécu de la crise sanitaire s'est donc construit en référence à des habitus de génération différents en fonction de l'époque à laquelle ils se sont rigidifiés, ce qui explique les variations observées chez les informateurs rencontrés dans l'étude. Pour une partie des jeunes seniors, la crise sanitaire est apparue comme un évènement historique inédit et menaçant, tandis que pour certains plus âgés qui l'ont rapporté aux évènements de

la 2<sup>nd</sup>e Guerre Mondiale et aux épisodes épidémiques antérieurs, elle a été reçue de manière sensiblement différente et parfois relativisée.

Les informateurs ont aussi exprimé différemment leur rapport au risque viral, notamment en regard des classes d'âge plus jeunes, des adolescent.e.s et des jeunes adultes. Ces profils sont souvent les mêmes que ceux des personnes « recluses » qui se sont senties empêchées, retenues dans leurs trajectoires biographiques où qui ont exprimé un mal-être vis-à-vis de la situation :

« Et puis les gens ne sont pas raisonnables. On a beau leur dire "faites attention parce que vous emmenez la maladie", les gens s'en fichent. Les jeunes surtout. Moi je me dis, pourquoi ils n'ont pas piqué les enfants avant ? Parce que c'est eux qui ont emmené la maladie ». (Jacqueline, 81 ans, résidence autonomie)

Pour ce profil d'informateur, les « jeunes » auraient fait preuve d'une moindre attention envers les mesures sanitaires, tandis que les « seniors » auraient été plus respectueux des consignes. Dans les faits, ce décalage générationnel n'est pas aussi marqué puisque les personnes âgées ont également contourné les règles sanitaires en mettant en place des activités clandestines (réunions à plus de 6 personnes au domicile), en se rendant chez des proches durant les périodes de confinement, en dépassant les limites géographiques de circulation, ou en se rendant chez leurs voisins en résidences autonomie avant la levée des restrictions sanitaires. Alors qu'elle n'a parfois pas eu d'incidence directe sur les habitudes de vie, la crise sanitaire a conduit à une prise de conscience de la vieillesse chez ces individus, les comportements des « jeunes » étant associés à des effets d'âge et de génération comme l'exprime cette résidente :

« Mais voilà, si les jeunes ont la maladie il vaut mieux les laisser enfermés. Et pourquoi ils ne restent pas devant leur télévision chez eux ? Ils ne sont pas bien ? Moi je trouve que ce n'est pas bien, ils sortent et ils vont attraper la maladie. Les jeunes veulent vivre, d'accord, mais vivre dans des conditions comme ça ! Vous vous rendez compte ? C'est pas la peine, comme je vous le dis, c'est pas la peine. Les jeunes, ils n'ont pas de jeunesse ils n'ont pas de travail. Vous savez, moi j'ai connu les maladies déjà, mais ça je ne savais pas. C'est terrible, c'est terrible parce que ça touche tout le monde. Vous voyez, moi je dis que la vie est pas belle pour les jeunes. Moi, dans le temps j'avais une plus belle vie. On avait pas tout, mais c'était vivant. On avait le jardin, on avait la nature, c'était vivant. Tandis que là, les jeunes, ils ne pensent qu'à sortir, ils ne pensent qu'à danser. Si bien que la vie n'est pas belle. (Jacqueline, 81 ans, résidence autonomie)

Les comportements des « jeunes » et leur traitement médiatique ont participé à produire et à réactiver des stéréotypes d'âge voire des tensions inter générationnelles entre ceux désignés comme « fragiles » et d'autres présentés comme « insoucians ».

### *1.2. La Covid-19 comme réactivateur des expériences négatives passées*

Les effets de génération s'observent dans les références des informateurs à la mémoire collective (Halbwachs, 1950 ; 1994 [1925])<sup>26</sup> : 2<sup>de</sup> Guerre Mondiale, épidémies de poliomyélite, diphtérie, tuberculose, etc. L'émergence d'une nouvelle pathologie dont la contagiosité et la létalité constituent un événement inédit pour la plupart, notamment les jeunes seniors, a rappelé pour d'autres une période de l'histoire marquée par les épidémies de poliomyélites, de tuberculose, de diphtérie ou de rougeole (Adam, Herzlich, 1994). Les premiers temps de l'épidémie de Covid-19 ont agi comme un réactivateur de formes de mal-être peu identifiées par les études sur le sujet en raison de leur antériorité à la crise comme le laisse voir l'extrait suivant :

« Alors vous savez, moi j'ai vu beaucoup de choses dans ma vie. J'ai été très inquiète pour mon père, pour mon frère, la guerre de 1940, la guerre d'Algérie. Mon frère a été blessé en Algérie (hémiparésie supérieure). Alors j'ai vu beaucoup de choses, mais ça... Je ne pensais pas voir ça. On pense toujours qu'on connaît beaucoup de choses. Vous savez l'homme est très orgueilleux, et une épidémie, bon, avec la science on sait beaucoup de choses. Mais maintenant, vous voyez, c'est insensé, c'est le moyen-âge [...] Et alors, je vous dis ça parce qu'on pensait que ce n'était pas possible de revoir ça ! » (Marie, 89 ans, veuve, logement privatif en milieu rural).

Pour cette génération (< 80 ans), la maladie Covid-19 a le plus souvent été appréhendée au prisme d'expériences rapportées à la 2<sup>de</sup> Guerre Mondiale et aux épisodes épidémiques d'après-guerre qui ont contribué à réactiver la mémoire individuelle et généré des formes de mal-être liées à leur histoire personnelle, et d'autre part a conditionné des comportements vis-à-vis des proches ou de l'extérieur. L'habitus de génération a donc aussi agi comme moteur d'expériences négatives, générant des situations d'anxiété vis-à-vis de la maladie. Ces situations ont amené des personnes issues de cette génération à s'autoconfiner ou à restreindre leur cercle de relation afin de diminuer le risque de contracter la Covid-19.

---

<sup>26</sup> Rappelons que selon Maurice Halbwachs, la mémoire collective constitue un cadre structurant de l'expérience individuelle de telle que, sans réduire l'individu à la mémoire collective, celle-ci agi comme grille de lecture du rapport au monde (Halbwachs, 1950 ; 1994 [1925]).

L'expérience d'épidémies antérieures ou d'événements collectifs telle que la Seconde Guerre Mondiale a pu constituer un élément explicatif de la peur et de la méfiance envers l'extérieur, y compris envers les personnels soignants, la peur évoluant le plus souvent au regard d'une contamination symbolique (Mercadier, 2002) qui se confond généralement avec l'idée d'une contamination biologique. C'est le cas de Paulette, 83 ans, habitant en logement individuel qui explique s'être méfiée dans les premiers temps de la crise :

« J'ai bien une personne qui vient faire le ménage de temps en temps. Bon je dois parfois repasser derrière elle (...). Mais je crois qu'elle a eu la maladie. Je n'en suis pas sûr mais elle toussait beaucoup la dernière fois. Moi je lui ai dit de ne pas revenir tant qu'elle n'était guérie parce que ce serait bête quand même avec tout ce qu'on nous dit de faire d'attraper ça chez soi » (Paulette, 83 ans, veuve, logement privatif en milieu urbain).

Cette perspective se précise au regard de la proximité avec la maladie. Les personnes ayant connues les épidémies d'après-guerre (rougeole, poliomyélite, diphtérie, etc.) ont développé une sensibilité à l'épidémie de Covid-19, et par conséquent ont été plus enclines à la mise en place de stratégies de protection, que celles-ci soient individuelles ou collectives. Dans les deux cas, on peut formuler l'hypothèse que l'expérience de maladies collectives antérieures à la Covid-19 a fait office de cadre de socialisation conduisant les individus à adopter des comportements de protection, soit vis-à-vis du monde extérieur, par exemple en restant isolés même après le confinement, soit vis-à-vis du domicile, en particulier dans la gestion des entrées au domicile et des relations avec les proches, personnels de santé, etc. Ce constat vient s'ajouter aux travaux de Caroline Alleaume *et al.* sur les intentions de vaccination contre la Covid-19 en France (2021). Les auteurs précisent que les intentions vaccinales chez les « plus âgés se partagent en deux groupes de taille comparable : ceux qui ont des doutes sur l'innocuité d'un vaccin contre la Covid-19, et ceux qui se déclarent hostiles à la vaccination en général » (Alleaume *et al.*, 2021 : 15).

Les résultats de Covidomicile vont dans le sens des pistes décrites par les auteurs, à savoir des comportements caractérisés soit par « un manque de confiance dans les autorités publiques et/ou les industries pharmaceutiques, voire, au-delà, dans la Science (Housset, 2019 ; Larson *et al.*, 2011 ; Larson *et al.*, 2018 ; Verger *et al.*, 2018 ; Ward, Guille Escuret et Alapetite, 2019) » (Alleaume *et al.*, 2021 : 15), soit au contraire, par une adhésion aux mesures de protection individuelles ou collectives. Ces deux principaux types de comportements trouvent une explication dans les singularités biographiques qui orientent et déterminent les choix des individus à se méfier ou à adhérer aux mesures sanitaires.



### 1.3. Un vécu de la crise sanitaire marqué par des singularités biographiques

Resituer les trajectoires individuelles dans les événements collectifs (guerres, épidémies, crises sanitaires, etc.) permet de saisir la diversité des formes de mal-être, en dépit même des appréhensions liées à la Covid-19. L'analyse des parcours de vie éclaire plus finement le vécu et les modes de subjectivation de la crise sanitaire. Elle montre que le rapport à cet événement ne se limite pas aux seuls effets d'âge et de génération, et qu'il se structure également en fonction des événements biographiques survenus au cours de la vie.

#### 1.3.1. Les trajectoires biographiques comme mise en perspective de la crise sanitaire

Le maintien et le remplacement des activités habituelles ont joué un rôle important dans le vécu du confinement pour les personnes âgées (Baclet-Roussel *et al.*, 2020). Selon les auteurs de l'étude Confiance : « lorsque les personnes interrogées s'expriment sur leurs activités quotidiennes, on s'aperçoit que plus ces dernières ont été modifiées par le confinement, plus le confinement a été difficile à vivre. En effet, ce sont les personnes qui ont eu le moins de changements dans leur mode de vie qui disent avoir eu le moins de difficulté à vivre le confinement » (*Ibid.* : 14). Si les entretiens réalisés dans le cadre de Covidomicile vont dans le sens de ces résultats, ils proposent également un éclairage supplémentaire sur la façon dont les événements biographiques, en particulier les bifurcations et les ruptures<sup>27</sup> au sein même des modes de vie ont une portée heuristique pour comprendre le vécu de la crise sanitaire. C'est ce qu'indique, par exemple l'entretien d'Évelyne, 68 ans, arrivée en résidence autonomie après un accident domestique et pour qui, en comparaison de cet événement, le confinement a eu une incidence modérée.

« Je dirais c'est pas trop mal (silence). C'est pas trop mal. Alors, c'est sûr que ça a été un peu difficile au début pour l'isolement. On était isolé, on était chacun chez soi. Donc c'était un peu dur, mais sinon ça va. Ça va. » (Évelyne, 68 ans, célibataire, résidence autonomie).

---

<sup>27</sup> Marc Bessin précise que les bifurcations et ruptures « mises en scène dans les récits biographiques, vont au-delà des dynamiques personnelles. Si les événements marquent et structurent les parcours des personnes, ils sont aussi la résultante de processus sociaux et constituent des moments de recomposition, de redéfinition, tant de soi que des rapports sociaux dans lesquels ils s'insèrent. Ils interrogent ce qui allait de soi, ce qui était jusqu'à présent significatif pour les personnes, pour la société » (Bessin, 2009 :17). Cette acception trouve une résonance particulière dans le cas des personnes interrogées dans cette recherche. La survenue d'événements telle que la maladie ou la perte d'un proche permet en grande partie d'expliquer les comportements de retrait, de tris des relations sociales ou de protection de certains individus.

« *Pas trop mal* » : cette situation peut surprendre dans la mesure où cette résidente a expliqué avoir été confinée dans sa chambre plusieurs semaines durant, sans interaction, ni sortie, ni activité collective. Ce constat s'explique en regard de la trajectoire biographique et du mode de vie plutôt sédentaire de cette informatrice. Au-delà des routines en place au sein de la résidence (activités de lecture, couture, peinture), cette résidente a en effet expliqué être habituée à vivre seule, étant célibataire, sans enfants, et ayant vécu au domicile familial toute sa vie. Ainsi, même confinée, elle a pu maintenir ses routines, appréhendées ici comme des « automatismes personnels que chacun met en place, tant pour se protéger de l'incertitude menaçante que pour éviter la "tyrannie des petites décisions" permanentes » (Juan, 2015). Lorsqu'on lui demande ce que la crise sanitaire a changé dans son quotidien, cette résidente répond alors :

« Oh, pas grand-chose. Pas grand-chose. C'est juste qu'il fallait se tenir à ce que l'on disait, il fallait respecter ce qu'on disait, ce qu'on me demandait au sein de la résidence » (Évelyne, 68 ans, célibataire, résidence autonomie).

Si la crise sanitaire semble n'avoir « rien » changé pour Évelyne, c'est aussi en regard de ce qui, pour elle, a consisté un véritable changement de sa trajectoire biographique :

« Quand j'étais chez moi (domicile précédent) je sortais. Ici, non. Ici, je me suis repliée sur moi-même. Quand je suis arrivée à la résidence, c'était en 2018, ça va faire trois ans. Et depuis que je suis arrivé ici, j'ai changé. Avant, quand j'étais chez moi je sortais beaucoup. Il y avait de la nature autour de moi. Il y avait des bois, il y avait des champs... j'allais promener. J'avais des chiens, donc je sortais les chiens pratiquement tous les jours. Quand je vivais là-bas, c'était encore de la nature » (Évelyne, 68 ans, célibataire, résidence autonomie).

Sa trajectoire est intéressante à plusieurs égards : d'abord, compte tenu de son mode de vie qui n'a pas ou peu changé lors de la crise sanitaire. Pour elle, le véritable élément déclencheur de sa restriction d'activité n'est pas la survenue de l'épidémie mais plutôt son entrée en résidence à la suite d'un accident domestique. On comprend que ce relogement constitue un tournant biographique (Lalive d'Épinay et Cavalli, 2007), son parcours de vie assez éloigné de l'image de continuité et d'activité que tendent à promouvoir les RA. On voit comment pour Évelyne, le relogement s'est traduit par l'abandon des promenades en campagne avec ses chiens, activité qui semblait être fortement structurante de son mode de vie.

Ensuite, il apparaît que son rapport à la maladie, marqué par l'absence du sentiment de peur, trouve une explication dans la gestion de ses relations avec l'extérieur. Étant désormais peu tournée vers l'extérieur et recevant peu de visites, elle se considère, de fait, relativement protégée. Ici ces deux événements ainsi que les ajustements qui en ont découlé (entrée en

résidence, changement de routines tournées vers l'intérieur du domicile) ont contribué à façonner son expérience de la crise sanitaire, une expérience peu touchée par les mesures sanitaires tournées vers l'extérieur du domicile.

Dans le même ordre d'idée, mais pour des motifs différents, on peut citer le cas d'une informatrice de 70 ans, Mme Savoie<sup>28</sup> qui explique n'avoir pas réellement souffert du confinement car elle a connu, depuis sa retraite, des restrictions d'activités antérieures. Tout d'abord, ce fut la maladie (cancer) de son mari qui a participé d'une forme d'assignation au domicile dans un rôle d'aidante, puis le décès de celui-ci qui a eu pour conséquence une réduction notable des sociabilités antérieures. Par la suite, Mme Savoie a accueilli chez elle son père de 97 ans. À nouveau son rôle d'aidante a fait qu'elle sortait très peu de son domicile, « uniquement pour faire les courses ». De ce fait, la survenue de la Covid-19 puis du confinement n'a pas eu pour effet de réduire ses sorties ni ses sociabilités.

### *1.3.2. Avoir fait l'expérience de la maladie : un moyen de relativiser la crise sanitaire ?*

L'approche biographique permet de saisir d'un peu plus près le rapport au virus. Présenté très tôt par les médias comme un virus particulièrement contagieux et « plus meurtrier que le SRAS » (Le Monde : 09/02/2020), le SARS-CoV-2 a fait l'objet de représentations très contrastées au sein de la population comme dans la sphère publique<sup>29</sup>. Si le sentiment de peur généré par ce nouveau virus peut s'expliquer par l'incertitude qui a accompagné les premiers temps de l'épidémie, il trouve aussi une autre explication dans l'analyse des trajectoires personnelles comme on l'a vu plus haut. Ce constat est d'autant plus vrai pour les personnes ayant fait l'expérience de la maladie qui témoignent d'une véritable peur à l'idée d'être victime d'une contamination au SARS-CoV-2 :

« Ah bah moi, ça me fait peur. Surtout que c'est une maladie très grave. Et celle [variant Omicron] qui va venir est encore plus grave. C'est les poumons, la respiration, et puis voilà, tous les machins comme ça. Et moi comme j'ai une pile [pacemaker], je ne rigole pas avec ça. Quand je monte le couloir, quand je monte les escaliers je suis essoufflée. Je sens que la pile elle est fatiguée. Comme je dois y retourner au mois de novembre, on va voir s'ils

---

<sup>28</sup> Non incluse dans la recherche, informatrice rencontrée dans notre démarche d'imprégnation au terrain. Entretien informel non enregistré.

<sup>29</sup> À titre d'exemple, on peut noter le dossier spécial « Covid-19 » du journal L'Obs qui propose une recension thématique des questions politiques posées par l'apparition du SARS-Cov-2 : <https://www.nouvelobs.com/coronavirus-de-wuhan/20201122.OBS36434/dossier-Covid-19-ces-questions-qui-font-debat.html>.

vont me la changer à l'hôpital. C'est la troisième fois qu'ils me changent la pile » (Jacqueline, 81 ans, veuve, résidence autonomie).

On voit ici que la maladie est perçue comme « très grave » en raison des symptômes associés (essoufflement, syndrome respiratoire) mais surtout en regard de la pathologie cardiaque antérieure à la pandémie. Il apparaît ainsi que les trajectoires antérieures de maladie sont des éléments structurant pour comprendre le rapport des personnes âgées au risque de contamination.

Par ailleurs, l'inquiétude ne concerne pas seulement le SARS-CoV-2. Elle s'étend également, comme on le voit encore aujourd'hui, à la peur des vaccins ou, pour être plus précis, à la peur des effets secondaires éventuels liés au traitement par vaccination. Si le manque de confiance dans les institutions politiques ou médicales peut expliquer la réticence chez certaines classes d'âge et catégories sociales (Ward & Peretti-Watel, 2020), la peur de revivre un événement douloureux lié à un événement de santé est une autre piste non négligeable pour comprendre les attitudes des personnes âgées :

« J'ai peur. Je n'ai pas peur du vaccin en lui-même, j'ai peur d'avoir une nouvelle maladie à cause du vaccin. En plus, des soins et des piqûres j'en ai tout le temps. Ça me fatigue énormément. Vous vous rendez compte ? Je suis là, sur mon évier, et il faut que je m'appuie pour faire à manger. Pendant deux ans je ne mangeais presque pas, je végétais, j'étais mal en point. Et quand je suis arrivée ici, c'était un pas à franchir. Quitter son appartement pour venir en foyer, moi, dans l'état mental où j'étais... » (Michelle, 82 ans, divorcée, résidence autonomie)

On remarque que la vaccination prend un sens particulier pour cette informaticienne. En effet, pour cette résidente ayant contracté une maladie nosocomiale lors d'un séjour hospitalier (hépatite B), la vaccination contre l'épidémie de Covid-19 renvoie à un moment spécifique de son parcours de vie marqué par la maladie, la peur et l'incapacité :

« On nous demande d'être vaccinés, c'est là où est le point faible. Je refuse. Je refuse, parce que je me dis que, comme je viens de le dire au médecin, j'ai fait le vaccin de la grippe quand j'étais dans le Midi, et j'ai attrapé l'hépatite B ! Alors ça me fait peur » (Michelle, 82 ans, divorcée, résidence autonomie).

C'est donc aussi en regard des ajustements qu'elle a opérés et qu'elle continue de mettre en place pour garder des prises sur son rapport au monde, que cette résidente appréhende la vaccination. L'épidémie de Covid-19 comme les mesures vaccinales apparaissent dans ce contexte comme des éléments perturbateurs d'un quotidien dont l'équilibre est déjà perçu

comme fragile. Ces derniers impliquent pour elle un réajustement de ses modes d'être et de faire, à la fois en ce qui concerne les risques liés à l'épidémie (mettre le masque, s'isoler, etc.), mais aussi, face à la peur que rappelle pour elle la campagne vaccinale (retarder le plus possible le moment de la vaccination). Michelle opère les « arbitrages » (Desprès 2007) qu'elle juge pertinents pour faire tenir sa situation adoptant par là-même un comportement à l'égard de la vaccination reposant sur une forme de rationalité (Ward et Peretti-Watel, 2020). Dans la suite de l'entretien, elle explique :

« Alors, c'est ce que je vous disais tout à l'heure, pour l'instant je ne peux pas me faire vacciner, mais je ne sais pas s'ils nous obligeront (...). Mais pour moi, comme je ne suis pas vacciné je dirais que je suis peut-être plus vulnérable, du coup je garde le masque. *Je garde le masque je fais attention* » (Michelle, 82 ans, divorcée, résidence autonomie).

Et de préciser :

« Et bah je vous l'ai dit (*rires*), à moins qu'on ne nous oblige à le faire, moi pour l'instant je préfère ne pas me faire vacciner. Mais vous comprenez bien qu'avec tous les soucis que j'ai eus à cause de l'hôpital, je n'ai vraiment pas envie de me faire vacciner pour l'instant (...). Donc voilà moi je ne veux pas me faire vacciner pour l'instant. Je le ferai si le vaccin devient obligatoire, mais là, je ne préfère pas » (Michelle, 82 ans, divorcée, résidence autonomie).

S'il est particulier, le cas de Michelle n'est cependant pas unique. Comme pour cette résidente, l'expérience de la maladie (chronique, infectieuse, dégénérative, etc.) pèse lourdement sur les modes de représentations de l'épidémie de Covid-19. Par conséquent, elle pèse également dans les choix et dans les comportements individuels, jugés parfois irrationnels, et dont l'impact, en termes de rapport à soi, de stigmatisation, de frustration, de contrôle de la peur ou de reprise au monde, se font sentir au quotidien.

Paradoxalement, l'expérience de la maladie (présente ou antérieure) a également pu constituer une ressource dans certaines situations, dans les résidences autonomies où les personnes nécessitant des soins ont pu continuer à garder un contact physique et social avec les soignant.e.s lorsque les personnes bien portantes se sont retrouvées isolées :

« Après, au tout début, j'enviais presque les gens qui avaient du diabète parce qu'ils voyaient leur infirmière tous les jours, matin et soir. Et finalement il est arrivé un moment où je m'étais écorché un peu l'ongle de pied, je suis allée voir le directeur de l'établissement et je lui ai dit que j'étais embêtée car je m'étais blessée au pied. Alors il m'a proposé de faire

intervenir une pédicure mais moi je lui ai dit que ma fille était médecin, c'était elle qui s'occupait de me couper les ongles des pieds. Donc un mois après, j'ai réussi à ce qu'elle ait le droit de venir me visiter pendant une heure toutes les semaines » (Arlette, 81 ans, résidence autonomie).

Selon qu'elles aient été bien ou mal vécues, les expériences d'une maladie antérieure à la Covid-19 ont généré des formes d'adhésion ou de méfiance vis-à-vis des mesures vaccinales. Dans le cas de Michelle, l'expérience de la maladie contractée en contexte hospitalier est une source de méfiance vis-à-vis de la médecine et par extension vis-à-vis de la vaccination. À l'inverse, dans le cas de Arlette qui se décrit comme bien portante, la maladie a servi de prétexte pour voir sa fille médecin qu'elle n'aurait pas pu voir en d'autres circonstances. Dans ce dernier cas, il apparaît que ce n'est pas le risque de contamination qui impactait négativement sa qualité de vie mais davantage la perte du lien social.

\* \* \*

Plusieurs facteurs permettent d'éclairer les comportements d'adhésion ou de retrait face aux mesures sanitaires et aux formes de mal-être observées chez les personnes âgées au moment de la crise. D'une part, les disparités sociodémographiques et socioculturelles ont permis ou contraint le maintien et le remplacement d'activités au domicile (Baclet-Roussel *et al.*, 2020 ; Guedj, 2020 ; Blanchet et Knapp-Ziller, 2020 ; Petits Frères des Pauvres, juin 2020 ; Ramiz *et al.*, 2021 ; Rouchaud *et al.*, 2021). Ensuite, l'appartenance générationnelle a influencé différemment le vécu de la pandémie. Les générations ayant connus la 2<sup>nd</sup>e Guerre Mondiale ayant été fortement impactées lors de l'entrée « en guerre sanitaire » et relativement moins sur le long terme, rapportant l'expérience de la Covid-19 aux épidémies passées. Les seniors ont exprimé un mal-être vis-à-vis du caractère inédit de cet épisode sanitaire, mais également compte tenu du manque de liberté dont ils n'ont pas fait l'expérience auparavant. Enfin, des variations biographiques, telle que l'expérience de la maladie chronique, la perte d'un proche, un changement de mode de vie antérieur à la crise, etc., ont déterminé le vécu de la crise sanitaire, agissant à la fois comme une ressource dans la prise de recul (« la crise ce n'est pas si grave ») et parfois comme source d'inquiétude lorsque ces événements ont contribué à rappeler ou réactiver des sentiments de peur liés à des expériences passées (anxiété face à la maladie, à la perte d'un proche, à une privation de liberté déjà connues par ailleurs).

En dépit de conditions plutôt favorables comme le fait d'être socialement entouré, de disposer de ressources financières, de vivre en maison individuelle avec jardin (comme c'est le cas de Marie, 89 ans, vivant dans une maison individuelle), des personnes ont aussi ressenti un mal-être prononcé au début de la crise, mal-être qui a eu un retentissement sur le court terme, mais qui en dit long sur le vécu de la crise sanitaire.

Cette approche tend à nuancer, mais aussi à préciser les constats portés sur les personnes âgées : loin de représenter une catégorie homogène caractérisée par le risque de développer des formes sévères de Covid-19, ce groupe présente en effet autant de profils sociologiques que de manières d'appréhender l'avancée en âge en contexte épidémique. Aussi, cette approche invite à saisir plus largement la question de la définition de la vieillesse et du vieillissement, définition que la crise sanitaire semble avoir contribué à réinsérer dans des schémas biologisants, ayant pour conséquence d'invisibiliser les ressources, le vécu et les modes de représentation de la vieillesse par ses acteurs.

## **2. DOMICILES : DES EFFETS DE CONTEXTE**

Outre les effets d'âge, l'appartenance générationnelle et les parcours de vie, l'étude Covidomicile a permis d'identifier un lien de causalité entre « bien vieillir » et « bien vivre le confinement ». À ce titre, la peur de l'épidémie, la réactivation de la mémoire collective ou la privation de liberté n'ont pas été les seuls éléments susceptibles d'impacter le « bien vieillir ». Des effets de contexte, telle que la situation géographique, le type d'habitat ou le rapport au domicile ont aussi contribué à structurer l'expérience de la crise sanitaire et du « bien vivre le confinement ». Cette observation n'est pas nouvelle puisque les travaux de l'INSEE (Cacheux *et al.*, 2020) indiquaient déjà en mai 2020 au sujet du confinement du 17 mars au 3 mai 2020 dans la région Grand Est que : « les conditions de vie des ménages, en particulier celles liées au logement, influent fortement sur la qualité de vie ». De la même manière, l'étude Confidence a montré que les « personnes disposant de maisons ou de grands appartements et d'un espace extérieur sont celles qui ont majoritairement répondu avoir bien ou très bien vécu le confinement » (Baclet-Roussel *et al.*, 2020 : 13). Le rapport des Petits Frères des Pauvres précisait quant à lui que « la solitude est plus exacerbée pour les personnes confinées seules, qui n'ont personne à qui se confier, qui sont confinées dans un logement sans extérieur, qui ont eu besoin d'aide et ont de faibles revenus » (mars 2020 : 69).

### *2.1. Vivre en résidence autonomie, lorsque le « repaire » devient un lieu d'enfermement*

Les disparités de logement exposées plus haut, bien que révélatrices d'inégalités sociales antérieures à l'épidémie de Covid-19, ne sont pas les seules raisons de l'écart de vécu et de représentation du confinement au sein d'une même classe d'âge. Au sein des résidences autonomie qui proposent pourtant la même offre de services et de logement pour une très

grande majorité des résident.e.s<sup>30</sup>, on constate des vécus de la crise différenciés qui s'expliquent en partie par le rapport que les personnes entretiennent avec leur lieu de vie.

L'hypothèse selon laquelle la crise sanitaire a impacté la « maison repère et repaire » (Veyssset-Puijalon et Deremble, 1984) prédomine dans l'analyse des récits collectés. À plusieurs reprises, le domicile a servi de « repaire », c'est-à-dire de « lieu d'intimité et de refuge » (*Ibid.*), de lieu protecteur face à la maladie, l'attachement aux objets et l'intimité à l'environnement ayant permis une continuité du mode de vie, d'entretien de la mémoire et de l'identité de l'individu<sup>31</sup> ; mais dans d'autres cas, il est devenu un lieu d'enfermement, associé à la privation de liberté, le plus souvent en raison d'un investissement des personnes à l'extérieur du domicile, dans les activités ou les relations sociales.

La transformation du domicile, lieu de vie et de continuité de la vie, en espace d'incertitude et de déprise sur le temps et les relations sociales a été générateur de nouvelles angoisses chez de nombreux résident.e.s. Ce constat tient aussi à ce que les restrictions sanitaires qui ont touché les résidences autonomes<sup>32</sup> ont conduit à une gestion paradoxale de la vieillesse. Alors qu'ils sont dédiés à la prévention de la perte d'autonomie par la mise en œuvre de prestations et d'activités individuelles et collectives, ces établissements se sont vus transformés en espaces d'enfermement, rappelant des traits propres aux « institutions totales » (Goffman, 1961) :

« Et j'ai quelquefois vu mon petit-fils venir avec une part de gâteau pendant le premier confinement. Il venait devant la grille de l'établissement, moi j'étais de l'autre côté. Ça faisait comme un parloir. Des fois on était trois à parler à travers la grille ». (Arlette, 81 ans, résidence autonomie)

La manière dont s'est opéré le confinement en résidence autonomie a conduit les personnes âgées à se sentir « recluses », « enfermées », « privées de liberté », affichant même parfois une perte de repères temporels, à l'image de cette résidente pour qui le confinement a été associé à l'enfermement et a semblé durer plusieurs mois : « *pour vous dire, j'ai vraiment mal passé le confinement. Qu'on reste à la maison [...], on sort un peu, mais jusqu'à combien de*

---

<sup>30</sup> Certains résident.e.s bénéficient d'appartement « couple ». Contrairement aux appartements individuels, ces logements disposent d'une chambre séparée du salon-cuisine.

<sup>31</sup> Bernadette Veyssset-Puijalon et Jean-Paul Deremble précisent à ce propos que la maison « a une fonction utilitaire : elle abrite et est conçue pour permettre et faciliter les actes de la vie quotidienne (...). Dans la vieillesse, quand chaque espace nouveau est source d'angoisse et de difficultés – car l'individu dont l'acuité des sens diminue doit fournir un important travail pour se repérer – cette stabilité est sécurisante » (Veyssset-Puijalon et Deremble, 1984 : 8).

<sup>32</sup> Anciennement appelées « logements foyers », les « résidences autonomes » sont destinées à l'accueil de personnes âgées autonomes de plus de 60 ans en logement individuel privatif, ayant accès des prestations délivrées par l'établissement (restauration collective ou individuelle, animations, sorties, etc.).



*temps ? Parce qu'on est quand même resté quatre ou cinq mois enfermés » (Jacqueline, 81 ans, veuve, résidence autonomie).*

Partant de ce constat et des travaux d'E. Goffman sur les transformations identitaires (1961) dans les institutions « totales » (centre de détention, asile, hôpital, etc.), on peut noter la transformation de l'image du « résident autonome » en figure du « patient vulnérable » qui s'est opérée lors de la mise en place de règles strictes limitant les contacts et modifiant les routines individuelles et collectives. Ce changement de statut s'est caractérisé par un isolement soutenu, un appauvrissement des liens avec les autres, une perte de sens vis-à-vis du quotidien, un changement du regard porté à soi-même (« je ne suis plus la même personne »). Plusieurs facteurs sont en cause : d'abord, le confinement dur pour la plupart des seniors actifs venus chercher des activités collectives ; ensuite, l'arrêt des activités collectives, telle que la gymnastique, la chorale, etc., qui a contribué à fragiliser des liens parfois déjà faibles en dehors de l'épidémie (rupture des relations familiales, isolement social en dehors de l'établissement, etc.) ; enfin, un des éléments les plus fréquemment cités par les informateurs concerne la restauration collective. L'impossibilité pour les résidents de se réunir lors des repas (le plus souvent au dîner) et de partager des moments ritualisés de convivialité a été particulièrement difficile pour l'ensemble des résidents rencontrés durant cette étude, y compris pour les plus autonomes et les plus indépendants socialement.

Consubstantiellement, cette évolution de la figure du « résident-autonome » en « résident-vulnérable » s'est caractérisée par une dégradation du bien-être physique et psychique des résidents parfois les plus actifs. Paradoxalement, la perte de poids, le sentiment de désorientation, la perte d'équilibre ou la perte de sens en partie provoqués par l'application des mesures sanitaires les plus strictes ont contribué à alimenter une vision déficitaire de la vieillesse qui en retour a servi de support à la justification de ces mesures préventives en établissement au détriment de l'autonomie des personnes.

## *2.2. L'impact de la crise sanitaire sur les modes de vie des retraités*

La plupart des enquêtes réalisées sur le confinement de mars 2020 (Baclet-Roussel *et al.*, 2020 ; Blanchet et Knapp-Ziller, 2020 ; Petits Frères des Pauvres, juin 2020 ; mars 2021) ont révélé que le maintien, le remplacement ou l'arrêt des activités au domicile avaient joué un rôle central dans le vécu du confinement : « Avoir trouvé comment remplacer ces activités influe sur le moral des répondants : 64% des répondants estimant leur moral meilleur que d'habitude ont trouvé des activités de remplacement. A l'inverse, 71% des personnes estimant leur moral moins bon n'ont pas trouvé d'activités de remplacement » (Baclet-Roussel *et al.*, 2020 : 15).

En tenant compte des enseignements apportés par la sociologie du vieillissement et des âges de la vie, nous avons choisi d'approfondir cette perspective synchronique en proposant une

lecture diachronique (Juan, 1995) des *modes de vie à la retraite* (Guillemard, 1972) antérieurs à la crise sanitaire pour saisir la manière dont ils ont pu être reconfigurés. La crise de la Covid-19 n'a eu que peu d'impact pour certaines personnes, les modes de vie antérieurs expliquant en grande partie le peu d'incidence de celle-ci sur les personnes et leur parcours d'avancée en âge. Pour d'autres en revanche, notamment les individus dont le mode de vie renvoie à une retraite active (tant du point de vue des relations sociales que des activités de loisirs), la pandémie a constitué un bouleversement des modes de vie en impactant tout autant les activités du quotidien que leur expérience de la vieillesse. Avant de présenter plus précisément les facteurs sociologiques qui ont influencé le vécu et les représentations de la crise sanitaire, nous proposons un retour sur les différentes typologies de mode de vie des retraités identifiés dans la littérature scientifique.

Parmi ces typologies, celle développée dans les années 1970, et revue en 2003, par Anne-Marie Guillemard (1972), mettant en avant cinq types de mode de vie adoptés en fonction des réseaux de sociabilités et des types de pratiques (individuelles et collectives) des personnes âgées : 1) une « retraite-retrait » où les activités de la personne « se limitent à des actes purement fonctionnels destinés à l'entretien de la vie (se nourrir, dormir, se laver, se soigner, etc.) » ; 2) une « retraite loisirs » caractérisée par « deux formes de consommation coexistant dans notre société : la consommation de masse et la consommation communautaire dans le cadre du milieu familial » ; 3) une « retraite 3eme âge » qui correspond « au passage d'une activité productrice définie socialement à une nouvelle forme d'activité créatrice socialement reconnue » ; 4) une « retraite-revendication » qui vise à « proposer une conception distincte [de la vieillesse] basé sur la spécificité sociale et la communauté d'intérêts des personnes âgées » ; 5) et enfin « retraite-participation » qui se caractérise par « une adaptation aux formes sociales existantes à travers une participation lointaine mais intense aux expressions les plus directes de la société globale » (Guillemard et Castells, 1971 : 287).

En tenant en compte des transformations sociales et des modes de vie des retraité.e.s de ces dernières années, en termes de retraite « active », de loisirs ou de repos (Caradec, 2017), on retiendra également l'évolution de la typologie proposée par Anne-Marie Guillemard en 2003 précisant que : « ces évolutions [...] ont conduit les nouveaux retraités à développer de nouvelles pratiques de contestation que nous désignons sous le vocable de *retraite solidaire*. Ce que nous avons posé théoriquement en 1972 comme retraite-participation ou retraite-revendication (...) nous semble avoir émergé aujourd'hui sous la forme de la retraite solidaire, orientée vers la participation associative volontaire (Guillemard, 1991; Chokrane et Hatchuel, 1999) » (Guillemard, 2002 : 54).

Cette approche dans laquelle nous nous inscrivons se démarque de la typologie proposée en 1983 par Christian Lalive d'Epinay *et al.* (1983) prenant en considération les différents registres d' « image-action », c'est-à-dire les comportements adoptés en fonction des valeurs des personnes et de leurs ressources socio-économiques, familiales et psychosomatiques principalement acquises avant la retraite. Bien que les facteurs socioéconomiques permettent

de dresser un portrait des différents comportements face à la crise sanitaire selon l'appartenance sociale (utilisation du numérique, ressources culturelles, type d'habitat et pratiques de loisirs en extérieur, etc.), on s'attachera ici à décrire et à analyser l'influence des types modes de vie à la retraite tels qu'ils ont été définis par Anne-Marie Guillemard sur le vécu de la Covid-19. Nous retiendrons également les situations de « retraite loisir » et de « retraite conviviale » identifiées par la Fondation nationale de gérontologie en 2003 (Delbes et Gaymu, 2003). On notera enfin que ces différents modes de vie à la retraite ne sont pas exclusifs les uns des autres et peuvent s'articuler autour d'une ou plusieurs activités « pivot » (Petit, 2016), associative, de loisir ou familiale par exemple.

### *2.2.1. Un impact différent selon les modes de vie antérieurs à la crise*

Plusieurs des modes de vie évoqués plus haut ont été observés dans les situations d'entretiens. Les personnes interrogées dans notre étude sont toutes, *a minima*, dans l'une de ces situations de retrait, de loisir, de convivialité, de solidarité ou de participation associative. Pour certaines d'entre-elles, ces situations s'entremêlent, s'alternent ou s'articulent autour d'une activité centrale.

Si les modes de vie ont influencé le vécu de la crise sanitaire, celle-ci a aussi eu un impact sur les modes de vie et les routines des individus. Les personnes vivant essentiellement une « retraite-retrait », c'est-à-dire d'entretien des fonctions élémentaires individuelles (s'alimenter, dormir, se laver, etc.), n'ont pas été affectées de la même manière que celles dites « actives ». C'est le cas d'Evelyne (68 ans), retraitée en résidence autonomie, et pour qui la pandémie de Covid-19 et les mesures sanitaires ont eu une résonnance limitée :

« la crise n'a pas changé grand-chose. Pas grand-chose. C'est juste qu'il fallait se tenir à ce que l'on disait, il fallait respecter ce qu'on disait, ce qu'on me demandait au sein de la résidence » (Evelyne, 68 ans, résidence autonomie).

C'est également le cas de Geneviève qui alterne plusieurs modes de vie, de retraite-retrait lorsqu'elle réside en résidence autonomie une partie de l'année, avec une « retraite-loisirs » et une « retraite-conviviale » lorsqu'elle se rend en Asie où elle a vécu la majeure partie de sa vie. Pour cette retraitée, la crise sanitaire n'a pas affecté son quotidien en raison de son mode de vie qu'elle définit elle-même comme une retraite spirituelle :

« La Covid, moi, ici, ça ne m'a rien changé de particulier. Je suis restée chez moi. J'écoutais beaucoup de conférences à la radio. C'est ce que je vous disais. J'ai beaucoup lu, mais c'est ce que je faisais déjà quand je vivais en Asie » (Geneviève, 77 ans, résidence autonomie).

On voit ici comment la crise sanitaire, notamment les périodes de confinement ont eu une prise relativement faible sur ces deux profils d'individus malgré leurs écarts d'âge et de modes de vie. Cette similitude s'explique en raison du fait que Evelyne, pourtant 10 ans plus jeune, s'inscrit dans mode de vie de type « retraite retrait », tandis que Geneviève est davantage dans une « retraite-loisir » mais avec des activités intellectuelles qui ne demandent pas nécessairement une forte mobilité. Des modes de vie à la retraite pourtant très différents, à l'image des situations de Geneviève et d'Evelyne ont donc produit des vécus similaires de la crise : les modes de vie et les modes d'habiter, c'est-à-dire la manière d'investir son espace de vie en y développant des « repères » et des « repaires » (Veysset-Puijalon et Deremble, 1984), ont joué un rôle central dans le vécu de la crise sanitaire au-delà même des écarts sociodémographiques.

À l'inverse, la pandémie a aussi contribué à remettre en cause l'identité et la vie sociale des personnes investies dans des modes de retraite « conviviale » et « associative ». Ces individus pour qui le maintien des relations sociales est un enjeu central du « bien vieillir » ont été plus directement impactés par la crise sanitaire. L'arrêt des activités associatives comme les restrictions de visites, notamment en résidence autonomie, ont contribué à produire des retraits non anticipés et non désirés. L'absence de lien social a aussi influencé une vision négative du vieillissement chez certaines personnes, comme ça a été le cas en résidence autonomie où l'arrêt des activités et des visites ont provoqué un sentiment de vieillissement prématuré, d'isolement et d'incapacité. Pour ces résident.e.s, les mesures sanitaires en établissement ont été comparables à celles observées dans les institutions totales (Goffman, 1968), étant caractérisées à la fois par le sentiment d'enfermement, mais aussi par la perte du statut social et la perte d'autonomie :

« Il faisait beau au printemps 2020. Et nous, on faisait la procession entre les arbres du jardin sans se parler. On ne pouvait pas se parler car il y avait le masque et surtout il ne fallait pas que l'on soit proche les uns des autres. Ça a été... pour moi ça été difficile... On pouvait promener dans le jardin, mais voyez-vous, j'ai pensé aux prisonniers » (Alice, 85 ans, résidence autonomie)

De la même manière, la crise a contribué à remettre en cause les logiques de préservation de la vie sociale des personnes dont la retraite se caractérise en partie par le maintien des activités en dehors du domicile. C'est le cas, par exemple, des modes de vie caractérisés par une appartenance associative (adhérents réguliers, ponctuels, bénévoles) :

« Tous les dimanches, il y avait une sortie et un déjeuner dansant. C'était bien ! C'était bien et on a perdu tout ça. Tout est interdit aujourd'hui [juillet 2021]. Mais tout ça, vous savez, ça s'est arrêté d'un coup. Moi, ça fait quatre ou cinq ans que je suis dans ces clubs [association de personnes âgées] et le

fait que tout se soit arrêté d'un coup, ça me fait mal au moral. Je sens que j'ai perdu... Moi, avant le Covid je ne m'ennuyais pas du tout, pas du tout. Je m'amusais bien même. Je savais bien danser et j'y allais tous les dimanches. Et deux fois par semaine j'allais au club de G. et deux fois par semaine j'allais à celui de R. Donc, vous voyez (...). *Alors d'accord oui, je suis vieille, mais j'étais active avant le Covid. Et maintenant plus rien. Je suis toute seule toute la journée* » (Annette, 90 ans, résidence autonomie).

Alors que la crise sanitaire n'a eu que peu d'influence sur les modes de vie des personnes en « retrait », on voit bien ici qu'elle a bouleversé les repères temporels et la structure sociale de cette enquêtée, membre d'une association de personnes âgées dans une agglomération urbaine de la région Grand Est. La crise a eu pour effet de marquer une rupture brutale dans son mode de vie, tandis que pour d'autres personnes (par exemple pour Évelyne, 68 ans), la pandémie s'est inscrite dans la continuité de son parcours de vie. Il apparaît ici que l'âge chronologique n'est pas systématiquement un bon analyseur pour saisir l'impact du confinement et des restrictions d'activités.

### **Le cas de Jean (80 ans) et Claire (74 ans), couple de retraités vivant en pavillon<sup>33</sup> :**

Avant la survenue de la Covid-19, ce couple de retraité s'inscrivait dans une typologie de type « retraite-loisirs ». Ils partageaient ensemble un certain nombre d'activités au sein de clubs seniors tels que la randonnée, à raison d'une à deux fois par semaine, la danse (une fois par semaine) et le yoga. Ces activités constituaient pour ces seniors dont les enfants sont éloignés un moyen de bien vivre leur retraite et leur couple. En effet, Claire ayant été femme au foyer, la retraite de Jean a nécessité un temps de réajustement pour retrouver une forme d'équilibre où chacun puisse conserver ses « marges de liberté ». Ces activités ainsi que la présence des enfants durant les vacances scolaires participaient grandement au maintien de cet équilibre tout en contribuant, selon eux, à les maintenir en bonne santé physique et morale. Le risque de contamination et le contexte (confinement et médiatisation de la gravité de la maladie pour les personnes âgées) a grandement impacté leur qualité de vie. Le couple a cessé durant 2 ans toutes les activités collectives, y compris après le déconfinement car Claire, qui s'informait quotidiennement du nombre de morts et de contamination, était très angoissée à l'idée de tomber malade. Cette inquiétude fut renforcée au début de l'épidémie par les appels de leur fille aînée les enjoignant à ne pas sortir ou encore à se faire livrer les courses...

Si Claire semblait accepter, bon gré mal gré, les conséquences de ce repli sur le couple et le domicile, ce « nouveau » mode de vie a fortement impacté le bien-être de Jean qui voyait dans ces « mois perdus » un morceau de sa vie amputé à un âge où il ne serait plus possible de le rattraper. Il expliquait que, à son âge, les années comptaient double et il vivait très mal l'idée que son « lot de bonnes années restantes » soit ainsi dilapidé. Le potager et la piscine ont été ses deux seuls lieux refuges durant deux ans. Bien qu'ils auraient eu les capacités physiques de reprendre ensemble leurs activités (randonnées...) en dehors de toute participation à des clubs ou associations, celles-ci n'avaient d'intérêt que parce qu'elles leur permettaient justement de s'extraire de leur couple et de sociabilités hors couple.

#### *2.2.2. L'arrêt des activités comme source de mal-être en résidence autonomie*

L'arrêt des activités a été particulièrement problématique en résidence autonomie en raison du caractère contradictoire que cette situation a suscité chez les personnes âgées. Bien qu'âgées, celles-ci sont en effet autonomes et cette autonomie passe par le maintien d'activités de loisirs individuelles et collectives proposées au sein des résidences. La mise à disposition d'une salle où les résident.e.s peuvent déjeuner ensemble, la proposition

---

<sup>33</sup> Couple hors inclusion.

d'activités physiques comme la gymnastique, ou d'activités culturelles que les résidents peuvent pratiquer, jouent un rôle central dans le maintien d'une image positive de la vieillesse. La suspension des activités, l'obligation de rester confiné dans des espaces exigus (entre 20m<sup>2</sup> et 35m<sup>2</sup>) et l'interdiction de visites ont contribué à fragiliser cette image positive de la vieillesse en même temps qu'ils ont remis en cause les routines en place chez un grand nombre de résidents.

Les personnes les plus directement touchées par la crise sanitaire sont celles dont les modes de vie s'articulent essentiellement autour d'une retraite-convivialité et dont l'organisation du quotidien (commissions, activités, sorties, etc.) est structurée autour des relations familiales, amicales ou de voisinage<sup>34</sup>. Ces personnes pour qui le maintien du lien avec la famille – enfants, petits-enfants, frères et sœurs – constituent un enjeu du « bien vieillir », se sont retrouvées privées de lien social direct, ce qui a conduit, pour une partie d'entre-elles, à entrer dans des situations de solitude contrainte. Cette situation a été particulièrement problématique pour les résidents puisque la choix de la mobilité dans ces établissements est en grande partie motivé par la prévention de l'isolement (Simzac, 2021). Comme l'explique une résidente au sujet des effets de la crise sanitaire sur les relations qu'elle a noué dans la résidence :

« Moi j'ai mal supporté. Je n'aimais pas d'être enfermé, je n'aimais pas d'être enfermé dans la pièce. Une fois qu'on a pu sortir un peu, ça allait déjà mieux. Pour l'instant, ça va, pour l'instant. Mais depuis qu'on a la crise sanitaire, on ne peut plus être ensemble avec les autres personnes de la résidence. » (Jacqueline, 82 ans, résidence autonomie)

L'impact des mesures sanitaires en résidence autonomie s'est également fait ressentir sur le maintien difficile des liens avec les membres de la famille. Comme dans le cas des Ehpad (Bonnell *et al.*, 2021), l'absence des proches a généré des situations de mal-être, en particulier chez les résidents dont l'emploi du temps et le parcours d'avancée en âge se structurent autour du lien avec les enfants et les petits enfants.

« [Le confinement] je l'ai très mal vécu. Très mal, car je n'étais pas bien du tout dans la tête. On ne pouvait pas sortir, on ne pouvait pas faire ce qu'on voulait et les enfants ne pouvaient pas venir nous voir. Pour moi ça a été ça

---

<sup>34</sup> Comme le précise Isabelle Mallon à ce sujet : « Les relations de voisinage peuvent être définies de deux manières : en un sens étroit, les relations de voisinage désignent les rapports entretenus avec les voisins, dont la proximité spatiale varie selon les contextes résidentiels. En un sens plus large, les relations de voisinage renvoient aux rapports entretenus par les habitants dans et avec un contexte résidentiel donné dans son ensemble. Cette deuxième acception comprend alors non seulement les relations, éphémères ou durables, informelles ou organisées que les individus nouent dans l'environnement proche de leur domicile, mais aussi les formes de coexistence, d'ajustement mutuel, de cohabitation plus ou moins harmonieuse, de socialisation réciproque, ou au contraire d'évitement, de tension ou de conflits entre habitants (Authier, 2003) » (Mallon, 2021 : 436).

le gros problème, ne pas pouvoir sortir et ne pas pouvoir recevoir les enfants (...). *Mais je vous dis, j'ai été malheureuse car je n'ai pas pu recevoir mes enfants pendant deux mois. On pouvait les recevoir en quelque sorte, ils pouvaient venir dans le jardin collectif, mais ils n'avaient pas le droit de venir dans l'appartement.* Donc ça c'était presque plus compliqué finalement. Moi j'ai dit "soit mes enfants chez moi soit ils ne viennent pas". » (Thérèse, 74 ans, résidence autonomie)

Les propos de Thérèse montrent les limites de la dimension « privée » d'un domicile au sein d'une résidence-autonomie où il s'agit néanmoins de se conformer à un règlement collectif et où l'espace privatif (l'intérieur de l'appartement) n'est plus accessible. Cet aspect limitant a constitué une entrave aux ajustements individuels, comme l'aménagement des temps et des lieux de visite que l'on a pu observer en dehors des résidences.

Un deuxième cas de figure concerne les personnes dont le mode de vie à la retraite s'est structuré autour des activités de loisirs, en particulier celles proposées par les établissements (gymnastique, loisirs créatifs, activités culturelles, etc.). L'arrêt des activités collectives a impliqué un réaménagement des modes de vie vers des activités individuelles, réaménagement plus ou moins réussi selon les personnes. Pour elles, ces réaménagements ont été vite limités, conduisant à de nouvelles formes de mal-être ainsi qu'à une diminution des capacités physiques et cognitives associée à la crise sanitaire. C'est le cas des résidents comme Annette (90 ans) qui décrivent une perte de mobilité et une dégradation des capacités cognitives et physiques en raison de l'arrêt des activités ainsi qu'en l'absence de lien avec des personnes susceptibles d'être des garants de leur santé en les alertant sur leurs pertes et en les accompagnant vers une prise en charge sanitaire.

« Avec l'arrivée du Covid, tout s'est enchaîné. Je me suis retrouvée toute seule. Je ne m'en suis pas rendue compte tout de suite, mais c'est vrai que ma vue a baissé, comme le fait de marcher en titubant. Vous voyez, je suis allée chez mon médecin, il m'a prescrit une ordonnance pour aller chez l'ophtalmologiste. Mais je n'en suis pas très contente. Elle m'a opéré de la cataracte sur l'œil droit. Ici, ça s'est très bien passé. Mais de l'autre côté, pour l'œil gauche, ça s'est très mal passé. Je vais vous dire, depuis j'ai comme une pellicule. Donc je suis gênée car je ne vois plus correctement. Et ça, vous voyez, *c'est arrivé avec l'arrivée du Covid (...)*. J'ai beaucoup pleuré. J'ai beaucoup pleuré car je n'étais pas habituée à être seule et là, je me suis vraiment retrouvée toute seule tout le temps. Je n'étais pas habituée. Je ne restais jamais comme ça chez moi tout le temps. Et le Covid ça m'a obligé à rester. C'est ça aussi, c'est ça aussi qui m'a diminué. Vraiment, même en étant fille unique, je n'étais pas habituée à cette solitude. J'avais l'impression d'être en prison. Je me demandais combien de temps ça allait durer. Ça me faisait peur. (Annette, 90 ans, résidence autonomie).



Alors qu'elle était active au sein d'associations pour personnes âgées (sorties collectives, danse, jeux, etc.), Annette s'est retrouvée prise au dépourvu par la crise sanitaire comme elle l'explique en soulignant la difficulté d'être seule. À cela se sont ajoutés l'apparition - ou la prise de conscience - d'une diminution des capacités physiques (difficultés à marcher, cataracte, neurasthénie). On voit que cette série d'événements, qui a produit un mal-être prononcé chez cette enquêtée, a été associée à la survenue de la crise sanitaire et à l'arrêt des activités associatives, quand bien même ces événements (diminution des capacités physiques) auraient pu être antérieurs à la Covid-19.

À l'inverse, les résidents dont le mode de vie se rapproche le plus d'une « retraite-retrait » et/ou d'une « retraite-intimiste » (Delbes et Gaymu, 2003) semblent avoir moins subi les conséquences de la crise sanitaire. Cette situation s'explique en partie par le peu d'effet de la crise et des mesures sanitaires sur le quotidien de ce type de profil comme l'explique une enquêtée « habituée à vivre seule » et dont la plupart des activités se concentrent au domicile (télévision, radio, journaux, tâches ménagères, etc.) :

« Pour moi ça ne change pas grand-chose finalement. Je me sens peut-être un peu moins libre, et encore. Mais c'est pas le fait qu'il n'y ait plus le Covid qui va changer la vie, la vie elle est faite comme elle est. » (Evelyne, 68 ans, résidence autonomie).

Contrairement à ce qu'une approche de la vieillesse au prisme de l'isolement et de la solitude pourrait laisser penser, la « retraite-retrait » n'est pas envisagée ici comme problématique. Dans le cas des résidences autonomie, ce mode de vie a même constitué une ressource implicite face aux confinements et, plus largement, à l'arrêt des activités de loisirs et des temps de convivialité. Comme dans le cas des modes de vie « intimistes » (Delbes et Gaymu, 2003), les personnes en situation de « retrait » ont été moins impactées par les mesures sanitaires que celles dont les modes de vie se structurent autour de la famille, des relations sociales, des activités de loisir ou des activités associatives. Pour ces dernières, l'application des mesures sanitaires a demandé un effort d'adaptation plus conséquent, par exemple en développant des stratégies de remplacement, que les personnes en situation de « retrait ».

Un dernier élément identifié dans les entretiens concerne la mise en place de stratégies d'alternance des modes de vie à la retraite en fonction de la temporalité de la crise sanitaire. Ainsi, certain.e.s résident.e.s ont substitué un type de « retraite-retrait » lors des périodes de confinement, à un type de « retraite-famille » lorsque les mesures sanitaires ont à nouveau permis aux familles de se rendre dans la résidence. C'est le cas de Geneviève (77 ans) qui priorise ses projets, ses relations et ses activités en fonction des différentes périodes de la crise sanitaire :

« Ce que je vous disais, c'est que dans quelques temps j'irais voir un des enfants de mon époux qui est en Amérique. Donc voilà, j'attends que les vols et les frontières soient réouvertes pour prendre mon billet. Et puis sinon, s'il se passe quoi que ce soit, j'annulerais où je déplacerais mon voyage. Mais en attendant, je continue à bouquiner. Je continue à appeler mes amis, je continue à me faire à manger ».

Pour d'autres résident.e.s, cette substitution des modes de vie a été plus difficile à mettre en œuvre, voire même impossible dans d'autres situations. C'est le cas des personnes dont les modes de vie sont centrés autour d'un seul type de retraite, à l'image des résident.e.s dont le mode de vie est essentiellement tourné vers les activités collectives, et qui n'ont pas pu substituer ces activités collectives à d'autres types d'activités individuelles. Le plus souvent, cette situation s'est traduite par un état de mal-être et une représentation négative de l'avancée en âge :

« On ne peut plus rien faire de ce qu'on faisait avant. Et ça perturbe quand même parce qu'on a plus la mentalité de vivre. Moralement c'est comme ça. Moi je fais du dessin, je fais des mots fléchés, je bricole mais ça ne fait pas tout. Et il n'y a que depuis quelques temps qu'on peut faire des choses ensemble. Mais c'est très long » (Jacqueline, 85 ans, résidence autonomie)

La diversité des modes de vie, et donc la capacité des résidents à changer de répertoire d'action durant les premiers temps de la crise sanitaire, a joué un rôle central dans le vécu du confinement et des mesures sanitaires en résidence autonomie : les modes de vie tournés vers une retraite-retrait et autres formes de solitudes « habitées » (Campéon, 2015 : 227) ont constitué une ressource face à l'arrêt des activités ; à l'inverse, la crise sanitaire a impliqué un renouvellement du quotidien pour les personnes ayant un mode de vie tourné vers l'extérieur, les relations sociales et familiales ou la multiplication des activités de loisirs (sorties, voyages, événements culturels, etc.). Cette adaptation des modes de vie vers le domicile a également fait l'objet d'une répartition inégale selon les personnes. La diversité des modes de vie s'est révélée être parfois une ressource, comme on l'a vu dans le cas des personnes qui ont réaménagé leur quotidien autour d'activités individuelles au domicile ; à l'inverse, celles n'ayant pas ou peu d'activité individuelles régulières au domicile ont plus difficilement vécu le passage d'une retraite conviviale et/ou associative, à une retraite-retrait contrainte.

### 2.3. Continuité, transformation des modes de vieillir face à la crise

#### 2.3.1. Confinements et continuité du quotidien

Le premier confinement de mars 2020 a alimenté de nombreux débats sur les effets psychosociaux de la crise chez les personnes âgées. Dans le même sens, les travaux réalisés sur le sujet se sont essentiellement penchés sur la question des effets de l'isolement sur les modes de vie et les habitudes des « personnes âgées » (Rapport Petits Frères des Pauvres, mars 2020). Ces travaux ont mis en évidence que la crise sanitaire avait bien eu des effets en termes de mobilité, de relations sociales, de loisirs, de communication chez une partie des personnes de plus de 60 ans. Pour autant, les résultats montrent que certaines personnes avaient déjà un nombre restreint de contact avant le confinement (*Ibid.* : 60), laissant supposer des postures d'isolement et de confinement antérieures à la crise sanitaire. Ce constat laisse entrevoir la place des continuités et des discontinuités dans le vécu de la crise, les premières ayant permis aux individus de se maintenir dans leurs routines, tandis que les secondes ont demandé un travail d'adaptation parfois difficile. Aussi, pour certaines personnes, la pandémie n'a pas ou peu modifié les habitudes de vie, en particulier pour les personnes peu habituées à sortir hors de leur domicile. C'est le cas, par exemple, de Jeannine, 99 ans, anciennement secrétaire dans la fonction publique, vivant en appartement individuel et qui nous explique :

« je vous dis [le confinement] je ne m'en suis pas beaucoup aperçue parce que je sortais tellement peu. Moi ça ne m'a pas beaucoup changé parce qu'il y a un an de ça, j'étais avec le déambulateur, je donnais le bras à ma femme de ménage ou à mon amie. Alors ça ne m'a pas tellement changé... ».

Gilles (91 ans) et Sylvie (81 ans), couple qui appartient à une catégorie favorisée (anciennement propriétaires de plusieurs grands magasins du centre-ville et de deux résidences secondaires dont une dans le sud de la France) témoignent également du fait qu'un problème de santé peut constituer un élément préalable à la crise sanitaire limitant la mobilité. Sylvie explique ainsi que son époux ne sort plus de l'appartement individuel (centre-ville) depuis déjà 3 ans en raison de problèmes de santé. Elle précise ainsi qu'il est « confiné depuis déjà plusieurs années ». Par ailleurs, elle ajoute que l'épidémie de Covid-19 est une vraie source d'inquiétude en regard de l'âge avancé de son époux, et ce, en dépit d'une faible exposition au risque viral. Le cas de ce couple est intéressant à plusieurs titres. Les propos de l'épouse montrent que l'angoisse de la contamination qui impacte sa qualité de vie n'est pas tournée vers elle-même mais vers son mari, de dix ans plus âgé et dans une santé dégradée. L'âge et la (mauvaise) santé de son mari constituent la première source de mal-être (inquiétude, autoconfinement) à travers lequel se manifestent les risques et les contraintes

liées à la Covid-19. Elles rappellent également à ce couple leur mobilité passée, aujourd'hui révolue en raison de problèmes survenus bien avant la pandémie. Aussi, la pandémie a agi ici comme un rappel de la condition passée en même temps qu'elle constitue un nouveau frein potentiel à une mobilité future.

Si le confinement et le risque de contamination ne semblent pas avoir affecté les habitudes et la mobilité de l'ensemble des personnes âgées, c'est donc aussi parce que les activités antérieures n'impliquaient pas nécessairement de sortir de chez soi et ont pu être poursuivies malgré le confinement. C'est ce que rapporte également l'étude des Petits Frères des Pauvres qui précise que « 58 % des bénévoles disent avoir remarqué que les habitués n'avaient pas conscience de la crise sanitaire au début du confinement » (Rapport de juin 2020 : 47).

### *2.3.2. La crise comme point de rupture dans le vécu de l'avancée en âge ?*

La psychologie sociale a montré que tendanciellement, plus on avance en âge, plus l'âge que l'on a le sentiment d'avoir s'avère inférieur à l'idée que l'on se fait des gens du même âge. Selon Albou, (1998, p. 64), « l'âge que l'on a la sensation d'avoir (âge cognitif) est toujours inférieur à l'âge que l'on a réellement. En d'autres termes : la personne âgée se considère plus jeune que l'image qu'elle se fait des gens de son âge » (Albou, 1998, p. 64, *cité par* Balard, 2011). Pour autant, le fait de se « sentir vieillir » ou de se « ressentir vieux » (Caradec 2007, Balard 2008) ne repose pas seulement sur l'âge chronologique ou l'âge subjectif (cognitif) mais sur divers éléments relevant du parcours de vie et des éléments disruptifs dans le parcours du vieillir. À nouveau, se pose la question de savoir si la crise sanitaire (et sa gestion) a pu constituer un point de bascule dans le sentiment d'être vieux pour une partie des personnes âgées et si oui, quels sont ces facteurs ?

Le rapport « Confidences » du Gêrontopôle d'Île-de-France précise que « que 52% des répondants ont perçu un changement de regard plutôt négatif de la part de la société à l'égard des personnes âgées. Parmi eux, 40% ne sont pas du tout d'accord avec la façon dont on parle des personnes âgées dans les médias et dans les discours gouvernementaux, contre seulement 2% qui se montrent tout à fait d'accord » (*Ibid.* : 21). Dans les faits, la crise sanitaire a aussi fait office de « déclencheur » de formes de déprises (Caradec, 2011) pour certaines personnes accélérant l'entrée dans la vieillesse. Elle a également produit des points de ruptures et des formes de mal-être spécifiques à la peur du virus. Les appréhensions liées à la contamination, au risque d'un covid long, à une hospitalisation ou même au risque de décès ont produit une rupture dans les modes de vie les plus enclins à se sentir vulnérables. Le discours et le traitement médiatique de la vieillesse ont largement alimenté ces appréhensions, en particulier chez les personnes âgées autonomes qui, en dépit de leur sentiment de jeunesse et d'un bon état de santé, ont été associées à un profil d'individus auxquels ils ne se sentaient pas appartenir auparavant.

« Avec tout ce qu'on voit aux informations et tout ça, moi je trouve qu'on nous met tous le même panier. Moi je sortais me balader, j'allais à mon club de danse (...). Aujourd'hui je n'ose pas sortir vu qu'on me dit que c'est nous les personnes à qui le covid fait du mal ! » (Josette, 77 ans, domicile en milieu urbain).

Pour ces catégories de personnes, le traitement médiatique et politique de la vieillesse durant la crise a eu des effets latents. Alors qu'elles visaient un objectif prophylactique, les informations et discours officiels et leur reprise par les médias ont contribué à faire basculer une partie de cette population active et autonome dans des formes de protection vis-à-vis de l'extérieur et de replis sur soi les conduisant d'un coup à se sentir « vieux ».

### **3. LIEU DE VIE ET « MODES D'HABITER » : ENTRE RESSOURCES ET CONTRAINTES POUR TRAVERSER LA CRISE SANITAIRE**

#### *3.1. En résidence autonomie : des manières d'« habiter » qui ont influencé le vécu de la crise*

Comme l'ont montré Frédéric Balard *et al.* au sujet des Ehpad (Balard *et al.*, 2021), les manières « d'habiter », c'est-à-dire « de pratiquer un lieu, d'y vivre et de se l'approprier, et pas seulement au fait de disposer d'un logement et d'y résider » (*Ibid.* : 33) ont largement contribué à façonner l'expérience de la crise sanitaire chez les patients âgées. Les résident.e.s des Ehpad ont vécu très différemment la crise sanitaire selon qu'ils habitaient déjà des espaces reclus (la chambre) et privilégiaient les occupations individuelles (télévision, mots fléchés, lecture, etc.), ou au contraire qu'ils investissaient les activités collectives et s'étaient peu accoutumés au repli sur soi. Aussi, le quotidien n'a que peu changé pour celles et ceux dont « le mode d'habiter se caractérise par un repli sur sa chambre et une mise à distance des espaces collectifs. Il est également marqué par une faible sociabilité avec les autres résidents et une absence de participation aux animations proposées » (Balard *et al.* 2021 : 36). À l'inverse, les personnes qui privilégiaient les activités collectives, comme celles et ceux qui privilégiant un mode d'habiter « hors les murs », favorisant les activités en dehors de l'établissement (se promener, faire ses courses, rendre visite aux proches, etc.), ont été particulièrement impactées par l'application des mesures sanitaires en Ehpad.

Ce constat fait écho aux observations faites au domicile et en résidence autonomie : les « modes d'habiter », comme les « modes de vie à la retraite » (Guillemard, 1972 ; 2010) ont été particulièrement décisifs dans la manière de vivre la crise sanitaire. Ce constat s'explique en partie par les dynamiques d'avancée en âge (Caradec, 2011) et les manières que les

individus ont de se positionner dans leur parcours de vie. Or, pour les plus autonomes d'entre eux, et souvent les plus actifs au sein des résidences autonomes, la crise sanitaire a constitué un tournant provisoire qui a également pu s'étendre sur le long terme. La suspension des activités, l'absence de liberté de mouvement, l'arrêt d'une partie de la vie sociale dans la résidence comme à l'extérieur a fait entrer ces personnes dans un vieillissement prématuré qu'ils n'avaient ni envisagé, ni anticipé. Ce constat nous intéresse particulièrement puisqu'il donne à voir comment l'institution, en mettant en place un faisceau de mesures de protection a fait basculer ces personnes âgées autonomes et actives dans un type de vieillesse caractérisé par une fragilisation du lien social et une perte d'autonomie à l'origine de nouvelles formes de mal-être.

Ce résultat soulève plus particulièrement des enjeux identitaires mésestimés touchant à la fois à la dimension symbolique du vieillissement (représentations de soi et parcours d'avancée en âge<sup>35</sup>) et aux politiques publiques de la prise en charge des personnes âgées. C'est dans cette perspective que la crise sanitaire semble avoir affecté les catégories les plus autonomes vivant en résidence autonomie, en touchant à la fois aux relations sociales, aux activités de loisirs, aux activités extérieures et à l'autonomie des personnes comme l'illustre une coordinatrice d'un centre de Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) :

« Ça a été très compliqué [pour les résident.e.s]. Je les ai sentis très seuls, très isolés. J'ai le souvenir qu'à la résidence P. c'était difficile. Ne pas voir les familles, ne pas aller aux courses, ne pas sortir du logement. Tout un tas de choses du quotidien, et puis ça a duré. En plus ils ne peuvent pas manger ensemble, le restaurant n'est pas encore réouvert (juin 2021). Ne pas se sentir libre, ne pas pouvoir faire ce qu'ils avaient l'habitude de faire, je crois que c'est ce qui a été le plus difficile. De ne pas pouvoir voir des gens, de limiter au maximum les contacts. Au départ, même les aides à domicile ne venaient pas. Donc, au premier confinement, les aides à domicile qui ne viennent pas, les courses, le ménage, tout ce qui est des choses du quotidien, il n'y avait plus tout ça. » (Françoise, 50 ans, coordinatrice SSIAD)

L'éclairage des personnels de santé et des services à la personne confirme ici encore un peu plus le rôle joué par l'institution dans les formes de mal-être chez les personnes âgées. Cette situation tient aussi au paradoxe qu'a fait naître la gestion de la crise sanitaire au sein des établissements : alors qu'elles sont destinées au maintien, ou *a minima* au ralentissement du déclin de l'autonomie des personnes âgées, les résidences autonomes ont pour la plupart été transformées en lieu d'enfermement. Alors que le choix de la mobilité résidentielle dans ces

---

<sup>35</sup> On pense notamment aux travaux d'E. Goffman sur *l'image de soi* et le processus de *stigmatisation* (Goffman, 1975) : l'entrée dans une nouvelle étape de la vie - ici la vieillesse prématurée - peut alors affecter les représentations de soi, en tant que personne vulnérable, et générer des situations de souffrance, de honte ou d'auto exclusion vis-à-vis des autres et du monde extérieur.

établissements se fait en partie sur un critère de préservation de l'autonomie (Simzac, 2021), on a pu observer que celle-ci avait été considérablement réduite en raison des mesures adoptées touchant l'ensemble des résident.e.s, indépendamment de leur autonomie ou de leur âge.

Les personnes ayant demandé la suspension temporaire des soins légers, par peur d'être contaminées par les personnels de santé, se sont retrouvées dans une situation paradoxale : arrêter les soins pour se prémunir du risque infectieux, ou alors, reprendre les soins pour se préserver de l'isolement et de la solitude. La reprise des visites, aussi bien des infirmier.e.s, des aides-soignant.e.s et des salarié.e.s des services à la personne dans un premier temps, que des proches (famille, amis) dans un second temps, a finalement constitué un temps de respiration dans le vécu des mesures sanitaires, en particulier lors du premier confinement :

« Alors ça n'a pas duré si longtemps que ça au final. Je dirais que ça a tenu un mois. Ça n'a pas duré tant que ça parce qu'au bout d'un mois, notamment ceux qui étaient à la résidence P., ils n'en pouvaient plus. Ils n'en pouvaient plus parce qu'ils restaient enfermés, sans voir personnes. Et ils n'en pouvaient plus. Ils nous ont demandé de reprendre les soins ! Donc ça, c'était fin avril. On a repris des interventions au moment du déconfinement. » (Françoise, 50 ans, coordinatrice SSIAD).

Pour Thérèse, 74 ans, l'application des mesures sanitaires telle que la distanciation physique, le port du masque, et surtout le confinement, a participé à dégrader son image sociale et à générer des formes de mal-être au domicile (enfermement, solitude, ennui) :

« Moi je vais vous dire, je suis bien contente qu'il y a eu tous ces gens au début. Alors oui, ils étaient habillés en cosmonautes, j'avais l'impression qu'on était des pestiférés ! On nous enfermait dans les chambres. Mais oui, voilà, quand les infirmières venaient me faire la pique j'étais contente parce que ça me faisait un peu de compagnie ! ». (Thérèse, 74 ans)

Deux choses peuvent être retenues ici : d'une part, la situation observée au sein des résidences autonomie révèle le rôle paradoxal de ces dernières dans l'accompagnement du « bien vieillir ». En effet, alors qu'elles sont destinées au maintien de l'autonomie des personnes âgées, ces institutions se sont transformées en lieu d'enfermement pour une partie des résident.e.s ayant fait le choix de la mobilité par souci d'indépendance et de mobilité (pouvoir sortir, aller faire ses courses, etc.). À ce titre, on soulignera le rôle significatif de l'institution comme facteur de bien-être ou de mal-être en situation de crise sanitaire.

Ensuite, la demande de résidents ou de leur famille de reprendre les soins et les visites en dépit du risque infectieux révèle la nécessité, pour les résidents les moins préparés à l'isolement (souvent ceux qui sont le plus actifs *au sein* de la résidence et *en dehors*), de maintenir un lien

social et un minimum d'activité. Les mesures prises en institution ont généré des cas de mal-être systémique faisant basculer des personnes autonomes et actives dans des états de « vieillesse subite ». Les mesures mises en œuvre dans les résidences autonomie ont conduit à une situation contradictoire : les personnes autonomes en temps normal se sont retrouvées plus isolées durant les premiers temps de l'épidémie, les activités de loisir par lesquelles elles entretenaient un lien social ayant été suspendues ; tandis que les personnes plus dépendantes nécessitant des soins légers (prise de médicament, pansement, prise de sang, etc.) ou un suivi médical avant le début de la pandémie se sont retrouvées moins isolées lors des confinements en raison du maintien des visites des personnels de santé. Cette situation montre des similitudes avec les EHPAD où la seule relation qui a subsisté a été une relation de soins, témoignant d'une forme d'impréparation des établissements face aux risque épidémique.

Ce constat souligne aussi l'existence d'une chronologie institutionnelle de la crise sanitaire qui, comme dans le cas de l'Ehpad (Balard *et al.* 2021), a largement contribué à façonner l'expérience de la crise et avec elle, celle de l'avancée en âge. À la différence du domicile, notamment en milieu rural, on a pu observer une chronologie institutionnelle du vécu de la crise sanitaire. Comme on va le voir dans la dernière partie, cette chronologie institutionnelle s'est construite en trois temps, ayant chacun contribué à façonner une expérience plus ou moins réussie de la crise sanitaire et de l'avancée en âge.

### *3.2. Des situations d'adaptation plus souples en milieu rural*

S'ils ont été provisoirement impactés, les individus dont le mode de vie est tourné vers le domaine associatif n'ont cependant pas été totalement dépourvus puisqu'un certain nombre d'entre eux ont déplacé leurs activités vers d'autres espaces, au domicile notamment, ou se sont dirigés vers d'autres pratiques de solidarité comme le bénévolat. Dans le premier cas, on a pu observer comment les membres de plusieurs associations s'étaient employés à organiser des temps collectifs au domicile des personnes. Ce constat vaut essentiellement pour les associations de zones rurales, la disponibilité de l'espace au domicile étant l'une des raisons évoquées dans les entretiens. D'autres hypothèses peuvent être avancées, comme les formes de solidarité locale, un contrôle des déplacements plus souple en milieu rural que dans les résidences, ou des relations d'interdépendance plus marquées entre voisin ou au sein des associations. Dans notre corpus, ces activités de remplacement regroupaient une dizaine d'adhérent.e.s au domicile et ont été organisées par ces personnes à partir de l'été 2021.

« C'est vrai que, ce qu'on a fait avec le club c'est qu'on a réuni une partie des personnes. On est un petit groupe bien soudé, alors vous vous imaginez, on n'allait pas arrêter de se voir. Alors on s'est vu chez Madame C. qui a une grande maison. Ça tombait bien parce qu'en plus c'est à mi-chemin des uns et des autres. On était une petite dizaine. C'est sûr qu'on faisait attention,



on mettait le masque et tout ça. Donc voilà. C'est comme ça qu'on a continué à se voir pour jouer aux cartes. Des fois on faisait du Scrabble aussi. » (Bertrand, 74 ans, membre d'une association des personnes âgées en milieu rural)

Bien que certaines routines collectives aient pu être maintenues, à l'image des activités dont parle Bertrand et qui se sont tenues après le premier confinement alors que les rassemblements de plus de 6 personnes étaient interdits, d'autres en revanche n'ont pas pu être adaptées. C'est le cas, par exemple des événements festifs qui, en temps normal, rassemblent un grand nombre de personnes dans cette association qui compte plus de 300 adhérent.e.s, le plus souvent réunis à l'occasion des fêtes de fin d'année :

« D'habitude, on organise le repas de Noël. Mais cette année on n'a pas pu le faire à cause du virus. Quand on fait notre repas avec le club, on est plus de 300 personnes. Alors là, entre toutes les personnes qui ne voulaient pas venir parce qu'elles avaient peur du Covid, et toutes celles qui habitaient loin, on a fait ça en petit comité. Comme pour les cartes, on est allé chez Madame C., et chacun a rapporté un petit quelque chose. Comme ça on a quand même pu se voir pendant les fêtes et c'était très bien (...). Mais c'est pareil, il y a des choses qu'on ne fait plus aujourd'hui, la marche par exemple, il y a beaucoup de gens qui venaient. Ça en tant que président de l'association moi, j'ai dû dire stop. Même si on était dehors, c'était trop compliqué ». (Bertrand, 74 ans, membre d'une association des personnes âgées en milieu rural)

L'arrêt de ces événements collectifs de célébration a été particulièrement marquant pour ces adhérent.e.s. La tenue de ces événements collectifs revêt en effet une dimension rituelle pour la plupart des enquêté.e.s, en même temps qu'elle constitue un point de repère temporel pour une partie d'entre eux et elles. Aussi, comme le précise Bertrand, en tant qu'adhérent et que président d'une association des personnes âgées en milieu rural : « beaucoup se sont sentis perdus » face à l'absence de ces temps de convivialité qui opèrent également comme marqueur temporel et moyen de conserver sa place dans les relations sociales de ce collectif.

D'ailleurs, certaines personnes se sont employées à garder un contact téléphonique avec d'autres membres de leur association afin de maintenir ce lien, tout en gardant également leur rôle et leur statut au sein du réseau de l'association. C'est le cas de Christiane, 72 ans, qui explique avoir téléphoné tous les deux jours à Mme N., une adhérente plus âgée de l'association et qui ne souhaitait plus se déplacer dans la commune.

« Mais moi, c'est sûr que je pense que pour certaines personnes ça a été plus difficile. Vous savez, ici il y a des personnes qui vivent dans des maisons toutes seules, elles sont loin de tout. Alors ça ne veut pas dire qu'elles sont

malheureuses mais c'est vrai que Madame N. par exemple, moi je lui téléphone tous les deux ou trois jours pour prendre des nouvelles. J'avais peur qu'il lui arrive quelque chose et que personne ne s'en rende compte. C'est une dame qui venait quelquefois au club, pas tous les jours évidemment parce qu'elle est âgée, mais elle fait quand même partie des adhérents. Donc voilà, pendant le premier confinement, moi je l'appelais tous les deux ou trois jours. Je pense que ça lui a fait une compagnie. » (Christiane, 72 ans, membre d'une association des personnes âgées en milieu rural)

Ce constat fait écho avec ce qui a été dit plus haut sur le fait que la crise a agi dans certains cas, comme élément de recreation d'âge sociaux entre des personnes plus jeunes, comme Christiane, et d'autres plus âgées, comme cette adhérente, à la fois au sens de l'âge chronologique, mais à partir d'indicateurs tels que l'isolement ou la santé. On retiendra ici que l'arrêt de la vie associative s'est traduit, pour une partie des personnes, par la mise en place d'activités de substitution (activités au domicile, appel téléphonique, etc.) permettant de maintenir un lien social et associatif, à l'échelle locale – le plus souvent, au sein de lieux-dits ou dans les communes rurales.

### *3.3. En milieu urbain, un arrêt de la vie sociale plus palpable ?*

On peut observer une différence avec les modes de vie associative en zone urbaine, modes qui n'ont pas fait l'objet de remplacement ou dans une mesure très limitée comme l'expliquent les membres d'une association d'aide téléphonique au sein d'une commune de plus de 100 000 habitants :

« [Le déconfinement] j'ai trouvé que c'était vraiment une très bonne nouvelle. Avec le confinement, j'avais l'impression que toute la vie s'était éteinte. J'avais l'impression qu'il n'y avait plus... qu'il n'y avait plus les mêmes activités, qu'il n'y avait plus les bruits de la ville... tout était éteint » (Brigitte, 71 ans, bénévole, milieu urbain)

Cet extrait qui montre le ressenti d'une membre active de l'association au moment de l'arrêt des activités tend également à indiquer le rôle de la socialisation à l'environnement, l'absence de bruit ayant été plus remarqué – parfois mal vécu – en ville qu'en milieu rural. Les effets de contexte, l'arrêt des activités et la transformation de l'ambiance urbaine ont occupé une place centrale dans le vécu du premier confinement (mars 2020). Face à l'arrêt des activités bénévoles et à la transformation soudaine de leur cadre de vie, les personnes vivant en milieu urbain ont mis en place des activités de remplacement qui se sont heurtées aux dispositions particulières de leur environnement. La plus grande rigidité dans l'application des règles

sanitaires dans les résidences autonomie qu'en milieu rural a contraint les modes d'adaptation à la crise, à la fois dans les déplacements individuels ayant fait l'objet d'un autocontrôle fort et dans le maintien des liens sociaux (les pairs étant souvent éloignés du lieu de résidence). Des activités associatives ont été privées de locaux. L'arrêt de la vie sociale urbaine a ainsi pu produire des formes d'anxiété chez les individus.

Dans le contexte de la Covid-19, l'espace urbain n'a *a priori* pas permis le déplacement des activités associatives, réalisées d'ordinaire dans des locaux associatifs, vers les espaces privés comme ça a été le cas en milieu rural. Le manque de promiscuité, l'absence d'espace d'accueil (maison ou jardin par exemple) ou les formes différenciées de solidarités urbaines et rurales (Mallon, 2011 ; 2013 ; Genty *et al.*, 2019) qui ont été évoquées au cours des entretiens expliquent les différences de transposition des activités bénévoles et associatives en contexte de crise sanitaire. Ainsi, la « retraite associative » (Guillemard, 1972) n'a pas été maintenue de la même manière en milieu urbain qu'en milieu rural, supposant pour les personnes vivant dans les villes de trouver d'autres stratégies de remplacement.

Cette différence d'adaptation au mode de vie associatif entre l'espace urbain et l'espace rural interroge également le cas particulier des résidences autonomie au sein desquelles les activités, et par là, la « retraite loisirs » (*Ibid.*), n'ont pas pu être reproduites ou transposées au domicile. Pour les personnes vivant en résidences autonomie, la mise en place des mesures sanitaires s'est le plus souvent traduite par un arrêt brutal des activités de loisirs proposées par les établissements et, dans une autre mesure, par la remise en cause des « retraites-convivialité » générant des effets de solitude inattendus.

Dans le cas du domicile urbain hors résidence autonomie, les stratégies de remplacement ont été maintenues sur des périodes relativement courtes, générant des frustrations et plaçant les personnes âgées dans des situations d'attente comme c'est le cas d'Annie, 70 ans, bénévole au sein d'un dispositif de soutien téléphonique, qui explique avoir essayé de reproduire ce type d'activité auprès de ses proches, avant de préciser la limite de cette stratégie de remplacement :

« Alors j'ai essayé d'insister auprès de [la directrice] mais elle me disait "non, non, non, c'est pour votre sécurité. Non, non, vous ne venez pas". Donc voilà, on s'est retrouvé presque trois mois sans pouvoir venir à l'association et les personnes n'avaient pas d'appel (...). Alors j'ai fait autre chose, j'ai fait mon petit dispositif de téléphone à moi, j'ai recherché des anciennes connaissances et j'ai appelé pour voir comment ça allait. Mais voilà, comme ce sont des connaissances, ce n'est pas pareil » (Annie, 70 ans, bénévole, milieu urbain)

La crise sanitaire a produit un effet paradoxal chez les personnes âgées bénévoles qui se sont vues passer de « personne ressource » à « personne vulnérable » étant elles-mêmes âgées de

65 ans et plus. L'âge a donc été un élément déclencheur de l'arrêt des activités bénévoles chez les seniors actifs dans la mesure où, comme dans la situation évoquée par Annie, un trouble est apparu dans l'identification des personnes « actives » et de celles « vulnérables ». Alors que la responsable du dispositif, de quelques années sa cadette, considère Annie comme une « personne à risque » en raison de son âge chronologique, Annie se définit quant à elle à travers son âge social et s'identifie plutôt en regard de son rôle d'aidante.

Renvoyé à sa seule dimension biologique, l'âge est devenu un facteur discriminant pour les seniors actifs assimilés aux personnes « vulnérables » et a paradoxalement conduit à des formes de mal-être, là où les mesures sanitaires avaient pour objectif de préserver cette population. Ces situations de mal-être ne résident pas seulement dans l'arrêt des activités bénévoles, elles relèvent plus largement d'un changement identitaire caractérisé par le maintien ou non des activités de bénévolat et le sentiment d'appartenance à un groupe. Or, le sentiment d'appartenance est un élément constitutif de l'identité sociale qui permet à la fois de définir une « identité pour soi », renvoyant à l'image que l'on a de soi-même, mais aussi à l'« identité pour autrui », c'est-à-dire à l'image que l'on souhaite renvoyer aux autres (Dubar, 1991). La suspension des activités bénévoles a donc aussi été vécue comme une remise en question de l'identité personnelle, en tant que « retraité actif », et une remise en question de la place des « âgés » dans la société.

#### 4. QUEL ROLE POUR LES PROFESSIONNEL.LE.S DU DOMICILE EN PERIODE DE CRISE SANITAIRE ?

Plusieurs observations en lien avec les personnels de santé et des services à domicile sont ressorties des entretiens. Notamment, l'expression d'une valorisation liée à la visibilisation de ces métiers souvent méconnus. De la même manière, la lumière a été faite sur ces personnels qui occupent généralement une place secondaire dans la division du travail sanitaire et social, l'ensemble des tâches les moins prestigieuses leurs étant le plus souvent déléguées (Hughes, 1996 [1956]). Dans ce contexte de visibilité auprès des personnes âgées, on a pu constater une certaine ambivalence dans la définition des tâches, partagées entre des soins curatifs et des soins de prévention, et la dimension relationnelle caractérisée par des savoirs « sociaux » et une expertise sociale utile à l'ensemble de la prise en charge (Arborio, 1996 ; 2001). À travers cette ambivalence, c'est la question de la médicalisation de la vieillesse et de la place accordée aux personnes âgées qui a été reposée, en particulier dans le cas des soins à domicile et en résidences autonomie. La crise sanitaire a rebattu les cartes de la médicalisation de la vieillesse alors même que les politiques publiques actuelles tendent à se tourner vers une plus grande autonomie de la personne âgée ainsi qu'au maintien au domicile et en « bonne santé »<sup>36</sup>.

La crise sanitaire a donc contribué à relancer la discussion sur la prise en charge du vieillissement au domicile, les conditions matérielles et relationnelles du « bien vieillir », et la représentation de la « personne âgée ». C'est également en ce sens que se sont déployées les principales politiques d'accompagnement des personnes âgées au domicile avec, notamment la mise en œuvre du Plan de protection des personnes âgées à domicile contre l'épidémie de Covid-19<sup>37</sup> fondé sur trois préconisations : la lutte contre l'isolement des personnes âgées ; la continuité des soins et les accompagnements à domicile ; le soutien aux aidant.e.s et le maintien des liens sociaux.

Considérée à l'échelle des personnels de santé et des services à la personne, l'épidémie de Covid-19 a eu pour effet de consolider le versant relationnel de l'accompagnement aux personnes âgées. Pour les aides à domicile, la Covid-19 a été un moyen de replacer une partie des tâches relevant généralement du *care* (Noddig, 1984) et des tâches relevant du « sale

---

<sup>36</sup> À titre d'exemple, on retiendra ici la Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, mais aussi la proposition de loi visant à agir pour préserver l'autonomie et garantir les choix de vie de nos aînés, et dont l'un des axes consiste précisément à « garantir le libre choix de la personne âgée en construisant une nouvelle offre d'accompagnement et de soins recentrée sur le domicile ». Version disponible : [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b4257\\_proposition-loi](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b4257_proposition-loi) (accès : juin 2022)

<sup>37</sup> L'ensemble du plan est disponible à l'adresse suivante : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_protection-personnes\\_agees\\_a\\_domicile-Covid-19\\_1\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_protection-personnes_agees_a_domicile-Covid-19_1_.pdf) (accès : juin 2022).

boulot » (Arborio, 1996)<sup>38</sup> au centre du travail. De l'aide à la toilette aux tâches ménagères en passant par les commissions, les tâches dotées d'un moindre prestige relatif ont pris une ici une autre dimension.

« Nous d'habitude, on fait les courses, le ménage, des fois on aide à la toilette, et puis l'après-midi on fait un peu les petites sorties. Ça c'est ce qu'on fait d'habitude. Mais là, avec le confinement ça a été particulier. Les personnes qu'on va voir, ce sont des personnes qui sont plutôt seules. Des fois elles n'ont plus de famille, ou alors leurs enfants et leurs petits-enfants habitent loin. Nous, on a servi un peu de deuxième famille ». (Nadège, 41 ans, auxiliaire de vie en milieu rural)

Pour les intervenant.e.s au domicile, ces tâches sont aussi l'occasion de saisir des éléments biographiques qui seront ensuite réinvestis dans la trame de travail. Ces « savoirs profanes » (Arborio, 1996) « permettent, par exemple, de signaler le manque d'appétit d'un malade ou bien d'identifier les signes avant-coureurs d'un malaise, bref de reconnaître les indices de l'évolution d'un état de santé, aussi bien que d'une sorte d'attention, de disponibilité permanente pour répondre aux demandes les plus diverses » (Arborio, 1996 : 91). En ce sens, la Covid-19 a conduit les salariés des services à la personne en milieu rural à adopter ou à consolider un rôle d'aidant comme l'explique Nadège, en comparant son expérience passée d'aide-soignante en Ehpad au travail d'aide à domicile au sein d'une Association d'aide à domicile :

« Alors oui, c'est sûr que pour nous c'est plus compliqué à domicile. Je veux dire, on intervient à tous les niveaux de la vie en fait. On s'occupe de beaucoup de choses en même temps. Des fois il faut faire deux passages dans la journée car les personnes ont des petites courses qu'elles ne vont pas forcément faire elles-mêmes. Alors nous quand on va chez les uns ou chez les autres et que c'est comme ça, on fait parfois un petit détour pour rendre service. Vous savez, on va pas les laisser comme ça ! (...) La crise ça a pas arrangé. Là on a des jeunes [collègues] qui sont parties parce qu'elles en pouvaient plus avec tout ce qui se passe. Bah voilà, on est fatigué c'est sûr, mais moi je vais pas les laisser comme ça ». (Nadège, 51 ans, aide à domicile)

On observe ici l'ambivalence de la représentation du travail à domicile partagé entre une attitude d'engagement relationnel et émotionnel auprès des personnes et une posture d'abandon et de retrait alimentée par des difficultés contextuelles. Pour autant, on voit

---

<sup>38</sup> Le terme initial est développé par E. C. Hughes en 1956 pour désigner l'ensemble des tâches les moins prestigieuses déléguées d , « Social Role and the Division of Labor », *Midwest Sociologist*, vol. 17, n°1, pp. 3-7. Traduit sous le titre « Division du travail et rôle social », in Hughes E. C., 1996,

également comment la relation d'aide constitue un enjeu de professionnalisation dans la mesure où elle occupe une place centrale de la représentation du métier. Aussi, la crise sanitaire a contribué à réactiver, ou du moins à renforcer cette image professionnelle pour ces catégories d'acteurs, en même temps qu'elle a participé à des phénomènes d'épuisement et de défection vis-à-vis du métier. Ce constat n'est pas tout à fait anodin dans la mesure où il traduit aussi plus largement l'ambivalence de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes âgées au domicile au moment de la crise sanitaire. Comme l'explique Françoise, coordinatrice d'une structure de Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) en milieu rural, la crise sanitaire a eu pour effet de provoquer une mise à distance de certains professionnels – notamment les personnels de santé à domicile – obligeant ces derniers à trouver d'autres modalités d'accompagnement et de suivi auprès des personnes âgées :

« Ce sont les personnes chez qui on ne faisait pas des passages tous les jours. C'étaient des passages beaucoup plus légers, des personnes chez qui on allait trois au quatre fois par semaine. Ils nous ont demandé de ne plus passer. Donc nous, ce qu'on a mis en parallèle, c'est un dispositif de suivi. On les appelait une à deux fois par semaines pour garder un contact avec elles. Parce qu'en fait, en face vous avez la résidence P. qui est un foyer logement, enfin, une résidence autonomie parce qu'on les appelle comme ça maintenant. Et donc du coup, là, c'était hyper réglementé et les personnes qui avaient besoin de soins matin et soirs, là, c'est pareil, moi je leur téléphonais tous les deux jours. On voulait garder le contact aussi parce que ce sont des personnes qu'on a eu l'habitude de voir très régulièrement. Certaines de ces personnes, on les voit depuis des années donc ça nous a paru important aussi ». (Françoise, 50 ans, coordinatrice SSIAD)

Cet extrait met en avant les différences de représentations entre les personnes âgées les plus autonomes au domicile (celles ne nécessitant pas de soins quotidiens) et qui ont parfois fait le choix de suspendre temporairement les soins, et celles, plus dépendantes, ayant choisi la continuité des soins.

En ce qui concerne la différence d'appréhension de la crise selon la dépendance aux soins, on retiendra que la pandémie semble bien avoir révélé des logiques implicites d'accompagnement souvent antérieures à la Covid-19. Ce type d'accompagnement soulève un réel enjeu puisqu'il a servi de ressource aux personnes âgées dans le maintien de leurs routines qui, comme on l'a vu, ont permis de garder une prise sur le monde et un certain contrôle de leur trajectoire d'avancée en âge. C'est d'ailleurs en ce sens que la continuité des soins en contexte épidémique a aussi constitué un lien de coordination entre les personnels, se rapprochant du modèle du *case management*, c'est-à-dire d'un « processus par lequel on obtient, coordonne et assure l'utilisation, par les usagers souffrant d'incapacités (...) des soins

et des services qui les aideront à satisfaire, d'une façon à la fois efficace et efficiente<sup>39</sup>, leurs besoins multiples et complexes. Le but ultime du *case management* est de favoriser la continuité des soins et de permettre que les différents professionnels et partenaires du système de santé soient accessibles, en renforçant leurs responsabilités partagées et leurs actions » (Petitqueux-Glaser *et al.*, 2010 : 112). Les personnels de santé et des services à la personne à domicile ont donc été des « personnes ressources » pour les personnes âgées les plus dépendantes, mais pas spécialement les plus isolées géographiquement ou socialement comme l'indique Catherine, 45 ans et aide-soignante à domicile (SSIAD) :

« Je pense que ce n'est pas si mal que ça [pour les personnes âgées au domicile]. Ça pourrait sûrement être encore mieux. Mais ils n'ont pas eu le manque de ceux qui ont été en Ehpad. Il y a une vraie différence je trouve. Après c'est plus un ressenti qu'autre chose, mais je n'ai pas ressenti plus de solitude. Après peut-être pour certains, mais est-ce que c'est vraiment lié au covid ? (...) Moi ils ne m'ont pas parlé de choses différentes en tout cas ».

À ce titre, et c'est le deuxième point soulevé par le témoignage de cette coordinatrice SSIAD, la représentation et la prise en charge des personnes âgées a été sensiblement différente selon le lieu et le type d'habitat (domicile et institution). Analysé au prisme de l'expérience des personnels de santé et des salariés des services à la personne, l'accompagnement des personnes âgées s'est effectivement structuré autour d'une représentation duale de la vieillesse. D'un côté il s'est traduit par une conception fondée sur le *care* et une position de sollicitude (Nodding, 1984) ; de l'autre, il s'est maintenu dans une conception biologisante de la vieillesse caractérisée par la vulnérabilité et la diminution supposée des capacités physiques et cognitives. Aussi, l'approche de la vieillesse s'est structurée d'une manière qu'on pourrait caractériser par le couple d'opposition « bienveillance » / « surveillance ».

Dans le cas des soins à domicile, le maintien des visites par les personnels de santé et les salariés des services à la personne s'est globalement inscrit dans le registre du *caring*, c'est-à-dire de l'attitude « bienveillante » à l'égard des individus. Cette attitude semble avoir été particulièrement marquée dans les premiers temps de la pandémie, les personnels de santé et ceux des services à la personne ayant indirectement endossé un rôle de substitution des proches qui, dans la plupart des cas, n'ont pas pu rendre visites aux personnes âgées au début de l'année 2020. Cette attitude n'était cependant ni tout à fait nouvelle, ni tout à fait homogène. Dans de nombreuses situations, la relation de substitution était déjà en place, notamment lorsque les proches (enfants, petits-enfants) des personnes âgées ne vivent pas à proximité ou lorsque que les liens familiaux sont coupés, mais également en fonction de la nature et de la durée de la relation de soin entre professionnels et usagers. À plusieurs égards,

---

<sup>39</sup> Patrick W. Corrigan *et al.*, 2008, *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation : an Empirical Approach*, Guilford Press. Cité par Petitqueux-Glaser *et al.*, 2010.



les personnels de santé et des services à la personne ont représenté une forme « d’interlocuteurs privilégiés » auprès des familles, et ce faisant, le relais de la situation des personnes âgées les plus isolées de leurs proches.

Plus largement, le constat selon lequel la continuité des soins et des services auprès des personnes les plus dépendantes a permis un maintien des routines au domicile et limité l’impact de la crise sanitaire sur cette population soulève non seulement la question du rapport à la vieillesse, mais aussi des continuités au domicile, c’est-à-dire des manières pour les individus de se maintenir dans un espace qui leur est familier.

## CONCLUSIONS DE LA PARTIE 1 : L'INFLUENCE DU PASSE SUR LE VECU DE LA PANDEMIE

Nos résultats soulignent que l'expérience de la crise sanitaire varient selon plusieurs éléments : l'âge, le contexte sociodémographique et l'appartenance générationnelle d'une part ; les modes de vie à la retraite et la capacité des individus à mobiliser divers répertoires d'actions d'autre part. Une lecture de la crise sanitaire au prisme de ces catégories permet de saisir plus finement les différentes sources de mal être liées à la crise sanitaire et les ressources mobilisées par les personnes âgées pour y face. On retiendra que la crise sanitaire a bien affecté les personnes âgées, mais de différentes manières (peur de la contamination, pertes de repères, de liberté et de liens sociaux, réminiscences de moments passés difficiles...) et à différents degrés selon les trajectoires et les parcours de vie des personnes. Celles dont les trajectoires ont été marquées par des ruptures et des tournants biographiques se sont révélées plus à même de traverser la crise sanitaire, mobilisant des ressources mémorielles individuelles (vécu d'un épisode douloureux) leur permettant de prendre du recul sur la situation. De la même manière, les personnes très âgées ont relativisé la pandémie, soit au regard d'évènements passés (2<sup>nd</sup>e Guerre Mondiale, épidémies d'après-guerre), soit au regard de leur grand âge et de l'acceptation d'une fin de vie potentiellement proche (« de toute façon, il faut bien mourir de quelque chose »). À l'inverse, les seniors actifs, nouvellement entrés dans la retraite et qui n'ont pas connus de ruptures biographiques ont été peu outillés face à la crise. Pour une partie d'entre eux, la pandémie a été plus difficile à vivre, agissant comme point de rupture dans leur mode de vie et les faisant entrer dans une forme de vieillesse déficitaire appréhendée au prisme du risque sanitaire.

Un autre constat découle de ces observations. Les « personnes âgées » constituent un groupe très hétérogène caractérisé par une multiplicité de situations biographiques, sociologiques, culturelles, économiques et biologiques qui ont pesé différemment sur le vécu et la représentation de la crise sanitaire. L'approche « âgisée » (« 65 et plus ») de cette population a eu pour effet d'invisibiliser des situations de mal-être liées aux parcours biographiques individuels (veuvage, isolement, maladie antérieure, rupture biographique, etc.) et donc antérieures à l'épidémie de Covid-19. Mais la crise sanitaire a aussi provoqué de nouvelles situations de mal-être, en particulier chez les personnes dont les liens avec la famille ont été entravés durant plusieurs mois ou pour celles qui ont vu leurs activités arrêtées temporairement sans pouvoir mettre en place des stratégies de remplacement. D'une autre manière, cet évènement a aussi contribué à *réactiver* des formes de mal-être, à l'image des personnes ayant décrit un sentiment de peur face à l'état de « guerre sanitaire », ou de celles ayant fait l'expérience de la maladie et pour qui la médiatisation et la gestion de la crise sanitaire ont provoqué des formes d'angoisse se traduisant par une limitation des contacts avec l'extérieur, voire des autoconfinements prolongés. Enfin, la crise sanitaire a contribué à

révéler des formes de mal-être antérieures à l'épidémie de Covid-19, à l'image des inégalités socioéconomiques dont on a vu, avec le rapport des Petits Frères des Pauvres (juin 2020) ou l'étude du Gérontopôle d'Île-de-France (Baclet-Roussel *et al.*, 2020), qu'elles avaient eu des effets négatifs dans le vécu du premier confinement.

En fonction des situations, il apparaît finalement que la crise sanitaire a pu générer des situations de mal être pour des personnes « vivant bien leur retraite » (comme dans le cas du couple de Jean et Claire) en engendrant des inquiétudes et des contraintes nouvelles, mais aussi réactiver des formes de mal être préexistantes (notamment pour des personnes qui avaient connues préalablement des problèmes de santé) ou renforcer les tensions pour des personnes dont les liens sociaux étaient fragilisés (par exemples celles engagés dans un l'aidance ou souffrant d'isolement). Pour autant, la pandémie de Covid-19 a également pu avoir pour effet de déclencher des moments de « reprise », c'est-à-dire des manières de se renouveler un rapport au monde à travers un nouvel état de la vieillesse ainsi qu'un ajustement des modes de vie à la retraite. Certaines situations de mal-être ont parfois été suivies de « rebonds singularisants » à travers lesquels les individus ont pu exprimer un nouvel attachement au monde (reprise d'activité, guérison, nouveau réseau social, etc.). La crise sanitaire n'a donc pas seulement produit des situations de mal-être ; elle a aussi déclenché des changements dans la perception de la vieillesse et des modes de vie à la retraite. Ce dernier point implique de se pencher davantage sur les continuités et les transformations des modes de vie à la retraite, mais également à travers elles, sur les conditions individuelles et collectives du « bien vieillir » en temps de de crise sanitaire.

\* \* \*

## **PARTIE II**

### **LES DYNAMIQUES D'AVANCEE EN AGE COMME ANALYSEUR DU VECU DE LA CRISE SANITAIRE**

L'analyse de la crise sanitaire chez les personnes âgées montre l'hétérogénéité des profils et des situations vécues au domicile. Celles-ci peuvent être appréhendées par l'intermédiaire du concept d'épreuve conçu par Martucelli (2006) comme des « défis historiques socialement produits, inégalement distribués » (*Ibid.*) que les individus sont contraints d'affronter avec les moyens qui sont les leurs. À la différence des épreuves étudiées par Martucelli qui sont inscrites dans le parcours de vie, la crise sanitaire revêt un caractère particulier en ce qu'elle comporte une part d'imprévisibilité propre aux dynamiques événementielles évoquées par Marc Bessin. En analysant le vécu de cet événement auprès de personnes âgées, il s'agit de comprendre ce qu'elle a généré dans leurs trajectoires de vie et notamment si, au sens au l'entend Beck (2001) elle a produit des formes de réflexivité conduisant à des tournants biographiques. À ce titre, nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle l'épreuve constituée par la crise sanitaire, et à travers elle le risque épidémique, le confinement et les mesures de distanciation, avaient produit une tension entre « désengagement<sup>40</sup> » et « maintien » au monde évoquée par Caradec dans l'épreuve du grand âge (2007).

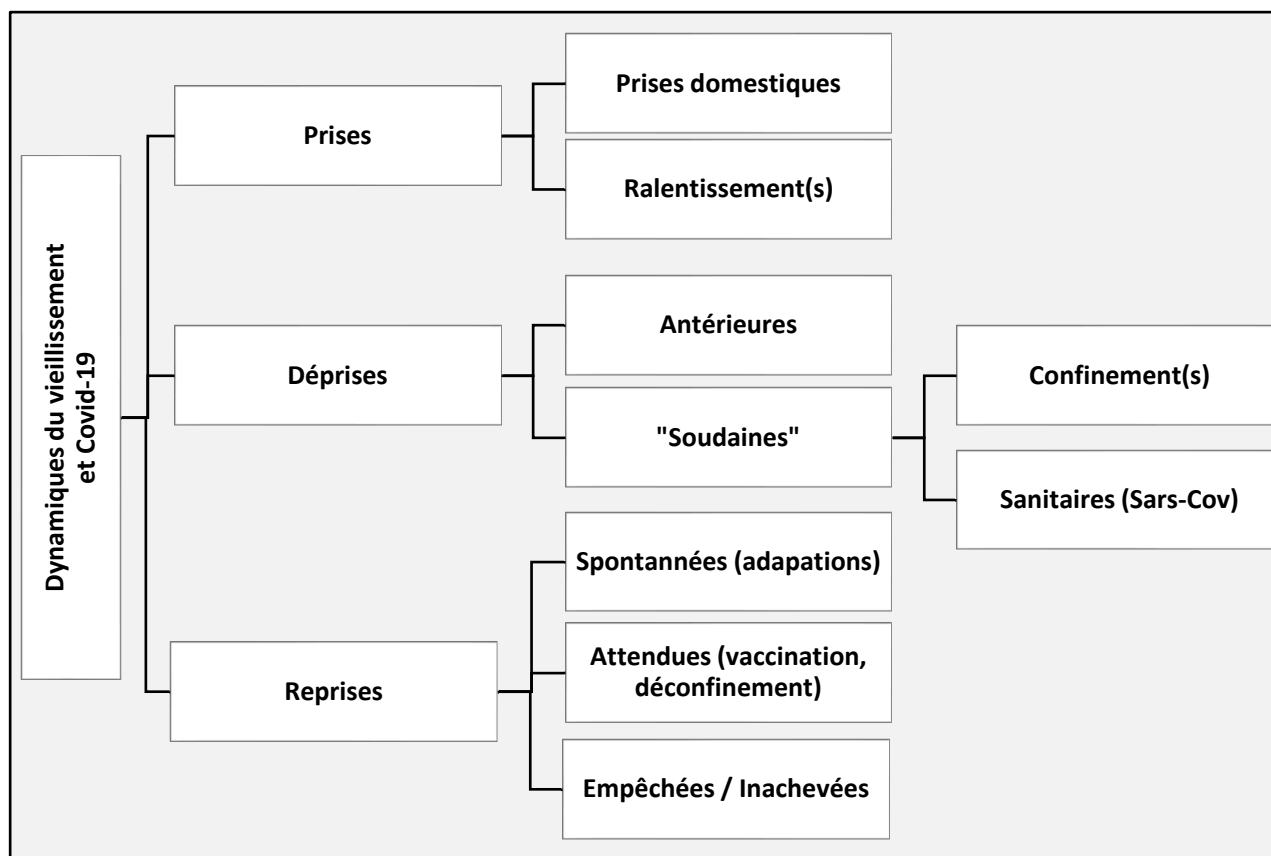
Dans cette perspective, nous proposons d'analyser le vécu de l'épidémie de Covid-19 sous l'angle des *dynamiques de vieillissement*, et plus spécialement sous les termes de « prise », de « déprise » et de « reprise » (*Ibid.*). Il s'agit d'interroger l'hétérogénéité des profils identifiés plus haut tout en les associant à des « types » de vieillissement. Cette approche vise à interroger la manière dont le vécu de l'avancée en âge, toujours sous l'angle des notions de « prise », de « déprise » et de « reprise », a influencé l'expérience de la crise sanitaire ainsi que la manière dont celle-ci, en retour, est venue transformer les parcours d'avancée en âge au domicile et en résidence autonomie.

Cette perspective nous a permis d'identifier trois formes de vieillissement au temps de la Covid-19 : 1) un *vieillissement par la continuité*, caractérisé par un ensemble de « prises » sur le monde, c'est-à-dire un mode de vie structuré par des habitudes et des représentations au monde permettant de garder un lien direct avec celui-ci – soit par des formes de prises « domestiques », soit par des ralentissements « spontanés » conduisant les individus à se raccrocher à des éléments du quotidien ; 2) un *vieillissement en déprise*, entendu comme une manière de réorganiser son rapport au monde en adaptant ses activités et ses représentations en fonction des changements individuels (corporels, cognitifs, sociaux), mais aussi contextuels (mesures sanitaires) ; 3) un *vieillissement resingularisant*, caractérisé par une attitude de « reprise » et des rebonds biographiques qui confèrent un nouveau rôle social, à travers de nouvelles pratiques et/ou une nouvelle perception de la vieillesse.

---

<sup>40</sup> Dans sa déclinaison initiale, le désengagement définissait un double mouvement : une mise à distance des personnes âgées opérée par la société, et l'accompagnement par ces derniers de cette position de replis et d'abandon de sa place en société.

Afin d'illustrer la relation entre épreuve de l'avancée en âge et épreuve de la crise sanitaire, nous proposons de présenter pour chacune d'entre-elle une situation « type » schématisée de la manière suivante :



## 1. ÊTRE « EN PRISE » : UN MOYEN DE SE MAINTENIR EN TEMPS DE CRISE

Plusieurs types de situations ont été identifiés dans la manière dont les individus ont gardé un ensemble de « prises » sur le monde, c'est-à-dire un ensemble de pratiques et de représentations permettant de garder un lien direct avec celui-ci. Nous avons considéré deux types de « prises » que nous avons nommées « prises domestiques » et « ralentissements spontanés ». L'une et l'autre amènent les personnes à se raccrocher à des éléments du quotidien dans le contexte épidémique. Nous présentons ici deux illustrations : celle de Geneviève (74 ans), retraitée locataire d'un appartement en résidence autonomie et qui, tout en alternant période de voyage en Asie (famille) et période en résidence, a entretenu un ensemble de prises culturelles, alimentaires, de consommation et de loisirs au domicile. Nous verrons que l'ancrage de ces routines dans son quotidien a constitué une ressource essentielle dans son vécu de la crise sanitaire en dépit des contraintes l'ayant obligé à rester en résidence. La deuxième situation concerne un couple de retraités (71 ans) vivant également en résidence autonomie et pouvant être considérés comme des « seniors actifs » en regard de leur mobilité géographique en France, ainsi que par la diversité de leurs activités de loisirs. Leur situation est particulière dans la mesure où elle traduit un changement de vie qui n'empêche en rien de garder un niveau d'activité répondant à leur mode de vie « avant covid-19 ». Ainsi, la crise sanitaire a provoqué un changement des activités de loisirs (voyages, sorties culturelles, etc.) qui ne s'est pas traduit par une rupture dans le parcours d'avancée en âge, mais plutôt par un « changement dans la continuité », une forme de « déprise-reprise » au monde caractérisé par un ralentissement des rythmes de vie et un investissement de la sphère domestique. Cette deuxième situation montre que les transformations liées à la crise sanitaire (suspension des activités, diminution des contacts avec l'extérieur, limitation des relations sociales) n'ont pas toujours eu d'incidence négative sur l'avancée en âge, en particulier lorsqu'elles se sont produites dans la continuité des parcours de vie.

### *1.1. Habiter son environnement : être en prise avec son monde*

Ce premier cas présente la manière dont Geneviève (77 ans), habitant en résidence autonomie, a aménagé son rapport au monde ainsi que la façon dont cet aménagement lui a permis de vivre l'épidémie de covid-19 sans bouleversement majeur en dépit de l'arrêt de certaines de ses activités (voyages, famille). La situation de Geneviève montre que la production et l'entretien de « prises domestiques », c'est-à-dire d'habitudes, de pratiques et de représentations avec les choses qui entourent l'individu, ont constitué une ressource dans le vécu des confinements et de la crise sanitaire.

Anciennement professeur de français à l'étranger (Asie), Geneviève 77 ans est une résidente « partielle » du fait de ses déplacements réguliers en Asie où vit son époux (87 ans). Partie à l'occasion d'un premier emploi en tant qu'enseignante, Geneviève a passé la majeure partie de sa vie en Asie avant de revenir en France à la fin des années 2000 pour des raisons « administratives ». En 2016, elle entre en résidence autonomie après avoir été locataire d'une chambre « chez une personne âgée ». Le choix de la mobilité résidentielle s'explique par la volonté d'indépendance de cette informatrice et par la fréquence de ses déplacements à l'étranger : « J'aime bien avoir mon indépendance et c'est vrai que chez cette dame, il y avait des moments où il fallait être présent ce qui ne m'arrangeait pas. Moi j'aime bien pouvoir partir régulièrement et pendant plusieurs semaines voire même plusieurs mois ».

Le choix de la résidence autonomie s'avère être un bon compromis pour Geneviève dans la mesure où il lui permet d'alterner des pratiques de mobilité à l'étranger et le maintien d'un point d'ancrage au sein duquel elle garde une indépendance.

« Je suis partie là-bas et je vais vous dire, j'étais très impliquée dans ma vie de famille. Tout ça pour vous dire, oui, bien sûr que je suis restée attachée à la France, mais de loin. Ce n'était pas comme les personnes qui revenaient à chaque vacance, voir la famille etc. Il m'est arrivé de ne pas rentrer en France plusieurs années durant. *Je vivais là-bas et je continue d'ailleurs, psychologiquement, à vivre là-bas. Je continue à vivre là-bas, à la fois dans ce que je fais au quotidien, ma cuisine, ma façon de penser, mais aussi dans mes relations.* »

En faisant le choix de la mobilité en résidence autonomie, cette informatrice a donc également rendu possible le maintien de ses habitudes culturelles, vestimentaires, alimentaires, habitudes qu'elle a reproduit au sein de son logement. Celui-ci a d'ailleurs constitué un espace ressource au sein duquel elle continue à vivre avec les routines et les représentations qui lui sont familières. Pour cette raison, la crise sanitaire n'a pas eu d'effets sur les prises domestiques de Geneviève qui explique :

« La Covid-19, moi, ici, ça ne m'a rien changé de particulier. Je suis restée chez moi, j'écoutais beaucoup de conférences à la radio. C'est ce que je vous disais aussi, j'ai beaucoup lu, mais je faisais comme quand je résidais en Asie ».

Le rapport au temps, dans le passage du temps d'avant au temps présent trouve ici une dimension particulière puisqu'il indique une forme de « secondarité » (Membrado, 1998) qui assure la continuité du mode de vie, au-delà même de la survenue d'épisodes telle que la Covid-19. La présentification d'un mode de vie antérieur (celui de la vie en Asie) ramené à la résidence autonomie constitue une prise centrale de la structuration du mode de vie de cette



enquêtée où le domicile devient espace de secondarité. Car, comme l'expliquait déjà Monique Membrado en 1998 : « la "secondarité" est, selon nous, une façon de se préserver des changements plus ou moins brutaux en maintenant vivace un pôle spatial, qui plus que dans l'espace nous ancre dans la durée. Ce qui prend un sens particulier quand on se trouve en fin de vie » (Membrado, 1998 : 97). C'est également ce qu'indique le maintien des pratiques culturelles (lecture, radio, reportages télévisés, etc.) au moment du premier confinement et qui ont été évoquées à de nombreuses reprises durant l'entretien comme autant de « prises immatérielles » sur le monde. Ces pratiques ont aussi été un moyen de garder un lien avec l'extérieur et une identité sociale – ici marquée par la trajectoire du voyage et le vécu à l'étranger. C'est en ce sens que cette résidente explique garder un lien avec l'actualité internationale, ce qui lui assure à la fois une prise de distance avec la crise sanitaire en France, et un maintien de son identité sociale et culturelle :

« Et bien je crois qu'il y a eu un affolement au début sur la Covid. Je trouve que tout a été très excessif, quand on me donnait le nombre des morts et tout ça. Je me dis que ce n'était peut-être pas la meilleure façon de présenter les choses (...). Mais à côté de ça je crois qu'on en oublie les gens, et surtout ceux qui sont en grande difficulté. Vous savez, il y a des choses très, très graves dans le monde, et avec la Covid on n'en entend plus parler. On entend plus parler du Bangladesh, on entend plus parler des ouïghours non plus alors que ça, ça aussi c'est très grave ».

Les prises culturelles de cette ancienne enseignante n'ont donc pas été impactées par la pandémie car l'accès à la culture « légitime » a pu être maintenue via certains médias (internet, radio, télévision). Cet ancrage culturel, issu de son parcours de vie, influence fortement ses perspectives et lui offre un moyen de prise de distance avec la gravité de la situation sanitaire française. En plus du lien maintenu avec l'extérieur (l'international), ces prises ont également rendu efficace la distinction avec les autres résident.e.s, et par là, la distanciation les routines de ces derniers que cette enquêtée partage peu.

« Je n'ai pas eu l'habitude de traîner dans les supermarchés, ni dans les centres commerciaux pour faire mes achats moi-même parce qu'en Asie, c'est mon mari avec une aide domestique qui y allait à sa place. C'est une vie très, très différente. Alors je n'ai vraiment pas été privé de ce qui se passe ici, du supermarché et ce genre d'endroits parce que ça ne m'intéresse pas. »

Au-delà des écarts de position sociale, on voit que la proximité ou la distanciation vis-à-vis de la crise sanitaire a contribué à définir l'expérience de celle-ci. On a pu observer que la crise sanitaire avait été moins ressentie chez les personnes « en prise » avec leur environnement immédiat, comme ça a été le cas pour certaines personnes interrogées en milieu rural. Pour

ces personnes, les routines et les liens avec le monde se sont en effet maintenus à l'échelle locale (commune, relations de voisinage, commerces locaux, etc.), marquant ici encore une distance avec « *ce qui se passe en ville* » (propos d'une enquêtée en milieu rural). Le cas de Geneviève contraste avec ces observations. En effet, si les prises et les lieux de secondarité qui sont les siens participent d'une continuité des routines, ils sont en partie immatériels et tournés, non vers le repli sur le proche mais vers un « ailleurs », un « autre » lieu et mode de vie.

Ainsi, il ne s'agit pas seulement d'une question d'espace (urbain/rural). La distance exprimée par Geneviève à l'égard de « *ce qui se passe ici* » montre une forme de détachement rendu possible par le fait que ses prises ne sont pas impactées par la crise et le confinement car ses prises sont mémorielles, culturelles, mais aussi parce qu'elle a l'habitude des liens sociaux « à distance » via internet, liens qui ne sont donc pas impactés par la crise dans la mesure où ils échanges sont réalisés via les technologies de l'information et de la communication (TIC). De la même manière, la crise sanitaire, et par là, les différents confinements et les mesures prophylactiques, n'ont pas non plus impacté les activités de proximité ni les relations avec les résident.e.s qui n'étaient pas investies par l'enquêtée :

« Pour moi, ici, [le confinement] n'a rien changé de particulier. Je suis restée chez moi, j'écoutais beaucoup de conférences à la radio. J'ai beaucoup lu, mais comme je faisais quand je résidais en Asie. Donc j'étais très bien chez moi pendant le confinement (...). Ce qui aurait été grave, ça aurait été une privation d'Internet. Voilà, la privation de tout ce qui est culturel m'aurait vraiment dérangé. Mais vous savez, j'ai des magazines, quand je les ai lus je les mets chez la voisine pour qu'elle puisse en profiter. Mais c'est vrai que les autres personnes ici, on s'est déjà parlé mais je ne suis pas vraiment intéressée ».

« *Toutes mes activités sont chez moi.* En tout cas une grande partie de mes activités. Et quand je ne peux pas aller voir une amie ici ou là, et bien je leur passe un appel. Mais je ne me suis pas sentie coupée du monde ».

Les liens sociaux significatifs pour elles ne sont pas entretenus par des visites et les relations de voisinage mais pas l'usage des TIC avec des personnes à distance de son domicile (plusieurs milliers de kilomètres). Ainsi, le confinement n'a pas mis à mal sa capacité à conserver du lien. À cela s'ajoute la possibilité pour elle de se projeter dans l'avenir, projection qui constitue un autre élément de prise sur le monde : si pour certains individus il est question d'attendre et de préparer la reprise d'activités au niveau local (attente des activités collectives en résidence, réouverture des locaux associatifs, reprise des activités de bénévolat, etc.), pour Geneviève il s'agit de prévoir ses futurs déplacements à l'étranger, renouant également avec la sphère familiale :

« Tous les jours j'ai des personnes au téléphone en Asie. Et puis, j'ai beau être en résidence, une partie de ma famille est en Asie. Ils sont déjà venus me rendre visite en France, mais quand je peux, c'est moi qui me rends en Asie. Dès que ce sera possible, je prévois aussi d'aller voir les enfants de mon mari qui sont en Amérique. Vous savez, j'ai une famille très étendue et qui vit aux quatre coins du monde. »

À la différence des autres résident.e.s, ce mode de vie et d'investissement de la résidence autonomie a aussi induit un rapport spécifique au temps. Pour cette informatrice, le fait de rester plusieurs mois sans voir physiquement ses proches – dont certains sont installés à l'étranger et qu'elle ne voit qu'une à deux fois par an – est quelque chose d'habituel. Ses routines temporelles n'ont donc pas été perturbées par rapport à celles et ceux dont les familles sont à proximité et pour qui la crise a pu avoir un impact plus important selon les modes de vie et les types de relations entretenues avec elles (fréquentation, proximité, etc.).

Cette situation indique que l'expérience des mesures sanitaires les plus strictes (confinement, limitation du temps et du périmètre de sortie) n'a pas eu réellement d'impact sur les routines de Geneviève. Dans un même ordre d'idée, et comme on l'a déjà observé dans la première partie du rapport<sup>41</sup>, les prises dont elle a pu bénéficier ont largement canalisé la peur de la maladie et les mesures adoptées par les individus pour s'en préserver. Dans le cas de Geneviève, la perception de la Covid-19 au prisme de son rapport au monde l'a amené à poursuivre ses activités tout en maintenant ses prises domestiques :

« [La Covid-19] ce n'est pas quelque chose qui me fait peur. Quand on a vécu là où j'ai vécu pendant 40 ans on s'habitue. Pour moi, je vais vous dire, la Covid-19 c'est une maladie comme les autres. Quand je suis arrivée en Asie, c'était la toute dernière campagne contre la variole. Il y avait des maladies très graves qui atteignaient des populations entières. J'ai travaillé avec plusieurs associations sur place pour contribuer à la vaccination contre la poliomyélite. Quand on voit des choses de cette ampleur, des maladies comme ça, on se dit que ce qui nous arrive c'est minime. *En tout cas, c'est gérable* ».

On voit comment, pour cette informatrice, la crise sanitaire n'a pas été vécue comme un événement sanitaire inédit. Son vécu des épidémies et maladies tropicales en Asie a fait office de cadre socialisateur face à la covid-19. Cette expérience ne s'est pas traduite par une rupture biographique caractérisée par l'entrée dans la vieillesse et dans l'incapacité, mais plutôt comme un épisode inscrit dans la poursuite de sa trajectoire biographique. La transposition de ses habitudes de vie (aussi bien dans l'aménagement de son appartement que dans le maintien de ses pratiques) a constitué une ressource dans la distanciation avec la crise

---

<sup>41</sup> Cf. : « Avoir connu les épidémies d'après-guerre », pp. 23-25.

sanitaire. Le fait de vivre à distance des événements en s'appuyant sur ses propres prises culturelles, mémorielles et sociales l'ont amené à se situer en dehors de l'évènement sanitaire et par conséquent à ne pas être touchée par lui. Aussi, on peut reprendre pour la crise sanitaire les mots de Monique Membrado au sujet de l'expérience de la mobilité (résidentielle et saisonnière) dans le processus du vieillir : « être ailleurs c'est aussi être un autre, autre que "vieux" » (Membrado, 1998 : 97).

### *1.2. Prises et ralentissements au prisme de la crise de COVID-19*

Le cas de Christian et Eliane (77 ans), un couple de « seniors actifs » vivant en résidence autonomie, a permis d'identifier un autre type de « vieillissement en prise » durant la pandémie. Leur situation d'avant crise se caractérise une forte mobilité, l'entretien des relations familiales, et leur inscription au sein de plusieurs réseaux associatifs. À la différence du cas précédent - dans lequel les prises mémorielles, culturelles et relationnelles ont été conservées en dépit des mesures sanitaires - nous avons identifié ici une forme de ralentissement lié à la pandémie. Bien que surprenant au premier abord, ce ralentissement de la mobilité et de la vie sociale a constitué une ressource dans le vécu de la crise sanitaire, permettant à ce couple de retraités d'investir leur nouveau lieu de vie tout en posant les bases d'une vie plus « modérée ».

Arrivés quelques temps avant le confinement du 17 mars 2020 en résidence autonomie, Christian et Eliane ont fait l'expérience d'un changement de rythme de vie, passant d'une retraite-loisir à une retraite-retrait (Guillemard, 1991 ; 2002). Loin d'être considéré comme problématique par ce couple pourtant actif, le confinement a agi comme cadre structurant de l'entrée en résidence autonomie :

« Mais là je vais vous dire, le confinement nous a fait beaucoup de bien ! Ça nous a fait beaucoup de bien parce qu'on a une vie à 100 à l'heure ! Et puis tout est arrivé en même temps. On avait une grande maison qu'on a vendue début 2020 et entre-temps on est arrivé à la résidence, pour y mettre nos affaires. Et juste après, ça a été le confinement. »

On observe ici que le premier confinement a participé à l'adaptation à la résidence autonomie en « rendant obligatoire » un ralentissement des activités apprécié par ce couple dans un contexte de changement résidentiel impliquant un important travail de gestion de la mobilité (vente de la propriété, déménagement, arrivée en résidence autonomie). Le premier confinement a donc été perçu comme bénéfique dans la mesure où l'arrêt des activités extérieures a permis à ces deux informateurs d'investir leur nouvel environnement, à la fois au sein de l'appartement et de l'établissement, mais aussi vis-à-vis du voisinage.

« On a été super contents de pouvoir se poser car on a couru à 100 à l'heure pendant des semaines. Je peux vous dire qu'on a bien profité de ce confinement. On en a profité en allant se promener au parc juste en bas de chez nous (parc de la résidence autonomie). On descendait prendre le soleil de tous les jours. Bien sûr il y avait de l'aménagement à faire dans l'appartement. Même si on a que deux pièces, c'est bien rempli (...). On a passé notre confinement à se promener, à faire du tri dans toutes nos affaires, à monter des meubles, à aménager notre nouveau chez nous. Ça nous a bien occupé pendant les trois mois. Dès que le mois de mai est arrivé et que l'on a pu bouger un petit peu plus, alors on a commencé à voyager ».

Si on voit ici comment le confinement a servi d'outil de domestication d'une vie plus « posée » au sein de la résidence, il faut également noter que cet événement est intervenu au moment où ces deux retraités ont fait le choix d'un nouveau mode de vie caractérisé par un ralentissement, et qu'il a favorisé leur acclimatation temporelle et spatiale dans ce nouveau mode de vie. Ces nouvelles prises domestiques ne se limitent pas au seul confinement de mars 2020 puisqu'elles s'inscrivent dans une temporalité plus large d'entrée à la retraite et de séparation avec les modes de vie antérieurs. Dans le cas d'Eliane, anciennement travailleuse sociale et bénévole dans plusieurs associations, comme dans celui de Christian, cadre supérieur très actif et souvent en déplacement en France ou à l'étranger dans le cadre professionnel, l'entrée à la retraite n'a été vécue ni comme une difficulté, ni tout à fait comme un « grand écart » (Guillemard *et al.*, 1995) :

« Le passage à la retraite s'est fait sans transition ! On a été tellement occupé même après la retraite que finalement c'était pareil que quand on était encore au travail (...). La retraite ce n'est pas quelque chose que l'on attendait forcément car mon mari et moi, nous avons chacun un métier qui nous plaisait. On pouvait partir à 60 ans mais on a travaillé tous les deux jusqu'à 65 ans. On aimait notre travail et on était tous les deux en bonne santé. Mon mari voulait refaire encore un trimestre de plus et là je lui ai dit que c'était bon, qu'il fallait s'arrêter ! Donc vous voyez, au final on a eu une vie bien remplie et elle continue d'être bien remplie ».

Le passage à la retraite n'a pas donc été vécu comme une rupture brutale en ce qui concerne la structure des activités, le maintien de l'espace relationnel ou le changement de statut, qui comme le rappellent Michel Loriaux et Dominique Rémy « sont ici trois aspects essentiels de la retraite et des processus de déstructuration qu'elle implique » (Loriaux *et al.*, 2005 : 79). À l'opposé de ce modèle de rupture, le maintien des prises spatiales, relationnelles et temporelles ont contribué à produire une image positive de la retraite. Le temps libéré par l'arrêt de la vie professionnelle a été mobilisé, non pas pour l'arrêt des activités ou des relations sociales et familiales comme dans certains cas, mais bien par un investissement de ces sphères que la vie professionnelle venait entraver :

« Mon grand plaisir à la retraite ça a été de ne plus avoir à gérer le planning des vacances ! C'était tout un bazar pour faire rentrer nos déplacements dans la famille avec nos vacances. On prévoyait toujours trop et on n'avait jamais le temps de tout faire. Il fallait calculer le nombre de congés, les jours fériés. Il fallait que ça tombe pile poil le temps que fassions la route. C'était un vrai travail d'organisation ! »

Comme on le voit dans ce verbatim, l'entrée dans la retraite est apparue comme une source de renouveau dans l'aménagement des loisirs et des relations sociales. C'est également dans cette perspective qu'Eliane et Christian ont pensé le choix de la mobilité en résidence autonomie, l'anticipation de la perte d'autonomie -et même du veuvage- ayant été moteurs de leur décision.

« On a des amis qui se sont retrouvés seuls du jour au lendemain alors qu'ils vivaient en couple depuis des années (...). Nous on s'est dit pas question qu'il y en ait un qui reste tout seul dans cette grande maison à vider, il y aura déjà le deuil à faire et ce sera suffisant ».

Ce couple se situe aussi dans une logique proactive d'anticipation de son vieillissement qui, comme dans le cas précédent, renvoie à un profil de classe supérieure (cadres supérieurs). En ce sens, le confinement et les mesures sanitaires, au-delà d'avoir été appréhendées comme une entrave au bien vieillir semblent plutôt avoir été considérées par ce couple comme un espace de protection face à l'instabilité sanitaire et à la maladie :

« On s'est dit que ce n'était pas le moment de le chopper. On a autre chose à faire de notre vie que de tomber malade et d'aller passer cinq jours ou plus hôpital et ne pas savoir comment en sortir ! donc voilà, sans être obsédé par le Covid, on a suivi les gestes barrières, on a pris nos précautions et on a continué de vivre ».

On retrouve ici encore la dimension conjoncturelle de la crise sanitaire où le respect des consignes sanitaires s'est articulé à une logique de maîtrise du nouveau mode de vie en résidence autonomie. Au contexte de mobilité résidentielle s'est ajouté le contexte sanitaire, l'institution ayant été appréhendée comme un espace protecteur face à la maladie. Dans le contexte institutionnel, on peut nuancer le constat selon lequel « le ressenti à l'égard des confinements est dépendant du niveau de sociabilité antérieur à la crise sanitaire (que l'on peut apprécier indirectement par la question sur l'évolution du sentiment d'isolement). Plus celui-ci était élevé avant, plus les mesures de distanciation sociale ont été mal vécues » (Nowik & Dhuot, 2022). En effet, si les mesures de prophylaxie ont été mal vécues par une partie des résidents ayant vu la diminution de leur niveau de sociabilité, pour d'autres, le fait de vivre en

résidence autonomie a été perçue comme une ressource vis-à-vis du risque sanitaire, le cloisonnement ayant marqué la séparation entre espace protégé et espace exposé en dépit même du niveau de sociabilité antérieur. Paradoxalement, ce sentiment semble avoir été exacerbé dans les situations de ralentissement des rythmes de vie et de diminution des relations sociales : le resserrement des interactions sociales autour d'un nombre restreint d'individus a limité l'exposition au risque sanitaire agissant positivement sur la charge morale liée à la peur de la maladie.

La situation sanitaire a influencé le vécu de l'entrée en résidence autonomie et, à l'inverse, celle-ci a agi sur le vécu de l'épidémie. Dans le contexte des fortes interactions sociales antérieures à la crise sanitaire, l'entrée en institution a constitué un cadre protecteur vis-à-vis de la maladie, en même temps que les mesures liées à la Covid-19 ont rendu possible le changement de mode de vie espéré par l'entrée en résidence : « *le Covid et ça a été une vraie pause, une retraite dans la retraite* ».

Cette « *respiration* » ne fait sens que dans la mesure où elle est resituée dans le contexte de forte activité relationnelle (familiale, associatives, de voisinage), de loisirs et de mobilité à l'échelle régionale et nationale de ce couple de retraité. À cet effet, la contextualisation de certaines situations vécues interroge le modèle de la « retraite active » comme idéal-type du « bien vieillir » : alors que certains individus ont fait l'expérience de nouvelles formes de mal-être en regard de l'arrêt des activités, la situation de ce couple tend à indiquer que ces formes de mal-être ne sont pas toujours imputables à l'arrêt des activités d'une part ; mais qu'en plus, la crise et les mesures sanitaires ont également pu contribuer à une redéfinition du « bien vieillir » au prisme du ralentissement. Dans la situation exposée ici, la crise sanitaire a bien eu pour effet de temporiser et d'opérer des arbitrages dans la gestion des activités et la redéfinition de prises avec le monde, alternant des temps d'activité et de temps de retraite-retrait :

« D'ici à la fin de l'année, on a encore plusieurs voyages de programmés. J'ai dit à mon mari qu'on se prenait un petit temps en début d'année pour finir de trier nos papiers. C'est bien beau de courir partout, d'aller voir la famille à droite et à gauche, mais il nous reste quand même pas mal de petites choses à faire ici. Donc on en a profité pour ralentir avec le confinement, ce serait bien de ne pas perdre ce rythme ! »

### *1.3. Situations d'attente et mise en place d'activités clandestines*

L'épidémie de Covid-19 a produit des situations d'attentes et des formes de « déprise soudaine » plus ou moins prononcées. Le cas de Mariette, retraitée de 72 ans vivant en milieu rural et positive à la Covid-19, montre que la pandémie a renforcé la tension exprimée plus

haut entre deux postures de « désengagement » et de « maintien » au monde au grand âge (Caradec, 2007). L'expérience de Mariette qui a contracté le SARS-CoV-2 et a impliqué une série d'évènements qu'on détaillera plus loin (pp. 102-106) témoigne en effet d'une ambivalence vis-à-vis des postures de prises et de déprises. À la différence des situations présentées plus haut, l'expérience de la crise sanitaire au prisme de la santé individuelle s'est organisée ici en fonction de la trajectoire de la maladie, c'est-à-dire en tenant compte « non seulement [du] développement physiologique de la maladie de tel patient, mais également [de] toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués » (Strauss, 1992 : 143). Précisons à l'instar des auteurs que « pour chaque maladie différente, sa trajectoire imposera des actes médicaux et infirmiers différents, différents types de compétences et autres savoir-faire, une répartition différente des tâches entre ceux qui travaillent (y compris, le cas échéant, les parents proches et le malade), et exigera des relations tout à fait différentes - qu'elles soient simplement instrumentales ou de l'ordre de l'expression - entre ceux-ci » (*Ibid.* : 144). Renvoyant à l'analyse du vécu de la pandémie au domicile, on ne s'attachera pas à décrire l'expérience en milieu hospitalier ou maison de repos. La notion de « travail » autour de la maladie est entendue ici dans sa dimension domestique, c'est-à-dire en tenant compte de l'ensemble des réaménagements de l'espace résidentiel, des routines, des relations de voisinages et des temporalités autour du domicile. C'est en ce sens que l'expérience de la crise sanitaire telle qu'elle a été vécue par Mariette s'est structurée autour d'un point de bascule particulier lié à ses antécédents médicaux. Ainsi, les premiers temps de la crise sanitaire

« Pour le confinement tout était super bien respecté. Je ne peux pas vous dire pendant combien de temps on ne s'est pas vu. Mais je peux vous dire que ça a duré un sacré bout de temps. Alors heureusement qu'il y a le téléphone, on se téléphonait très souvent. Sans ça je ne sais pas, je crois que ça aurait été long ».

Avec l'allègement des mesures sanitaires en juin 2020, Mariette a pu reprendre ses activités de loisirs comme la marche à pied ou les visites aux membres de l'association de personnes âgées. Le premier confinement n'a eu qu'une incidence limitée sur son quotidien puisque l'arrêt des activités au « club des personnes âgées » auquel elle se rendait régulièrement a été atténué par la mise en place de rendez-vous hebdomadaires d'une partie de ses membres au domicile :

« On avait le club de cartes, le club de Scrabble, tout ça. Tout ça, ça s'est arrêté, mais le mercredi je vais chez une cousine et on joue aux cartes, le jeudi c'est pareil on joue au Scrabble. Donc on met le masque, mais on continue à se retrouver. Le jeudi on se retrouve car le club n'est pas ouvert, mais on se retrouve à 10 personnes séparées dans deux pièces, on est assez



séparé et on met des masques aussi. Donc vous voyez, le club est fermé mais on se retrouve toujours chez les uns ou chez les autres (...). Donc on se retrouve un peu, je dirais de manière "clandestine" ».

Dans le cas de Mariette, comme dans celui des autres membres de cette association présents à cette occasion, les rendez-vous hebdomadaires au domicile ont permis le maintien des prises collectives et associatives sur le monde. Dans un contexte où la grande majorité des activités collectives ont été suspendues et où les lieux de sociabilités ont été fermés, le maintien de ces activités au domicile a permis de conserver des liens et de s'inscrire en continuité de son mode de vie sans être affecté par les mesures de distanciation physique (notamment la fermeture des lieux associatifs et l'interdiction de regroupement), mais aussi de s'inscrire dans des formes de prises pour les personnes que le confinement avaient placé dans des situations de rupture sociale et d'isolement.

Cette situation révèle que le besoin de lien social et d'activité n'est pas l'apanage de la jeunesse comme on a pu le lire dans les médias et qu'il s'inscrit également dans les modes de vie des seniors. Elle montre également que le contournement des consignes de distanciation a aussi été le fait de personnes âgées qui ont expliqué avoir contourné certaines règles (regroupement à plus de six personnes) en respectant cependant les règles de distanciation physique lors de ces rendez-vous au domicile. Dans le cas de Mariette, cette hiérarchisation s'est observée dans la manière qu'elle a eu de respecter les règles sanitaires durant le confinement, avant de participer aux rendez-vous hebdomadaires des membres du club des personnes âgées de sa commune peu après le déconfinement :

« Le confinement, on a tout arrêté, on n'est pas sorti. Tous les samedis mon fils venait dans le garage pour des bricoles, mais on ne se voyait pas. Il ouvrait le garage il faisait un coucou par la fenêtre et il repartait comme ça. On a fait comme ça et puis voilà (...). Je me mettais au jardin, mes voisins étaient dans leur jardin et puis voilà on discutait. J'ai pu voir des gens, je n'ai pas fait que du téléphone. Alors quand j'allais faire les courses, là, c'était un peu compliqué. C'est un peu compliqué, mais il fallait quand même que je mange (rires). Donc, je m'organisais jusqu'à ce que j'aie eu le Covid. »

\* \* \*

Plusieurs constats se dégagent de ces situations où l'on retrouve des personnes disposant de ressources culturelles, sociales et financières permettant *a priori* de « mieux » vivre la crise sanitaire. Pour elles, la Covid-19 a eu un faible impact, voir même quasi nul du fait de leurs capacités à maintenir des prises (mémorielles, culturelles) mais aussi du fait de leurs modes de vie, marqués dans le premier cas par une continuité des liens « à distance » avec les

proches et, dans le second cas par une aspiration au « ralentissement » dont le confinement s'est trouvé être la matérialisation. La troisième situation montre une forme hybride et une hiérarchisation des prises sur le quotidien (garder du lien social en dépit de certaines règles sanitaires ou de l'état de santé). Cette mécanique de prise sur le monde se retrouve également dans d'autres types de situations<sup>42</sup>, y compris chez des personnes qui ont gardé une prise sur les activités du quotidien au domicile privatif (maison individuelle), comme chez celles plus « isolées » vivant en milieu rural et dont le quotidien n'a pas ou peu été affecté par les mesures sanitaires en raison du maintien d'activités extérieures.

On notera aussi que les ressources culturelles, sociales et financières ont pu influencer le vécu de la crise sanitaire mais qu'elles n'en constituent pas le seul ressort. Pour des profils moins dotés, comme c'est le cas d'Evelyne, 68 ans, anciennement ouvrière et résidente, disposant de faibles ressources sociales et financières, mais qui a pourtant gardé ses prises domestiques, la grande partie de son quotidien étant centré sur des activités d'intérieur et individuelle (télévision, radio, couture). C'est également le cas de Bertrand, 74 ans, agriculteur à la retraite vivant en milieu rural qui explique avoir « *continué à (s)'occuper de (son) terrain et de (ses) animaux* ». Il en est de même pour Marie, 89 ans, vivant seule au domicile familial en milieu rural et qui s'est occupée de son jardin durant le premier confinement. À la lumière de ces différentes situations, on a pu observer qu'il est possible d'avoir des prises qui font « tenir » sans nécessairement disposer de ressources culturelles importantes. On peut également constater que la manière d'habiter le domicile et les prises que les individus y ont produites ont largement contribué à définir le vécu du confinement, parfois même indépendamment de ressources financières ou du type d'habitat. Vivre le confinement en appartement a été plus simple pour les personnes disposant des prises nécessaires - le cas d'Evelyne pour qui « le confinement ça n'a rien changé » - que pour des personnes parfois plus dotées financièrement et disposant d'un habitat plus grand.

---

<sup>42</sup> Voir partie 1 : « Bien/mal vieillir » au temps du covid-19 ? ».

## 2. DEPRISE(S) : ENTRE RESSOURCES ET CONTRAINTES FACE A LA CRISE

Les situations de « prises » ont permis d'identifier plusieurs dynamiques de maintien des routines et des habitudes domestiques, en dépit de l'arrêt des activités ou de la transformation des cadres ordinaires de la sociabilité des individus. Pour autant, la diversité des cas analysés nous a également conduit à identifier une autre dynamique d'avancée en âge caractérisée par la « déprise ». Celle-ci désigne « un processus actif de réorganisation de l'existence au cours du vieillissement » (Caradec, 2007 : 18). Elle peut se matérialiser par des modes de retrait au monde ainsi que via des modes d'adaptation et d'acceptation des changements physiques, relationnels et cognitifs liés à l'avancée en âge. Le contexte d'une de la crise sanitaire a eu pour effet de générer plusieurs formes de déprises.

Deux formes de déprises ont été identifiées dans l'enquête : une déprise « longue », antérieure à la crise sanitaire, qui a contribué à façonner l'expérience de la pandémie et le vécu de l'avancée en âge ; et une déprise « soudaine », produite par la crise sanitaire et dont les effets ont été observés à court et moyen terme sur le quotidien des individus. Plusieurs situations seront présentées ici. La première concerne Jeannine, une femme âgée de 99 ans, et qui a contracté la Covid-19 en janvier 2021. Son expérience de la crise et de la maladie montre l'impact relatif de celles-ci sur son vécu de l'avancée en âge. Et pour cause, cette enquêtée a relativisé l'impact de la crise sanitaire en raison d'un certain détachement au monde, sans pour autant être coupée de celui-ci. L'analyse de son récit montre un intérêt modéré pour sa propre situation, à l'inverse de l'inquiétude qu'elle a manifesté au sujet de ses enfants et de ses petits-enfants. Par contraste avec cette première situation, nous verrons comment la crise sanitaire a engendré des formes de déprises « soudaines » qui ont accéléré l'entrée de certains individus dans des formes de vieillesse non anticipées et parfois mal acceptées. On s'intéressera aux cas de plusieurs retraités bénévoles qui, à la différence des situations présentées plus haut, ont vu leurs « prises sur le monde » entravées par la crise de Covid-19 et ont tenté des réaménagements plus ou moins réussis de leur quotidien. À ce premier type de « déprise » généré par la crise sanitaire s'ajoute un autre type de déprise soudaine concernant les personnes atteintes de maladie chronique ou touchées par la Covid-19. On verra que ce deuxième type de déprise a agi sur les représentations de soi et sur l'image de la vieillesse, générant des formes de mal-être chez des personnes que la crise sanitaire a rendue vulnérables.

### *2.1. Jeannine : une trajectoire de la déprise entre routinisation et maintien au monde*

Retraitée de la fonction publique territoriale, Jeannine, 99 ans, vit seule dans un appartement de plusieurs pièces et sans installation médicale spécifique, dans une commune de 10 000

habitants d'un département rural. Cette informatrice qui a contracté la Covid-19 en janvier 2021 est revenue au domicile après avoir passé un mois en maison de repos. Depuis, elle bénéficie d'une aide à domicile ainsi que de soins réalisés par une infirmière à domicile une fois par semaine. Elle est autonome et en capacité de cuisiner des « repas légers ». Elle indique être « plus fatiguée qu'à l'ordinaire » depuis qu'elle a été testée positive à la Covid-19. Cependant, elle affiche un certain détachement vis-à-vis de la situation. C'est sur ce détachement que nous nous arrêterons pour comprendre son expérience de la crise sanitaire et, à travers elle, celle du vieillissement. Malgré l'ampleur et le caractère inédit de la pandémie, le sentiment de peur et de mal-être exprimés par Jeannine est plutôt faible. Si la peur de contracter la Covid-19 est bien présente dans son discours, elle ne semble pourtant pas affecter ses activités quotidiennes :

« Ah, mais je n'avais jamais vu ça presque en cent ans. Au début, moi je mettais le masque, je faisais attention (...). Mais je pense que ça m'a moins surpris que quelqu'un qui circulait librement. Je me suis dit "*bon, il faut faire attention, très attention*". J'ai mes voisins, là, à côté, depuis le confinement, ils ne sortent plus du tout ».

« Je ne me sens pas inquiétée plus que ça. Pas plus que ça, parce que je mets le masque, je me lave les mains. MAIS c'est vrai que mes voisins ne sortent plus eux. Alors bon, on se téléphone quand même. On se donne des nouvelles, mais je ne les ai pas vus depuis déjà quelque temps ».

La mise en place des gestes barrières, sans incidence directe dans le quotidien de Jeannine lui permet de maintenir un niveau d'activité suffisant comme on le verra ensuite. C'est aussi pour elle un moyen de gérer le sentiment de peur et ainsi de continuer à sortir « *en faisant attention* ». La comparaison aux voisins relève d'un mécanisme de comparaison descendante bien décrit par la sociologie du vieillissement qui consiste en une revalorisation de sa situation en rapport à une autre jugée moins bonne. Ici, les voisins sont présentés par l'informatrice comme plus « contraints » qu'elle ne l'est.

Pour autant, lorsque Jeannine évoque son séjour en maison de repos, puis son retour au domicile après avoir été malade du COVID-19 elle explique avoir ressenti un sentiment de peur lié au risque élevé de développer une forme sévère. À cela s'ajoute une forme d'incompréhension liée au fait d'avoir contracté la maladie en dépit des gestes barrières qui lui permettaient précisément de canaliser cette peur liée à l'épidémie :

« J'ai été un peu choquée quand même, je me suis demandée "*comment ça se fait ?*". Moi qui ne sors pas comment ça se fait ? Mais bon, comme mon fils l'a eu, et qu'il est venu me voir, bon bah voilà ».

« Ah, mais je n'en revenais pas. Je me suis dit "*ça y est, tu vas y rester*" (*rires*). Et quand je suis partie au centre de repos, je me suis vu fixer le rideau dans ma chambre (domicile), et je me suis dit "*ça y est, c'est fini. Tu ne reviendras sûrement pas te coucher dans ton lit*". Je me sentais quand même fatiguée. Et puis je me suis dit que je ne pourrais plus coucher seule ici. Je ne pourrais plus coucher seule ».

Cet extrait illustre comment la perception du risque de contamination repose généralement sur l'opposition entre une « maisonnée » protectrice et un extérieur « à risque ». Ainsi, ne pas sortir et recevoir son fils apparaissait pour elle comme un moyen de se préserver de l'épidémie en mettant à distance l'étranger et l'extérieur dans une représentation quasi cosmogonique de la maladie (Andoche, 2009). Cette perception du risque - et de l'absence de risque au domicile - fait échos aux travaux de Mary Douglas (1966) où ce qui paraît impur et contaminant, comme ici le virus, est avant tout « quelque chose qui n'est pas à sa place » (1966 : 55). Comme la souillure, le virus, est « essentiellement désordre » (*Ibid.*) et ne peut *a priori* pas se retrouver au domicile qui lui apparaît « maîtrisé » ni chez le fils qui fait figure d'extension de soi. Le domicile, plus qu'un simple lieu de résidence, est également son lieu de vie, ordonné par un ensemble de routines structurant son rapport au monde.

Autre point central de son expérience, lorsque Jeannine évoque sa convalescence en maison de repos après avoir contracté le COVID-19, elle mentionne principalement des éléments relatifs à son quotidien, aux relations qu'elle a noué sur place, etc. :

« J'ai un bon souvenir de la maison de repos. Le personnel, le docteur d'abord et le personnel, et les repas aussi, très, très bien. De la bonne cuisine, tout était aux petits soins. Moi je dis très, très bien »

« Au réfectoire, on était à peu près une quinzaine. Et moi j'allais manger au réfectoire, en parlant aux autres personnes. Et presque tous ceux qui étaient là venaient se retaper de l'après-covid. Ils venaient de toute la région. Il y a une dame avec qui je téléphone parfois et avec qui j'ai fait connaissance là-bas, cette dame est de N. (70 kms) ».

Ces extraits montrent combien le vécu de la maladie et la perception de la gravité doivent être resitués au regard d'éléments de contexte : alors que le grand âge et l'hospitalisation pourraient laisser envisager que notre informatrice considère l'expérience de la maladie sous un angle très négatif, il apparaît qu'elle s'attache davantage à ce que la maladie a produit pour elle. Ainsi, la peur du covid apparaissait associée à la peur de perdre prise sur sa fin de vie : quitter son domicile, ne plus revoir sa maison, ne pas mourir chez soi. Or, il s'avère que son expérience en maison de repos est venue contredire cette inquiétude et s'est au contraire révélée une expérience génératrice de réassurance et de lien social.

Son retour au domicile a contribué à ce sentiment de réassurance. Ainsi, malgré un essoufflement et une fatigue plus prononcée, l'état de santé de Jeannine ne semble pas avoir pris sur la poursuite de son quotidien. Pour elle : « *le COVID n'a pas tellement changé les choses* ». En particulier parce qu'elle explique avoir observé des changements bien avant, notamment au niveau de ses capacités physiques : « *c'est parce que depuis 1994 je ne "monte" pas, je "descends" plutôt (au sujet de l'état de santé). C'est à peu près...* ».

On voit ici comment Jeannine, s'emploie à réajuster ses activités au prisme de sa santé déclinante, y compris lors de son expérience de la maladie COVID-19. Pour elle, la crise sanitaire n'entrave pas le quotidien, déjà entravé par ailleurs, et s'insère dans la continuité du parcours de vie. D'ailleurs, l'informatrice nous précisera ensuite que ses activités ont moins changé avec la crise sanitaire et la maladie COVID-19 qu'avec la diminution des capacités physiques liées à l'avancée en âge.

« Moi je vous dis, si je n'avais pas été handicapée, oui ça aurait changé quelque chose. Parce que j'allais promener très souvent avant. Mais maintenant que je ne sors plus... je vous dis, quand il y avait toutes mes amies, on était cinq. Mais maintenant, il n'y a plus que celle qui me promène le mardi matin, et je viens d'apprendre qu'elle vient de se casser le col du fémur. Après, il y en a une qui est décédée. Ça ne va plus dans le groupe. Mais, comme je ne sortais déjà plus le Covid et tout ça ne me prive pas. Je ne suis pas trop aperçue. Enfin si, qu'il fallait circuler avec un masque pour la promenade ».

Outre le fait que Jeannine explique que ses restrictions d'activités sont antérieures à sa contamination par la Covid-19, il apparaît qu'elle compare sa situation à celles de son groupe d'amies. Parmi les cinq personnes qui le constituaient, on comprend que quatre sont décédées et que la dernière s'est cassé le col du fémur générant une forte incapacité de mobilité en comparaison de Jeannine qui est autonome. À nouveau l'informatrice procède par comparaison descendante et estime qu'au regard de celles-ci sa situation est plutôt « bonne » malgré le contexte sanitaire, les confinements, etc.

Jeannine rapporte son entrée dans la vieillesse à 94 ans, lorsque les premiers signes d'une diminution de ses capacités à la marche ont commencé à apparaître. Ainsi que l'a montré Frédéric Balard (2011), la marche constitue pour les personnes très âgées un étalon de mesure du vieillissement. Ce faisant, elle reconnaît être vieille – même si elle marche encore – et ne voit pas en quoi la covid a aggravé son état. Tout se passe comme si une fois entré dans la vieillesse, il n'était plus possible de vieillir (*Ibid.*)

« Alors je vais vous dire, j'ai eu de la chance parce qu'à 94 ans, je ne m'étais pas rendue compte que j'étais vieille (...). Je montais la rue et je me disais "ce n'est pas possible !", moi qui avais la réputation d'être une bonne

marcheuse (...). Et là, les gens commençaient à me dépasser, par derrière. Et là je me disais "mais qu'est-ce que c'est ?". Il me semblait que je marchais vite. Mais non, je ne marchais plus vite. Et puis, petit à petit, j'ai passé des radios, et bon, je me promenais en donnant le bras à mon amie, et en tenant la canne de l'autre côté ».

Avec l'avancée en âge, certaines activités tendent donc à se réduire, entraînant une transformation du rapport à soi (*Ibid.*). Pour autant, cette transformation des capacités physiques peut amener à se tourner vers d'autres activités, la substitution permettant de maintenir un rapport au monde. C'est du moins ce que tend à indiquer le discours de Jeannine qui témoigne d'un emploi du temps routinisé lui assurant une certaine familiarité avec le monde :

« Le lundi je fais du scrabble avec une amie. Le mardi, j'ai une autre amie, mais c'est celle qui me promène, en principe. Le mercredi, j'ai une autre amie qui vient pour jouer, mais on blague aussi beaucoup (rires). Et après, le vendredi et le samedi, je suis seule, mais enfin bon, je fais des bricoles. Et maintenant ce qui m'ennuie c'est que je n'y vois pas trop pour lire. Je suis allée chez l'oculiste et il m'a donné des lunettes que pour lire. Il faut que je retourne faire faire des lunettes, mais là aussi, il faut que mon fils m'y emmène ».

Les propos de notre informatrice montrent comment, même lorsqu'une personne se considère « vieille », il lui est possible de trouver, au sein d'une trajectoire de déprise longue, des aménagements accompagnant et adoucissant la trajectoire descendante du vieillir. Ici, le quotidien est structuré entre l'adaptation des activités au grand âge, le maintien de sociabilités avec les pairs et la mise en place de micro-constructions personnelles où « la solitude devient alors un outil de maîtrise de son propre vieillissement, une solitude habitée qui est l'indice d'une identité pour soi renforcée (Schurmans, 2003) » (Campéon, 2015 : 227). Le cas de cette informatrice est particulièrement instructif puisqu'il montre comment la crise sanitaire et l'expérience de la maladie COVID-19 se sont révélées gênantes dans la continuité de certaines « routines de confort » (ne plus aller à la boulangerie, au coiffeur, etc.), sans pour autant avoir entièrement entravé ses habitudes ni ses activités quotidiennes. Comme elle le précisera d'ailleurs dans la suite de l'entretien au sujet du premier confinement :

« Bah je vous dis, je ne m'en suis pas beaucoup aperçue parce que je sortais tellement peu. Moi ça ne m'a pas beaucoup changé parce qu'il n'y que, il y a un an de ça, j'étais avec le déambulateur, je donnais le bras à ma femme de ménage ou à mon amie. Alors ça ne m'a pas tellement changé... »

À 99 ans, malgré son isolement et son autonomie relative, Jeannine semble donc avoir suffisamment de routines et de pratiques en concordance avec ses attentes pour vivre la crise sanitaire comme une expérience inscrite dans la continuité de sa trajectoire biographique. L'épisode de la maladie n'est pas distingué des multiples autres problèmes de santé dans la mesure où cela n'implique pas pour elle de transformation profonde dans ses routines.

« Je n'ai pas besoin de soins spéciaux. Alors, quand on prend petits morceaux par petits morceaux tout va bien, mais quand on regarde dans l'ensemble je vois que je fatigue maintenant. Mais c'est ça aussi la vieillesse ».

## *2.2. Déprises « soudaines », associations, trajectoire de la maladie*

À l'inverse de la situation présentée ci-dessus, la crise sanitaire a aussi contribué à produire des formes de déprises « soudaines » plus ou moins longues selon les individus. Nous avons identifié plusieurs formes de déprise soudaine. Tout d'abord, une déprise essentiellement liée au premier confinement qui a conduit à un changement des modes de vie et à une accélération du parcours d'avancée en âge – sans que celui-ci soit systématiquement une source de mal-être. Ensuite, une déprise liée à l'arrêt des activités associatives qui, bien que temporaire, a traduit la nécessité pour certains individus de garder une activité permettant le passage de la vie active à la « retraite-retrait » et qui interroge en ce sens le modèle du « vieillir actif ». Enfin, une déprise pour raison médicale qui montre que la notion de « crise » n'est pas exclusivement rattachée aux mesures sanitaires ou à l'épidémie de Covid-19, mais qu'elle dépend également de l'expérience de la maladie et de problèmes de santé préalables à la survenue de l'épidémie.

### *2.2.1. Déprise soudaine ? Les effets de l'arrêt des activités associatives dans l'avancée en âge*

Les entretiens réalisés auprès de bénévoles de 60 ans à 75 ans d'un dispositif d'appel téléphonique pour les « séniors isolés » permettent d'illustrer le premier type de déprise soudaine identifiée dans notre étude. Pour cette population socialement active, l'entrée dans la crise sanitaire, et plus particulièrement le confinement du 17 mars au 3 mai 2020, a été particulièrement difficile à vivre. L'arrêt brutal des activités associatives et du bénévolat s'est traduit par un sentiment d'enfermement au domicile (parfois même en dehors de la levée des restrictions), mais aussi par un mode de « retraite-retrait » non anticipé, en rupture avec leur mode de vie précédent :



« C'est surtout le premier confinement qui était le plus difficile parce qu'il y avait plein de sortie et j'ai l'habitude de marcher longtemps. J'aime beaucoup sortir, prendre mon temps marcher, me promener en ville »  
(Alain 71 ans, bénévole)

Pour ces individus, l'expérience de la crise sanitaire s'est structurée autour de l'ambivalence « arrêt / reprise » des activités, reprise le plus souvent attendues par les bénévoles comme par les bénéficiaires des appels. Les seniors bénévoles n'ont pu se réinvestir pleinement au sein de réseaux associatifs et sociaux que lorsque les activités de bénévolat ont recommencé, et le plus souvent en aménageant leurs habitudes, en raison des règles de distanciation, des mesures d'hygiène, etc. Comme le précise une informatrice, la reprise de certaines activités a joué un rôle moteur dans la reprise d'autres activités :

« Je vais vous dire, on était heureux ! Heureux ! Enfin ! Ça a été une grande joie pour tout le monde, et même pour nous, moi, j'étais ravie. J'étais ravie de revenir, parce que moi aussi, j'étais confinée chez moi. Donc j'étais heureuse, j'étais heureuse d'avoir un prétexte pour sortir, parce que c'est vrai qu'on n'avait plus forcément de prétexte pour sortir. On n'avait plus envie de sortir, hormis les courses. » (Annie, 72 ans, bénévole)

On voit ici comment l'arrêt provisoire de certaines activités (bénévolat) a déclenché un arrêt consécutif d'autres activités chez ces personnes. Ce constat montre que pour certaines personnes âgées, la rupture d'un type d'activité centrale a joué un rôle de déclencheur sur la transformation des routines et conduit à une entrée prématurée dans une trajectoire de déprise « contrainte ».

« Au premier confinement on n'a pas suivi les abonnés téléphoniques. On n'avait pas le droit de venir au centre d'appel pour téléphoner aux abonnés. C'est ça aussi qui a été très dur pour moi. Au deuxième confinement ça été différent. On a pu reprendre les appels. C'était une bonne nouvelle. Et moi, j'ai un emploi du temps avec des activités. Le lundi et le jeudi matin, je viens toute la matinée pour l'accompagnement téléphonique. Et quand il n'y avait plus ça, ça faisait un trou dans mon emploi du temps. » (Sylvie, 71 ans, bénévole)

De manière assez contre-intuitive, il apparaît que le premier confinement a davantage pesé sur les bénévoles du dispositif que sur les personnes qui en sont les destinataires (« seniors isolés »). Si les unes et les autres relèvent de la catégorie statistique « personnes âgées », leurs modes de vie diffèrent fortement et il s'avère que l'engagement bénévole des appelant.e.s n'est pas seulement un moyen de lutter contre la solitude des appelés mais qu'il est aussi un moyen de se préserver eux-mêmes de la solitude.

La reprise de l'activité primaire (ici le bénévolat) a aussi eu une influence sur d'autres sphères de la vie individuelle. En reprenant l'activité qui structure une partie de la dynamique d'avancée en âge, les personnes appartenant à cette catégorie de « déprise soudaine » ont pu également réaménager une partie des activités secondaires qu'ils avaient délaissés provisoirement. C'est le cas de l'aménagement de l'emploi du temps (sortir en fonction de l'activité primaire), mais aussi de la vie sociale impactée par une déstabilisation des routines. Ce constat a été particulièrement observé en début de pandémie, lorsque la plupart des activités quotidiennes et des routines ont été suspendues. Les mesures sanitaires telles que la zone de déplacement dans un rayon de 1 km ou le droit de sortie d'une heure pendant le premier confinement ont plus spécialement impacté les routines spatiales et temporelles de ces personnes. La levée des restrictions et la reprise progressive des activités ont permis de saisir le caractère souvent provisoire de la crise sanitaire sur la vie quotidienne. Pour autant, certains gestes acquis durant l'épidémie de Covid-19 sont venus se substituer aux habitudes antérieures, laissant parfois entrevoir un tournant biographique plus ou moins marqué. C'est le cas de l'informatrice suivante, anciennement esthéticienne, et pour qui le port du masque a été l'occasion de rompre avec des habitudes acquises dans sa vie active :

« Donc avec le masque vous voyez, moi ce que je trouve bien c'est que je n'ai plus besoin de me maquiller. Je me suis maquillée toute ma vie et donc je ne pouvais pas arrêter car j'étais trop habituée. Pour moi c'était automatique, ça faisait partie de ma toilette du matin. Et aujourd'hui je ne me maquille quasiment plus. Alors c'est marrant parce qu'avant je ne serais jamais sortie de chez moi sans me maquiller. Et maintenant en fait, je ne me pose plus la question. Mais tout ça ce sont des habitudes. En tant qu'esthéticienne j'ai toujours fait attention à mon image parce que, même à l'école d'esthétique, on nous disait "Mesdemoiselles, vous représentez la beauté, il ne faut pas être négligé". Donc bah oui, moi j'ai pris l'habitude. Et là j'ai pris une autre habitude. Mais je cherche le bon côté des choses. Alors c'est vrai que là, j'ai bien creusé. J'ai bien cherché longtemps pendant le premier confinement mais j'ai trouvé. J'ai trouvé des points positifs. »  
(Annie, 72 ans, bénévole)

Dans ce cas précis, le port du masque a rendu légitime le renoncement à sa pratique de maquillage qu'elle associait à sa vie sociale. Si l'entrée dans la crise sanitaire et le premier confinement de mars 2020 ont accéléré les projets de reconversion dans les secteurs professionnels en tension (Stephanus et Véro, 2022), ils ont aussi participé à modifier l'image que certains retraités avaient d'eux-mêmes, le plus souvent en allégeant le travail de présentation de soi (Goffman, 1968). Cette informatrice a trouvé des « *points positifs* » à la crise sanitaire, alors même que certaines mesures ont entravé son quotidien de bénévole :

« Et vous savez, pour le dispositif téléphonique c'est pareil. C'est pareil, je suis très contente car je suis anonyme et pour autant je parle avec des gens. Je veux dire, toute ma vie j'ai été dans l'esthétique, il fallait que je sois apprêtée, et toute ma vie il y avait du jugement sur la façon dont je me maquillais car ça faisait partie de mon travail et aujourd'hui je n'ai plus besoin de faire tout ça. Toute ma vie on m'a considéré comme une personne qui devait prendre soin d'elle, se préparer, se maquiller. Mais pour moi ce n'est pas que ça, pour moi je peux aussi faire comme je l'entends, et c'est vrai que le confinement m'a aidé à changer certaines habitudes. » (Annie, 72 ans, bénévole)

La crise sanitaire a donc accéléré une déprise longue pour cette informatrice sans pour autant bouleverser la continuité de son parcours de vie : le passage à la retraite avait constitué pour elle un premier tournant biographique dans l'arrêt des activités - qu'elle explique d'ailleurs avoir mal vécu dans la mesure où elle aurait souhaité travailler davantage avant son départ à la retraite. Le bénévolat a constitué une activité de remplacement qui lui a permis de se maintenir active même à la retraite. Et le confinement de mars 2020, au lieu d'être perçu comme une entrave à sa retraite active a plutôt été saisi comme un élément de légitimation de nouvelles pratiques qui lui permettent de se maintenir dans son quotidien tout en rompant avec des habitudes liées à son ancienne vie professionnelle. La crise sanitaire, et plus particulièrement le confinement de mars 2020, ont bien agi sur le processus d'avancée en âge de cette personne, sans pour autant entraver son modèle de vieillir actif, partagé entre le maintien d'une activité bénévole et la déprise sur certaines pratiques héritées de sa vie active.

### *2.2.2. Déprises provisoires : bénévolat et ambiguïté du modèle du vieillir actif*

Si la crise sanitaire a accéléré les situations de déprise sans entraver les parcours de vieillissement, elle a aussi conduit à des situations plus ambiguës chez certains des bénévoles participant au dispositif d'appel téléphonique aux seniors isolés. Ce dispositif gratuit pour ses abonné.e.s comprend une dizaine de bénévoles, tous et toutes retraité.e.s, qui interviennent auprès de personnes âgées de 60 ans et plus de la commune, aux jours et à la fréquence choisie par ces dernières. Les appels sont passés depuis le CCAS de la commune, une à deux fois par semaine. L'arrêt du service lors du premier confinement du 17 mars 2020 a donné lieu à une situation paradoxale dans la mesure où les bénévoles ont, eux-aussi, expérimentés des formes de solitude

« C'est sûr que quand on est en face d'une personne les contacts ne sont pas les mêmes, ça ne fait pas le même effet. (...) C'est que par rapport à d'habitude, j'ai arrêté d'aller dans les magasins parce qu'il était fermé, tout ça, ça m'a manqué. J'étais bien contente de pouvoir retourner en ville faire

un peu les magasins » (Brigitte, 71 ans, retraitée et bénévole au dispositif d'appel téléphoniques aux personnes âgées)

On voit que la crise sanitaire, et plus particulièrement le premier confinement a donc produit une situation incongrue dans laquelle les seniors se situant dans le modèle du vieillir actif ont été autant, voir plus impactés que les personnes plus âgées correspondant le plus souvent au profil des abonnés du dispositif. L'arrêt des activités a aussi impacté l'image que les bénévoles entretiennent d'eux-mêmes, à savoir une vieillesse à distance de la vieillesse isolée et inactive à laquelle ils associent les abonnés du dispositif téléphonique comme en témoigne la suite de l'entretien :

« Je pense que toutes les personnes (les abonnés du dispositif) étaient contentes. Elles étaient contentes parce que tout s'était arrêté d'un coup, et là on pouvait enfin reprendre un peu d'activité. Elles étaient vraiment contentes de nous retrouver quand même ». (Brigitte, 71 ans, retraitée et bénévole au dispositif d'appel téléphoniques aux personnes âgées)

À l'image des activités suspendues par les différentes mesures sanitaires, la reprise du bénévolat a permis un retour « à la normale » et cela en dépit des protocoles mis en place au sein du CCAS (désinfection des locaux, distanciation sociale, une seule personne par bureau au cours des appels, etc.).

« Au final [la Covid-19] ça ne change pas grand-chose. Aujourd'hui, dès qu'on se sert du téléphone, on met un coup de spray à l'alcool. On passe la lingette partout sur le bureau, les poignées des portes, des fenêtres. On fait même les chaises pour vous dire. On est obligé de faire attention à tout, mais sinon ça change rien pour les appels. » (Alain, 71 ans, bénévole)

L'absence de peur liée au risque de contamination par la covid-19 traduit deux choses dans le discours de ces enquêtés. Premièrement, la distance que ces retraités mettent entre eux et l'épidémie montre qu'ils ne se sentent pas concernés par la maladie et qu'ils ne s'identifient pas comme « personne à risque » alors qu'ils appartiennent pourtant à la classe d'âge « 65 ans et plus ». Ensuite, il apparaît qu'ils n'associent donc pas leur âge à la représentation qu'ils ont de la vieillesse, c'est-à-dire à une représentation fondée sur le profils de leurs « abonnés » identifiés comme des personnes fragiles, isolées et vulnérables. Leur posture d'appelant au sein du dispositif constitue pour eux un outil de mise à distance des « vieux qui sont seuls, fragiles, etc. ».

Pour ce profil d'informateurs, ce n'est pas donc l'épidémie de Covid-19 qui est rattachée à la notion de crise, mais bien le confinement et l'absence d'activités – bénévole, de loisirs, de déplacement, etc. – qui a impacté le quotidien et accéléré l'entrée dans une déprise qui n'aura

finalement été que provisoire (« la Covid-19 ça ne change pas grand-chose »). La privation du rôle d'appelant, et par-là de celui de retraité actif et « protégé » face à la maladie, a été plus impactant pour ce profil d'individu que l'épidémie et la peur de la maladie Covid-19.

La reprise des activités de bénévolat s'est inscrite dans un « retour à la normale » qui montre le caractère provisoire de ces « déprises soudaines », ainsi que l'impact relatif de l'épidémie dans la vie quotidienne de ce profil de retraités. Pour les bénévoles interrogés, cette reprise est d'autant plus importante qu'elle constitue pour eux un passage entre deux étapes de l'avancée en âge, une étape intermédiaire entre la sortie de la vie active et l'entrée dans la « retraite-associative »:

« Moi, ça me plaît de faire le téléphone et que je crois, ou en tout cas j'espère que pour les personnes ça leur fait du bien. Qu'elles se sentent moins seules parce que nous on est là pour ça, pour leur faire un contact. Mais voilà, c'est vrai que moi je suis content d'avoir repris le dispositif téléphone, comme ça, ça complète ma semaine, je vais faire mon petit tour le matin à pied, mes courses l'après-midi quand j'ai besoin, et quand il fait beau je profite pour me balader. » (Alain, 71 ans, bénévole)

Ce constat selon lequel la reprise du bénévolat s'est inscrite dans une reprise des activités quotidiennes doit cependant être nuancé. En effet, si certaines tâches ont pu reprendre avec la levée des mesures sanitaires au moment de l'enquête, d'autres en revanche n'avaient pas repris à ce moment, provoquant des formes de « manques » chez certains retraités actifs, en dépit même de la reprise du bénévolat ou d'autres activités de loisirs. Comme l'explique Annie, 72 ans, bénévole au CCAS en août 2021 :

« Moi j'allais deux à trois fois par semaine dans une salle de sport, et bien c'est sûr que le fait qu'elle soit fermée, et bien, vous voyez, je l'ai en travers. Je l'ai en travers parce que je sens que, oui, ça me manque, je me sens moins en forme. » (Annie, 72 ans, bénévole)

On voit à travers l'exemple de cette informatrice que la Covid-19 a paradoxalement plus impacté les seniors se situant dans le modèle du « bien vieillir » et du « vieillir actif » que des personnes plus âgées inscrites davantage dans des « retraites-retraits ». L'arrêt des activités a impacté leurs modes de vie et l'image qu'ils se font d'eux-mêmes à distance de la vieillesse isolée et inactive. Ce sentiment a probablement été renforcé par la communication autour des personnes âgées comme population à risque, communication qui a alimenté le stigmate éprouvé par des retraités actifs qui ne s'identifient pas comme « personne vulnérable » et qui ont pu reprendre une « vie normale » lors de la reprise des activités.

### 2.2.3. Déprise pour raisons médicales : une posture d'attente et de distanciation

Un autre élément de la recherche montre que les règles sanitaires ont fait l'objet d'une hiérarchisation opérée selon les risques associés subjectivement par les individus. Comme on l'a vu plus haut, le risque d'un mal-être lié à l'arrêt des activités collectives et de la vie sociale l'a emporté sur la probabilité d'une contamination à la Covid-19. Or, le non-respect des règles sanitaires s'est révélé problématique dans la mesure où ce genre de pratique a pu conduire à une contamination effective au sein des différents groupes de relations comme ça a été le cas de l'un des groupes étudiés et dont les membres ont contracté la Covid-19 en janvier 2021. Le cas de Mariette, contaminée en janvier 2021 au sein de ce collectif illustre cette situation. Alors qu'elle avait pris soin de ne pas s'exposer durant le premier confinement, y compris dans la sphère domestique, cette informatrice a repris des activités de groupe au domicile de l'une des adhérentes plusieurs mois après le début de la pandémie. Active jusqu'alors au domicile et à l'extérieur, ce n'est au moment où elle a contracté le SARS-CoV-2 que Mariette s'est dite touchée par la crise sanitaire, ce qui a constitué le point d'entrée dans sa déprise.

[La Covid-19] c'est quelque chose qui m'a fait beaucoup de mal car au départ, c'est vrai que j'avais de l'arythmie cardiaque. Ça faisait un petit moment que j'en avais, et là, bon, j'ai eu le Covid en janvier 2021. Et deux jours après, je ne tenais vraiment plus debout. Je ne mangeais plus non plus, je buvais que de l'eau, des tisanes parce que j'avais des comprimés à avaler pour mon arythmie et il fallait bien que je puisse les prendre. Mais je ne pouvais plus manger. Donc le jour où ça n'allait pas, je me lève, je n'avais qu'une hâte, c'était de me recoucher. Mais alors je peux vous dire que j'étais dans un état... j'ai appelé le médecin, je lui dis « est-ce que vous pouvez venir car je ne suis vraiment pas bien ». Et il me dit « non, non, non c'est vous qui allez venir ». Donc j'ai trouvé quelqu'un pour m'emmener, et quand je suis arrivée là-bas bon, on m'a fait un électrocardiogramme. Et là, le médecin me dit « bon bah vous ne rentrez pas chez vous, j'appelle une ambulance et vous allez à l'hôpital ». Je peux vous dire que j'avais l'impression que mon cœur allait sortir tellement il battait fort. Il m'a dit « non mais c'est normal, vous savez à combien allait votre cœur ? Vous étiez à 180 ». Alors vous voyez c'est normal que j'aie eu l'impression que mon cœur allait sortir. Donc je suis allée trois jours à l'hôpital pour recadrer un peu le cœur. Ils m'ont gardé en observation et m'ont donné des comprimés pour que le cœur batte normalement, je suis soignée pour ça. Donc, disons que mon cœur bat toujours trop vite et ce qui s'est passé avec le Covid, c'est que j'étais essoufflée. Je faisais 5 mètres et j'étais essoufflée, il fallait que je m'arrête. Mon cardiologue m'a envoyé vers un chirurgien cardiaque au CHU. Donc le chirurgien, il a fait une intervention, il est passé par la fémorale et il a été jusqu'au cœur, et il a fait 20 points de cautérisation sur l'oreillette droite. Et il a aussi fait 20 points sur les veines à côté. *Donc voilà le mal que le Covid m'a fait.* »

On voit ici comment le fait d'avoir contracté le SARS-CoV-2 a produit une réaction en chaîne d'événements inattendus et non anticipés qui ont conduit à une rupture dans le parcours de vie de cette informatrice. Le premier temps de la crise sanitaire, marqué par l'évolution de l'épidémie et le premier confinement, n'a pas eu d'effet sur le quotidien de cette enquêtée qui a gardé un niveau d'activité satisfaisant (jardinage, lecture, etc.) et un lien avec ses proches en leur téléphonant régulièrement. Après la levée du premier confinement, Mariette a repris certaines activités associatives en dépit des recommandations liées aux regroupements de personnes, la peur de la maladie étant appréhendée en regard de la peur de l'isolement social. Or, sa contamination au SARS-CoV-2 a engendré une dégradation de ses problèmes de santé antérieurs à la crise sanitaire. Son état de fatigue et la prise de conscience de ses problèmes de santé marquent un point de rupture dans sa trajectoire biographique. Pour elle, la période qui suit la contamination à la Covid-19 est marquée par une discontinuité avec sa vie d'avant - y compris durant le confinement et lors de la reprise d'activité - notamment du point de vue de son état de santé qui l'empêche de marcher sur de longues distances comme elle en avait l'habitude.

« Et là, avec le Covid c'est devenu compliqué parce que, même si je faisais de l'arythmie avant, je me suis sentie vraiment essoufflée. Je fais mes courses aujourd'hui, je me sens fatiguée. Il y a quelques marches, je prends mon caddie pour aller faire mes courses à pied, car le supermarché n'est pas loin, mais ces quelques marches à chaque fois que je n'ai que je ne descends je suis essoufflée. Et ça c'est quelque chose que je n'avais pas avant. »

Les personnes ayant contracté la Covid-19 ou étant exposées à un risque d'aggravation pour des raisons de santé antérieures à l'apparition de l'épidémie ne répondent pas toutes à la même logique réactive. En effet, certaines adoptent des comportements de retrait « protecteur », comme dans le cas de Michelle, résidente de 82 ans atteinte de polyarthrite et suivie médicalement après avoir contractée une hépatite B et un staphylocoque en contexte nosocomial<sup>43</sup>, tandis que d'autres, comme Mariette ont maintenu des activités ordinaires, en dépit du risque de contracter la Covid-19. Ces comportements ont en commun d'indiquer une adaptation des conduites (vie sociale, commissions, activités de loisirs), et l'entrée dans une forme déprise soudaine pour cause de maladie de Covid-19 ou antérieure. Pour Mariette, cette adaptation s'inscrit dans une dynamique d'avancée en âge appréhendée au prisme de la diminution des capacités physiques. C'est ce qu'indiquent à la fois la prise en charge de son arythmie cardiaque et l'apparition de nouveaux problèmes de santé qu'elle hiérarchise au regard de son environnement et de ses habitudes de vie :

---

<sup>43</sup> Voir partie « 3.2. Des reprises attendues aux reprises empêchées ».

[La covid-19] ça va. Ça va parce que j'y vais à mon rythme, je m'arrête quand je veux. Donc vous voyez, la marche et la gymnastique, je le faisais avant le Covid, j'y arrivais, mais aujourd'hui je ne peux plus. Donc voilà... La prochaine opération ce sont les yeux. Mais c'est vrai que ce sont les yeux qui m'embêtent le plus parce que la vue je trouve que c'est le plus important. Ça m'embête de ne plus voir. Ça changerait du tout au tout. Bon, je connais ma maison, je sais comment c'est ».

L'expérience de la maladie et de problèmes de santé préalables à la survenue de la Covid-19 constituent un fondement sur lequel se sont appuyées les personnes âgées pour s'adapter aux restrictions générées par la covid-19. Pour ces personnes, l'expérience d'une maladie antérieure a constitué un point de repère dans les mesures à adopter (se protéger, s'exposer) pour « vivre avec » l'épidémie et la covid-19. En cela, et contrairement à une lecture épidémiologique de la maladie, il n'y a pas uniquement cumulativité des handicaps pour les personnes fragiles et malades mais aussi des formes d'apprentissage du « vivre avec » et des négociations du travail autour de la maladie bien connues de la sociologie de la santé (par exemple : Glaser & Strauss, 1975 ; Davis, 1961 ; Bazsanger, 1986 ; Ménoret, 1999). Aussi, quand on l'interroge sur les principales conséquences de la survenue de la covid-19, Mariette indique principalement une gêne relative à sa pratique de la marche :

« La marche c'est qui me manque le plus. Mon cardiologue m'a dit que je pourrais reprendre la gymnastique mais de toute façon, moi je me dis que je fais ce que je peux faire et puis c'est tout. La gymnastique, c'est une gym d'entretien, c'est de sept à soixante-dix-sept ans et il y a des personnes de 80 ans qui viennent toujours ».

Si elle associe l'arrêt de la marche à la survenue de la covid-19 et à ses essoufflements fréquents, cette informatrice explique aussi garder un niveau d'activité satisfaisant, tout en maintenant ses relations sociales. C'est d'ailleurs dans cette perspective qu'elle explique ne pas éprouver de difficultés particulières liées à la covid-19, mise à part l'appréhension de pouvoir à nouveau contracter la maladie, appréhension qu'elle canalise en prenant soin de respecter les mesures barrières comme elle le faisait déjà avant la survenue de la maladie :

« Par rapport à d'habitude, je continue de faire attention parce que je ne veux pas le rattraper ça c'est sûr (...). Je continue d'aller chez les personnes du club, je vois mes enfants, on se téléphone régulièrement, ça va, il n'y a pas de soucis ».

On voit que l'expérience de la crise sanitaire s'articule ici autour de deux moments distincts : un temps qui précède la pathologie et qui se caractérise par le maintien des routines et de la vie sociale et l'absence d'appréhension vis-à-vis de la Covid-19 et un temps suivant la



contraction de la Covid-19, marqué par une anxiété relative face à la maladie qui se traduit par l'aménagement des pratiques et un ralentissement du rythme de vie. Il apparaît néanmoins que la perception que cette informatrice se fait du risque d'une nouvelle contamination repose sur l'idée que l'interconnaissance (les amis du club, les enfants) est, en plus des mesures de distanciation, un élément de réassurance alors même que selon l'épidémiologie, le risque de contamination par les proches est sans doute le risque le plus important pour des personnes âgées ne prenant pas les transports en commun.

On peut retenir de cette situation que l'expérience de la maladie a constitué un point de bascule dans le vécu de la crise sanitaire, tout autant qu'elle a servi d'évènement déclencheur dans la « déprise-reprise » de cette enquêtée. En effet, plusieurs mois après avoir rencontré cette informatrice, nous avons effectué un entretien de rappel au cours duquel elle a expliqué avoir été hospitalisée suite à son arythmie cardiaque. Le fait d'avoir contracté la Covid-19 a accéléré la prise en charge de sa pathologie cardiaque et conduit à la pose d'un pacemaker. Lors de l'entretien de rappel, Mariette a confié ne pas avoir éprouvé de difficultés à la suite de cette hospitalisation, si ce n'est un travail de rééducation nécessitant un aménagement de son emploi du temps. Cette déprise liée à la maladie (contraction de la Covid-19, hospitalisation) a donc enclenché une reprise (prise en charge médicale et amélioration de l'état de santé) lui permettant de reprendre des activités qu'elle ne pouvait plus réaliser, telle que la marche, tout en structurant un mode de vie caractérisé par une nouvelle attention au risque infectieux.

#### *2.2.4. Déprise en résidences autonomie : l'importance des temps et des lieux de convivialité*

L'arrêt des activités a eu une incidence différente sur les seniors actifs, comme sur les membres d'associations de personnes âgées, comparativement à celle observée en résidence autonomie. Et pour cause, les personnes vivant en résidence autonomie n'ont pas bénéficié des mêmes ressources pour faire face à la crise et aux mesures sanitaires en place dans les établissements. Ce constat vaut plus particulièrement en ce qui concerne les moments de convivialité, éléments structurant du rapport au monde, et qui se sont trouvés fortement réduits par les mesures prophylactiques. Le témoignage de Jacqueline, 81 ans, montre que si l'épidémie de COVID-19 a engendré une gestion problématique au plan sanitaire pour les résidences autonomies, les décisions prises pour la juguler ont aussi eu des effets délétères pour les résidents en phase de « reprise »<sup>44</sup>. C'est le cas en particulier pour ceux dont les seules ressources ont été supprimées ou suspendues sans possibilité d'être remplacées comme dans la situation de Jacqueline 81 ans, une résidente qui n'a pas bénéficié de ressources suffisantes pour garder ses prises ordinaires en institution :

---

<sup>44</sup> Voir la partie « 3.1. Reprises spontanées : l'exemple d'un nouveau rôle au sein des réseaux de sociabilité »

« Moi j'ai mal supporté. Je n'aimais pas d'être enfermée, je n'aimais pas d'être enfermée dans la pièce. Une fois qu'on a pu sortir un peu, ça allait déjà mieux. Pour l'instant, ça va, pour l'instant. Mais depuis qu'on a la crise sanitaire, on ne peut plus être ensemble avec les autres personnes de la résidence. On ne peut plus être ensemble, on se revoit petit à petit, comme ça, mais on ne peut plus être ensemble comme on l'était dans le temps. Vous voyez, on allait faire des voyages, on faisait des sorties, tout ça. Aujourd'hui on ne peut plus, maintenant on ne peut plus rien faire. » (Jacqueline, 81 ans, veuve, résidence autonomie).

Le collectif apparaît ici comme ressource individuelle au point que le maintien des activités individuelles au domicile n'ait pas suffi pour permettre à cette résidente de se prémunir face à une déprise négative qui s'observe dans certaines activités telles que les jeux collectifs ou les temps de repas :

« Non, non je n'ai pas fait de nouvelles choses, je fais tout ce que je faisais avant. Des mots fléchés, du dessin. Mais tous les jeux ensemble et tout ça, on n'a pas encore eu. On n'a pas encore le droit de rejouer avec les jeux, il faut tout relaver ensuite, donc pour l'instant on ne peut pas. Avant, on jouait au boulier, tout ça, mais on ne fait plus, je vous dis, on n'a plus le droit (...). Toutes les personnes que je connais, maintenant je les vois. Il n'y a pas de problème. Mais question de jouer, tout ce qui est les jeux et tout ça, on ne peut pas jouer sans la grande salle. Donc pour moi, c'est ça qui a changé. On avait un club de jeu, moi j'y allais une fois par semaine, on était six ou sept personnes. On était bien voilà, on jouait, mais maintenant on ne peut plus (...). Mais c'est ça, quand je suis toute seule, je n'ai pas faim et je ne mange pas. Là par exemple, j'ai été mangé à midi, j'ai bien mangé. Mais j'ai mangé avec des gens, donc j'avais faim. Mais chez moi je n'avais pas envie. Je n'aurais rien mangé du tout. Je ne mange pas chez moi. Regardez, je suis toute seule, je ne mange pas chez moi. Ça me donne le cafard, quand je suis toute seule pour manger, je n'aime pas ça » (Jacqueline, 81 ans, veuve, résidence autonomie).

Le maintien des restrictions sanitaires sur la durée a produit un certain paradoxe dans la prise en charge institutionnelle des résident.e.s, notamment chez celles et ceux qui, comme Jacqueline, structuraient leur mode de vie autour des pratiques collectives comme le repas ou les jeux. Aussi, les mesures en place pour préserver les individus face à la covid-19 ont généré des déprises négatives en dépit de la reprise d'autres activités en extérieur ou individuelles. Ce type de déprise n'est pas seulement appréhendé du point de vue du vécu de l'avancée en âge (se sentir vieux en se sentant isolé), il l'est également au plan physiologique avec, chez cette résidente, une perte de poids associée à la perte d'appétit.

À l'image des moments de convivialité, le repas est apparu comme une condition centrale du « bien vieillir » en institution dans la mesure où ces temps collectifs permettent de maintenir une identité pour soi et une identité pour autrui (Dubar, 1991). Or, la suspension de ces moments de convivialité a généré des formes d'ennui, mais aussi un sentiment de perte d'identité que les résident.e.s ont associé à une entrée prématurée dans la vieillesse alors qu'ils étaient actifs et se maintenaient à travers les activités collectives proposées avant la crise sanitaire.

\*       \*       \*

Les différentes situations présentées ici soulèvent un résultat de recherche encore peu étayé par la littérature existante : si l'épidémie de COVID-19 a contribué à générer des formes d'anxiété et de retrait dans le cas du domicile comme dans celui du vécu en résidence autonomie, elle a également contribué à produire des aménagements, à la fois dans les routines quotidiennes, mais aussi dans la manière d'appréhender l'avancée en âge. Ces différentes formes de déprises – « longues », « provisoires » et « soudaines » – permettent d'identifier des conduites individuelles et collectives inscrites dans une dynamique de « bien vieillir » qui se détachent du paradigme du « vieillir actif » comme condition du vieillissement réussi. Les solutions mises en place par les retraité.e.s dans le contexte pandémique mettent en lumière une approche de l'avancée en âge « par le bas », approche caractérisée par un ensemble de « prises », d'habitudes et de routines domestiques mobilisées face aux incertitudes de la crise sanitaire entendue ici dans son acception épidémiologique et sociologique. Ce résultat nous amène à penser que la crise sanitaire, outre les inégalités sociales qu'elle a contribué à produire et à révéler, montre que les formes de mal-être observées chez les personnes âgées dépendent aussi des « manières de vieillir », c'est-à-dire de la capacité des individus à structurer des routines « guidées par une dynamique d'autodétermination, [où] l'individu se rattache à des activités, des espaces, des temporalités, des objets, des liens ou en explore de nouveaux, ce qui lui permet de préserver une certaine familiarité avec le monde » (Meidani et Stefano, 2018 : 10).

### **3. REPRISE(S) : DES EFFETS POSITIFS DE LA CRISE CHEZ LES PERSONNES AGEES**

Nous avons montré que le vécu de la pandémie varie sensiblement selon les trajectoires d'avancée en âge, les modes de vie ou les parcours de santé. Ainsi, l'impact de la crise et des

mesures sanitaires s'avère moins prononcé chez les individus bénéficiant de ressources culturelles et mémorielles qui rendent possible la structuration de « prises » spatiales et temporelles. Ces prises assurent la continuité des parcours de vie et jouent un rôle de catalyseur face aux incertitudes de la crise sanitaire. La pandémie de Covid-19 peut également être appréhendée au prisme des multiples formes de « déprises », tantôt antérieures à la survenue de la covid-19, tantôt générées par celle-ci. L'analyse de ces situations de « déprises longues » et de « déprises soudaines » met en évidence le caractère relatif des effets de la pandémie de Covid-19 sur les parcours d'avancée en âge. Pour la plupart des individus en déprise longue, la crise sanitaire n'a affecté que partiellement et temporairement certaines habitudes de vie et nous avons vu que l'expérience préalable de la déprise pouvait constituer un prisme réducteur des conséquences de la crise de la Covid-19.

Enfin, l'analyse des cas de déprises montre que l'expérience de la Covid-19 a aussi provoqué des situations des « reprise au monde », c'est-à-dire un réaménagement du rapport, de la situation sociale et des habitudes sociales et relationnelles comme nouvelle étape de la trajectoire biographique. Plusieurs types de reprises ont été identifiés dans notre étude : des reprises « spontanées », caractérisées par un renouvellement du statut, du rôle et de la place de l'individu ; des « reprises attendues » le plus souvent liées à la levée des restrictions et des mesures sanitaires (reprise des activités en association) mais aussi à l'évolution de la situation épidémiques et vaccinale comme on le verra à travers plusieurs exemples ; enfin, des « reprises empêchées » du fait de la permanence de certaines contraintes sanitaires ou sociologiques comme le fait pour certaines personnes de se tenir à distance de la vie sociale ou familiale.

### *3.1. Reprises spontanées : l'exemple d'un nouveau rôle au sein des réseaux de sociabilité*

À l'inverse des situations présentées plus haut, le cas suivant se caractérise par un ensemble de contraintes qui ont contribué à entraver la dynamique de « reprise », à troubler des routines et des comportements mobilisés « pour passer de l'acceptation à l'action, de la déprise à la reprise, entre le moment du « il faut s'y faire » – c'est-à-dire s'adapter – et celui du « il faut faire avec ce qu'on a » – c'est-à-dire reconstruire » (Cavalli et Lalive d'Épinay, 2019 : 40). C'est dans cette perspective que nous présenterons le cas de François, 75 ans, locataire d'un appartement individuel en résidence autonomie, espace dans lequel il est globalement actif et au sein duquel il entretient un réseau de sociabilité avec ses voisins et des personnels de l'établissement, dont l'expérience de la vieillesse a été en partie déstabilisée par la crise sanitaire.

Pour comprendre comment la crise sanitaire est venue modifier la manière dont François fait l'expérience du vieillissement, il faut d'abord se pencher sur sa trajectoire biographique. En effet, avant d'entrer en établissement, ce résident a fait l'expérience d'évènements

biographiques qui ont durablement marqué son rapport au monde a tout en l'amenant à se resituer socialement au sein de son entourage. C'est d'abord en ces termes qu'il se présente à nous au moment de l'entretien :

« À la retraite, j'ai fini par atterrir ici. Je suis arrivé ici il y a six ans, j'avais 69 ans (...) après un divorce et une tentative de suicide, ratée heureusement. J'ai fait trois jours de coma, deux à trois mois d'hôpital, j'étais à une demi-heure de la mort. Et puis j'atterris ici. Quand j'ai fait ma tentative de suicide, c'était à 57 ans. Un divorce, à cause du chômage (silence) ».

« Quand je suis sorti de l'hôpital, j'avais mes baskets, mon jean, un pull et c'est tout. Je n'avais plus rien (...) ».

La mobilité résidentielle de François est donc particulière puisqu'elle s'inscrit dans une trajectoire biographique marquée de ruptures et de reprises avant même l'entrée dans la vieillesse. Néanmoins, elle rejoint les travaux d'Anne-Bérénice Simzac (2021) qui précise qu'en « déménageant au sein d'un habitat collectif avec services, les résidents font une démarche de "mise à l'abri" afin d'anticiper le vieillissement, de favoriser un épanouissement personnel, ou encore de faire face à des situations problématiques telles qu'un logement insalubre ou l'isolement (Nowik, 2013) » (Simzac, 2021 : 171). D'ailleurs, cet informateur détaille par la suite les différentes situations de précarité résidentielle et d'isolement auxquelles il a fait face avant de se diriger vers la résidence autonomie :

« À chaque fois, j'ai déménagé pour le travail. À chaque fois que je partais dans un nouveau magasin et je tombais sur un patron véreux (...) Cinq ans. J'ai tenu cinq ans comme ça. J'ai tenu comme je pouvais... Après, mon patron a été remercié, et moi aussi. Je suis revenu à E., à ce moment-là je vivais encore avec ma femme (...). À ce moment, j'étais au chômage de longue durée. J'avais vendu ma maison. C'était une belle maison, là on a perdu du fric, et puis on est revenu en location ».

Et de préciser par la suite :

« J'étais presque à la rue, à la rue. Là, je me suis retrouvé sans salaire, sans retraite puisque j'étais au chômage de longue durée. Donc je suis allé au CCAS, j'ai rencontré Madame la directrice, et j'ai demandé un prêt sur l'honneur ».

Le récit de ces événements s'accompagne d'un rapport ambivalent au monde où, en dépit de ses ruptures biographiques (déménagements, licenciements, divorce, TS etc.), cet individu

explique avoir engagé une stratégie de reprise lors de son entrée en résidence autonomie même si cela fut difficile. Ainsi, lorsqu'on lui demande comment il entrevoit ces épisodes biographiques, François explique :

« La première difficulté, ça été de venir dans la résidence. La première chose qui a été difficile, ça a été de venir ici (...). Moi j'avais une belle maison, j'avais des bons meubles. Tout est parti à vau-l'eau, ma dignité aussi. J'ai eu tous ces problèmes en même temps. ».

Ces expériences douloureuses donnent une coloration particulière à la manière dont il évoque la crise sanitaire, qu'il décrit comme quelque chose de grave mais dont il parvient à relativiser les conséquences sur sa propre vie eut égard à son parcours.

« Et bien je dirais que c'est très grave. Je dirais que c'est très grave parce qu'on va vers une crise économique, et ce sont les jeunes qui vont payer ça après. Ça ne va pas être beau. Après, moi dans ma vie de tous les jours ça ne change pas vraiment. Vous savez, *après ce que j'ai vécu*, j'ai appris à voir les choses différemment ».

Comme pour d'autres individus au profil caractérisé par des ruptures biographiques (maladie, veuvage, accident, perte d'un proche, etc.), on observe une inquiétude plus marquée à l'égard des autres, notamment des jeunes générations, plutôt qu'une inquiétude vis-à-vis de soi. On voit ici comment l'âge et le parcours biographique contribuent à forger les perceptions et le vécu de l'épidémie de COVID-19 chez ce type de profil et pour qui la crise sanitaire semble finalement moins contraignante pour eux que pour les autres. Il convient de préciser que ces propos se retrouvent davantage chez les âgés inscrits dans une perspective de retraite-retrait que chez ceux qui s'inscrivent dans une retraite active.

Pour autant, il apparaît que l'épidémie de Covid-19 a pu générer chez ces personnes des formes de « reprise » qui rejoignent en partie les aménagements opérés par nos informateurs investis dans l'accompagnement des personnes âgées isolées. Ce constat est d'autant plus explicite dans le cas de François que celui-ci se situe à l'articulation d'un travail de « reconstruction de soi » commencé lors de son entrée à la résidence autonomie, mais aussi d'aménagement de son « monde de vie » (Schütz, Luckmann, 1973 ; *cités par* Cavalli et Lalive d'Épinay, 2019 : 32) entrepris au sein même de la résidence. La nature de ses activités et de ses interactions au sein de la résidence nous éclaire un peu plus à ce sujet. Comme il le précise, François est en relation avec plusieurs personnes de la résidence :

« Il y a une dame, une voisine, on se voit tous les jours. J'achète le journal tous les matins, et une fois que je l'ai lu, je lui apporte et ensuite je le donne

à une autre dame. Le matin, ça me permet de sortir un peu, puis d'aller voir ces deux dames très gentilles. Et puis ça permet de voir si ces dames sont vivantes, entre autres (*rires*). Ça permet de garder un contact, de discuter un peu tous les matins en prenant le café ».

On voit que les relations que François a noué avec ses voisines ont été routinisées en regard de la crise sanitaire, et qu'elles agissent comme vecteur du maintien au monde et comme moyen de définition de son rôle social au sein de l'établissement. C'est ainsi qu'il identifie son rôle auprès de madame S. sa voisine de palier :

« Vous voyez, Madame S., la voisine, c'est une dame de 97 ans et avec qui je joue au Rubik's cube. Cette dame, moi je considère que je l'aide à... que je l'aide à se maintenir au top. Je vais la voir régulièrement, je lui demande comment ça va, je lui fais la discussion. *J'essaye de l'aider à être au top psychologiquement* ».

Aussi, ces routines arborent une dimension particulière dans la mesure où, au-delà d'être systématisées, elles recouvrent une dimension morale, une obligation pour François de « prendre soin » comme le ferait un aidant, un membre de la famille ou un professionnel. C'est ce que confirme la suite de l'entretien, lorsqu'il explique avoir continué à « veiller » sur ses voisines, en dépit de l'obligation de rester isolé durant les premiers mois de la crise sanitaire :

« Honnêtement, bon... Moi j'y allais quand même pendant le confinement ! J'y allais quand même, prendre un café. Alors évidemment je mettais le masque. Mais de toute façon j'y allais tous les jours, ne serait-ce que pour prendre des nouvelles de Madame S. ».

Maintenir le lien, y compris au cours des périodes de confinement constitue un double enjeu : à la fois du point de vue institutionnel - dans le maintien du relationnel entre résidents ; mais également à titre individuel, le rôle implicite d'« aidant » permettant à chacun d'entretenir son rapport au monde. Cette division implicite du travail relationnel témoigne plus spécialement des formes de « reprises » observables dans le travail d'attachement au monde. La différence d'âge entre personnes âgées, et parfois même de génération, peut alors constituer une ressource pour les deux parties (les uns trouvent un rôle d'aidant, tandis que les autres en bénéficient), de telle sorte que ces arrangements implicites participent de la vie de l'établissement comme l'indiquent les propos de François :

« Avec le Covid, il y a une dame qui a complètement changé. On dirait qu'elle a Alzheimer. Elle ne laisse plus rentrer personne chez elle, et on a

l'impression qu'elle oublie des choses. Alors comme moi je suis proche de la directrice, je signale ce genre de choses ».

Les mécanismes de reprise qui passent ici par la participation à la vie de l'établissement ainsi que par l'entretien de relations de proximité avec certains résidents tendent à indiquer que la crise sanitaire, au-delà des effets délétères que l'on a vus plus haut, a aussi généré des effets inattendus de reprise comme dans le cas de ce résident. Ces derniers s'appréhendent dès lors au regard des parcours de vie et des effets d'âge qui structurent le rapport au monde et le rapport à soi. La reprise tend cependant à prendre un sens particulier dans le cas des résidences autonomie. L'avancée en âge s'y accompagne de normes et de dispositifs qui structurent les possibilités de reprise. Au sein de ces dispositifs, des formes d'*agency*<sup>45</sup> se font jour et agissent comme des formes de « rebonds singularisants », entendus comme le « signe d'un certain contrôle que chacun exerce sur sa vie (Drulhe et *al.*, 2007) » (Meidani et Stefano, 2018 : 10).

L'épidémie de Covid-19 et les mesures sanitaires ont contribué à redistribuer les ressources collectives et individuelles auxquelles les résidents avaient accès dans la mise en place de leurs parcours de vieillissement. Par l'adoption de règles strictes d'isolement social et en suspendant les activités collectives afin de préserver les habitants de la contamination, les résidences autonomies ont, par-devers elles, participé à organiser des formes de déprises ou, *a minima*, ont mis à mal des processus de reprise. Aussi, de nombreux résidents se sont vus privés de ces routines collectives, et par-là de ressources individuelles permettant de garder une familiarité au monde. La privation des moments de convivialité a été particulièrement éprouvante pour un certain nombre de résidents, y compris pour François qui, pourtant, entretient d'autres réseaux de sociabilités :

« Le plus compliqué, ça a été pour manger. C'est pour manger parce qu'on a mangé à un par table. Après, c'est passé à deux par table. Donc c'est casse-pieds, parce que quand je mange, j'aime bien être avec des personnes. Vous voyez, là j'étais en train de faire le programme avec les menus pour le mois prochain. Donc moi, je prends deux menus par semaine, c'est pour être en groupe. Voilà, c'est ça le but au départ, c'est aussi de voir du monde. Parce que le repas, vous savez, ce n'est pas un régal. Ce n'est pas un régal ! Et puis moi, vous voyez, je me fais bien à manger. Souvent, c'est bien meilleur chez moi ! »

---

<sup>45</sup> Le terme *agency* désigne « la capacité à faire quelque chose avec ce qu'on fait de moi » (Butler, 2006 : 15) » (*cité par* Marignier, 2015), c'est-à-dire la capacité des individus à inverser des rapports de pouvoir, qu'il s'agisse de rapports de pouvoir entre individus, ou avec l'institution comme ça a été le cas au sein de certaines résidences autonomies.



Dans le cas de cet informateur, l'épidémie de Covid-19 a donc constitué à la fois une perturbation de son mode de vie, en ce qu'elle l'a contraint dans ses routines, mais aussi une ressource le conduisant à renouveler son rapport au monde. En l'amenant à renforcer implicitement son rôle d'« aidant » auprès de personnes plus âgées que lui, la crise sanitaire a ainsi conduit ce résident à se resituer comme individu autonome et singulier vis-à-vis d'une institution qui, dans le contexte épidémique a contribué à réifier une diversité de personnes et de parcours de vie sous une même catégorie en dépit des singularités individuelles.

### *3.2. Des reprises attendues aux reprises empêchées*

Comme on l'a vu plus haut, l'expérience de la maladie antérieure à la Covid-19 est un facteur impactant dans le vécu de la crise sanitaire. Si pour certaines personnes la contamination au SARS-CoV-2 a été déclencheur de reprises provisoires, voire au long court à la suite d'une prise en charge médicale, pour d'autres, l'épidémie et la peur de la contamination ont contribué à produire des comportements de retrait voir d'isolement dur. Ces « retraits au monde » se manifestent par un engagement dans une posture d'attente relative à la levée des mesures sanitaires et de l'évolution de la situation épidémiologique (couverture vaccinale, mutation de la charge virale, etc.) et/ou par une suspension voire par l'arrêt complet des activités et de la vie sociale.

Pour l'illustrer, voyons le cas de Michelle, une retraitée de 82 ans atteinte de polyarthrite et suivie médicalement après avoir contracté une hépatite B et un staphylocoque en contexte nosocomial. Pour cette résidente dont la mobilité s'est considérablement réduite du fait de ses pathologies, l'épidémie de Covid-19 a généré de nouvelles angoisses liées, d'une part à la peur du risque infectieux, d'autre part, à celle du risque vaccinal. Contrairement aux situations précédentes, les conséquences de la crise sanitaire sur l'avancée en âge sont liées ici à la trajectoire de la maladie, plutôt qu'à l'arrêt des activités ou de la vie sociale. La situation de Michelle est intéressante compte tenu de son état de santé qui a largement contribué à redéfinir ses pratiques et son rapport au monde face au risque que constitue pour elle la contamination au SARS-CoV-2. Comme elle l'explique au cours de l'entretien, elle appréhende en effet la maladie, supposant ne pas « pouvoir en réchapper », mais également dans le contact avec les autres, ces derniers étant potentiellement porteurs de la maladie :

« Mon aide-ménagère est venue vendredi, et samedi elle m'a envoyé un texto disant qu'elle avait attrapé le Covid... Là, je me suis dit "mon Dieu" ! (...). J'avais trouvé qu'elle toussait beaucoup, donc je me suis dit après, ça m'a fait réfléchir un petit peu, et je me suis dit... j'ai des frissons vous voyez, là rien que d'y penser ! Là ça, ça m'a un peu marqué parce que je me suis dit, là j'aurais peut-être pu tomber malade et ne pas y échapper. Et moi, si je n'y échappe pas je suis fichue. Vous le savez, si vous me dites le contraire

je ne croirais pas. Ça fait peur, et c'est quelque chose qui me fait peur encore aujourd'hui. Si je l'attrape, je suis fichue parce qu'avec les pathologies que j'ai, je n'en ressortirais pas. Les médicaments, vous savez, j'ai 15 cachets par jour, et le samedi j'en ai 20 ! »

Dans ce contexte, l'appréhension de la Covid-19 place l'informatrice dans une forme d'incertitude, à la fois vis-à-vis du risque de contamination (« j'aurais pu tomber malade ») et des conséquences de celle-ci (« si je l'attrape, je suis fichue »). À la différence des personnes pour qui le vécu d'une maladie antérieure a généré une expérience permettant de relativiser la covid-19, il apparaît que les pathologies dont souffre cette informatrice renforcent son angoisse de contamination. L'hypothèse qui prévaut ici est donc celle d'une trajectoire descendante (Ménoret, 1999), c'est-à-dire l'éventualité d'un décès dans une temporalité incertaine qui a pour effet de conférer à l'avancée en âge une dimension particulièrement négative. Dans le cas de Michelle, cette appréhension se double d'un rapport anxiogène à la prise en charge médicale. Si la peur de tomber malade est un premier facteur de risque pour cette enquêtée, la peur de se faire vacciner est une deuxième cause, toute aussi structurante de son rapport à l'épidémie. Cette appréhension de la vaccination est un élément central de l'expérience de la crise sanitaire. Alors que la vaccination a permis pour d'autres personnes – avec et sans antécédents médicaux – de reprendre des activités individuelles et collectives, elle constitue ici un frein à la reprise des activités, et plus largement un frein dans la dynamique de reprise au monde ayant conduit à une posture d'autoconfinement, même après la levée des restrictions sanitaires :

« Je suis toujours battante et tout. Je fais de la couture, du tricot. La couture, je veux dire, j'en faisais tous les jours. Je n'ai pas de machine chez moi, mais il y en a une dans la salle commune. Je faisais des jupes, des robes, voilà. Mais là, ça a été fermé pendant plusieurs mois, je n'y vais plus. Je veux dire, comme la salle commune a été fermée à cause du Covid, j'ai quasiment arrêté la couture. Et aujourd'hui, c'est pareil, je ne fais plus rien en dehors de mon appartement ».

En dépit de l'arrêt des activités à l'extérieur, le sentiment de mal-être exprimé par cette enquêtée est donc clairement relié à la peur de la maladie et de la vaccination qui, au lieu d'agir comme un moteur de la reprise, constituent un facteur d'empêchement de celle-ci. Cette représentation anxiogène de la vaccination tient en grande partie à l'expérience personnelle de cette informatrice qui, comme elle l'explique, a été un facteur déclenchant de son état de santé actuel :

« On nous demande d'être vaccinés et c'est là où est le point faible. Je refuse. Je refuse, parce que je me dis que, comme je viens de le dire au médecin, j'ai fait le vaccin de la grippe quand j'étais plus jeune, et j'ai attrapé

l'hépatite B ! Alors ça me fait peur. Il me dit non, et comme je demande à aller aux bains, il m'a dit on vous demandera d'être vacciné ».

À la peur de contracter à nouveau une maladie nosocomiale s'ajoute l'appréhension des effets secondaires éventuels. Ici encore l'enquêtée se fonde sur sa propre expérience de la maladie en précisant que ses appréhensions ne se limitent pas aux effets secondaires du vaccin. Choisir de ne pas se faire vacciner correspond pour ce type de personne à une anticipation d'éventuels effets indésirables qui pourraient les conduire à une perte d'autonomie. Basé sur son expérience de la maladie et de sa prise en charge médicale, l'enjeu est donc pour cette enquêtée de garder une prise sur son quotidien en restant à distance du risque infectieux et épidémique.

Cette situation montre plusieurs formes de « reprises attendues » mais également les limites de ce type de reprises, en raison notamment des incertitudes liées aux solutions mises en place au sein des établissements d'accueil comme au niveau national. Dans le cas de cette enquêtée, comme dans celui des profils en « attente », on observe une situation ambivalente vis-à-vis des mesures sanitaires et de la vaccination : alors que l'isolement peut constituer un frein au « bien vieillir » lorsqu'il n'est pas anticipé, il joue aussi un rôle de protection vis-à-vis du risque épidémique. Si l'auto-isolement ne constitue pas un facteur d'amélioration dans l'avancée en âge - dans la mesure où il entrave en grande partie les activités et la vie sociale des individus « reclus » - il permet néanmoins de canaliser les angoisses liées au risque infectieux. Les individus opèrent des arbitrages en fonction de leur trajectoire biographique et de leurs expériences antérieures de la maladie qui, à l'instar de la situation de Michelle, se retrouvent dans des formes de reprises « attendues » et parfois « empêchées ».

### Quand la vaccination éclaire le rapport à la fin de vie des très âgés

Dans notre échantillon, les personnes ayant connu les épidémies et les campagnes vaccinales d'après-guerre ont présenté une moindre méfiance à l'égard de la vaccination que celles nées après 1960. On a vu que l'habitus de génération (Mauger, 2012) explique en partie la propension des individus nés entre 1940 et 1960 à se faire vacciner, ces derniers ayant connus les épidémies d'après-guerre et l'essor des vaccins permettant l'éradication de pathologies comme la diphtérie ou la poliomyélite.

Néanmoins, cette perspective reste à nuancer dans la mesure où selon les données du Ministère de la Santé et des Solidarités en date du 1<sup>er</sup> décembre 2021, les personnes de 60 à 69 ans sont 92 % à être vaccinées (1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> injections), contre 98 % pour la classe d'âge 70-79 ans, et 86 % pour les plus de 80 ans<sup>46</sup>. Ici, les personnes âgées de plus de 80 ans sont moins nombreuses que les classes d'âge plus jeunes, notamment les 60-69 ans à être vaccinées en 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> injection au 1<sup>er</sup> décembre 2021. Une des hypothèses qui prévaut ici est que les très âgés ne souhaitent pas se faire vacciner, non par peur du vaccin puisqu'ils appartiennent à une génération socialisée à la vaccination, mais plutôt en raison de leur acceptation de la fin de vie comme l'ont signalé certains informateurs de l'étude<sup>47</sup> : « *moi si je dois y passer, c'est que c'est mon tour* » (Alice, 85 ans, veuve, résidence autonomie). L'autre hypothèse repose sur l'accès de ces personnes à la vaccination qui implique non seulement un certain niveau de mobilité (physique, matériel et en terme d'accompagnement) mais aussi la proximité d'un lieu de vaccination. Toutes les communes rurales n'ont pas bénéficié d'un « vaccinodrome » à proximité.

Outre la dimension épidémiologique, cette perspective pose la question de la normalisation de la mort au grand âge (Balard *et al.*, 2020) et des effets de l'âge sur la Covid-19 et le risque de mortalité. Ce constat montre aussi que la mort des âgés est une réalité complexe, au domicile comme en institution, dans les Ehpad et les maisons de retraite (De Hennezel, 2020 ; Beyrie *et al.*, 2017), mais aussi dans certains services hospitaliers (Castra, 2003 ; Kentish-Barnes, 2007 ; Schepens, 2010 ; Denise, 2022) en raison d'une conception ambivalente de la « bonne mort ». Dans un numéro spécial de *Gérontologie et société* (vol. 42 / n° 163), F. Balard, P. Moulin et C. Schrecker précisait ainsi que « la fin de vie et la mort des personnes âgées font souvent l'objet de préconceptions non explicites, parfois contradictoires, visant tantôt à normaliser le rapport à la mort voire à considérer que l'âge permettrait une plus grande sérénité face au trépas ou au contraire à présenter la proximité

---

<sup>46</sup> Les données sont accessibles à l'adresse suivante : < <https://solidarites-sante.gouv.fr/grands-dossiers/vaccin-Covid-19/article/le-tableau-de-bord-de-la-vaccination> > Dernière consultation : le 04.08.2022.

<sup>47</sup> Cette hypothèse se précise au regard des formes de « réengagement » et de « reprise » que suppose la démarche vaccinale : s'informer sur les modalités de vaccination, prendre rendez-vous, se déplacer, se projeter dans l'avenir, etc. demandent un effort pour les personnes en déprise et ne correspond pas toujours aux trajectoires de vieillissement empruntées par ces personnes.

(chronologique) à la mort comme génératrice ou révélatrice d'une angoisse<sup>48</sup> voire d'un désir<sup>49</sup> de mort » (Balard *et al.*, 2020 : 11). À travers cette conception d'une mort plus acceptable en raison d'une durée de vie plus longue – par opposition aux « mauvaises morts » associées aux morts prématurées, d'un enfant ou d'un jeune adulte par exemple – c'est aussi la question des conditions du mourir qui a été reposée par la Covid-19. La crise sanitaire n'a pas produit les mêmes peurs selon l'âge. Pour les plus âgés, le sentiment de peur s'est structuré autour des conditions du mourir (hospitalisation, éloignement du domicile, des proches, appareillage médical invasif, etc.), éloigné donc d'une conception de la « bonne mort » (au domicile, dans le sommeil, etc.) tandis que pour les plus jeunes, le sentiment semble s'être structuré sur la probabilité d'une mort prématurée qui ne correspond pas à la définition d'une « bonne » mort survenant à l'issue d'une vie « gorgée d'années » (Baudry, 2016 : 23).

### 3.3. La crise comme déclencheur de nouveaux statuts entre générations

Un dernier cas de reprise a été observé dans l'acquisition d'un nouveau rôle social « d'aidant », adopté tantôt en regard de la classe d'âge et de la génération, et tantôt en regard de l'état de santé ou de l'isolement de personnes souvent moins autonomes. Ces nouveaux statuts ont été observés dans des contextes divers, en résidence autonomie comme au domicile en milieu rural.

Laurent Nowik et Raphaël Dhuot (2022) ont montré que la crise sanitaire avait contribué à renforcer le besoin d'aide chez les retraités vivant à domicile. Ces besoins se sont traduits de multiples façons : « aide à effectuer des achats ; aide administrative ; aide pour des démarches en ligne ; aide pour se rendre à un rendez-vous médical ; soutien moral ou affectif ; aide pour des tâches ménagères ; aide au bricolage ; aide pour les soins du corps » (*Ibid.*). Selon les auteurs, il a été possible d'identifier une répartition genrée du travail d'aidant au sein du couple chez les plus âgés : « au-delà de 75 ans, le fait de vivre en couple semble moins préserver psychologiquement les femmes, puisque leur moral est plus dégradé que celui des hommes seuls. Ce qui peut être lié aux normes de solidarité au sein des couples âgés, les

---

<sup>48</sup> « Les mots de Gaël, psychologue en Ehpad font écho à ce qui est souvent présenté comme une évidence : « L'angoisse qu'il y a derrière, c'est celle qu'on a souvent toute notre vie mais qui arrive forcément de façon plus massive dans ces âges-là et c'est l'angoisse de mort tout simplement. Il y a d'autres choses mais celle-là est bien présente. » Interview réalisée par Marie Delsalle dans le cadre du film « J'y suis, j'y reste », volet 2 (2016, p. 18). » Cité par Balard *et al.*, 2020 : 11.

<sup>49</sup> Fournieret et Balard (2020). Cité par Balard *et al.*, 2020 : 11.

femmes agissant plus souvent en qualité d'aidantes informelles vis-à-vis de leurs conjoints – en moyenne plus âgés –, tout en étant plus concernées par la perte d'autonomie<sup>50</sup> » (*Ibid.*).

Alors que le travail d'aidant.e a participé à la dégradation du moral des femmes ayant aidé leur conjoint - dégradation possiblement liée à la charge mentale et physique d'ordinaire plus faible car également prise en charge par d'autres acteurs (personnels de santé, services d'aide à la personne, auxiliaire de vie, enfants) - le fait d'aider des personnes concernées par la perte d'autonomie a également généré des situations de reprises chez les personnes les plus autonomes, étant aussi souvent plus jeunes.

La relation de voisinage a contribué à produire ces situations d'aide en résidence autonomie. Comme l'explique Eliane, arrivée en résidence autonomie au moment du confinement de mars 2020 et également bénévole dans une association d'aide aux personnes précaires :

« Pendant le confinement, moi je parlais du principe qu'il fallait aller voir d'autres personnes qui pouvaient en avoir besoin. J'allais voir mes voisines et je leur demandais si jamais elles avaient besoin d'aide. « Bonjour Madame... est-ce que vous voulez que je vous apporte quelque chose aujourd'hui ? est-ce que vous avez besoin de quelque chose ? » ce genre de petites choses. On avait besoin de s'entraider (...). Donc je frappais à la porte avec mon masque et mes gants et comme ça je faisais le tour du couloir. Donc voilà, chez une telle personne j'amenais des chocolats, chez une telle autre j'amenais des crevettes (rires), voilà, ce genre de petites choses. Mais tout en respectant les gestes barrières. Après je vais vous dire, on se tenait à 3 mètres les uns des autres avec le masque et les gants, on faisait attention c'est aussi pour ça que je pense que nous n'avons pas attrapé le Covid. Mais ça ne nous a pas empêché de continuer à aider des personnes » (Eliane, 71 ans, résidence autonomie).

L'aide apportée par cette informatrice à ses voisins à la faveur du premier confinement de mars 2020 a servi de support au maintien de ses prises associatives extérieures temporairement suspendues par les mesures sanitaires. Dans le cadre de son arrivée au sein de la résidence autonomie, cette aide aux personnes moins autonomes a également constitué une ressource dans la production de prises relationnelles et dans le maintien d'une identité sociale pour elle-même et pour les autres (Dubar, 1991). Le rôle d'aidante induit et renforcé par la crise sanitaire a produit une forme de reprise chez ce type de personne en situation de déprise, en façonnant un nouveau rôle et une nouvelle position sociale au sein de son réseau de voisinage. Dans le cas présent il s'agit d'une reprise dans la déprise résidentielle, mais dans

---

<sup>50</sup> Bonnet C. et al., 2011, « La dépendance : aujourd'hui l'affaire des femmes, demain davantage celle des hommes ? » *Population et sociétés*, n° 483 (cité par Nowik & Dhuot, 2022).

d'autres situations où les individus sont installés depuis longtemps - en résidence ou au domicile - la crise sanitaire a également agi comme moteur de nouvelles formes de reprises.

De la même manière, d'autres résident.e.s se sont fait le relais de l'institution en prenant l'initiative de garder un contact avec leurs voisins, parfois même en dépit des règles sanitaires comme nous l'avons vu précédemment dans le cas de François, 75 ans

Ces situations de reprises caractérisées par l'aide aux personnes les moins autonomes dans les tâches ménagères, les commissions, la mobilité, etc., mais aussi dans l'observation de signes de dégradation de la santé morale ou physique ont été rendues possible par la proximité des appartements en résidence autonomie. Dans le cas du domicile, notamment dans le milieu rural, les visites aux voisins parfois éloignés et isolés géographiquement ont été compensées par un suivi téléphonique régulier pendant le premier confinement. Aussi, comme l'explique Christiane, 70 ans, au sujet d'une de ses voisines âgée de 90 ans et membre du club pour personnes âgées auquel elle participe :

« Cette dame ne pouvait plus venir comme le club était fermé. Alors c'est vrai que pour moi ce n'était pas gênant, je voyais du monde dans le jardin ou dans la rue. Mais cette dame elle ne voyait personne (...). Je l'appelais tous les jours ou presque pour savoir comment ça allait, si elle avait le moral qui tenait. Et puis quand on a enfin pu ressortir j'allais la visiter. J'y allais deux fois dans la semaine, on prenait le café, on faisait une partie de carte ou de Scrabble, ça lui faisait de la visite » (Christiane, 70 ans, domicile en milieu rural)

Qu'il ait été provisoire ou sur le temps long ce nouveau rôle social « d'aidant » adopté pendant la crise sanitaire s'est le plus souvent structuré vis-à-vis des personnes les moins autonomes, à la fois dans les résidences autonomie comme en milieu rural. L'âge est également intervenu dans l'identification des personnes « à aider » par les aidants, ces derniers étant souvent plus jeunes de 10 à 15 ans que leurs aînés. Cette relation d'aide s'apparente à celle qu'on observe au sein de la famille, s'élevant dépendante de la fréquence des relations et la proximité géographique (Masotti & Hugentobler, 2020).

Les relations d'aide chez les plus de 65 ans se sont aussi structurées en partie en fonction de l'âge ainsi que l'avait déjà observé Isabelle Mallon : « les plus âgés reçoivent davantage de visites qu'ils n'en font, recueillant ainsi le fruit de leurs investissements passés de sociabilité. Cet effet n'est pas sensible pour les services, les enquêtés déclarant toujours davantage de services rendus que reçus, à tous les âges de la vie (sauf pour les échanges de services entre voisins de quartier, qui apparaissent plus équilibrés aux âges élevés) » (Mallon, 2021 : 440). Si elle indique que la crise sanitaire a été vécue sensiblement différemment par des personnes de générations différentes appartenant néanmoins à la même classe d'âge (65 ans et plus), l'aide intergénérationnelle au grand âge durant la crise sanitaire reste un sujet encore peu

abordé par la littérature scientifique. On notera que l'écart de génération et l'aide apportée par les personnes plus jeunes à leurs aînées s'inscrit ici dans des formes de reprises, que la crise sanitaire a contribué à produire en regard de personnes plus âgées plus ou moins autonomes. Ce dernier type de reprise soulève finalement l'importance d'interroger les relations intergénérationnelles au grand âge, relations qui sont une ressource à la fois pour les aidants et les aidés en contexte ordinaire, mais également en contexte de crise sanitaire, les aidants ayant parfois pallié l'arrêt de certains services aux personnes âgées.

\* \* \*



## **CONCLUSIONS DE LA PARTIE II : LA CRISE SANITAIRE COMME ANALYSEUR DES DYNAMIQUES DU VIEILLISSEMENT EN FRANCE**

L'analyse de la crise sanitaire sous l'angle des dynamiques d'avancée en âge (« prise », « déprise », « reprise ») fait apparaître plusieurs éléments clés du vécu et des modes de subjectivation de l'épidémie de COVID-19. Premièrement, la crise sanitaire n'a pas été appréhendée comme une « épreuve » par toutes les personnes âgées. Pour celles dont le parcours d'avancée en âge se structure autour de routines domestiques, l'impact sur les modes de vie a été limité. Le maintien des activités ordinaires (commissions, activités de loisirs, vie sociale, etc.) et de l'identité sociale « pour soi » (Dubar, 1991) explique en partie le peu d'effets, négatifs ou positifs, sur les parcours d'avancée en âge. L'analyse nous a aussi amené à dégager deux types de « déprises ». Des déprises domestiques antérieures à la crise sanitaire et des déprises « soudaines » caractérisées par des ralentissements et par une discontinuité dans les activités quotidiennes. Dans le premier cas, l'application des mesures sanitaires n'a effectivement pas ou peu affecté le quotidien des personnes en raison de la nature des activités exercées, pour la plupart au domicile. Il en va de même en ce qui concerne les relations sociales qui, lorsqu'elles étaient déjà à distance, n'ont pas été impactées par la crise sanitaire. L'épidémie n'a pas ou peu affecté ce type de profil, ni dans les pratiques ni dans la représentation de soi (identité sociale et maintien de son rapport aux autres), ce qui a conduit à une continuité des parcours de vie vis-à-vis d'événements, perçus, le plus souvent comme étrangers à la situation personnelle. Dans le deuxième cas, les mesures sanitaires ont plutôt agi comme déclencheur d'une forme de ralentissement qui s'est aligné sur les trajectoires d'avancée en âge. Pour ce type d'individu dont le profil se rapproche du modèle du « vieillissement actif » (Guillemard, 2013), l'application des mesures sanitaires, notamment les confinements, a constitué une sorte de « mise en suspens » de la vie quotidienne, marquée par l'arrêt des activités extérieures (loisirs, voyages, relations sociales, etc.). Mais la crise sanitaire a aussi constitué une voie d'accès à la figure du « droit au repos » (Guillemard, 1986) qui vient se poser en faux du modèle des « seniors actifs » (Repetti, 2015). Dans cette perspective, la figure du « droit au repos » ne signifie pas l'arrêt des activités, mais plutôt un réajustement des activités généralement tournées vers le domicile lors des confinements. On a même observé que le modèle du droit au repos, qui semble obsolète dans le cadre de la valorisation des politiques publiques du vieillissement actif, s'était révélé être une ressource dans le contexte de la pandémie. Ce constat pose la question de l'adaptabilité et des effets de l'homogénéisation du modèle du « senior actif » à l'ensemble des personnes âgées.

Enfin, les situations de « reprises » identifiées font écho à des prises de positions inattendues par les individus et à travers lesquelles ces derniers ont endossé un nouveau rôle social (rôle d'« aidant » par exemple, au domicile comme en résidence). Celui-ci a contribué à réorienter

les trajectoires d'avancée en âge et à produire des « rebonds singularisants » (Drulhe et *al.*, 2007) caractérisés par un contrôle renouvelé des individus sur leur parcours de vie. La conscience de leur autonomie, comme celle d'une vie sociale maintenue, a conduit ces individus à s'investir auprès de personnes souvent plus âgées, plus isolées et plus dépendantes, renouvelant ainsi leur propre rapport au vieillissement. Pour autant, la crise sanitaire a aussi engendré des formes d'empêchement vis-à-vis d'autres types de reprises. C'est le cas des individus touchés par des antécédents médicaux ou qui ont développé des symptômes chroniques après avoir contracté la Covid-19. Dans ces cas précis, seule une évolution de la situation épidémique semble avoir pu constituer une issue permanente et acceptable face à l'attente et à l'isolement social. Ce dernier cas de figure illustre un profil de « reclus » pour qui la crise sanitaire constitue une épreuve difficile, réduisant la vieillesse et la retraite à un présent qui n'en finit pas.

L'analyse que nous avons conduite des parcours d'avancée en âge au prisme de la Covid-19 s'est efforcée d'articuler l'hétérogénéité des profils des informateurs rencontrés à des « types » de parcours de vieillissement. Pour chacun de ces profils, nous avons identifié plusieurs ressources et manques qui se sont matérialisées et ont évolué en fonction des trajectoires et situations personnelles. On retrouve parmi les ressources, la facilité à s'occuper ou à entreprendre de nouvelles activités (lecture, télévision, activités culturelles, achats en ligne sur internet, etc.), le maintien des routines domestiques permettant de se préserver de l'extérieur (garder un contrôle sur les activités domestiques), la capacité à alterner les activités durant les périodes de confinement et de déconfinement, ou la possibilité de maintenir et de déplacer les activités collectives au domicile, etc. Concernant les principaux manques, on retiendra le défaut d'anticipation individuelle et/ou institutionnelle face à l'arrêt des activités et l'impossibilité d'adapter ou de remplacer ces activités dans les contextes les plus fermés (notamment en résidence autonomie), l'application généralisée de mesures sanitaires parfois contradictoires voire même sources de mal-être selon les situations (isolement, arrêt du suivi médical, arrêt des activités de services à domicile), le peu de flexibilité vis-à-vis du lien entre les personnes (interdiction ou restriction des visites des proches et de la famille), ou encore, la stigmatisation d'une partie des « seniors », notamment les seniors actifs et les « jeunes » seniors qui ont été identifiés comme « personnes vulnérables » ce qui a pu se répercuter sur leur niveau d'activité et leur état de santé.

\* \* \*

## CONCLUSION GENERALE

De nombreux enjeux relatifs au grand âge et à sa prise en charge en France ont été remis à l'ordre du jour par la pandémie de Covid-19 : accès aux soins de santé, maintien de l'autonomie au domicile, prise en charge par l'institution (EHPAD, résidences autonomie), lutte contre l'isolement social et la précarité, accompagnement de la fin de vie, etc. Ces enjeux ont été observés de manière transversale, au domicile, en EHPAD, en résidence autonomie, auprès de personnes isolées et de personnes entourées, à différents âges et auprès de générations distinctes, dans des contextes urbains et ruraux, matérialisant l'enjeu d'une réflexion sur les trajectoires du vieillir et le grand âge aujourd'hui en France.

La crise sanitaire a ainsi contribué à révéler que les personnes âgées souffraient encore d'une approche souvent déficitaire, rassemblant les personnes de plus de 65 ans sous une même catégorie de personnes « vulnérables ». Protéger ces publics par une série de mesures spécifiques a été une nécessité face à la pandémie de Covid-19 et au risque accru de surmortalité chez ces populations. Cependant ces mesures se sont traduites par un certain nombre de situations paradoxales tant dans les mesures d'accompagnement que dans les définitions de la « vieillesse » produites. D'un côté, l'approche épidémiologique - par classe d'âge et associée à la survenue de comorbidités - a permis l'identification et la prise en charge des personnes à risque dès les premiers temps de la crise sanitaire. De l'autre, en optant pour cette approche préventive les pouvoirs publics ont contribué à produire des situations d'isolement et de perte d'autonomie chez des populations pourtant bien portantes avant la pandémie. En étant privés des activités culturelles, de loisirs ou relationnelles qui étaient au centre de leur mode de vie, les seniors actifs ont vu leur mode de vie se resserrer autour du domicile avec plus ou moins de réussite selon les situations et les ressources individuelles. De la même manière, ces seniors souvent actifs dans leurs relations de voisinage, familiales ou associatives, se sont vus privés de leurs réseaux de sociabilité, pourtant nécessaires au maintien de leur identité et de leur rôle social. À l'inverse, les personnes moins autonomes ont bénéficié du maintien des visites médicales au domicile permettant de garder un lien avec le monde extérieur mais aussi une continuité dans leur parcours d'avancée en âge. C'est aussi le cas des personnes en « retrait », peu actives à l'extérieur du domicile et pour qui la crise sanitaire a eu moins d'incidence, compte tenu de modes de vie plus domestiques. Ce constat n'est pas anodin puisqu'il remet en question une approche du « bien vieillir » fondée sur le paradigme du « vieillir actif » qui a montré plusieurs limites au cours de la pandémie de Covid-19.

De la même manière, toutes les personnes n'ont pas disposé des mêmes ressources sociales, culturelles ou économiques face à la crise. L'étude de Baclet-Roussel *et al.* (2020) a mis en

évidence l'impact des facteurs socioéconomiques dans le vécu du premier confinement de mars 2020. Les personnes dotées de ressources culturelles, économiques et sociales importantes ont ainsi pu mettre en place des activités de remplacement et garder un lien avec leurs proches via l'utilisation de TIC plus facilement. Dans une perspective similaire, le rapport des Petits Frères des Pauvres (juin 2020) a montré que les situations d'isolement étaient souvent corrélées aux situations de précarité des individus en raison d'une sociabilité de voisinage plus faible, d'une absence d'activités à l'extérieur ou d'un accès aux TIC.

En complément de ces travaux, notre recherche montre que les catégories sociales les plus aisées n'ont pas toujours été les plus à même de faire face aux confinements, en dépit de leurs ressources culturelles, économiques et relationnelles qui ont permis un remplacement plus ou moins réussi, mais souvent temporaire à leurs activités sociales et de loisirs. Paradoxalement, les personnes isolées et moins dotées financièrement ont pu être moins impactées par la pandémie de Covid-19. En tous cas, l'arrêt des activités et la suspensions des sociabilités semblaient avoir été moins ressentis. Ce constat vaut plus particulièrement dans les situations de « solitude habitée » (Campéon, 2015) où la solitude n'est pas vécue comme une contrainte mais plutôt comme un mode de vie que la crise sanitaire n'a pas ou peu troublé.

Notre travail a également permis d'identifier des effets de territoire sur le vécu de la pandémie, les personnes vivant en milieu rural ayant profité d'une plus grande souplesse quant à l'application des mesures sanitaires, du fait d'un moindre contrôle, par exemple sur les routes ou dans les petites communes. Les adhérent.e.s d'associations rurales inclus dans l'enquête ont pu reproduire des activités collectives au domicile en opérant une hiérarchisation des mesures sanitaires à appliquer (se laver les mains, mettre le masque, ne pas être à plus de 8 ou 10 personnes lorsque les recommandations préconisaient 6 personnes, etc.). Tandis que les membres d'associations en agglomération se sont le plus souvent retrouvées dans des positions d'attente de reprise des activités générant aussi des états d'anxiété et un sentiment d'abandon de la part des pouvoirs publics.

À ces effets de territoire et de contexte (situation socioéconomique, lieu de vie, capital culturel) s'ajoutent des effets d'âge et de génération que l'approche épidémiologique a contribué à invisibiliser. L'entrée dans la crise sanitaire a produit un rappel douloureux des événements liés à la 2<sup>nd</sup>e Guerre Mondiale pour les personnes qui ont connu cette période durant leur enfance, sans pour autant provoquer une rupture dans leurs habitudes de vie, le plus souvent construites autour du domicile. Tandis que pour la génération d'après-guerre, celle des années 1960 (personnes âgées de 70 et 80 ans aujourd'hui), ce sont les mesures restrictives sur le long terme, et notamment l'arrêt des activités collectives, associatives ou extérieures (voyages, sorties culturelles, club, etc.), la privation de liberté, de même que l'absence de contact avec les proches pour les personnes vivant une retraite relationnelle, qui a été le plus problématique. Le rapport à la vaccination a aussi été influencé par l'appartenance générationnelle. Les personnes qui ont connu les épidémies d'après-guerre

semblent avoir été plus sensibles à la vaccination que la génération suivante, plus méfiante envers le corps médical, politique et scientifique.

L'analyse des récits de vie apporte un éclairage complémentaire quant aux variations observées au sein d'une même classe d'âge, de génération ou de catégorie sociale. La survenue d'évènement biographique (veuvage, perte d'un proche, maladie) a contribué à déterminer le vécu de la crise sanitaire, parfois en tant que ressource, lorsque ces évènements ont servi à prendre de la distance avec la situation sanitaire, et parfois comme déclencheur de mal-être, lorsqu'ils ont contraint les individus dans leur vie quotidienne.

Plus généralement, notre recherche a mis en évidence une différence significative de vécu de la crise entre les personnes vivant au domicile et celles vivant en résidence autonomie. Alors qu'elles ont fait le choix de la résidence autonomie afin de maintenir un lien avec les autres et de se prémunir face aux effets du vieillissement (Simzac, 2021), ces personnes se sont retrouvées coupées de leur monde social, les visites des proches et les relations de voisinage ayant été suspendues parfois plusieurs mois. En écho à ce qui a été observé dans les EHPAD (Bonnell *et al.* , 2021), notre recherche montre le caractère ambivalent des résidences autonomie et du regard porté sur les personnes âgées. Censées représenter des espaces de protection, les résidences autonomie ont été perçues à différents égards comme des lieux d'enfermement en rupture avec les besoins des résident.e.s qui ont été considérés comme « personnes à risque » indépendamment de la situation personnelle au moment de la pandémie. En sus des parcours individuels, des effets de contexte et des effets de génération qui ont influencé le vécu de la crise sanitaire, c'est donc aussi la question de la représentation des personnes âgées qui a été reposée par la pandémie de Covid-19. L'homogénéisation des personnes âgées au sein des résidences autonomie ayant produit des effets latents, voire contradictoires dans plusieurs types de situations, en particulier pour les seniors actifs qui se sont retrouvés privés de leurs routines (culturelles, sociales, collectives) sans possibilité de remplacement, à l'inverse des personnes vivant au domicile privé et de celles vivant en « retraite-retrait ». Ces résultats traduisent l'ambivalence des représentations de l'avancée en âge partagées entre une approche « proactive » caractérisée par le maintien des activités physiques, cognitives et relationnelles en dehors de la sphère domestique, et une approche « déficitaire » de la vieillesse qui se traduit par le déclin de l'autonomie et le repli sur soi.

La pandémie de Covid-19 a ainsi mis en lumière les tensions qui persistent entre ces deux approches mais aussi entre la manière dont les personnes âgées se perçoivent et la manière dont l'institution les considère. Plus largement, la crise sanitaire a contribué à réactiver une vision déficitaire de l'âge dont les effets ont été inégalement répartis parmi les personnes de 65 ans et plus et dont l'accompagnement, au domicile comme dans les résidences autonomie, constitue aujourd'hui un enjeu central du « bien vieillir » pour les autorités publiques.

Dans ce contexte et alors que la crise sanitaire et la pandémie de Covid-19 est toujours d'actualité<sup>51</sup>, nous proposons plusieurs réflexions et préconisations tenant compte des enseignements apportés par cette recherche.

### Agir en vue de préserver les espaces de convivialité en temps de crise

De nombreuses situations de mal-être en lien avec la pandémie de Covid-19 sont dues à la discontinuité des modes de vie au domicile. La recherche Covidomicile a montré que les personnes les moins impactées par la survenue de la crise sanitaire sont celles dont les routines domestiques et les habitudes quotidiennes avaient été préservées. Ces habitudes ont le plus souvent été préversées dans le cas du domicile privatif. Mais dans les résidences autonomie, elles ont été largement impactées par les mesures d'isolement, les restrictions de visites, l'arrêt des activités individuelles et collectives, et la suspension des temps de convivialité.

Partant de ce constat, nous préconisons de repenser les protocoles qui ont été appliqués dans les établissements en les allégeant ou en les adaptant, et en mettant en place, par exemple, des espaces de convivialité, même durant les périodes de confinement, pour permettre aux résident.e.s de se retrouver momentanément dans des endroits prévus à cet effet (salle de restauration, jardin, salle d'activité). S'il apparaît nécessaire de mettre en œuvre des dispositifs à visée prophylactique (confinement, distanciation physique) en situation de pandémie, ces mesures se doivent de considérer les dimensions morales et sociales sans quoi l'impact en terme mal être peut se révéler supérieur au risque épidémique.

L'arrêt temporaire de l'accès à la restauration collective illustre explicitement ce besoin de sociabilité en résidence. Il est important de permettre aux résident.e.s de partager ce temps particulier de convivialité en aménageant des espaces et des horaires dédiés, attribués par exemple en fonction des affinités relationnelles. Si ce type d'aménagement permet de garder une traçabilité des contacts en temps de crise, il permet aussi de maintenir les routines sociales qui structurent la temporalité et le quotidien de nombreux résidents.

### Assurer la continuité des activités associatives

Le constat du maintien des espaces et de temps de convivialité vaut également dans le cas des activités associatives. Ces activités jouent un rôle central dans la préservation de la place et du rôle social des individus au sein de la société, en particulier lorsque ces derniers sont à la retraite. En adhérant à des associations, les individus conservent à la fois une activité

---

<sup>51</sup> Selon le Point épidémiologique n° 132 de Santé Publique France, le taux d'incidence au 04 septembre 2022 est de 166 pour 100 000 habitants en France (source : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-8-septembre-2022>).

(physique et / ou cognitive) mais aussi une place au sein de la société et donc une identité sociale pour eux-mêmes. L'arrêt de ces activités associatives a impacté la vie de nombreux adhérents et bénévoles. Les conditions ont parfois été réunies pour que ces activités soient transposées discrètement au domicile (réunion par petit groupe). Mais dans la plupart des cas, ces activités associatives n'ont pas pu être remplacées, laissant un vide dans la vie sociale des retraités. Nous préconisons le maintien des activités associatives, y compris en temps de crise, sous des formes permettant un respect des règles d'hygiène. Il peut s'agir d'aménager les locaux de sorte à espacer les personnes, de définir des quotas et d'assurer la traçabilité des déplacements, d'utiliser les TIC (utilisation par exemple de la visioconférence), de réaliser des activités en plein air, etc.

De la même manière, il est important que les bénévoles engagés dans des dispositifs de maintien des relations sociales des personnes isolées (exemple du dispositif de suivi téléphonique assuré par des retraités) puissent continuer à assurer cette fonction en période de confinement. La préservation de cette activité est doublement importante puisqu'elle permet d'une part, d'assurer le lien avec les personnes isolées et d'aider au maintien de leur routine (sociale et temporelle, l'appel étant souvent un jour repère dans la semaine) et d'autre part, de permettre aux bénévoles mais aussi pour les bénévoles dans la mesure où cette conserve une prise sur leur quotidien et leur rôle d'aidant.

### Identifier les acteurs « clés » de l'accompagnement

La crise sanitaire est l'occasion de repenser les acteurs, proches, aidants, professionnels, qui participent aux parcours d'avancée en âge. De nombreux acteurs interviennent dans la structuration de ces parcours, tant au niveau sanitaire que social. L'absence de lien avec les proches et la suspension de certaines prestations de service au domicile ont en effet impacté négativement le vécu de la crise sanitaire.

Pour cette raison, nous préconisons le maintien des visites à domicile, par les proches, les aidants ainsi que les personnels de santé et des services à la personne ainsi qu'un travail de coordination dans la recherche et la communication des informations entre les proches et les professionnels. On a constaté que la crise sanitaire avait renforcée l'importance du versant relationnel du travail d'accompagnement (*caring*). Les professionnels de santé et des services à domicile ont notamment fait office de support relationnel en l'absence des proches. Pour les intervenant.e.s au domicile, ce travail a aussi été l'occasion de saisir des informations complémentaires sur l'état de santé mentale et physique des personnes. En ce sens, la pandémie de Covid-19 a conduit les salariés des services à la personne à consolider leur rôle d'aidant. Ce type d'accompagnement soulève un réel enjeu puisqu'il a aussi servi de ressource aux personnes âgées dans la préservation de leurs routines et leur a permis de garder une prise sur le monde.



Cette réflexion est d'autant plus essentielle dans le cas des résidences autonomie qui ont assisté à la dégradation de l'état de santé mentale et physique de plusieurs résidents. L'application de mesures sanitaires strictes au profit de la prévention légitime du risque infectieux a en effet produit des effets latents, un sentiment d'abandon, de perte de sens, d'enfermement qui a nui à la qualité de vie. C'est pourquoi nous préconisons, en cas de confinement ou de restrictions sanitaires, un aménagement des protocoles permettant le maintien des visites. Cette proposition vaut en ce qui concerne les relations avec l'extérieur (proches et professionnels) mais aussi à l'intérieur des résidences. Nous avons montré combien l'absence d'interactions entre les résident.e.s a pu en affecter certains et nous avons vu qu'une aide intergénérationnelle s'est parfois mise en place clandestinement au sein des établissements. C'est d'ailleurs un autre élément qui ressort de la crise sanitaire, la mise en place de résident.e.s « relais » sur la base de volontariat durant les épisodes de crise pourrait permettre aux résident.e.s de garder un contact entre eux, tout en assurant aux uns et aux autres le maintien d'une identité sociale au sein des établissements.

### Ouvrir un espace de discussion entre les parties prenantes (professionnels, usagers, décideurs)

Un dernier élément de réflexion essentiel du vécu de la crise sanitaire par les personnes âgées à domicile concerne les arbitrages, ou plutôt l'absence d'arbitrages entre les parties prenantes. Aussi, nous préconisons d'ouvrir des espaces de discussion entre les différents acteurs de l'avancée en âge, professionnels, usagers et autorités publiques. L'enjeu est multiple puisqu'il consiste à identifier les besoins, les difficultés et les ressources mobilisables à différents niveaux face à la survenue d'une crise sanitaire, mais aussi à repenser les cadres de l'avancée en âge et de sa prise en charge.

On a vu que le fait de regrouper sous une même catégorie, « 65 ans et plus », des personnes aux profils et aux parcours de vie sensiblement différents avait eu un impact négatif sur cette population. Les représentations véhiculées par les médias, les autorités publiques et, plus localement, par les instances de régulation telles que les Agences Régionales de Santé (ARS) ou les établissements de santé et d'accueil (notamment les résidences autonomie) ont ainsi eu pour effet de faire entrer des seniors « actifs » dans une vision déficitaire de l'âge avancé et de provoquer un regard négatif sur les personnes âgées.

Or, pour lutter contre cette forme d'âgisme, produite paradoxalement par une démarche de prévention en santé, il semble essentiel de créer des espaces de dialogue entre les parties prenantes pour affiner les dispositifs d'information relatifs à la prévention. La configuration de ces espaces d'échanges peut être multiple, à l'échelle locale, au sein des résidences autonomie, des communautés de communes et être coordonnées par les associations de personnes âgées en collaboration avec les ARS et/ou conseils départementaux. À l'heure où l'autonomie dans l'avancée en âge est au cœur des préoccupations publiques, il s'agit de

réinterroger l'ambivalence du modèle du vieillir en France, modèle partagé entre des représentations marquées par la vulnérabilité comme l'a révélée la crise sanitaire et un modèle du vieillir actif dont on a pu apercevoir les limites en temps de crise. Il ne s'agit pas ici de contester l'intérêt que peut revêtir le modèle du vieillir actif mais bien d'inviter ses promoteurs à saisir de la multiplicité des modes de vieillir ainsi que des disparités des ressources individuelles et collectives propres aux personnes âgées.

\* \* \*

## BIBLIOGRAPHIE

Avis relatif à la prévention et à la prise en charge des patients à risque de formes graves de Covid-19 ainsi qu'à la priorisation des tests diagnostiques (accès : mars 2020). Consultable sur le site : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=775>

Avis du Conseil scientifique COVID-19 12 janvier 2021 : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis\\_conseil\\_scientifique\\_12\\_janvier\\_2021\\_actualise\\_13\\_janvier\\_2021.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_conseil_scientifique_12_janvier_2021_actualise_13_janvier_2021.pdf).

Avis du Conseil scientifique du 30 mars 2020 au sujet des « EHPAD Une réponse urgente, efficace et humaine » : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/274586.pdf>.

« Faire du bien-vieillir un projet de société Logement, patrimoine et emploi des seniors » *Rapport de Juillet*, Institut Montaigne, 2015 : <https://www.institutmontaigne.org/publications/faire-du-bien-vieillir-un-projet-de-societe>

« Isolement des personnes âgées : les effets du confinement l'isolement de nos aînés est une vraie distanciation sociale », Rapport Petits Frères des Pauvres », n ° 4, juin 2020.

« Isolement des personnes âgées : les effets du confinement l'isolement de nos aînés est une vraie distanciation sociale », Rapport Petits Frères des Pauvres », n ° 4, juin 2020.

« Isolement des personnes âgées : les impacts de la crise sanitaire », Rapport Petits Frères des Pauvres », n ° 5, mars 2021.

« Plan de protection des personnes âgées à domicile contre l'épidémie de Covid-19 », Publié par : Ministère des Solidarités et de la Santé. Document disponible à l'adresse suivante : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/crise-sanitaire-Covid-19-publication-d-un-nouveau-plan-de-protection-des>

ADAM P., HERZLICH C., 2009 (1994), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Armand Colin.

ALLEAUME, C., PERETTI-WATEL, P., VERGER, P., LAUNAY, O. & Le Groupe COCONEL, . (2021). « Intention de vaccination contre la Covid-19 en France: Analyse de l'enquête nationale COCONEL différenciée selon l'âge ». *Gérontologie et société*, vol. , no. 0, 2021.

ANDOCHE J. et al. « La Réunion. Le traitement de l'étranger en situation pluriculturelle : la catégorisation statistique à l'épreuve des classifications populaires », *Hommes & Migrations*, vol. 1278, no. 2, 2009, pp. 218

ANKRI, J. (2008). Prévention des maladies après 75 ans : Intérêt d'agir sur les facteurs de risque. *Gérontologie et société*, 31 / n° 125(2), 129. <https://doi.org/10.3917/g.s.125.0129>

AQUINO J.-P., Le plan national « Bien vieillir », In : *Retraite et société*, Ed. La Documentation française, 2007/3 n°52 | pages 152 à 157.

ARGOUD, D. & VILLEZ, M. (2021). L'État, les vieux, les professionnels : la crise sanitaire, un puissant révélateur du mode de gestion de la vieillesse. *Vie sociale*, 33, 127-140.

ARGOUD, Dominique. « L'isolement des personnes âgées. De l'émergence à la construction d'un problème public », *Gérontologie et société*, vol. 38/149, no. 1, 2016, pp. 25-40.

Arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou de mise à disposition d'un local ou d'une pièce rafraîchie dans les établissements mentionnés à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

Arrêté du 7 juillet 2005, modifié par l'arrêté du 8 août 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.

Arrêté du 7 juillet 2005, modifié par l'arrêté du 8 août 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique Circulaires ministérielles des 12 mai 2004 et 4 mars 2005, définissant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule

AUTHIER J.-Y., 2003, « Les relations de voisinage », dans SÉGAUD M., BRUN J., DRIANT J.-C., *Dictionnaire critique de l'habitat et du logement*, p. 421-425 Hérin.

BACLET-ROUSSEL C., SIMZAC A.-B., TRIBOULET C., « Rapport d'enquête Confidences Le confinement des retraités en Île-de-France », Gérono'if – Géronopôle Ile de France. Décembre 2020.

BALARD, F. « Vivre et dire la vieillesse à plus de 90 ans, se sentir vieillir, mais ne pas être vieux. Ambivalence des représentations du grand âge par les personnes très âgées », *Gérontologie et société*, vol. 34/138, no. 3, 2011, pp. 231-244.

BALARD, F., & CORVOL, A., 2020, « Covid et personnes âgées: liaisons dangereuses », *Gérontologie et société*, 42(2), 9-14.

BALARD, F., KIVITS, J., SCHRECKER, C. & VOLERY, I. (2016). Chapitre 9. L'analyse qualitative en santé. Dans : Joëlle KIVITS éd., *Les recherches qualitatives en santé* (pp. 167-185). Paris: Armand Colin.

BALARD, F., MOULIN, P. & SCHRECKER, C. (2020). Finir sa vie, hâter la mort au grand âge. *Gérontologie et société*, 42(163), 9-28.

BARTHE, J.-F., CLEMENT, S. et DRULHE, M. (1988). « Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées ». *Les Cahiers de la recherche sur le travail social*, 15, 11-31.

BASZANGER I., Les maladies chroniques et leur ordre négocié. In: *Revue française de sociologie*, 1986, 27-1. pp. 3-27

BAUDRY P., 2016 « La bonne mort ? », In : *Le bon passage*. Etudes réunies par BOHLER D., (Dir.) 2016, Bordeaux : Presses Universitaires de Bordeaux.

BERNARD Ennuyer, Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social, Paris, Dunod, 2004 ; Thomas Frinault, La dépendance. Un nouveau défi pour l'action publique, Rennes, pur, 2009

BEYRIE A., DOUGUET F. et MINO J.-C., 2017. « Accompagner la fin de vie en maison de retraite : spécificités et limites d'un travail inestimable », *ethnographiques.org*, n° 35 [en ligne], [https://www.ethnographiques.org/2017/Beyrie\\_Douguet\\_Mino](https://www.ethnographiques.org/2017/Beyrie_Douguet_Mino) (page consultée le 17/06/2022).

BIZZINI, Lucio. « 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*, vol. 30/123, no. 4, 2007, pp. 263-278.

BLANCHET M., KNAPP-ZILLER N., ARTAUD E., BERRUT G., 2020, « L'isolement des personnes âgées à l'heure du déconfinement : quelles perspectives territoriales ? Rapport d'étude du Gérontopôle des Pays de la Loire.

BONNEL *et al.* , 2021, "COVIDHEPAD : Étude des questions relatives aux confinements, aux fins de vie et à la mort dans les EHPADs, pendant la première vague de l'épidémie de Covid-19 en France Étude qualitative, multicentrique et prospective", Novembre 2021, Plateforme Nationale de la Recherche sur la Fin de Vie.

BONNET C. *et al.*, 2011, « La dépendance : aujourd'hui l'affaire des femmes, demain davantage celle des hommes ? », *Population et sociétés*, n° 483.

BOURDIEU P., « Les trois états du capital culturel », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 30, novembre 1979

Bourdieu P., *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Minuit, coll. « Le sens commun », 1979

BUTLER J., 2006. *Défaire le genre*. Paris, Éd. Amsterdam.

CACHEUX L., GASS C., HORODENCIUC L., VILLAUME S., « Le confinement dans le Grand Est : conditions de logement et isolement influent sur la qualité de vie ». *INSEE Analyses Grand Est*, n° 112 - Mai 2020.

CAMPEON A., « Vieillesse ordinaires en solitude », *Gérontologie et société*, vol. 34/138, no. 3, 2011, pp. 217-229.

CAMPEON, A., 2015, « Les mondes ordinaires de la précarité et de la solitude au grand âge », *Retraite et société*, 70, 83-104.

CARADEC V., 2004, *Vieillir après la retraite. Approche sociologique du vieillissement*, Paris : PUF, Coll. "Sociologie d'aujourd'hui".

CARADEC, V., 2007, « L'épreuve du grand âge ». *Retraite et société*, 52, 11-37, en ligne : <http://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2007-3-page-11.html>.

CARADEC, V., 2008 [2004], *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement* (2e édition). Paris, France : Armand Colin.

CARADEC, V., 2017, « L'épreuve de la retraite Transformations sociétales, expériences individuelles », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 23, no. 1, pp. 17-29.

CASTELLS M., GUILLEMARD A-M., La détermination des pratiques sociales en situation de retraite. In: *Sociologie du travail*, 13<sup>e</sup> année n°3, Juillet-septembre 1971. pp. 282-307.

CASTRA M., 2003. *Bien mourir : Sociologie des soins palliatifs*. Paris, Presses universitaires de France.

CAVALLI, S. & LALIVE d'Épinay, C. (2019). Face aux perturbations de la vie : déprise et reprise au grand âge. Dans : Anastasia Meidani éd., *Figures du vieillir et formes de déprise* (pp. 27-48). Toulouse: Érès.

CHOKRANE B, HATCHUEL G. (1999). La dynamique sociale des seniors, *Consommation et modes de vie*, CREDOC, 135, mai.

Circulaires ministérielles des 12 mai 2004 et 4 mars 2005, définissant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule.

CLEMENT, S. et MANTOVANI, J. (1999). « Les déprises en fin de parcours de vie. Les toutes dernières années de la vie ». *Gérontologie et société*, 22(90), 95-108.

DAVIS F., 1961. — « Deviance disavowal: the management of strained interaction by the visibly handicapped », *Social problems* 9 (fall), pp. 120-132

DE HENNEZEL, M. (2020 avril). Les Ehpad face à la mort. Le Mensuel des Maisons de Retraite, (229): <https://www.ehpadpresse.fr/actualite/les-ehpad-face-a-la-mort/>.

Décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles

DELBES, C., DUCHESNE, L. & PENNEC, S. (2003). Les situations familiale et domestique : une approche générationnelle. *Gérontologie et société*, 26(107), 33-47.

DEMAZIERE D. & DUBAR C. (1999), L'entretien biographique comme outil de l'analyse sociologique, *Utinam*, 1/2, p. 225-239.

DENISE T., « De la réanimation à l'accompagnement de la fin de vie : les répertoires pluriels de la prise en charge en médecine intensive-réanimation », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 24 | 2022, mis en ligne le 18 mai 2022, consulté le 21.06.2022. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/11453>

DESBROYERES C., L'âge et la fragilité dans l'accès aux soins : oncogériatrie et Covid-19, Dans *Gérontologie et société*, 2022, 1-16.

DESRIVIERRE D., FABRE J., « Plus de décès pendant l'épisode de Covid-19 du printemps 2020 qu'au cours de la canicule de 2003 », *INSEE Première*, n° 1816, Septembre 2020.

DILTHEY W., *Le Monde de l'esprit*, t.1, Histoire des sciences humaines, Paris, Aubier-Montaigne, 1947, p.42.

DOUGLAS M., 2001 [1967], *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, trad. GUERIN A., Paris, La Découverte.

DRULHE, M., CLEMENT S., MANTOVANI J. et MEMBRADO M. (2007). L'expérience du voisinage : propriétés générales et spécificités au cours de la vieillesse, *Cahiers internationaux de sociologie*. 2(123), 325-339.



DUBAR C., 1991, *La socialisation. Construction des identités*, Armand Colin, Paris.

DUBAR C., NICOURD S., 2017, « II / Analyse des parcours de vie », In : *Les biographies en sociologie*. DUBAR C., (Dir.), La Découverte, , pp. 17-28

DUMONT, G. F., & SARDON, J. P., 2020, « La grande vulnérabilité des personnes âgées face au Covid-19: une illusion ? ». *Telos*, 1-4 : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02576940>.

FEYFANT, V., « Analyser le métier d'infirmière libérale à l'aune de la déprise », *Gérontologie et société*, vol. 40/155, no. 1, 2018, pp. 59-71.

FONTAINE R., PENNEC S. (coord.), « Les inégalités sociales dans la vieillesse », *Gérontologie et société*, 2020/2 (vol. 42 / n° 162), p. 19-36. URL : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2020-2-page-19.htm>

FOURNERET, E. et BALARD, F. (2020). Le désir de mort chez les personnes âgées. En ligne : <https://www.plateforme-recherche-findevie.fr/articles/le-desir-de-mort-chez-lespersonnes-agees>.

GENTY *et al*, 2019, "Etude isolement et territoires des personnes âgées : enseignements et préconisations des Petits Frères des Pauvres", Rapport, septembre 2019.

GOFFMAN E., 1961, *Asylums : Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Doubleday Anchor, New York

GUEDJ, J. 2020, Rapport d'étude : « Déconfinés, mais toujours isolés ? La lutte contre l'isolement, c'est tout le temps ! 36 propositions et pistes pour une politique pérenne de lutte contre l'isolement des personnes âgées ». Rapport final remis à Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé par Jérôme Guedj, le 16 juillet 2020.

GUILLEMARD A. M., LEGARE J., 1995, *Entre travail, retraite et vieillesse : le grand écart*, Paris, L'Harmattan, 326 pp.

GUILLEMARD A.-M. [2010], *Les Défis du vieillissement. Âge, emploi, retraite. Perspectives internationales*, Paris, Armand Colin.

GUILLEMARD A.-M., 1972, *La retraite, une mort sociale. Sociologie des conduites en situation de retraite*, Paris, Mouton.

GUILLEMARD A.M., 1991, *La retraite en mutation* (en collab. avec Christine Meunier et Richard Vercauteren). Recherche IRES, Paris, Publication FEN, 1991, 186 p.

GUILLEMARD, A. 2013. « Le vieillissement actif : enjeux, obstacles, limites: Une perspective internationale ». *Retraite et société*, 65, 17-38.

GUILLEMARD, A.-M., 2002 « De la retraite morte sociale à la retraite solidaire. La retraite une mort sociale (1972) revisitée trente ans après », *Gérontologie et société*, vol. 25/102, no. 3, , pp. 53-66.

HALBWACHS M., 1950, *La mémoire collective*, Paris, PUF.

HALBWACHS M., 1994 (1925), *Les cadres sociaux de la mémoire*, Paris, Albin Michel.

HOUSSET, B. (2019). « Défiance vis-à-vis de la vaccination : pourquoi ? » *Revue des maladies respiratoires*, 36(8), 955-961.

JAEGER, M., « Le travail social dans la crise sanitaire : première ou deuxième ligne ? », *Empan*, vol. 120, no. 4, 2020, pp. 127-136.

JUAN S., « Le concept de routine dans la socio-anthropologie de la vie quotidienne », *Espace, populations, sociétés*, [En ligne], 2015/1-2 | 2015, mis en ligne le 1er juillet 2015, p. 2

JUAN S., « Méthodologie de la démarche de recherche en sociologie. Didactique du projet de recherche », *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 1995/06, n° 47.

LALIVE D'ÉPINAY, C. & CAVALLI, S., 2007. Changements et tournants dans la seconde moitié de la vie. *Gérontologie et société*, 30(121), 45-60.

LALIVE D'ÉPINAY C. et al. [2005], « Le parcours de vie : émergence d'un paradigme interdisciplinaire », in GUILLAUME J.-F. (Dir.), *Parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines*, Éditions de l'université de Liège, p. 187-205.

LALIVE d'EPINAY C. et al., (1983) *Vieillesse. Situations, itinéraires et modes de vie des personnes âgées aujourd'hui*, Saint-Saphorin (Lavaux), Editions Georgi, 1983.

LARSON, H.J., CLARKE, R.M., JARRETT, C., ECKERSBERGER, E., LEVINE, Z., WILL, S., SCHULZ et PATERSON, P. (2018). « Measuring trust in vaccination: A systematic review ». *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 14(7), 1599-1609.

LARSON, H.J., COOPER, L.Z., ESKOLA, J., KATZ, S.L. et RATZAN, S. (2011). « Addressing the Vaccine Confidence Gap ». *The Lancet*, 378(9790), 526-535.

LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T., (Dir.) 2000, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, INSERM et La découverte.

Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, mais aussi la proposition de loi visant à agir pour préserver l'autonomie et garantir les choix de vie de nos aînés, et dont l'un des axes consiste précisément à « garantir le libre choix de la personne âgée en construisant une nouvelle offre d'accompagnement et de soins recentrée

sur le domicile ». Version disponible : [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b4257\\_proposition-loi](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b4257_proposition-loi)

LORIAUX M. (Dir.), *La retraite au quotidien: Modes de vie, représentation, espérances, inquiétudes des personnes âgées* (pp. 75-89). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

LORIAUX, M. & REMY, D. (2005). Chapitre 4. L'entrée en retraite et son vécu : inquiétudes et satisfactions face à la « grande transition ». Dans : LORIAUX M. (Dir.), *La retraite au quotidien: Modes de vie, représentation, espérances, inquiétudes des personnes âgées* (pp. 75-89). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

MALLON I., « L'accompagnement du vieillissement en milieu rural au-delà de la solidarité intergénérationnelle », *Informations sociales*, vol. 164, no. 2, 2011, pp. 100-108.

MALLON I., « Vieillir en milieu rural isolé : une analyse au prisme des sociabilités », *Gérontologie et société*, vol. 36/146, no. 3, 2013, pp. 73-88.

MALLON I., 2021, "Les relations de voisinage des personnes âgées", In : « Les formes contemporaines du voisinage. Espaces résidentiels et intégration sociale », In : AUTHIER J.-Y. & CAYOUE-REMBLIERE J., (Dirs.) *Rapport de recherche*, Caisse des Dépôts.

MALLON, Isabelle. « Le "travail de vieillissement" en maison de retraite », *Retraite et société*, vol. 52, no. 3, 2007, pp. 39-61.

MARIGNIER, N., 2015. « L'agentivité en question : étude des pratiques discursives des femmes enceintes sur les forums de discussion », *Langage et société*, 152, 41-56.

MASOTTI, B. & HUGENTOBLE, V. (2020). « La réception de l'aide informelle au grand âge : entre solidarité et ambivalence ». *Gérontologie et société*, 42(161), 71-86.

MAUGER, G. (2012): "Postface" en Mannheim K., *Le Problème des générations*, Paris, Éditions Armand Colin

MEIDANI A. et STEFANO C., « Vivre le vieillir : autour du concept de déprise », *Gérontologie et société*, vol. 40/155, no. 1, 2018, pp. 9-23.

MEMBRADO M., « Processus de vieillissement et "secondarité" », in : *La ville des vieux*, Joël YERPEZ (coord.), Editions de l'Aube, 1998, p. 95-106.

MENORET M. 1999, *Les temps du cancer*. Paris : Éditions du CNRS.

MERCADIER C., 2002, *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant soigné*, Paris, Seli Arslan.

Ministère de la santé et des solidarités, ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, Ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative, (2007-2009). Plan « Bien Vieillir

Mission relative à la lutte contre l'isolement des personnes âgées et fragiles en période de confinement. Rapport final remis à Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé par, le 16 juillet 2020.

NODDING N., 1984, *Caring : A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, University of California Press, Berkeley.

Note du Conseil scientifique 30 mars 2020 « Les EHPAD Une réponse urgente, efficace et humaine » : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/274586.pdf>

NOWIK L., LABIT A., THALINEAU A., HERPIN L., 2013, « L'habitat de demain : les habitats "intermédiaires" pour personnes âgées », Volume 2/2, *Programme de recherche de la Région Centre*, UMR 6173 Citères, EA 1210 Cedete, 166 p.

NOWIK, L. & DHUOT R., 2022, « Le sentiment d'isolement et la baisse du moral des retraités pendant la crise sanitaire ». *Population & Sociétés*, 600, 1-4.

PATRICK W. CORRIGAN *et al.*, 2008, *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation : an Empirical Approach*, Guilford Press

PETIT., M. (2016). *Les retraités : cette richesse pour la France*. Paris : L'Harmattan.

Rapport d'information n° 453 (2020-2021) Bernard BONNE et Michelle MEUNIER, Commission des affaires sociales (1) sur la prévention de la perte d'autonomie, par M. Bernard BONNE et Mme Michelle MEUNIER

Rapport interministériel sur l'Adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires au vieillissement de la population | Mai 2021 | Luc Broussy

REPETTI, M. 2015, « Du retraité méritant au senior actif : genèse et actualité d'une figure sociale en Suisse », *Retraite et société*, vol. 71, no. 2, , pp. 15-33.

ROUCHAUD A., GIRAUD J., ROCHE-BIGAS J., LEPINE E., ROBIN S., , 2021, « Habitudes de vie et vie sociale : quels impacts du confinement sur les personnes âgées à domicile ? ». Observatoire Régional de la Santé Nouvelle-Aquitaine, Rapport N°125 – Juillet 2021, 67 p.

SCHURMANS M.-N. (2003). *Les solitudes*, Paris : Presses Universitaires de France.

SCHÜTZ A., LUCKMANN T., *The Structures of the Life-World*, vol. I, Northwestern University Press, Evanston, 1973.

SEMENTZATO L., BOTTON J., DROUIN J., CUENOT F., RAY-SPIRA R., WEILL A., ZUREIK M., « Maladies chroniques, états de santé et risque d'hospitalisation et de décès hospitalier pour COVID-19 : analyse comparative de données des deux vagues épidémiques de 2020 en France à partir d'une cohorte de 67 millions de personnes ». 21 Juillet 2021. EPI-PHARE - Groupement d'intérêt scientifique (GIS) ANSM-CNAM

SIMZAC, A. (2021). Mobilité résidentielle en résidence autonomie : quelles reconfigurations des relations sociales et familiales ? *Retraite et société*, 86, 163-182.

STEPHANUS, C. & VERO, J. (2022). Se reconvertir, c'est du boulot ! Enquête sur les travailleurs non qualifiés. *Céreq Bref*, 418, 1-4.

STRAUSS A., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie quantitative et interactionniste*, textes réunis et présentés par Isabelle Bazsanger. Paris, L'Harmattan.

STRAUSS A., GLASER B., 1975, *Chronic illness and the quality of life*, Saint-Louis, C.V. Mosby Co.

VALTORTA, Nicole. « Solitude et isolement : le « problème » tel qu'il est appréhendé au Royaume-Uni », *Gérontologie et société*, vol. 38/149, no. 1, 2016, pp. 41-53

VERGER, P., BOCQUIER, A., VERGELYS, C., Ward, J. et Peretti-Watel, P. (2018). « Flu vaccination among patients with diabetes: motives, perceptions, trust, and risk culture – a qualitative survey ». *BMC Public Health*, 18(1), 569.

WARD, J. & PERETTI-WATEL, P. (2020). Comprendre la méfiance vis-à-vis des vaccins : des biais de perception aux controverses. *Revue française de sociologie*, vol. 61, n° 2, pp. 243-273.

WARD, J. K., GUILLE-ESCURET, P. et ALAPETITE, C. (2019). « Les "antivaccins", figure de l'anti-science ». *Déviance et Société*, 43(2), 221-251.

**Résumé :** Au cours de l'année 2020, la pandémie de Covid-19 a participé, sans doute plus encore que ne l'avait fait la canicule de 2003 à la médiatisation de l'isolement, du mal-être et de la fin de vie des personnes âgées (Balard et Corvol, 2020). Dans des proportions sans commune mesure avec cet épisode climatique, la France a connu une forte augmentation de sa mortalité en particulier chez les personnes de 80 ans et plus, notamment pour celles résidant en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). En France, le nombre de décès lié au Covid-19 s'élève à plus de 150 000 dont environ 100 000 personnes de 80 ans et plus. Alors que le nombre élevé de décès et le mal être des personnes résidents en EHPAD a fait l'objet d'un traitement scientifique et médiatique particulièrement soutenu, ce rapport s'est attaché à investiguer la situation des personnes âgées à domicile. Partant d'un corpus de 47 entretiens menés auprès de retraité.e.s vivant au domicile et en résidence autonomie, de bénévoles au sein d'association de soutien aux personnes âgées, de professionnels de santé et des services à la personne, nous avons analysé le vécu et les modes de subjectivation de l'épidémie de Covid-19 par les personnes âgées vivant à domicile. Les résultats de cette recherche montrent que le groupe des « personnes âgées », loin de représenter une catégorie homogène caractérisée par le risque de développer des formes sévères de Covid-19, présente autant de profils sociologiques que de manières d'appréhender l'avancée en âge en contexte épidémique. L'âge, l'appartenance générationnelle, les modes de vie à la retraite, la singularité biographique et les dynamiques individuelles d'avancée en âge sont autant d'éléments qui permettent d'identifier les situations de mal-être ainsi que les ressources individuelles et collectives mobilisées par les individus face à la crise sanitaire.

**Mots-clés :** Covid-19 ; SARS-CoV-2 ; Personnes âgées, Domicile, Vieillesse ; Confinement ; Politiques publiques ; Résidences autonomie.

**Rapport de recherche « COVIDOMICILE : Analyse du vécu et des modes de subjectivation de l'épidémie de Covid-19 par les personnes âgées vivant à domicile » Septembre 2022.**

Rapport réalisé par **Thomas DENISE**,  
Docteur en sociologie

Sous la direction de **Frédéric BALARD**,  
Maître de Conférences à l'Université de Lorraine

Fondation de France

Laboratoire Lorrain de Science Sociales – NANCY

