

LES IMPACTS DES MESURES SANITAIRES EN CONTEXTE DE LA COVID-19 SUR LES  
PERSONNES ÂGÉES VIVANT DANS LES CENTRES D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE  
LONGUE DURÉE AU CANADA

par  
Karine Meloche

Mémoire déposé à  
l'École de service social  
en vue de l'obtention de la maîtrise en service social

sous la direction de la professeure Marjorie Silverman

Université d'Ottawa  
Août 2022

## REMERCIEMENTS

C'est avec grande fierté que je dépose ce mémoire de recherche qui termine mon parcours académique. Je tiens à exprimer mon appréciation envers de nombreuses personnes qui m'ont soutenue tout au long de mes études.

Premièrement, je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Marjorie Silverman qui m'a accompagné tout au long de ma maîtrise. Merci pour ton soutien, ton expertise, tes encouragements et tes pistes de réflexion qui m'ont permis d'aller plus en profondeur dans mon sujet de mémoire. Ton sourire, ta bonne humeur et ta volonté d'enseigner sont un bon modèle pour moi. Tu as su bien me guider durant tout mon parcours universitaire.

Je tiens aussi à remercier la réviseuse qui a révisé mon mémoire. Tes conseils de rédaction m'ont été très précieux.

Je remercie aussi mes collègues pour les discussions et les réflexions que nous avons eues en classe. J'apprécie aussi l'entraide et le soutien moral que vous m'avez démontré pour m'aider à préparer ma maîtrise.

J'aimerais également remercier mes proches, qui étaient toujours là pour me remonter le moral lorsque je me sentais découragée. Vous, mes parents, mon copain, mes amis, mes grands-parents, mes frères, ma sœur, je vous remercie tous d'avoir été toujours présents pour me soutenir durant tout le processus d'obtention du diplôme de maîtrise en service social.

## SOMMAIRE

La pandémie de COVID-19 a affecté la santé physique et mentale de nombreuses personnes âgées vivant dans les CHSLD au Canada. Bien que le gouvernement ait mis en place des mesures sanitaires pour essayer de protéger ces aînés, les recherches démontrent que certaines de ces mesures ont eu des conséquences négatives sur eux.

Ma recherche discute des problèmes présents dans les structures de la société, dont les structures sociales, économiques et politiques qui affectent directement les personnes âgées dans le contexte d'une pandémie. Les concepts clés de l'approche structurelle nous aident à comprendre la complexité des impacts des mesures sanitaires mises en place durant la pandémie de COVID-19 sur les personnes âgées vivant dans les CHSLD.

Ma recherche discute aussi du fait que la maltraitance s'est accentuée dans les CHSLD durant la pandémie. Certaines des mesures sanitaires ont amplifié la maltraitance organisationnelle et ont contribué à une augmentation de la violence envers les travailleurs et les résidents. De plus, ces mesures ont eu de nombreux impacts sur la santé physique et mentale de plusieurs personnes âgées, lesquelles ont vu leur vie grandement affectée.

Enfin, ce mémoire se termine avec des recommandations visant à diminuer les impacts des mesures sanitaires sur les personnes âgées vivant dans les CHSLD.

Mots clés : mesures sanitaires, pandémie, COVID-19, personnes âgées, gérontologie, CHSLD, structures, isolement, violence, impacts physiques, impacts psychologiques, recommandations.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Remerciements .....</b>	<b>II</b>
<b>Sommaire .....</b>	<b>III</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
Ma question de recherche.....	3
Description des mesures sanitaires mises en place .....	4
<b>Chapitre 1 - Cadre théorique et méthodologie .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Cadre théorique.....</b>	<b>8</b>
1.1.1 Description de l'approche structurelle.....	8
1.1.2 Concepts clés de l'approche structurelle .....	10
1.1.2.1 État d'investissement social.....	10
1.1.2.2 Construction social.....	13
1.1.2.3 Exclusion.....	14
<b>1.2 Méthodologie.....</b>	<b>18</b>
1.2.1 Mon échantillon.....	18
1.2.2 Analyse des données sélectionnées .....	20
<b>Chapitre 2 - La violence dans les CHSLD est accentuée par certaines des mesures sanitaires .....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 Manque de préventions au niveau structurel .....</b>	<b>23</b>
2.1.1 Absence de plan d'urgence en cas de pandémie dans les CHSLD.....	23
2.1.2 Manque de soins à domicile .....	24
2.1.3 Mauvaise gestion des mesures sanitaires .....	27
<b>2.2 Accentuation de la violence chez les travailleurs et les résidents.....</b>	<b>30</b>
2.2.1 Violence des employés envers les résidents .....	30
2.2.2 Violence des résidents envers les employés.....	34
2.2.3 Violence entre résidents .....	35
2.2.4 Impacts de la maltraitance organisationnelle sur les personnes âgées .....	36
<b>Chapitre 3 – Les impacts de certaines mesures sanitaires sur la santé physique et mentale .....</b>	<b>39</b>
<b>3.1 Diminution de l'activité physique pendant la pandémie .....</b>	<b>39</b>
<b>3.2 Impacts de l'inactivité physique.....</b>	<b>41</b>
<b>3.3 Impacts sur la santé mentale accentués par certaines mesures sanitaires.....</b>	<b>44</b>

3.3.1 Impacts de la pandémie sur la santé mentale des aînés dans les CHSLD et causes .....	44
3.3.2 Déclin cognitif résultant de certaines mesures sanitaires et impacts sur la santé mentale des personnes âgées qui vivent dans les CHSLD .....	47
3.3.3 Perte d'autonomie résultant de certaines des mesures sanitaires et impacts sur la santé mentale des personnes âgées qui vivent dans les CHSLD .....	49
<b>Chapitre 4 – Recommandations visant à diminuer les impacts de certaines mesures sanitaires sur les personnes âgées dans les CHSLD .....</b>	<b>51</b>
<b>4.1 Changements structurels à faire pour réduire les impacts de la COVID-19 sur les personnes âgées qui vivent dans les CHSLD .....</b>	<b>51</b>
4.1.1 Promouvoir l'accès aux soins à domicile .....	52
4.1.2 Mieux financer les CHSLD .....	54
4.1.3 Bien former les équipes de soins dans les CHSLD .....	57
4.1.4 Promouvoir l'utilisation d'outils technologiques dans les CHSLD .....	58
<b>4.2 Changements interrelationnels .....</b>	<b>61</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>64</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>68</b>

## INTRODUCTION

Le jour de la fermeture des portes aux « visiteurs » de l'établissement, j'avais le sentiment que je ne le reverrais plus. Intérieurement, je lui ai dit « Adieu » quand je l'ai quitté à 23h30, et ce, après lui avoir donné ses médicaments, assurer son hygiène buccale, l'avoir hydraté pour la nuit et l'avoir fait changer de position par les préposées. Je n'avais aucun doute que c'était la dernière fois. Il ne pouvait pas survivre. S'il ne mourait pas de la COVID-19, il allait mourir de faim, de soif et du sentiment d'abandon. Le dysfonctionnement et le chaos de l'établissement sont déjà chroniques à tous les niveaux : la gestion du personnel et des services, l'équipe de soins est mobile ou vole d'un établissement à l'autre, d'un étage à l'autre, l'instabilité et la discontinuité est la règle du jeu dans cet établissement de soins de longue durée. C'est ce que j'ai constaté dès la première année que nous avons transféré notre cher ami à ce centre d'hébergement (Comtois, 2021, p. 58).

La citation ci-dessus illustre qu'on oublie parfois les personnes âgées dans la société d'aujourd'hui. Dans le cadre de ma recherche, je définis les personnes âgées comme des personnes ayant 65 ans et plus, puisque la plupart des recherches et des politiques sur les aînés utilisent ce groupe d'âge.

Ma recherche se concentre surtout sur les aînés qui vivent dans les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). J'utilise « CHSLD » de façon générique, par souci de simplicité, pour désigner « des établissements qui accueillent les personnes en perte d'autonomie nécessitant des soins particuliers de plus de trois heures par jour et qui, de ce fait, ne peuvent plus demeurer à leur domicile » (Falardeau et collab., 2021, p. 619). Les CHSLD sont donc des centres d'hébergement pour les personnes âgées « dont la condition requiert une surveillance constante, des soins spécialisés et dont le maintien à domicile est devenu impossible et non sécuritaire » (Index Santé, 2022, paragr. 4).

Depuis le début de la pandémie de COVID-19 en 2020, les personnes âgées ont été durement affectées par certaines des mesures mises en place pour tenter de limiter la propagation du virus. La COVID-19 est un nouveau coronavirus appelé SARS-CoV-2 qui est apparu en 2019. Ce « nouveau type de coronavirus [...] infecte les gens dans le monde entier [...] et provoque généralement la toux et le rhume [pouvant aussi] provoquer des infections graves comme le syndrome respiratoire aigu sévère » (Crohn et Colite Canada, 2021, paragr. 1). La COVID-19 affecte gravement l'état de santé des personnes âgées car le virus :

*« may affect central and peripheral nervous system, having potential effects on the development and progression of neurodegenerative diseases. SARS-CoV2 may also affect the cells of the intestinal mucosa, triggering intestinal inflammation and dysbiosis and potentially causing short and long-term alterations of gut microbiota, which have demonstrated strong associations with, neuroinflammation and neurodegenerative diseases »* (Santo et collab., 2020, p. 2).

Le virus s'est propagé très rapidement au Canada. Au Québec, le premier cas de COVID-19 a été confirmé le 28 février 2020. Une semaine plus tard, 55 cas se sont ajoutés et, un mois plus tard, on en comptait 5 219 (Guillette, 2020). La propagation rapide du virus a entraîné de nombreux décès parmi les aînés. En effet, « plus de 97 % des 466 décès causés par cette pandémie se sont produits chez des personnes âgées de plus de 60 ans au Québec » (Institut national de santé publique du Québec, cité dans Centrale des syndicats du Québec, 2020, p. 1). Plus précisément, c'est dans les CHSLD que le taux de mortalité des personnes âgées a été le plus élevé (Hirdes et collab., 2020; Lagacé et Rodrigues-Rouleau, 2021). Au Canada, « 80 % des décès dus à la COVID-19 se sont produits dans les centres de soins de longue durée » (Statistique Canada, 2020, paragr. 6). Il est important de se pencher sur cette situation car, avec le vieillissement de la population canadienne, de plus en plus d'aînés doivent aller vivre dans les CHSLD. En 2019,

17,5 % de la population canadienne était âgée de 65 ans et plus (Statistique Canada, 2021), et les recherches prévoient que ce taux va doubler d'ici 2050 (Cunningham et collab., 2020).

Étant donné la gravité de la COVID-19, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a dû mettre en place des mesures sanitaires afin d'en limiter la propagation et de protéger les aînés dans les CHSLD. Par exemple, le Ministère a dû « restreindre drastiquement, voire interdire les visites dans les établissements d'hébergements collectifs » et « interdire toute sortie aux personnes à risque résidant en hébergement collectif à l'extérieur de ces établissements » (Piccoli et collab., 2020, p. 3). Les mesures sanitaires ont fortement modifié le mode de vie des personnes âgées en les obligeant à s'isoler et à respecter des restrictions très strictes.

### **Ma question de recherche**

Ces réalités m'amènent donc à me poser la question suivante : quels sont les impacts des mesures sanitaires liées à la COVID-19 sur les personnes âgées vivant dans les CHSLD au Canada? Même si ces mesures visaient à protéger ces aînés, les recherches démontrent que certaines d'entre elles ont eu de nombreuses conséquences négatives sur leur santé physique et mentale (Maamar et collab., 2020; Meisner et collab., 2020; Piccoli, 2020; Rylett et collab., 2020).

**L'objectif premier** de ma recherche est de comprendre et de documenter les impacts de certaines mesures sanitaires sur la santé des personnes âgées afin de mieux intervenir auprès de cette population. À mon avis, il est très important de connaître et de comprendre les enjeux vécus

par les personnes âgées en temps de pandémie. Ma recherche permettra aux intervenants d'être à l'écoute de leurs besoins.

**Le deuxième objectif** de ma recherche est de proposer des pistes de réflexion aux personnes qui liront mon mémoire. Que ces lecteurs soient des étudiants, des professionnels de la santé ou autres, je veux qu'ils soient en mesure de bien comprendre la cause des enjeux vécus par les personnes âgées vivant dans les CHSLD en contexte pandémique. À mon avis, si nous voulons diminuer de tels enjeux parmi cette population, il est très important de comprendre comment celle-ci en est affectée. J'aimerais que les personnes qui liront mon mémoire réfléchissent à la façon dont elles peuvent contribuer au mieux-être des aînés.

**Mon troisième objectif** de recherche est d'améliorer les pratiques de travail auprès de cette population et de proposer des recommandations visant à diminuer les impacts de certaines des mesures sanitaires sur les personnes âgées vivant dans les CHSLD.

### **Description des mesures sanitaires mises en place**

Comme je l'indiquais ci-dessus, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a dû mettre en place de nombreuses mesures sanitaires pour essayer de protéger les personnes âgées vivant dans les CHSLD et de diminuer la propagation de la COVID-19. Le 14 mars 2020, il a interdit les visites des proches aidants et des bénévoles et les sorties à l'extérieur des CHSLD des résidents (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2020). Cependant, les ministères de la Santé ont autorisé les militaires à entrer à titre « d'aide de service » (Hamel-Roy et collab., 2021). De plus, les activités de groupes non essentielles

devaient être évitées, et les résidents devaient respecter une distance de deux mètres lors des activités essentielles (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2020). En ce qui concerne les repas, on recommandait aux personnes âgées autonomes de manger dans leur chambre (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2020). Les CHSLD ont également dû cesser de laisser les familles laver les vêtements de leurs proches aînés et ont dû prendre en charge cette tâche (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2020). Lorsqu'un résident ou un employé avait des symptômes de la COVID-19 (toux, fièvre, difficultés respiratoires, perte soudaine du goût ou de l'odorat), il devait s'isoler pendant 10 jours (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2020). Un employé en isolation pouvait en sortir plus vite s'il obtenait un test négatif à la COVID-19 (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2020). Lors de l'admission d'un résident, ce dernier devait passer 14 jours en isolement préventif (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2020).

En mars 2020, les personnes âgées qui étaient hospitalisées en vue de subir une chirurgie non essentielle ont vu celle-ci annulée et ont été transférées dans les CHSLD pour libérer les lits d'hôpitaux (Beaulieu et collab., 2020). Des travailleurs mobiles se déplaçaient entre plusieurs CHSLD pour aider leurs collègues (Beaulieu et collab., 2020). Afin de recruter plus de travailleurs, le gouvernement du Canada a offert des « primes pouvant aller jusqu'à 1000 \$ par mois pour ceux et celles qui travaillaient en zones infectées à temps plein et qui ne manquaient aucune journée de travail durant un mois » (Hamel-Roy et collab., 2021, p. 22). Le gouvernement du Canada a aussi mis en place la prestation canadienne d'urgence offrant 2000 \$ par période de quatre semaines afin de soutenir les employés et les travailleurs indépendants touchés par la COVID-19 (Gouvernement du Canada, 2021).

Je défends l'idée que certaines de ces mesures sanitaires ont eu des impacts négatifs sur les personnes âgées vivant dans les CHSLD. Les études démontrent en effet qu'elles ont gravement affecté cette population (Beaulieu et collab., 2020; Hamel-Roy et collab., 2021; Maamar et collab., 2020; Meisner et collab., 2020; Piccoli, 2020; Rylett et collab., 2020).

Afin d'appuyer cette affirmation, j'ai utilisé l'approche structurelle comme cadre théorique, comme je le décris dans le premier chapitre de ce mémoire, car elle permet de comprendre la cause de ces impacts. Je décris ensuite cette approche et j'en définis les grandes caractéristiques, plus particulièrement ses trois principaux concepts, c'est-à-dire l'État d'investissement social, la construction sociale et l'exclusion. Je conclus ce chapitre en présentant le cadre méthodologique et en expliquant comment j'ai utilisé l'analyse thématique pour analyser mes données.

Dans mon deuxième chapitre, je parle de la maltraitance dans les CHSLD, qui s'est accentuée en raison des mesures sanitaires décrites ci-dessus. Je tente d'expliquer que la maltraitance organisationnelle est grandement présente en raison du manque de prévention au niveau structurel. Celui-ci est causé par l'absence de plans d'urgence en cas de pandémie dans les CHSLD, par le manque d'accès aux soins à domicile et par la mauvaise gestion des mesures sanitaires. Après avoir présenté quelques faits sur la maltraitance organisationnelle, je parle de l'augmentation de la violence entre les travailleurs et les résidents. Je termine ce chapitre en expliquant les impacts de la maltraitance organisationnelle sur les personnes âgées.

Dans mon troisième chapitre, je décris les impacts de certaines des mesures sanitaires sur la santé physique et mentale. Je présente les conséquences de l'inactivité physique chez les personnes âgées. Je me penche aussi sur leur santé mentale, qui a été aggravée par certaines des

mesures sanitaires. Je poursuis en discutant des impacts que le déclin cognitif et la perte d'autonomie résultant de ces mesures sanitaires ont eu sur la santé mentale des aînés.

Dans mon quatrième chapitre, je présente des recommandations visant à diminuer les impacts des mesures sanitaires sur les personnes âgées qui vivent dans les CHSLD. Je discute notamment des changements structurels qui pourraient être faits, comme un meilleur accès aux soins à domicile, un financement accru des CHSLD, la bonification de la formation en gérontologie et un recours plus fréquent aux moyens technologiques dans les CHSLD. Je termine mon mémoire en discutant des changements interrelationnels, puisque nous pouvons tous contribuer au mieux-être des personnes âgées qui vivent dans les CHSLD .

## **Chapitre 1 - CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIE**

Dans ce chapitre, je discute de l'approche structurelle, qui constitue mon cadre théorique, et j'en décris trois concepts clés : l'État d'investissement social, la construction sociale et l'exclusion. Dans le cadre de ma recherche, j'applique ces concepts aux réalités vécues par les personnes âgées vivant dans les CHSLD. Je termine le chapitre en discutant de la méthodologie et de l'échantillon que j'ai sélectionnés, ainsi que des méthodes que j'ai utilisées pour analyser les données recueillies.

### **1.1 Cadre théorique**

#### **1.1.1 Description de l'approche structurelle**

Cette section porte sur l'approche structurelle. C'est le cadre théorique que j'ai choisi pour répondre à ma question de recherche.

Cette approche, apparue dans les années 1970 et 1980, s'inspire de l'idéologie socialiste et marxiste. Elle a été fondée en raison des « inégalités sociales et [de] l'accessibilité limitée aux ressources en raison du sexe, de la classe sociale, de l'ethnicité [et] de la religion » engendrées par la société capitaliste (Lévesque et Panet-Raymond, 1994, p. 25). L'approche structurelle permet de comprendre la complexité d'un problème social au moyen d'une analyse du contexte social, politique et économique (Moreau, 1979). Elle a comme objectif la transformation sociale et le questionnement des structures institutionnelles (Lévesque et Panet-Raymond, 1994).

L'approche structurelle est définie comme faisant partie des approches critiques et radicales (Lapierre et Levesque, 2013). Plus précisément, une approche critique « suppose de repenser les théories et les pratiques du développement, de réexaminer les concepts servant à décrire le monde réel, mais aussi les hypothèses et les croyances derrière ces concepts » (Tanimoune 2015, p. 1).

L'approche structurelle est une approche critique, car elle part du principe que les personnes ne devraient pas modifier leurs comportements pour répondre aux normes de la société (Lévesque et Panet-Raymond, 1994; Moreau, 1979). Elle considère au contraire que c'est à la société de modifier ses structures sociales, économiques et politiques (Lévesque et Panet-Raymond, 1994). La matérialisation est un concept important à cette approche, car elle permet de bien comprendre ce principe. Par « matérialisation », on entend la mise en contexte des problèmes sociaux que vit une personne afin d'en trouver la source (Moreau, 1979; Lévesque et Panet-Raymond, 1994). La matérialisation permet ainsi de comprendre que l'oppression provient de la société et non de l'individu (Lévesque et Panet-Raymond, 1994). Pour bien des gens, le fait de prendre conscience que les problèmes et les oppressions sont causés par les structures sociales et qu'ils ne sont pas les seuls à vivre ces oppressions peut être une source d'*empowerment* (Moreau, 1979).

Pour récapituler, l'approche structurelle a comme objectif de « reconnaître que les situations individuelles sont intimement reliées aux structures politiques, sociales et économiques » (Lapierre et Levesque, 2013, p. 40). Elle permet de démontrer la présence d'inégalités sociales, par exemple, comment les riches s'enrichissent au détriment des pauvres (Moreau, 1979). En d'autres mots, ce sont les structures qui maintiennent les inégalités (Lapierre et Levesque, 2013). Valorisant la justice sociale, l'égalité et la solidarité, l'approche structurelle

considère qu'une meilleure redistribution des ressources les rendra accessibles à tous (Lapierre et Levesque, 2013).

J'ai choisi l'approche structurelle pour essayer de comprendre les réalités vécues par les personnes âgées vivant dans les CHSLD pendant la pandémie de COVID-19, parce que les impacts de cette dernière proviennent en partie des structures sociales, économiques et politiques (Centrale des syndicats du Québec, 2020; Hamel-Roy et collab., 2021; Picard, 2021).

### **1.1.2 Concepts clés de l'approche structurelle**

Cette section discute de trois concepts clés de l'approche structurelle : l'État d'investissement social, la construction sociale et l'exclusion. Ces concepts fondamentaux m'aident à dégager les facteurs structurels à l'origine des problèmes vécus dans les CHSLD pendant la pandémie et, par conséquent, à répondre à ma question de recherche.

#### **1.1.2.1 État d'investissement social**

Le concept d'« État d'investissement social » signifie que l'État « passe par une compensation de l'abaissement du niveau de protection sociale obligatoire et publique par d'autres mécanismes, reposant sur des acteurs privés, qu'il s'agisse de la famille, des associations ou du marché » (Palier, 2005, paragr. 5). Quand l'État encourage ce type d'individualisation, c'est pour déresponsabiliser le gouvernement. En d'autres mots, l'État ne veut pas être tenu responsable du bien-être de tous et il transfère directement aux familles la

responsabilité de s'occuper de leurs proches. Pour comprendre la réalité des personnes âgées, il est important de tenir compte de ce concept, car l'État d'investissement social entraîne la diminution des programmes sociaux qui leur sont destinés. L'investissement social priorise les jeunes, par exemple leur intégration au marché du travail, réduisant ainsi le financement destiné aux personnes âgées (Billette et collab., 2012). Ce point est discuté plus en profondeur dans la prochaine section.

Le sous-financement de l'État dans les programmes sociaux pour les aînés a rendu la situation de ces derniers plus précaire et les a rendus plus vulnérables (Billette et collab., 2012; Moreau, 1979). Les preuves que les CHSLD ont été « politiquement très négligés depuis plusieurs décennies » se retrouvent dans plusieurs domaines (Centrale des syndicats du Québec, 2020, p. 1). Par exemple, depuis la fin des années 1980, les conditions de travail des travailleurs de la santé se sont dégradées (Hamel-Roy et collab., 2021). Le manque de financement dans les CHSLD peut expliquer la cause de la vulnérabilité de leurs résidents (Comtois, 2021).

Le manque de financement est aussi un des facteurs ayant contribué à faire en sorte que les soins soient basés sur un modèle transactionnel et non sur les relations personnelles (Picard, 2021). Le personnel n'a pas le temps d'établir une relation avec les résidents (Picard, 2021). Les employés ont un horaire chargé et doivent offrir des soins à de nombreuses personnes âgées dans les CHSLD. L'État fait aussi des choix qui ne tiennent pas compte des besoins des résidents et qui obligent les employés à se concentrer sur les tâches à accomplir (Picard, 2021). Dans les faits, les soins de santé sont gérés selon un modèle industriel axé sur la productivité, qui priorise la quantité avant la qualité (Comtois, 2021). Par exemple, dans un grand nombre de CHSLD, « [l]a priorité consiste toujours à fournir le plus de lits, non à offrir de meilleurs soins [...] Les

résidences ont été conçues et bâties en recherchant l'efficacité d'une chaîne de montage et non le confort des résidents » (Picard, 2021, p. 60-61).

L'État d'investissement social fait en sorte que les CHSLD sont sous-financés (Picard, 2021). Ils n'ont pas les fonds nécessaires pour embaucher plus d'employés afin de respecter la norme d'heures de soins recommandées par résident par jour. Par exemple, la norme est de 3,36 heures de soins par résident par jour en Ontario, mais de nombreux résidents en reçoivent moins de 2,71 heures par jour. Pour respecter cette norme, il faudrait embaucher 23 000 employés à temps plein supplémentaires. Pour cela, les CHSLD devraient recevoir 1,8 milliard de dollars de plus par an (Picard, 2021). Présentement, « les besoins des gens dans les derniers mois et les dernières années de leur vie sont complexes et coûteux, mais nous continuons d'essayer de les combler à bas prix » (Picard, 2021, p. 61). La pénurie de préposés aux bénéficiaires peut aussi être causée par le salaire insuffisant, étant donné qu'il se situe entre 13 \$ et 21 \$ de l'heure dans les CHSLD privés et qu'il est de 21 \$ de l'heure dans les CHSLD publics et privés conventionnés au Québec (Hamel-Roy et collab., 2021). Le faible salaire fait en sorte qu'il est difficile pour les CHSLD d'attirer des préposés et de les garder.

En bref, le sous-financement dans les CHSLD a eu des impacts négatifs marqués sur la santé physique et mentale des personnes âgées durant la pandémie. Ces impacts sont discutés en profondeur dans les prochains chapitres.

### 1.1.2.2 Construction sociale

Dans cette section, je discute d'un autre concept qui relève de l'approche structurelle, c'est-à-dire la construction sociale. Celle-ci nous permettra de comprendre en partie, dans les prochains chapitres, la cause des impacts des mesures sanitaires sur les personnes âgées vivant dans les CHSLD.

Par « construction sociale », on entend les « constructions [qui] évoluent, voire émergent d'un contexte discursif particulier lequel influence, à son tour, le cadre normatif d'une société quant aux pratiques et politiques publiques » (Lagacé et collab., 2011, paragr. 1). En ce qui a trait aux constructions sociales relatives aux aînés, les perceptions de la société sont grandement basées sur l'âgisme. Par « âgisme » (implicite ou explicite), on entend la discrimination ou l'oppression basée sur l'âge d'un individu (Adam et collab., 2013, p. 4). Dans le cas des aînés, l'âgisme se manifeste souvent par des stéréotypes et des représentations sociales qui présentent les personnes âgées comme étant faibles, fragiles et non productives (Billette et collab., 2012; Bizzini, 2007). Le vieillissement étant socialement construit, la société associe ce terme à la maladie, au déclin, à la mort, à la peur, à l'incapacité, à l'inactivité, à l'impuissance, à l'inutilité, à la fragilité, à la dépendance, etc. (Billette et collab., 2012; Bizzini, 2007). Les constructions sociales basées sur l'âgisme font donc en sorte que la société sous-estime les personnes âgées.

Parce que les personnes âgées sont stigmatisées et invisibilisées, la société minimise leurs droits et, par conséquent, cela affecte leur estime de soi (Billette et collab., 2012). Le concept de la retraite, introduit depuis la Deuxième Guerre mondiale, explique en partie la stigmatisation. La retraite voulait dire que les personnes âgées ne contribuaient plus financièrement à la société (Pérodeau, 2020). Dans une société capitaliste valorisant la productivité, elles étaient perçues

comme un fardeau (Lagacé et collab., 2011). Depuis ce temps, les personnes âgées sont vues comme ne faisant plus partie de la population active, ce qui explique pourquoi elles sont mises à l'écart de la société (Pérodeau, 2020). Ces perceptions demeurent présentes, car une partie du revenu des travailleurs est imposée afin de verser les pensions de vieillesse aux personnes âgées (Bizzini, 2007). C'est donc la jeunesse qui est valorisée et à laquelle sont associées la productivité et la richesse matérielle (Bizzini, 2007). Cette réalité peut faire en sorte qu'une personne âgée est « dépeinte comme celle qui échoue aux attentes de la jeunesse et est nécessairement perçue comme une charge sociale ou comme celle qui y répond en demeurant "productive" » (Lagacé et collab., 2011, p. 94). Considérer une personne âgée comme productive est aussi une forme d'âgisme camouflé (Lagacé et collab., 2011). Par exemple, « [l]'aîné productif est apprécié justement parce qu'il se tient loin de la vieillesse et proche de la jeunesse » (Lagacé et collab., 2011, p. 95). De telles comparaisons viennent rabaisser les personnes qui sont dépendantes et défavoriser les liens intergénérationnels et intragénérationnels (Billette et collab., 2012).

Les constructions sociales basées sur l'âgisme et les attitudes âgistes peuvent mener vers l'oppression et l'exclusion des aînés. J'explore davantage le concept de l'exclusion dans la prochaine section.

### **1.1.2.3 Exclusion**

Pour bien comprendre le concept de l'exclusion des personnes âgées, il est important de comprendre que celle-ci est fondée sur l'âgisme. Les constructions sociales relatives au

vieillesse perpétuent des attitudes et des comportements âgistes. Ces attitudes et ces comportements mènent à l'exclusion sociale des personnes âgées (Bizzini, 2007).

L'exclusion est un « processus de non-reconnaissance et de privation de droits et de ressources, à l'encontre de certains segments de la population, qui se réalise à travers des rapports de force entre groupes aux visions et aux intérêts divergents » (Billette et collab., 2012, p. 15). Dans le cadre de ma recherche, j'utilise l'approche structurelle pour décrire l'exclusion, car cette approche encourage une analyse des structures politiques, économiques et sociales (Lévesque et Panet-Raymond, 1994). Cette analyse permet de mettre en lumière ce qui est exclu de ces structures. Aux fins de ma recherche, ce sont les personnes âgées. Ainsi, il est possible de comprendre que, pour avoir une société plus inclusive envers les personnes âgées, il faut modifier ces structures (Lévesque et Panet-Raymond, 1994). Je constate en effet, au fil de mes recherches, que ces structures augmentent le risque d'exclure les personnes âgées. Il existe donc plusieurs formes d'exclusion qui peuvent expliquer pourquoi les personnes âgées sont mises à l'écart de notre société.

Plusieurs d'entre elles sont victimes d'exclusion symbolique. On entend par cela des images et des représentations négatives, le manque de représentations et, donc, l'invisibilité (Billette et collab., 2012). Les médias participent à la construction sociale du vieillissement, ce qui contribue à l'exclusion des aînés (Lagacé et collab., 2011). De nombreux stéréotypes âgistes sont présents, surtout à la télévision, créant des divisions intergénérationnelles (Ayalon et collab., 2020). Les médias perpétuent l'idée que les personnes âgées forment un groupe homogène en prétendant qu'elles se ressemblent toutes (Meisner et collab., 2020). Soulignons qu'il n'y a pas que la télévision qui perpétue les attitudes âgistes. Lagacé et collab. (2011) ont trouvé dans *La Presse* plusieurs articles citant des commentaires négatifs à l'égard des aînés, par exemple :

« pourquoi il faudrait écouter de vieux radoteurs »; « un goût bizarre d'être tout à coup vieux »; « c'est rien, c'est un vieux »; « un Québec plus âgé et moins dynamique » (p. 93). Bref, cette vision négative de la vieillesse fait en sorte que les personnes âgées sont perçues de façon négative, ce qui perpétue des pensées et des comportements âgistes (Lagacé et collab., 2011).

Bien que ces perceptions négatives soient présentes depuis de nombreuses années, la pandémie de COVID-19 est venue rappeler que les personnes âgées sont surtout vues comme étant faibles, fragiles et dépendantes, égoïstes, laides, etc. (Lagacé et collab., 2011; Meisner et collab., 2020). Dans les médias, les perceptions négatives des personnes âgées ont augmenté pendant la pandémie. Le fait que les personnes âgées sont plus vulnérables au virus de la COVID-19 et que beaucoup en sont décédées a été largement médiatisé. Les médias ont en effet diffusé une abondance d'images et de reportages sur les ravages de la pandémie dans les CHSLD, et cela a contribué à alimenter les perceptions négatives à l'égard des aînés. Les statistiques fournies dans l'Introduction appuient cette affirmation (Crohn et Colite Canada, 2021; Institut national de santé publique du Québec, 2021; Lagacé et Rodrigues-Rouleau, 2021; Statistique Canada, 2020).

Les personnes âgées peuvent aussi subir une exclusion identitaire. Celle-ci consiste à réduire quelqu'un à un seul groupe d'appartenance, à un seul de ses traits (Billette et collab., 2012). Par exemple, certains ont des perceptions négatives envers une personne âgée en raison de son âge, sans tenir compte des autres identités telles que son genre, son orientation sexuelle et son origine ethnique ou culturelle (Billette et collab., 2012). Dans ce cas, les perceptions et les attitudes négatives sont basées seulement sur l'âge, et cela peut donc mener à l'exclusion identitaire des personnes âgées.

L'exclusion sociopolitique est elle aussi fréquente chez les personnes âgées. Elle consiste à limiter leur participation aux décisions civiques et politiques (Billette et collab., 2012). Ce type d'exclusion relève de l'âgisme, explicite et implicite, et l'encourage. Le fait que la société minimise le pouvoir d'agir des personnes âgées explique pourquoi plusieurs d'entre elles sont vues comme étant très vulnérables et se font infantiliser (Lagacé et collab., 2011). Beaucoup, lorsqu'ils parlent à des personnes âgées, ont tendance à utiliser un « langage de bébé secondaire » et à les considérer comme un « objet de soins et de vulnérabilité » (Lagacé et collab., 2011). Cela peut expliquer pourquoi de nombreuses personnes âgées sont sous-estimées, ce qui limite leur participation aux décisions politiques (Billette et collab., 2012). Par exemple, pendant la pandémie de COVID-19, les personnes âgées n'avaient pas de pouvoir décisionnel concernant leur bien-être, créant un manque d'*empowerment* chez celles-ci (Hubbard et collab., 2020; Rylett et collab., 2020). L'exclusion sociopolitique a empêché les personnes âgées de se faire entendre lors de l'élaboration des recommandations, des mesures sanitaires et des restrictions sanitaires (Hubbard et collab., 2020). Le pouvoir collectif ne tient pas compte des personnes âgées (Billette et collab., 2012), et plusieurs d'entre elles sont donc victimes d'exclusion sociopolitique.

Pendant la pandémie de COVID-19, les personnes âgées vivant dans les CHSLD ont été grandement victimes d'exclusion institutionnelle. Or, force est de constater que les structures organisationnelles du système de santé ne les priorisent pas depuis de nombreuses années.

Lorsque l'on étudie les pandémies précédentes, telles que la peste en 1720 à Marseille, le choléra en 1820 et la grippe espagnole en 1920, on voit que les gouvernements n'étaient pas bien préparés pour venir en aide aux personnes âgées (TV5MONDE, 2021). Les autorités sanitaires de l'époque ignoraient comment les maladies se transmettent, ce qui explique en grande partie

pourquoi elles étaient mal préparées à faire face aux pandémies, malgré leurs mesures de prévention. De nos jours, on sait comment se fait la propagation et, malgré les avertissements répétés des spécialistes depuis des dizaines d'années, les autorités sanitaires ont été prises au dépourvu. Le système de santé, sous-financé, n'a pas mis en place des plans d'intervention d'urgence adéquats dans les CHSLD lorsque la pandémie de COVID-19 est apparue, et les délais d'intervention étaient trop longs (Centrale des syndicats du Québec, 2020). De plus, l'équipement de protection individuelle était limité (Centrale des syndicats du Québec, 2020). Au début de la pandémie, il était prioritairement livré aux hôpitaux, et les CHSLD en ont reçu très peu (Centrale des syndicats du Québec, 2020). L'exclusion institutionnelle est décrite plus en détail dans le prochain chapitre.

L'exclusion des liens sociaux significatifs et territoriaux était aussi présente durant la pandémie de COVID-19. En effet, les personnes âgées vivant dans les CHSLD n'avaient pas le droit de recevoir de visiteurs ni de sortir de leur résidence. Ce point est discuté plus en profondeur dans le troisième chapitre.

Pour conclure, l'approche structurelle permet de reconnaître les impacts des structures institutionnelles et sociales sur différents groupes. Elle permet aussi de constater la présence des oppressions et des stéréotypes âgistes, ainsi que leurs impacts sur les personnes âgées.

## **1.2 Méthodologie**

Cette section porte sur l'échantillon que j'ai sélectionné aux fins de ma recherche, ainsi que sur les méthodes d'analyse de données que j'ai utilisées.

### 1.2.1 Mon échantillon

Mon échantillon est composé de textes publiés en ligne en français et en anglais et provenant de publications scientifiques, de rapports de recherche, de blogs, ainsi que de revues de presse. Pour collecter mes données, j'ai utilisé les bases de données de Google Scholar, d'Érudit, de Social Services Abstracts et de la bibliothèque de l'Université d'Ottawa. Afin de repérer les textes, j'ai utilisé les mots clés suivants : personnes âgées, COVID-19, pandémie, centre d'hébergement de soins de longue durée, isolement, vieillissement, approche structurelle, violence, maltraitance, négligence organisationnelle, âgisme et exclusion. Les bibliographies de certains ouvrages m'ont aussi permis de m'orienter vers d'autres recherches pertinentes à mon mémoire.

Étant donné que la pandémie de COVID-19 a commencé en 2020, la majorité des documents que j'ai analysés pour la sélection de mon échantillon ont été publiés entre 2020 et aujourd'hui. Cependant, j'ai aussi sélectionné des documents publiés avant les années 2000 afin d'analyser l'historique de l'approche structurelle, les enjeux structurels dans les CHSLD, de même que les impacts de l'isolement chez les personnes âgées. En effet, ces enjeux sont présents depuis plusieurs années.

Pour faire la collecte des données, j'ai catégorisé mes textes au moyen du logiciel Zotero. La catégorisation est un « ensemble d'étapes visant à distinguer et nommer différentes classes d'éléments présentant une certaine homogénéité » (Comeau, 1994, p. 18). Pour ce faire, j'ai lu brièvement de nombreux documents, créé plusieurs dossiers et classé les documents dans les bonnes catégories. C'est ce qu'on appelle la catégorisation préliminaire (Comeau, 1994). Par la suite, j'ai classé mes documents en sous-catégories selon les types d'impacts, les enjeux

structuraux, mon cadre théorique et plus encore. J'ai consigné les documents dans un journal de lecture par ordre de pertinence après les avoir lus.

### **1.2.2 Analyse des données sélectionnées**

Ma recherche vise à répondre à la question suivante : quels sont les impacts des mesures sanitaires liées à la pandémie de COVID-19 sur les personnes âgées vivant dans les centres d'hébergement de soins de longue durée au Canada? L'analyse thématique m'a permis de répondre à cette question.

L'analyse thématique permet de « procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'une transcription d'entretiens, d'un document organisationnel ou de notes d'observation » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 2). Cette méthodologie me semblait la plus pertinente dans le cadre de ma recherche, étant donné que je devais ressortir des thèmes à partir d'un large éventail de textes.

Plus précisément, j'ai utilisé la thématique continue, qui « consiste en une démarche ininterrompue d'attribution de thèmes et, simultanément, de construction de l'arbre thématique » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 5). À mesure que je lisais les documents de mon échantillon, je notais les thèmes qui me semblaient les plus pertinents dans un journal de lecture, en faisant une analyse verticale. Cette méthode d'analyse « cherche à décrire en profondeur un nombre limité de cas ou de situation » (Garon et Roy, 2013, p. 167). Puisque la codification initiale permet d'effectuer l'analyse thématique (Paillé, 1994), j'ai attribué des codes et je les ai fusionnés pour

ainsi dégager les thèmes. J'ai aussi inscrit les citations importantes dans mon journal de lecture. J'ai noté au fur et à mesure dans ce journal les thèmes pertinents à ma recherche.

Une fois mon journal de lecture terminé, j'ai regroupé les thèmes semblables et je les ai organisés afin de dégager les thèmes principaux et les sous-thèmes de ma recherche. Il m'était ainsi plus facile de faire l'inférence, une étape qui m'a permis d'établir des liens entre les catégories (Comeau, 1994). Ce que j'aime de la thématization continue, c'est que c'est un processus d'analyse thématique qui se fait tout au long de la recherche et qui permet une analyse approfondie des données (Paillé et Murcchielli, 2012).

## **CHAPITRE 2 - LA VIOLENCE DANS LES CHSLD EST ACCENTUÉE PAR CERTAINES DES MESURES SANITAIRES**

Dans ce chapitre, je discute de la maltraitance organisationnelle vécue par les personnes âgées vivant dans les CHSLD.

Les personnes âgées sont victimes de maltraitance organisationnelle en raison de l'État d'investissement social, décrit au premier chapitre. On entend par celle-ci « toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures d'organisations privées, publiques ou communautaires responsables d'offrir des soins ou des services de tous types, qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes » (Gouvernement du Québec, 2016, cité dans Centrale des syndicats du Québec, 2020, paragr. 8). Bien que ce type de maltraitance soit présent depuis plusieurs années dans les CHSLD, la pandémie est venue l'accentuer.

Ce chapitre démontre que la maltraitance organisationnelle a augmenté en raison du manque de prévention des pandémies de la part des autorités de santé publique. Pour appuyer cette affirmation, je discute des conséquences de l'absence de plans d'intervention d'urgence en cas de pandémie dans les CHSLD, du manque de soins à domicile et de la mauvaise gestion des mesures sanitaires relatives à la COVID-19. Je discute aussi de la maltraitance vécue par les résidents et les employés des CHSLD, de même que de ses impacts sur les personnes âgées.

## **2.1 Manque de prévention au niveau structurel**

Dans cette section, je discute du manque de prévention des pandémies au niveau structurel. Je traite aussi en profondeur de l'absence de plans d'intervention d'urgence en cas de pandémie dans les CHSLD, du manque de soins à domicile et de la mauvaise gestion des mesures sanitaires mises en place.

### **2.1.1 Absence de plans d'urgence en cas de pandémie dans les CHSLD**

Cette section porte sur le manque de prévention des pandémies, démontré par l'absence de plans d'urgence dans les CHSLD.

En raison du sous-investissement au niveau structurel (manque de financement, non-priorisation des personnes âgées), les CHSLD sont mal préparés pour affronter une pandémie. Les impacts de la COVID-19 sont engendrés par les barrières structurelles qui augmentent les risques pour les personnes âgées de contracter ce virus (Comtois, 2021).

Le manque de prévention a contribué à la propagation de la COVID-19. Par exemple, le système de santé n'a pas mis en place des plans d'intervention d'urgence adéquats dans les CHSLD, et les délais d'intervention étaient trop longs. Il a fallu trois semaines après que la pandémie a été déclarée pour que les directives fédérales en la matière soient mises en place dans les établissements de soins de longue durée (Hirdes, 2020).

De plus, étant donné que l'équipement de protection individuelle était limité, il a été envoyé en priorité aux hôpitaux (Hirdes, 2020). Plusieurs employés des CHSLD, mal protégés et

mal formés quant à l'utilisation de l'équipement de protection, ont dû s'absenter après avoir contracté la COVID-19. Les directives sur les mesures d'isolement n'étaient pas claires, et il était difficile pour les CHSLD de faire le suivi des mesures d'isolement prises par le personnel contaminé (Hirdes, 2020). Il y a aussi eu « pénurie de tests de dépistage et de certains médicaments essentiels » (Centrale des syndicats du Québec, 2020, p. 3).

Par ailleurs, plusieurs CHSLD ont un accès limité à Internet, ce qui ne permet pas les rencontres virtuelles, qu'elles soient médicales ou sociales (Chu et collab., 2021). Le manque d'accès à la technologie en temps de pandémie est une injustice envers les personnes âgées vivant en CHSLD, car cela les empêche de maintenir des contacts sociaux avec le monde extérieur (Chu et collab., 2021).

### **2.1.2 Manque de soins à domicile**

Le manque de soins à domicile a eu pour conséquence de rendre la pandémie plus difficile à gérer dans les CHSLD (Pérodeau, 2020; Picard, 2021).

Beaucoup trop de personnes sont obligées d'aller vivre dans un CHSLD simplement parce qu'elles ne peuvent pas recevoir de soins à domicile. Le personnel soignant dans les CHSLD doit alors donner des soins à un plus grand nombre de résidents et n'arrive pas à répondre aux besoins de chacun d'eux (Pérodeau, 2020). Dans les faits, on priorise les soins dans les hôpitaux, puis dans les CHSLD mais peu à domicile (Guillette, 2020). Ainsi, « en 2012, 21 % des 75-84 ans et 45 % des plus de 85 ans recevaient des soins à domicile, mais, parmi ceux-ci, respectivement 12 % et 6 % déploraient ne pas avoir obtenu l'aide nécessaire » (Pérodeau, 2020,

p. 7). Au Canada, 89 000 personnes âgées de 65 ans et plus reçoivent des soins à domicile qui ne conviennent pas à leurs besoins (Turcotte, 2014). Bien que la plupart des personnes âgées veulent vivre chez elles le plus longtemps possible, le manque de soins à domicile fait en sorte que leur santé se détériore plus rapidement (Pérodeau, 2020; Turcotte, 2014). Le manque de soins à domicile a donc accéléré le processus d'institutionnalisation et a ainsi contribué à la croissance rapide du taux de personnes âgées en CHSLD (Pérodeau, 2020; Turcotte, 2014). Plus précisément, les recherches démontrent que le quart des résidents des CHSLD n'a pas besoin d'y être (Picard, 2021). Il faut donc prioriser les soins à domicile, car ils permettent de limiter la propagation de la COVID-19, de prévenir de nombreuses hospitalisations, de favoriser l'*empowerment* des personnes âgées et de mieux inclure ces dernières dans leur communauté (Pérodeau, 2020).

On constate que la pandémie a été gérée avec succès dans les pays qui priorisent la prévention et le maintien à domicile (Pérodeau, 2020). C'est le cas du Danemark, où 65 % du budget de soutien aux personnes âgées est consacré aux soins à domicile (Lacoursière, 2021). Les Danois âgés reçoivent aussi de généreuses pensions et ont droit à des primes pour adapter leur logement à leurs besoins (Pérodeau, 2020). De plus, de nombreux services à domicile leur sont offerts, que ce soit pour des « soins pratiques (aide aux tâches domestiques comme le nettoyage et la lessive, etc.) et des soins personnels (aide pour le bain, l'habillage, la mise au lit et le lever, etc.) » (Pérodeau, 2020, p. 8). Par ailleurs, au Danemark, les médecins et les infirmières sont tenus de visiter à domicile toute personne de plus de 75 ans à risque de perte d'autonomie et d'effectuer un plan de soins personnalisé, dans le but de maintenir la santé (Pérodeau, 2020). L'offre de soins à domicile permet aux personnes âgées de recevoir des soins plus spécialisés

(Lacoursière, 2021). Le tout se fait gratuitement, sans liste d'attente, et ce, peu importe le revenu et le niveau de besoin de la personne (Pérodeau, 2020).

Au Canada, en raison des « coûts de soins à domicile financés par l'État, [les soins] ne sont pas accessibles aux Canadiens sur une base universelle. Au Québec seulement, 4 % des dépenses totales de santé sont attribués aux services de soins à domicile » (Retraite à domicile, 2015, paragr. 4). Certaines personnes âgées doivent donc se tourner vers des organismes privés pour recevoir des soins à domicile. Cependant, les frais sont trop élevés pour plusieurs d'entre elles. Par exemple, chez Retraite à domicile, un organisme privé qui offre des soins à domicile personnalisés, un client moyen paie entre 1500 \$ et 2000 \$ par mois pour recevoir de tels soins (Retraite à domicile, 2015). Plusieurs aînés n'ont donc d'autre choix que d'aller vivre dans les CHSLD, car ces établissements sont subventionnés par l'État (Pérodeau, 2020).

Les comparaisons ci-dessus expliquent pourquoi seulement « 4 % des danois [*sic*] de plus de 65 ans sont institutionnalisés (comparé à 7 % des Canadiens d'âge comparable) dans des centres de soin [*sic*] hautement spécialisés » (Pérodeau, 2020, p. 2).

Le taux d'institutionnalisation moins élevé au Danemark, de même qu'un financement plus élevé qu'au Canada, a aussi un impact direct sur la qualité des soins offerts dans de tels centres, car la charge de travail du personnel soignant est moins élevée. Par exemple, au Québec, une infirmière de jour peut avoir en moyenne 30 résidents à sa charge (Lepage, 2020) tandis qu'au Danemark, on compte 14 employés pour 58 résidents (Lacoursière, 2021). En priorisant l'accès aux soins à domicile, le Danemark réduit le nombre de placement dans les CHSLD. La charge de travail des membres du personnel soignant est ainsi beaucoup moins lourde, et ils ont

donc plus de temps pour offrir des soins de qualité aux résidents (Lacoursière, 2021; Pérodeau, 2020).

De plus, au Danemark, il y a eu un faible taux de mortalité due à la COVID-19 (Comparaisons santé, 2022). En effet, en 2020, on comptait 223 décès par million d'habitants au Danemark contre 956 au Québec (Comparaisons santé, 2022). Comme l'explique si bien Michèle Charpentier, vivre en CHSLD « [c]e n'est plus des milieux de vie; ce sont des milieux de fin de vie. Les gens y ont peu la capacité d'exprimer leurs besoins » (Charpentier, cité dans Lacoursière, 2021, paragr. 33).

### **2.1.3 Mauvaise gestion des mesures sanitaires**

Cette section discute de maltraitance organisationnelle, qui se démontre aussi par la mauvaise gestion des mesures sanitaires du gouvernement durant la pandémie. Ces mesures étaient censées protéger les personnes âgées, mais elles ont eu l'effet contraire.

Les mesures mises en place par le gouvernement pendant la pandémie n'ont pas permis de répondre aux besoins des résidents des CHSLD (Beaulieu et collab., 2020; Maamar et collab., 2020; Rylett et collab., 2020). En effet, les recherches démontrent que les mesures telles que l'arrêt ou le report des chirurgies et l'interdiction de visites dans les CHSLD ont retardé, voire annulé, les soins destinés aux résidents ayant une maladie autre que la COVID-19 (Maamar et collab., 2020; Rylett et collab., 2020). De nombreux rendez-vous ont été annulés, et la qualité des soins donnés à ces individus a diminué (Maamar et collab., 2020). Par exemple, en mars 2020, les personnes âgées hospitalisées se sont fait refuser toute chirurgie jugée non essentielle et

ont été transférées dans les CHSLD (Beaulieu et collab., 2020). Ainsi, « le nombre d'interventions programmées, qui ont été annulées ou reportées [...] à cause de la pandémie, est de 81,7 % pour les chirurgies "bénignes" et de 37,7 % pour les chirurgies oncologiques » (Maamar et collab., 2020, p. 324).

Les rendez-vous dans les cliniques de la mémoire et les examens radiologiques des personnes atteintes de démence ont aussi été annulés (Maamar et collab., 2020). Une recherche démontre que, pendant le confinement, l'état de 328 personnes parmi 851 personnes atteintes de démence s'est détérioré rapidement (Maamar et collab., 2020). L'isolement est un facteur de risque menant à la démence (Comtois, 2021; Tahira, 2021). J'étudie ce point plus en profondeur au prochain chapitre.

De plus, les recherches démontrent que la démence chez les personnes âgées est un facteur de risque d'infection à la COVID-19 (Tahira et collab., 2021). Plusieurs d'entre elles ont besoin de plus de soutien de la part des employés et ont de la difficulté à respecter les mesures sanitaires telles que le port du masque, le lavage de mains et la distanciation sociale (Tahira et collab., 2021). Cela peut accélérer la propagation de la COVID-19 chez les personnes atteintes de démence (Tahira et collab., 2021).

L'accès aux soins personnalisés est plus difficile pour les personnes âgées vivant dans les CHSLD, et cela a aussi des conséquences sur leur santé physique. Encore une fois, les personnes âgées qui ne sont pas sur la liste des priorités en matière de soins subissent les effets handicapants de la COVID-19. Bref, l'isolement imposé par les mesures sanitaires « entraîne une augmentation des événements indésirables, conduisant à une augmentation de la dépendance

fonctionnelle, et à une majoration des besoins en ressources de santé voir au décès précoce » (Piccoli et collab., 2020, p. 3).

Paradoxalement, certaines mesures mises en place pour aider les résidents des CHSLD ont plutôt contribué à la propagation de la COVID-19, rendant ceux-ci encore plus à risque de la contracter. Les militaires qui pouvaient entrer à titre « d'aide de services », les équipes de travail mobiles qui allaient aider dans plusieurs CHSLD et les personnes âgées hospitalisées qui étaient transférées dans les CHSLD en sont quelques exemples. Par exemple, 31 aînés hospitalisés ayant été transférés dans un CHSLD étaient décédés un mois après leur transfert (Beaulieu et collab., 2020). De plus, à cause de ces transferts, il n'y avait plus de chambre disponible pour isoler les personnes âgées qui présentaient des symptômes de la COVID-19 ou qui étaient porteuses du virus (Beaulieu et collab., 2020).

Autre exemple de mesures ayant eu des effets négatifs dans les CHSLD : les primes offertes par le gouvernement. Celles-ci, qui pouvaient aller jusqu'à 1000 \$ par mois, étaient versées à tout membre du personnel soignant qui travaillait en zones infectées à temps plein et qui ne manquait aucune journée de travail durant le mois. Ces primes étaient en fait des « modalités dangereuses dans la mesure où elles incitent des travailleurs à ne pas s'absenter du travail même si elles [*sic*] sont malades ou présentent des symptômes de la COVID-19 » (Hamel-Roy et collab., 2021, p. 22). Autrement dit, cet incitatif financier a encouragé des employés malades à continuer de travailler, mettant ainsi les résidents en danger.

En résumé, certaines des mesures prises par le gouvernement ont contribué à l'augmentation de la propagation de la COVID-19.

## **2.2 Accentuation de la violence chez les travailleurs et les résidents**

Cette section discute de la présence de maltraitance organisationnelle chez les travailleurs des CHSLD et les résidents. Bien que la violence dans les CHSLD existe depuis de nombreuses années, elle a été accentuée par la pandémie (Beaulieu et collab., 2020; Hamel-Roy et collab., 2021).

### **2.2.1 Violence des employés envers les résidents**

Le contexte organisationnel a des conséquences sur les conditions de travail, ce qui amplifie la violence des employés envers les résidents.

Les mesures sanitaires ont alourdi la charge de travail dans les CHSLD au point où il y avait moins d'employés pour offrir des soins à un plus grand nombre de résidents (Beaulieu et collab., 2020; Hamel-Roy et collab., 2021). Cela a eu des conséquences sur la santé physique et mentale du personnel soignant (Hamel-Roy et collab., 2021). En avril 2020, il manquait 2 000 employés dans les CHSLD au Québec (Beaulieu et collab., 2020).

La prestation canadienne d'urgence a notamment contribué au manque d'employés (Hamel-Roy et collab., 2021). Plusieurs préféraient en effet recevoir cette prestation de 2000 \$, versée toutes les quatre semaines aux employés et aux travailleurs indépendants touchés par la COVID-19 (Gouvernement du Canada, 2021), que travailler (Hamel-Roy et collab., 2021).

Étant donné qu'il était plus difficile de recruter du personnel, on ne pouvait pas pourvoir les postes vacants, c'est-à-dire les congés de maternité, les retraites et les congés de maladie

(Centrale des syndicats du Québec, 2020). Les employés qui avaient des symptômes de la COVID-19 et qui devaient s'isoler pendant 10 jours n'étaient pas non plus remplacés. (Centrale des syndicats du Québec, 2020).

Par ailleurs, la charge de travail de l'équipe de soins s'est alourdie parce que les proches aidants et les bénévoles n'étaient plus là pour assumer certaines tâches (Beaulieu et collab., 2020). Bien que les soldats des Forces armées canadiennes soient venus offrir leur aide, ils n'avaient pas les compétences nécessaires pour s'occuper de personnes âgées, et les préposés aux bénéficiaires se sont retrouvés avec les tâches les plus difficiles (Hamel-Roy et collab., 2021). Ces situations expliquent pourquoi la charge de travail des employés des CHSLD s'est beaucoup alourdie durant la pandémie.

Le manque d'employés et l'augmentation du nombre de résidents dans les CHSLD ont empiré les conditions de travail des équipes de soins dans les CHSLD (Centrale des syndicats du Québec, 2020; Hamel-Roy et collab., 2021). En effet, les infirmières et les préposés aux bénéficiaires, qui devaient déjà faire des heures supplémentaires obligatoires, ont vu leurs heures de travail doubler (Centrale des syndicats du Québec, 2020).

Ces travailleurs ont aussi dû repousser leurs vacances, et ce, même s'ils devaient faire plus d'heures de travail (Hamel-Roy et collab., 2021). Bon nombre d'entre eux en ont souffert physiquement et mentalement (Hamel-Roy et collab., 2021). En effet, les recherches démontrent que, avant la pandémie, le taux d'épuisement professionnel chez les travailleurs de la santé était de 30 % et que, trois mois après le début de la pandémie, il était de 52 % (TVA nouvelles, 2021). De plus, « près de 24 % de ces employés en détresse avaient des symptômes élevés de stress post-traumatique, 23 % souffraient d'anxiété et 11 % de dépression » (*Le Journal de Montréal*,

2021, paragr. 3). Bref, le droit individuel et collectif des employés n'est pas respecté (Hamel-Roy et collab., 2021).

Les mesures sanitaires et les primes offertes par le gouvernement ont eu pour conséquence de réduire le nombre d'employés, et cela a détérioré les conditions de travail au point où certains des employés qui restaient ont démissionné, réduisant encore plus le personnel (Hamel-Roy et collab., 2021).

Les mauvaises conditions de travail dans les CHSLD ont un impact sur la qualité des soins prodigués aux résidents (Beaulieu et collab., 2020; Hamel-Roy et collab., 2021). Pour qu'un employé soit en mesure d'offrir des soins de qualité, il est recommandé qu'il s'occupe de six à huit résidents par quart de travail (Picard, 2021). Présentement, un préposé aux bénéficiaire doit s'occuper de 12 à 20 résidents par quart de travail (Picard, 2021). De plus, dans une résidence, une infirmière de jour peut avoir en moyenne 30 personnes âgées à sa charge, jusqu'à 40 le soir et jusqu'à 50 la nuit (Lepage, 2020). Avant la pandémie, un employé avait en moyenne 14 résidents à sa charge (Picard 2021).

Compte tenu de ce qui précède, les membres du personnel soignant n'ont pas pu répondre à la mission de leur CHSLD durant la pandémie. Par exemple, la mission des CHSLD au Québec est :

[d' ]offrir, de façon temporaire ou permanente, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques, médicaux et de réadaptation aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel (Gouvernement du Québec, 2021, paragr. 4).

Les recherches démontrent que « la situation actuelle ne permet pas de répondre à plus de 68 % des besoins de soins et d'assistance des personnes qui vivent » dans les CHSLD (Centrale des syndicats du Québec, 2020, p. 7). La maltraitance physique est donc présente en temps de pandémie. Par « maltraitance », on entend un « geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, intentionnelle ou non, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne âgée » (Gouvernement du Québec, 2021, paragr. 17). Picard (2021) décrit bien la négligence vécue dans une résidence au Québec durant la pandémie : « Des résidents vautrés dans leur urine et dans leurs excréments parce que leurs serviettes d'incontinence n'avaient pas été changées depuis des jours. D'autres, assis dans leur fauteuil roulant ou couchés dans des draps souillés, déshydratés, affamés et désorientés, à qui on n'avait donné ni nourriture ni médicaments » (p. 16). Le manque d'employés a fait en sorte que plusieurs résidents ont été privés de nourriture, d'hydratation, de soins d'hygiène corporelle (Beaulieu et collab., 2020). La diminution des soins peut aggraver une maladie, ou même en causer d'autres, entraînant une perte d'autonomie chez ces résidents (Piccoli et collab., 2020; Rylett et collab., 2020). De nombreuses maladies peuvent se développer chez les personnes âgées vivant dans les CHSLD, dont des infarctus, des arrêts cardiovasculaires et des cancers (Piccoli et collab., 2020).

Le manque de formation vient aussi expliquer la hausse de la maltraitance dans les CHSLD durant la pandémie. Pour pallier le manque de préposés aux bénéficiaires, le gouvernement a mis en place une formation accélérée, réduisant le nombre d'heures de formation de plus de la moitié (Beaulieu et collab., 2020). Cela a permis de former 10 000 préposés aux bénéficiaires (Beaulieu et collab., 2020). Cependant, un an plus tard, le taux

d'employés a grandement diminué en raison des mauvaises conditions de travail (Beaulieu et collab., 2020). De plus, la formation accélérée ne couvrait pas la lutte contre la maltraitance.

Les mauvaises conditions de travail dans les CHSLD empêchent le personnel soignant de donner des soins de qualité. Certains employés peuvent alors exercer de la maltraitance non intentionnelle envers les résidents. La plupart des travailleurs n'ont pas de mauvaises intentions : ce sont leurs conditions de travail qui conduisent à des circonstances de négligence.

### **2.2.2 Violence des résidents envers les employés**

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, le taux de violence des résidents envers les employés a augmenté (Picard, 2021).

Au Canada, le personnel soignant qui est victime de violence ne peut rien faire contre celle-ci parce qu'elle est causée en partie par des problèmes structurels (Picard, 2021). En effet, plusieurs employés sont victimes de violence physique et verbale parce qu'ils doivent prodiguer les soins quotidiens à toute vitesse et ne sont donc pas en mesure d'établir une relation de soutien ni de répondre aux besoins des personnes âgées (Picard, 2021). Par exemple, un employé explique que « [q]uand on est une préposée aux soins, on doit s'attendre à être frappée, tripotée, à se faire cracher dessus, à subir des violences verbales et bien d'autres choses encore » (Picard, 2021, p. 120). Ces comportements violents se sont aggravés depuis le début de la pandémie, car les employés doivent accomplir leurs tâches encore plus rapidement (Picard, 2021).

Il est prouvé que la violence est plus fréquente lorsque les employés n'ont pas le temps d'établir une relation de soutien (Wagner et Rust, 2008). Dona Duncan, cheffe de direction de

l'Association des soins de longue durée de l'Ontario, explique que « les bons soins se résument aux relations personnelles [...] [mais que] la législation qui nous gouverne est hautement contraignante et très restrictive. Elle n'autorise pas beaucoup l'innovation » (Picard, 2021, p. 12). Il est presque impossible d'établir cette relation, car les employés n'ont pas le temps de discuter entre eux pour élaborer des plans de soins et des stratégies de gestion du comportement qui conviendraient aux besoins des résidents (Picard, 2021). Les besoins des résidents deviennent plus complexes en temps de pandémie, et il est encore plus difficile pour les employés de leur venir en aide (Picard, 2021).

### **2.2.3 Violence entre résidents**

La violence entre résidents est plus fréquente dans les CHSLD depuis la mise en place de certaines des mesures sanitaires relatives à la COVID-19. Cette violence se manifeste par des « interactions négatives, agressives et intrusives de nature verbale, physique, sexuelle ou matérielle entre résidents d'une habitation collective offrant des soins continus qui, dans la communauté, seraient indésirables et pourraient potentiellement causer de la détresse physique ou psychologique ou blesser la personne agressée » (Falardeau, 2021, p. 620).

Le contexte de la pandémie a diminué le niveau de patience et les capacités physiques ou cognitives des résidents (Falardeau, 2021). Plusieurs étaient en effet frustrés de ne pas pouvoir passer du temps avec leurs proches (Falardeau, 2021). Les nouveaux résidents ont quant à eux eu plus de difficulté à s'adapter à leur nouveau milieu de vie, étant donné qu'ils ont dû s'isoler les deux premières semaines suivant leur arrivée (Falardeau, 2021).

Les rencontres entre les résidents et les membres du personnel étaient aussi limitées durant la pandémie. La peur de contracter le virus et le fait que plusieurs chambres dans ces établissements sont partagées n'ont pas aidé la situation (Falardeau, 2021). De plus, lorsque les activités sociales dans les résidences étaient permises, le nombre de participants était limité. Cela a créé des tensions et des chicanes entre les résidents (Falardeau, 2021). Par exemple, un employé explique que « pendant le confinement, c'était [difficile]... Donc, quand ça a ouvert les activités, hey, ça a été comme une espèce de tsunami! Des résidents que je ne voyais jamais, ils étaient au comptoir pour s'inscrire » (Falardeau, 2021, p. 624). La demande de participation plus élevée et le nombre limité de places ont donc engendré des conflits entre les résidents (Falardeau, 2021).

Le confinement durant la pandémie a encouragé des comportements sédentaires, et certains résidents ont trouvé difficile de voir leur autonomie diminuer (Falardeau, 2021). En effet, « [l]es résidents affirment remarquer une augmentation d'appareils d'aide à la marche et à la mobilité [déambulateurs et cannes] utilisés par leurs corésidents dans leurs déplacements » (Falardeau, 2021, p. 622). Plusieurs personnes âgées étaient frustrées de voir leur autonomie diminuer en si peu de temps (Falardeau, 2021). L'isolement a un impact sur la santé mentale et physique des personnes âgées et peut entraîner de la violence entre résidents.

#### **2.2.4 Impacts de la maltraitance organisationnelle sur les personnes âgées**

Je termine ce chapitre en expliquant quelques impacts de la maltraitance organisationnelle sur les personnes âgées vivant dans les CHSLD.

La violence a de nombreux impacts sur les personnes âgées. Certaines d'entre elles peuvent avoir des séquelles temporaires ou permanentes (Beaulieu et collab., 2020). Les victimes de violence peuvent ressentir des répercussions psychologiques telles que la colère, l'insécurité, la peur, l'anxiété et la tristesse (Beaulieu et collab., 2020; Falardeau, 2021). Certaines peuvent ressentir de la honte, se sentir dépendantes et avoir des pensées suicidaires (Beaulieu et collab., 2020). La violence peut avoir des répercussions sociales. Certaines victimes voudront alors s'isoler et refuseront de participer aux activités sociales (Falardeau, 2021). Enfin, la violence peut aussi entraîner des conséquences physiques, car il est possible que ses victimes aient des troubles du sommeil, ou même des pertes au niveau de leurs capacités fonctionnelles (Falardeau, 2021).

La violence vient ainsi réduire l'espérance de vie des aînés qui en sont victimes et accélérer le moment du décès (Beaulieu et collab., 2020). Des milliers de résidents des centres de soins de longue durée sont décédés à la suite des changements apportés aux soins et aux services en raison de la COVID-19 (Chu et collab., 2021). Cela a d'ailleurs été observé par des préposés aux bénéficiaires et des infirmières, qui affirment constater « de plus en plus que les résidents ne durent pas longtemps » (Comtois et White, 2021, p. 62).

Je conclus donc que les personnes âgées vivant dans les CHSLD sont victimes d'âgisme et que celui-ci se manifeste sous forme de maltraitance organisationnelle. Les employés ont une très lourde charge de travail et certains d'entre eux font preuve de négligence envers les aînés. De plus, l'équipe de soins n'a pas le temps de gérer les situations de violence entre les résidents (Falardeau, 2021).

Face à ces réalités, l'État n'accomplit pas son devoir, qui consiste à protéger les personnes vulnérables de façon juste et équitable (Piccoli et collab., 2020). En effet, « ce sont des choix politiques et des décisions économiques qui ont forgé, en grande partie, la “vulnérabilité” de certains aînés » (Lagacé et Rodrigues-Rouleau, 2021, p. 29). De nombreuses personnes âgées seront victimes de ces impacts à long terme puisque, après le confinement, il sera difficile pour celles vivant dans les CHSLD de reprendre leurs anciennes habitudes (Agence QMI, 2020). Bref, comme l'explique si bien Banerjee et collab. (2008), la maltraitance dans les centres de soins de longue durée au Canada a pris des proportions ingérables et a atteint des niveaux inégalés jusqu'ici.

## **CHAPITRE 3 : LES IMPACTS DE CERTAINES DES MESURES SANITAIRES SUR LA SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE**

Dans ce chapitre, je discute des impacts de certaines des mesures sanitaires liées à la COVID-19 sur la santé physique et mentale des personnes âgées.

Dans la première section, j'explique pourquoi l'activité physique des personnes âgées vivant dans les CHSLD a diminué pendant la pandémie. Je décris ensuite les conséquences du manque d'activités physiques sur ces dernières.

La dernière section du chapitre discute des impacts de certaines des mesures sanitaires sur la santé mentale des personnes âgées. Elle décrit en particulier les impacts qu'ont eu le déclin cognitif et la perte d'autonomie causés par les mesures sanitaires sur la santé mentale des personnes âgées.

### **3.1 Diminution de l'activité physique pendant la pandémie**

Dans cette section, je présente les causes de la diminution de l'activité physique des personnes âgées durant la pandémie. Les données présentées ci-dessous expliquent les réalités des personnes âgées en général pendant la pandémie. Cependant, ces réalités sont applicables aussi aux aînés des CHSLD.

L'isolement imposé par les mesures sanitaires mises en place durant la pandémie a forcé les personnes âgées à passer plus de temps assises et à faire moins d'activités physiques (Maamar et collab., 2020). Les recherches démontrent que les personnes isolées font moins

d'activités physiques et deviennent sédentaires (Sepúlveda-Loyola et collab., 2020). Par « sédentarité », on entend une « activité physique faible ou nulle avec une dépense énergétique proche de zéro » (*Le Figaro Santé*, s.d., paragr. 1). Maamar et collab. (2020) ont démontré que les personnes âgées avaient diminué de 7 à 38 % leur nombre de pas durant la pandémie.

Il est aussi plus difficile pour les personnes isolées de faire de l'activité physique en raison du « manque de soutien social, d'encouragement et de contrôle, des éléments facilitateurs clés pour l'activité physique » (Meisner et collab., 2020, p. 490). L'absence de participation sociale vient également diminuer la fréquence des activités physiques (Sepúlveda-Loyola et collab., 2020). La participation sociale inclut par exemple la participation à des activités religieuses, sportives et autres (Sepúlveda-Loyola et collab., 2020). De plus, « *social participation has been associated with a better quality of life, more muscle mass, balance, cognition and lower comorbidities and disability in older people* » (Sepúlveda-Loyola et collab., 2020, p. 1).

Malgré le fait que l'activité physique est très importante pour leur santé, plusieurs personnes âgées ont été moins actives pendant la pandémie. Bien qu'on recommande aux personnes de 65 ans et plus de faire 150 minutes d'activité physique par semaine à intensité modérée, la quarantaine et la distanciation physique les ont empêchées d'atteindre cet objectif (Kirwan et collab., 2020; Sepúlveda-Loyola et collab., 2020).

### **3.2 Impacts de l'inactivité physique**

L'inactivité physique causée par l'isolement imposé par certaines des mesures sanitaires pendant la pandémie a fait en sorte que les personnes âgées sont les plus à risque de subir les conséquences physiques et psychologiques de la sédentarité (Association québécoise des médecins du sport et de l'exercice, 2020; Kirwan et collab., 2020).

Dans cette section, je discute des impacts de l'isolement sur la santé physique des personnes âgées qui vivent dans les CHSLD. Il est important de comprendre ces impacts, car ils expliquent en partie les troubles de santé mentale de ces aînés. Les recherches démontrent en effet que les problèmes de santé physique peuvent avoir un impact sur la santé mentale. Je discute de ce point plus loin dans ce chapitre. Les impacts sur la santé mentale sont également expliqués plus en détail dans ce chapitre.

L'inactivité physique accélère le processus de sarcopénie, qui touche grandement les aînés (Roschel et collab., 2020). La sarcopénie est « un trouble musculaire squelettique progressif et généralisé impliquant la perte accélérée de la masse musculaire » (Cruz-Jentoft et Sayer, 2019, p. 2636). La perte de masse musculaire chez les personnes âgées entraîne de nombreux problèmes de santé, puisqu'elle affecte les ostéocytes, cause l'ostéoporose et affaiblit le système immunitaire (Cunningham et collab., 2020; Kirwan et collab., 2020; Maamar et collab., 2020). À partir de 50 ans, la masse musculaire diminue non seulement de 15 % tous les 10 ans, mais baisse aussi de 8 % après deux semaines d'inactivité physique (Maamar et collab., 2020; Roschel et collab., 2020).

De nombreux facteurs causés par l'isolement accélèrent la perte de masse musculaire chez les personnes âgées. L'inactivité physique, le stress, l'anxiété et le manque de vitamine D

étaient tous des réalités présentes durant la pandémie chez plusieurs personnes âgées qui vivent dans les CHSLD. Toutes ces réalités contribuent à la perte de masse musculaire chez cette population (Kirwan et collab., 2020; Maamar et collab., 2020).

La perte de masse musculaire nuit grandement à la santé des personnes âgées. Premièrement, parce qu'elle affaiblit les ostéocytes (Kirwan et collab., 2020). Ces derniers ont comme rôle de détecter les changements dans la masse corporelle afin de « maintenir un poids corporel défini » (Kirwan et collab., 2020, p. 1549). Lorsque les ostéocytes sont affaiblis, ils pourraient envoyer un signal de faim constante (Kirwan et collab., 2020). Cela encourage une mauvaise alimentation, causant la dénutrition. La dénutrition est un manque de « nutriments nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme » (Malakoff Humanis, 2018). Une personne âgée qui ne consomme pas de bons nutriments peut avoir des pertes d'équilibre (Malakoff Humanis, 2018) et être plus à risque d'infection (Allard et collab., 2016). Elle mettra alors plus de temps à se rétablir d'une maladie ou d'une blessure (Allard et collab., 2016).

Deuxièmement, la perte de masse musculaire peut causer l'ostéoporose chez les personnes âgées vivant dans les CHSLD (Cunningham et collab., 2020). L'ostéoporose est « une maladie diffuse du squelette, caractérisée par une diminution de la résistance osseuse entraînant un risque accru de fracture » (Briot et collab., 2012, p. 2). Cette maladie fragilise les personnes âgées vivant dans les CHSLD. Plus précisément, la fragilité est « un état d'instabilité avec risque de perte fonctionnelle existante, et donc d'entraîner un vieillissement plus rapide qu'attendu » (Association québécoise des médecins du sport et de l'exercice, 2020, paragr. 3). Les aînés ont 3,6 fois plus à risque de tomber et de se fracturer un ou plusieurs membres que la population non fragile (Association québécoise des médecins du sport et de l'exercice, 2020; Cunningham et collab., 2020). Cette hausse des risques de chute vient directement fragiliser les personnes âgées

étant donné que l'ostéoporose est un facteur qui contribue à la perte de mobilité et à la perte d'indépendance fonctionnelle (Cunningham et collab., 2020). Les chutes sont la principale cause des blessures mortelles et non mortelles chez les aînés (Roschel et collab., 2020). La fragilité a aussi des impacts sur la santé mentale d'une personne âgée. Ceux-ci seront discutés plus loin dans ce chapitre.

Troisièmement, la perte de masse musculaire affaiblit le système immunitaire (Agence QMI, 2021; Kirwan et collab., 2020; Maamar et collab., 2020). Lorsque le système immunitaire d'une personne âgée est affaibli, celle-ci devient plus à risque de développer de nombreuses maladies, d'être très malade si elle contracte la COVID-19 et de décéder (Kirwan et collab., 2020). L'affaiblissement du système immunitaire peut notamment causer la diminution de la réserve cardiaque, l'insuffisance veineuse, une pneumonie, la diminution du mouvement respiratoire, la déshydratation, la constipation, l'infection urinaire, la privation sensorielle, la désorientation, le trouble de l'humeur et la dépression (Association québécoise des médecins du sport et de l'exercice, 2020). Au contraire, une personne âgée qui fait de l'exercice physique a de 25 % à 40 % moins de risque de développer des maladies coronariennes et cardiovasculaires (Cunningham et collab., 2020).

Les mesures sanitaires imposées par les ministères de la Santé avaient comme objectif de protéger les personnes âgées. Or, elles ont eu l'effet contraire, pour les raisons que je viens de décrire. Au lieu de protéger les personnes âgées, ces mesures les ont fragilisées en leur faisant développer ou empirer des maladies autres que la COVID-19. La fragilisation des personnes âgées peut même affecter leur santé mentale. Comme l'explique l'Agence QMI (2020), l'activité physique est « particulièrement importante pour cette tranche d'âge, car les personnes âgées qui risquent davantage de souffrir de complications liées à la COVID-19 sont également celles qui

risquent le plus de ressentir les effets de cette période prolongée d'inactivité physique » (paragr. 11).

### **3.3 Impacts sur la santé mentale accentués par certaines des mesures sanitaires**

Dans cette section, je me penche sur les troubles de santé mentale, qui se sont accentués chez de nombreuses personnes âgées vivant dans les CHSLD pendant la pandémie.

Je mets en évidence plusieurs troubles de santé mentale vécus par celles-ci, tout en expliquant la cause. Je discute ensuite des impacts qu'ont eu le déclin cognitif et la perte d'autonomie causés par certaines des mesures sanitaires sur la santé mentale des personnes âgées. Enfin, je termine le chapitre en expliquant les impacts qu'a eu la perte d'autonomie causée par l'isolement sur la santé mentale des personnes âgées qui vivent dans les CHSLD.

#### **3.3.1 Impacts de la pandémie sur la santé mentale des aînés dans les CHSLD et causes**

De nombreux auteurs constatent que la pandémie de COVID-19 a affecté la santé mentale des personnes âgées (Agence QMI, 2021; Maamar et collab. 2021; Meisner et collab., 2020; Rylett et collab., 2020).

Plusieurs recherches démontrent que le risque de détresse psychologique était plus élevé chez cette population pendant la pandémie (Agence QMI, 2021; Maamar et collab., 2021; Rylett et collab., 2020). En effet, certains troubles de santé mentale tels que le stress, l'anxiété et la dépression ont empiré chez les aînés (Meisner et collab., 2020). Par exemple, le taux de troubles

de santé mentale a plus que doublé entre février et avril 2020 chez les personnes âgées qui vivent dans les CHSLD (Comtois, 2021). Pendant la pandémie, le risque de dépression se situait entre 25 et 50 % chez les personnes vivant dans les CHSLD (Maamar et collab., 2021). Certains aînés ont développé de l'anxiété généralisée et un trouble du sommeil (Maamar et collab., 2021). En effet, la recherche de Maamar et collab. (2020) révèle que 49 % des personnes institutionnalisées ont vécu de l'anxiété pendant le confinement et que 23,7 % ont connu des troubles du sommeil pendant la pandémie.

L'isolement accentue le risque de détresse psychologique. En effet, « *[a] survey of 128 homes reveals that 79% have seen a deterioration in the health of their residents due to lack of social contact* » (Chu et collab., 2021, p. 541). En raison de la pandémie, les contacts familiaux et sociaux ont dû être réduits, ce qui a affecté la santé mentale de plusieurs personnes âgées dans les CHSLD (Meisner et collab., 2020; Piccoli, 2020; Rylett et collab., 2020). Le confinement a empêché ces aînés de recevoir la visite de leurs proches pour leur parler et mieux se sentir (Maamar et collab. 2021). Les recherches démontrent que les interactions sociales avec nos proches améliorent notre santé mentale (Agence QMI, 2020; Kirwan et collab., 2020). Cependant, certaines des mesures sanitaires mises en place pendant la pandémie ont empêché ces interactions.

En plus de réduire les contacts familiaux, certaines des mesures sanitaires ont aussi limité les contacts sociaux entre les résidents dans les CHSLD. Les programmes de loisirs ont été temporairement interrompus pendant la pandémie, et cela a accentué l'isolement et la solitude des résidents (Rylett et collab., 2020). L'isolement peut avoir pour effet de faire perdre la notion du temps chez certaines personnes, car toutes les journées semblent pareilles (Sainani et collab., 2021). Une recherche présente la situation d'une résidente de 87 ans pendant la pandémie :

« [a]s many activities were canceled due to the pandemic, she was emotionally affected as she felt there were no more special occasions in her daily life. She struggled to feel like she was starting a new day as each one blended into the next » (Sainani et collab., 2021, p. 26).

Bon nombre de recherches expliquent que le plus grand défi pour les personnes âgées qui emménagent dans une résidence, c'est de se retrouver seules et de devoir changer leurs habitudes de vie (Sainani et collab., 2021). Plusieurs d'entre elles vivaient dans une grande famille et passaient beaucoup de temps bien entourées (Sainani et collab., 2021). Les moments de solitude étaient rares pour la plupart d'entre elles (Sainani et collab., 2021). Durant la pandémie, les résidents ont dû cesser de faire des activités entre amis, d'aller prendre un café à l'extérieur, de participer à des activités, etc. (Sainani et collab., 2021). Plusieurs ont dit trouver difficile d'être loin de leur famille et de ne pas voir leurs petits-enfants grandir (Sainani et collab., 2021). Voici l'exemple d'une personne âgée qui vivait en résidence pendant la pandémie :

*However, as Sean gained more awareness of the outside world through the media, he sometimes found himself crippled with anxiety. "There was so much negativity out there and you just had to learn to turn it off." He reached out to his family doctor and started taking some anxiety medications. But with these medications also came side effects like vision and hearing problems, and more severe withdrawal. They affected him for about a month, but thankfully he has successfully recovered (Sainani, 2021, p. 8).*

Le manque d'activités physiques résultant des mesures sanitaires vient aussi expliquer en partie ces troubles de santé mentale. On sait que l'activité physique réduit de 17 % les risques de faire une dépression. Toutefois, la plupart des personnes âgées qui vivent dans les CHSLD font moins d'activités physiques. Il peut donc être plus difficile de gérer les troubles de santé mentale en temps de pandémie (Cunningham et collab., 2020).

L'isolement vient donc amplifier le niveau d'anxiété chez plusieurs de ces aînés. Durant la pandémie, l'anxiété vécue par ces derniers peut avoir été causée par la solitude, l'ennui, le sentiment d'inutilité, l'impuissance et la peur de mourir (Agence QMI, 2020; Maamar et collab., 2020; Meisner et collab., 2020). La peur de mourir est présente chez plusieurs d'entre eux, étant donné que les personnes âgées de 80 ans et plus sont cinq fois plus à risque de mourir si elles contractent la COVID-19 (Sepúlveda-Loyola et collab., 2020).

### **3.3.2 Déclin cognitif résultant de certaines des mesures sanitaires et impacts sur la santé mentale des personnes âgées qui vivent dans les CHSLD**

Dans cette section, je discute des défis rencontrés par les personnes âgées ayant des troubles cognitifs ou vivant avec de la démence durant la pandémie.

D'abord, il est important de savoir que le taux de personnes âgées dont les capacités cognitives ont décliné a augmenté depuis le début de la pandémie en raison de certaines des mesures sanitaires mises en place. Bien que ces personnes puissent fonctionner dans la vie de tous les jours, les recherches démontrent qu'elles courent plus de risques de développer des problèmes de santé mentale, comme je l'explique plus loin dans ce chapitre (Meisner et collab., 2020). De plus, les personnes vivant avec de la démence sont plus à risque de contracter la COVID-19 et d'en décéder (Brown et collab., 2020).

Non seulement les personnes âgées sont plus à risque de voir leurs capacités cognitives décliner, mais la diminution des contacts sociaux causée par le confinement contribue aussi à ce déclin (Cunningham et collab., 2020; Sepúlveda-Loyola et collab., 2020; Comtois, 2021; Suarez-

Gonzalez et collab., 2021; Tahira et collab., 2021). L'isolement a entraîné un déclin cognitif chez 54 % des résidents qui habitent en résidence (Suarez-Gonzalez et collab., 2021). Par contre, les personnes âgées de 65 ans et plus ont 36 % moins de risque de voir leurs capacités cognitives décliner si elles font de l'activité physique (Cunningham et collab., 2020). La diminution des contacts sociaux et de l'activité physique dans le mode de vie des aînés ont un impact sur leur système cardiovasculaire, ce qui augmente le risque de développer une démence (Santo et collab., 2020; Tahira et collab., 2021).

Certaines personnes âgées vivant avec de la démence ne sont pas capables de suivre les mesures mises en place par les ministères de la Santé, telles que se laver les mains, s'isoler, porter le masque ou se couvrir le nez et la bouche lorsqu'elles toussent (Brown et collab., 2020). Il est aussi difficile pour les employés des CHSLD de maintenir la distanciation sociale recommandée lorsqu'ils travaillent avec certaines d'entre elles (Brown et collab., 2020). Ces aînés sont plus à risque de contracter la COVID-19 et d'en décéder (Brown et collab., 2020). Par exemple, 80 % des personnes âgées décédées de la COVID-19 dans les CHSLD vivaient avec de la démence (Brown et collab., 2020).

Étant donné que les lits d'hôpitaux étaient assignés en priorité aux personnes ayant contracté la COVID-19 et que les travailleurs de la santé étaient plus occupés en raison de la pandémie, les services offerts aux personnes ayant un déclin cognitif ou vivant avec de la démence étaient limités, car ces dernières n'étaient pas considérées comme des cas urgents (Brown et collab., 2020). Cela a fait en sorte qu'il fallait plus de temps avant d'obtenir un rendez-vous médical. De plus, les rendez-vous par téléphone ou vidéoconférence ne sont pas les moyens les plus appropriés pour cette population. Il est en effet plus difficile de faire des évaluations des capacités cognitives et les suivis à distance, de même que d'effectuer des prises de sang ou des

électrocardiogrammes. Les suivis sont effectués dans de plus longs délais (Brown et collab., 2020). Ce manque de visites en présentiel peut même causer de l'instabilité quant à la prise des médicaments (Brown et collab., 2020). Tous ces facteurs peuvent accentuer le déclin cognitif des aînés et affecter leur santé mentale (Meisner et collab., 2020).

Les personnes âgées ayant un déclin cognitif ou vivant avec de la démence étaient plus à risque de développer des problèmes mentaux durant la pandémie. Les personnes vivant avec de la démence étaient aussi plus anxieuses (Meisner et collab., 2020). Certaines d'entre elles ne comprenaient pas pourquoi leurs proches ne venaient pas les visiter, ce qui leur causait un sentiment de solitude et de l'anxiété (Meisner et collab., 2020). De plus, la dépression et l'anxiété sont des facteurs qui accélèrent le déclin cognitif (Brown et collab., 2020; Santo et collab., 2020). LeVasseur (2021) donne l'exemple d'une femme de 87 ans vivant avec de la démence qui se sentait dépressive et dont la mémoire diminuait depuis que les visites dans les CHSLD avaient été interdites. Elle parlait moins aux employés, a arrêté de manger car elle n'avait plus d'appétit, a perdu 14,4 livres en six mois et disait qu'elle préférerait ne plus vivre (LeVasseur, 2021). En quatre mois, elle est passée d'une faible dépression à une dépression modérée, et d'un diagnostic de trouble cognitif léger à un trouble cognitif grave (LeVasseur, 2021).

### **3.3.3 Perte d'autonomie résultant de certaines des mesures sanitaires et impacts sur la santé mentale des personnes âgées qui vivent dans les CHSLD**

Certaines des mesures sanitaires mises en place pendant la pandémie ont eu pour effet de diminuer les capacités fonctionnelles des personnes âgées. La perte de masse musculaire et le

déclin cognitif résultant de ces mesures ont fragilisé plusieurs personnes âgées au point où elles peuvent avoir de la difficulté à effectuer les activités de la vie quotidienne et peuvent être plus dépendantes (Cunningham et collab., 2020; Kirwan et collab., 2020). L'isolement, qui limite la fréquence des activités physiques, augmente de 50 % le risque de limitation fonctionnelle ou d'incapacité et de 29 % le risque de fractures (Cunningham et collab., 2020). Par conséquent, la perte d'autonomie a un impact sur le bien-être des personnes âgées (Kirwan et collab., 2020; Maamar et collab., 2020; Ouhel, s.d.). Par exemple, une personne qui voit son autonomie diminuer a plus de risques d'être dépressive, de vouloir s'isoler, d'avoir honte d'être moins autonome et de ne pas avoir d'appétit (Ouhel, s.d.).

Bref, l'anxiété amplifiée par les mesures sanitaires cause d'autres problèmes chez plusieurs personnes âgées qui vivent dans les CHSLD. Elle peut mener à une mauvaise alimentation et à la surconsommation de nourriture (Kirwan et collab., 2020). Tous ces facteurs peuvent causer un surpoids, de l'obésité et de l'hypertension (Kirwan et collab., 2020). Les personnes obèses sont 3,5 fois plus à risque d'avoir le diabète de type deux (Kirwan et collab., 2020). Par ailleurs, les personnes âgées atteintes de diabète de type deux courent plus de risques de développer des complications si elles contractent la COVID-19 ou même d'en décéder (Kirwan et collab., 2020). Certaines des mesures sanitaires ont donc affecté la santé mentale des personnes âgées des CHSLD, étant donné qu'elles ont précipité le déclin fonctionnel, la progression de maladies chroniques ainsi que le moment du décès (Cunningham et collab., 2020).

Dans le prochain chapitre, je discute des recommandations visant à diminuer les impacts de certaines des mesures sanitaires sur les personnes âgées qui vivaient dans les CHSLD pendant la pandémie de COVID-19.

## **CHAPITRE 4 – RECOMMANDATIONS VISANT À DIMINUER LES IMPACTS DE CERTAINES MESURES SANITAIRES SUR LES PERSONNES ÂGÉES DANS LES CHSLD**

Ce chapitre présente des recommandations visant à diminuer les impacts de certaines des mesures sanitaires mises en place durant la pandémie sur les personnes âgées qui vivent dans les CHSLD.

Il est crucial de tenir compte des réalités que vivent les aînés, en raison du vieillissement démographique et des risques d'autres pandémies dans le futur. Ce chapitre présente diverses recommandations sur les changements structurels à faire pour réduire les impacts de certaines des mesures sanitaires sur cette population. Il se termine par des recommandations sur les changements interrelationnels à faire pour améliorer le bien-être des personnes âgées.

### **4.1 Changements structurels à faire pour réduire les impacts de la COVID-19 sur les personnes âgées qui vivent dans les CHSLD**

Cette section présente des changements structurels pouvant réduire les impacts de certaines des mesures sanitaires sur les aînés.

D'abord, il est important de modifier les constructions sociales du vieillissement de façon à promouvoir l'inclusion de cette population dans notre société. C'est par des changements symboliques et culturels que la société pourra adopter des perceptions et des attitudes différentes envers les aînés, ce qui mènera à des modifications de comportements et de politiques (Billette et collab., 2012).

Tel qu'il est expliqué dans le premier chapitre, les constructions sociales actuelles relatives aux personnes âgées sont basées sur l'âgisme (Billette et collab., 2012; Bizzini, 2007). Ces constructions entraînent de multiples formes d'exclusion qui sont particulièrement présentes chez les aînés vivant dans les CHSLD. Il faut donc faire évoluer les constructions sociales de façon à ce qu'elles se traduisent par des changements de comportements et de politiques qui favorisent l'inclusion des aînés.

Plus précisément, « l'inclusion sociale, lorsque réelle, et non pas seulement formelle (Lamoureux, 2007 dans Billette et collab., 2012), ne peut s'incarner que lorsqu'on reconnaît les aînés comme ayant une valeur sociale égale à la nôtre, et qu'on leur donne accès aux pouvoirs et aux ressources nécessaires pour que leur voix soit entendue et prise en compte » (Honneth, 2002; Lamoureux, 2000; Young, 2000, dans Billette et collab., 2012, p. 18). Le changement social est possible en sensibilisant la société aux problèmes sociaux et au fait que ceux-ci découlent des structures sociales. Pour y arriver, des changements dans l'organisation du système de santé sont nécessaires. Prioriser l'accès aux soins à domicile, mieux financer les CHSLD, bien former les équipes de soins dans les CHSLD et encourager l'utilisation des moyens technologiques dans les CHSLD comptent parmi les recommandations présentées dans ce chapitre.

#### **4.1.1 Promouvoir l'accès aux soins à domicile**

Cette section présente des recommandations visant à donner un meilleur accès aux soins à domicile.

La majorité des aînés désire rester à la maison le plus longtemps possible, « et ce, même lorsqu'ils souffrent d'un problème de santé à long terme limitant leur autonomie » (Turcotte, 2014, p. 1). Plusieurs expliquent qu'il est important pour eux de rester à domicile, car cela leur permet d'être autonomes, d'avoir leur intimité, de maintenir leur identité et de rester engagés dans la communauté (Pérodeau, 2020). Toutefois, beaucoup n'ont pas les moyens de se payer des soins à domicile ou une chambre dans une résidence privée. Le manque de soins à domicile financés par le gouvernement oblige donc ces aînés à aller vivre dans les CHSLD. Avec le vieillissement démographique, la demande dans ces établissements sera plus élevée (Picard, 2021, p. 71). Si aucun changement n'est apporté au système de santé, le Conference Board du Canada « estime que d'ici 2035, le Canada devra aménager 199 000 nouveaux lits de soins de longue durée pour répondre à la demande d'une population vieillissante. Il en coûtera la somme astronomique de 64 milliards [de dollars], sans compter les coûts d'exploitation » (Picard, 2021, p. 71).

Il y a présentement un débat concernant la meilleure façon de répondre aux besoins des personnes âgées : est-il mieux d'augmenter le nombre de lits ou d'améliorer l'accès aux soins à domicile? Une des solutions qui permet de respecter le désir de la majorité des personnes âgées de rester à la maison est d'améliorer l'accès aux soins à domicile et leur financement (Picard, 2021). Bref, il est important que ces soins soient accessibles à tous et adaptés aux besoins individuels (Pérodeau, 2020). Reconnaître qu'une personne âgée a le droit de recevoir des soins à domicile quels que soient ses besoins et sa situation financière est une question de justice sociale (Billette et collab., 2012).

Quand on parle de soins à domicile, on fait généralement référence à une aide aux activités de la vie quotidienne, comme s'habiller, manger, se laver, marcher, préparer les repas,

gérer les médicaments, ainsi que faire les courses, l'entretien ménager et la lessive (Turcotte, 2014). Certains moyens technologiques pourraient aussi permettre aux personnes âgées de rester à leur domicile. Par exemple, des systèmes de détection de chute ou d'alerte médicale peuvent assurer leur sécurité (Pérodeau, 2020). Cependant, l'accès aux services à domicile est limité, ce qui oblige beaucoup de personnes âgées à aller vivre dans les CHSLD (Picard, 2021; Turcotte, 2014). Il faudrait augmenter le financement de ces services.

Pour conclure, le taux d'hospitalisation et d'institutionnalisation des personnes âgées serait plus faible si les soins à domiciles étaient plus accessibles (Turcotte, 2014). On répondrait aussi au souhait des personnes âgées qui veulent rester à la maison le plus longtemps possible. Comme l'explique le Dr Samir Sinha, « [l]es soins de longues durées devraient être réservés à ceux qui ont besoin de surveillance constante » (Picard, 2021, p. 61).

#### **4.1.2 Mieux financer les CHSLD**

Il n'y a pas que les soins à domicile qui ont besoin de plus de financement : c'est aussi le cas pour les CHSLD. Ces derniers, par manque de fonds, n'arrivent pas à répondre aux besoins de leurs résidents (Beaulieu et collab., 2020; Maamar et collab., 2020; Pérodeau, 2020; Rylett et collab., 2020). Les conséquences négatives du sous-financement, déjà présentes avant la pandémie, se sont considérablement faites sentir pendant cette dernière. Selon plusieurs chercheurs, un meilleur financement des CHSLD aurait pu atténuer les impacts de certaines des mesures sanitaires mises en place durant la pandémie (Beaulieu et collab., 2020; Centrale des syndicats du Québec, 2020; Hamel-Roy et collab., 2021; Hirdes et collab., 2020).

Les recherches démontrent que la hausse du financement améliorerait les conditions de travail dans les CHSLD, réduisant ainsi les risques de maltraitance. Elle permettrait aussi aux CHSLD d’avoir recours à un plus large éventail de professionnels de la santé afin d’offrir des soins mieux adaptés aux besoins des résidents. Enfin, un meilleur financement permettrait aux CHSLD d’obtenir plus d’équipement de protection pour leurs employés et leurs résidents. (Beaulieu et collab., 2020; Centrale des syndicats du Québec, 2020; Hamel-Roy et collab., 2021; Hirdes et collab., 2020).

De meilleures conditions de travail dans les CHSLD auraient permis de mieux gérer les impacts de la COVID-19 sur les personnes âgées (Hirdes et collab., 2020). Avec un meilleur financement, les CHSLD auraient pu augmenter la rémunération de leurs employés et leur offrir de bons avantages sociaux, des emplois stables et un plus grand nombre de postes à temps plein (Hirdes et collab., 2020). Il aurait alors été plus facile de recruter des employés et de les maintenir en poste pendant la pandémie, et il y aurait donc eu une plus grande équipe de soins dans les CHSLD. De plus, il aurait fallu permettre aux employés de prendre leurs vacances et pourvoir les postes vacants et les congés de maladie (Centrale des syndicats du Québec, 2020). Tel qu’il est expliqué dans les chapitres précédents, les postes vacants en raison des congés de maternité, des départs à la retraite et des congés de maladie n’ont pas été remplis pendant la pandémie en raison du manque d’employés et de financement (Centrale des syndicats du Québec, 2020). La pénurie de personnel ne permet pas aux employés de répondre aux besoins des résidents des CHSLD (Beaulieu et collab., 2020; Maamar et collab., 2020; Rylett et collab., 2020). En augmentant le financement dans les CHSLD, on pourrait réduire la maltraitance envers les personnes âgées (Hirdes et collab., 2020; Picard, 2021).

De plus, un meilleur financement dans les CHSLD les aurait aidés à réduire les impacts de pandémie, car ils auraient pu permettre à leurs résidents de recevoir des soins d'un plus large éventail de professionnels de la santé. L'évaluation des besoins effectuée par un gériatre, un psychiatre, un physiothérapeute, un ergothérapeute ou un travailleur social aurait permis d'élaborer un plan de soins personnalisés pour chaque résident (Hirdes et collab., 2020; Sepúlveda-Loyola et collab., 2020). Présentement, la plupart des soins sont donnés par des préposés aux bénéficiaires dans les CHSLD (Hirdes et collab., 2020). Justement, « *[Long Term Care] residents received about half of the average nursing minutes of care per day and received 74 percent of that care from personal support workers, compared to their counterparts in continuing care hospitals who received 90 percent of their care from registered nurses or registered practical nurses* » (Hirdes et collab., 2020, p. 4). La qualité des soins devrait être la même que dans les hôpitaux, mais le manque de financement dans les CHSLD ne leur permet pas d'élaborer un plan de soins d'une équipe interdisciplinaire (Hirdes et collab., 2020). La hausse du financement dans les CHSLD pourrait même faire en sorte que les employés aient le temps d'établir une relation de soutien et de mettre en place des plans de soins propres à chaque résident.

Si les CHSLD avaient été mieux financés, ils auraient été mieux préparés pour faire face à la pandémie et pour en gérer les impacts. Ils auraient pu obtenir de l'équipement de protection en quantité suffisante et offrir à leurs employés de la formation sur la façon de l'utiliser correctement (Guillette, 2020). Les employés auraient alors pu faire leur travail en sécurité, sans mettre en danger les résidents. Par ailleurs, ainsi protégés, les employés auraient été moins à risque d'attraper la COVID-19 et de devoir s'absenter (Hirdes et collab., 2020). Les CHSLD n'auraient donc pas été aux prises avec une pénurie de personnel. De plus, la charge de travail

aurait été moins élevée, ce qui aurait permis aux résidents de recevoir des soins de meilleure qualité (Guillette, 2020).

Mieux financés, les CHSLD auraient aussi les moyens d'acheter des outils électroniques favorisant l'*empowerment* de leurs résidents. En effet, certains outils, tels que Google Home et Echo Dot, permettent de contrôler l'environnement. Grâce à eux, une personne âgée pourrait, avec sa voix, allumer et éteindre les lumières de sa chambre, la télévision, la musique, ajuster la température, ainsi qu'ouvrir et fermer les rideaux (Chu et collab., 2021). Comme les employés sont très occupés, les résidents peuvent attendre longtemps avant d'obtenir certains de ces services (Beaulieu et collab., 2020). Si de tels outils étaient à leur disposition, les aînés seraient plus indépendants et pourraient effectuer ces tâches eux-mêmes. De plus, « *[a]ccessible devices and accessories will empower residents and support residents to participate in priority relationships to the fullest extent possible while minimizing staff burden* » (Chu et collab., 2021, p. 544). Bref, ces outils permettent aux personnes âgées de rendre leur environnement plus confortable (Chu et collab., 2021).

#### **4.1.3 Bien former les équipes de soins dans les CHSLD**

Pour offrir de bons soins aux personnes âgées vivant dans les CHSLD, il faut que les employés aient une bonne formation. De plus, « (p)our faire face à l'âgeisme et discerner les faits réels des fictions en matière de COVID-19 et de vieillissement, il est nécessaire d'augmenter le nombre et la participation des professionnels ayant une formation et une expertise en gérontologie » (Meisner et collab., 2020, p. 493). Cependant, au Canada, la formation offerte en gérontologie au niveau du premier cycle est insuffisante, et il y a peu de programmes d'études

supérieures dans ce domaine (Meisner et collab., 2020). Il faut donc établir un plus grand nombre de programmes d'enseignement en gérontologie. Par ailleurs, il faut également donner aux employés des formations obligatoires et formelles afin de bien définir leur rôle (Hirdes et collab., 2020; Wagner et Rust, 2008).

Ces formations doivent absolument traiter de la maltraitance envers les personnes âgées. Cette dernière doit aussi être ajoutée à la formation accélérée mise en place par le gouvernement pour embaucher plus de préposés aux bénéficiaires pendant la pandémie. En effet, tel que mentionné dans le deuxième chapitre, la formation accélérée n'a pas de module sur la lutte contre la maltraitance (Beaulieu et collab., 2020). Ce sujet est important, car les employés doivent être capables de reconnaître le profil d'un agresseur et d'une victime (Bizzini, 2007). Cependant, même si la formation des équipes de soins à ce sujet est importante, il faut se rappeler que la maltraitance organisationnelle découle aussi du manque de services, d'employés et de financement (Beaulieu et collab., 2020; Hamel-Roy et collab., 2021).

#### **4.1.4 Promouvoir l'utilisation d'outils technologiques dans les CHSLD**

Cette section discute des recommandations concernant l'utilisation d'outils technologiques afin de diminuer les impacts de certaines des mesures sanitaires sur les personnes âgées vivant dans les CHSLD pendant la pandémie.

De nombreux CHSLD n'ont pas certains outils technologiques, lesquels auraient pu être grandement utiles aux personnes âgées pendant la pandémie, ou même de connexion Internet

(Chu et collab., 2021). Cette situation doit changer rapidement, car une connexion Internet stable est cruciale dans tous les CHSLD.

La technologie permet d'élargir le cercle social des personnes âgées (Chu et collab., 2021). Par exemple, plusieurs appareils électroniques permettent à ces dernières d'effectuer des vidéoconférences. Ils sont donc utiles pour garder contact avec leurs proches et pour assister à un rendez-vous médical (Chu et collab., 2021). Ces appareils leur permettent même de contacter une personne qui habite loin et de participer à des regroupements familiaux.

De plus, « *[t]he internet can also provide a plethora of interactive and entertainment opportunities such as exercise or yoga sessions, book clubs, interest groups, libraries, church services, museum tours, and support groups. Additionally, many sites and apps offer real-time video and chat capabilities enhancing the speed and quality of social interactions* » (Chu et collab., 2021, p. 543). Par exemple, l'application *OTAGO Classic* offre un programme d'exercices à domicile conçu pour les personnes âgées de 65 ans et plus (M-OTAGO, s.d.). Ce programme est adapté au niveau de chacune d'elles et a comme objectif de prévenir les chutes (M-OTAGO, s.d.). Cette application encourage les aînés à faire de l'exercice chez eux et recommande de suivre trois séances de 30 minutes chacune par semaine (M-OTAGO, s.d.). Une autre application, *iPrescribe Exercise*, offre un programme d'exercices de 12 semaines conçu pour les personnes sédentaires ou ayant une maladie chronique (Maurer, 2016). Il existe aussi des séances d'exercices virtuelles offertes en ligne. Par exemple, *Dancing with Parkinson's* offre des séances à partir de la plateforme vidéoconférence Zoom (Dancing with Parkinson's, 2018). Il n'est pas nécessaire d'avoir la maladie de Parkinson pour y participer (Dancing with Parkinson's, 2018). Tous les jours, de 11 h à midi, des instructeurs font des chorégraphies en position assise

au rythme de la musique. Des centaines de Canadiens y sont inscrits (Dancing with Parkinson's, 2018).

De plus, on recommande d'élargir le réseau social des personnes âgées en les encourageant à téléphoner à des lignes de soutien, à participer à des groupes de soutien virtuels et à faire de l'activité physique régulièrement (Sepúlveda-Loyola, 2020). Plusieurs applications et consoles, telles que la Wii, des jeux sur la télévision, des animaux de compagnies virtuels, sont des moyens technologiques de briser l'isolement. Ils permettent tous de stimuler les résidents et de diminuer les enjeux de santé mentale (Sepúlveda-Loyola, 2020).

Également, il faut reconnaître qu'il y a un manque de formation quant à l'utilisation de certains moyens technologiques chez plusieurs personnes âgées (Chu et collab., 2021). Cela étant dit, les bénévoles de l'organisme *Canadiens Branchés* offrent des séances individuelles et personnalisées de formation et de soutien. Ils montrent notamment comment créer et utiliser une adresse courriel, participer à une vidéoconférence, communiquer par message texte, utiliser Facebook ou YouTube et accéder à de la musique et à Internet (Canadiens Branchés, 2018).

Pour optimiser l'utilisation des appareils technologiques, il est important de les adapter aux besoins individuels (Chu et collab., 2021). Des logiciels à interface simple sont disponibles et plus faciles à utiliser. Des appels téléphoniques ou vidéoconférences préconfigurés aideraient certains résidents à effectuer des appels par eux-mêmes (Chu et collab., 2021), car ils n'auraient qu'à peser sur le nom de la personne à joindre. Il existe aussi des logiciels qui répondent automatiquement à un appel vidéoconférence, sans que la personne ait à toucher l'appareil électronique (Chu et collab., 2021). Cela peut être très utile aux personnes qui vivent avec la démence ou qui ont des limitations physiques. Si ces logiciels avaient été offerts aux résidents

pendant la pandémie, les employés n'auraient pas eu à gérer les appels vidéoconférences (Chu et collab., 2021).

Il existe une gamme d'appareils et d'accessoires conçus pour les personnes ayant de la difficulté à voir, à entendre ou à bouger. Par exemple, un étui antidérapant pour téléphone ou des pinces pour fixer un appareil à un fauteuil roulant ou à la balustrade du lit, des loupes et des grands écrans (Chu et collab., 2021).

## **4.2 Changements interrelationnels**

Ce chapitre se termine avec des recommandations concernant des changements à échelle humaine, tels que des changements interrelationnels, qui peuvent améliorer le bien-être des personnes âgées.

Tel qu'il est expliqué plus haut dans ce chapitre, les changements structurels ont le potentiel de faire évoluer les structures sociales, ainsi que les représentations sociales du vieillissement, et d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées vivant dans les CHSLD. Il est possible d'exercer des changements structurels à plus petite échelle, notamment en travaillant tous les jours à rendre nos relations et interactions avec les aînés plus positives.

Pour ce faire, il est important de prendre le temps d'interagir avec les aînés en privé et en public (Billette et collab., 2012). En effet, c'est en ayant des contacts visuels et physiques avec eux, en leur souriant et en les écoutant qu'ils se sentiront inclus (Billette et collab., 2012). En discutant avec eux, il faut « porter attention à l'invisibilité ou à la (fausse) reconnaissance réservée aux aînés et à leurs proches, à la reconnaissance de leurs rôles et capacités, mais

également de leurs difficultés » (Billette et collab., 2012, p. 20). Justement, dans le cadre d'une recherche, Sainani et collab. (2021) ont recueilli les témoignages de personnes âgées déclarant qu'il est important de respecter les aînés et que l'entraide intergénérationnelle aurait aidé à mieux gérer la pandémie (Sainani et collab., 2021). L'une d'elles explique que le soutien intergénérationnel profite à tous et qu'on peut beaucoup apprendre d'autrui (Sainani et collab., 2021).

Dès leur jeune âge, les enfants devraient passer du temps avec leurs grands-parents, mais aussi avec des aînés qui ne font pas partie de leur cercle familial. En Australie, on a mis en place un programme intergénérationnel où les enfants d'âge préscolaire en garderie font des vidéoconférences de 45 minutes par semaine avec des aînés. Pendant chaque séance, ils chantent, font des activités thématiques et discutent ensemble (Kennedy-Behr et collab., 2021). Les enfants et les personnes âgées font aussi du bricolage et de la peinture. Par exemple, un enfant peint un bocal dans lequel un résident transplante ensuite la plante de son choix. De plus, les enfants fabriquent des cartes pour les donner à leurs amis qui habitent en résidence. Ces séances permettent aux enfants et aux aînés de développer un sentiment d'appartenance (Kennedy-Behr et collab., 2021). Ce programme pourrait être mis en place dans les écoles au Canada. Il encouragerait peut-être les enfants à faire du bénévolat dans les CHSLD, voire à y travailler un jour. Il faudrait d'ailleurs mieux promouvoir le bénévolat dans les CHSLD auprès des étudiants. Étant donné que ceux-ci doivent faire un certain nombre d'heures de bénévolat pour obtenir leur diplôme d'études secondaires, ils constituent un bassin de recrutement non négligeable et peu exploité.

Cela étant dit, lorsqu'on interagit avec des personnes âgées, on constate qu'elles ne forment pas un groupe homogène (Ayalon et collab., 2020). Chacun de nous vieillit

différemment, et les capacités varient donc d'une personne âgée à une autre (Billette et collab., 2012). De cette façon, la société reconnaîtrait que les réalités que vivent les personnes âgées sont différentes les unes des autres (Billette et collab., 2012; Meisner et collab., 2020). Bref, il faut « concevoir les aînés comme des acteurs de leur vieillissement, [...] mettre en lumière leurs paroles et leurs gestes, leurs capacités, leurs contributions, mais aussi leurs besoins et leurs difficultés. Il faut reconnaître la diversité des paroles des aînés ainsi que leur droit de parler fort, de revendiquer collectivement, de contester et de demander » (Billette et collab., 2012, p. 25). Finalement, chacun d'entre nous peut contribuer au mieux-être des personnes âgées.

## CONCLUSION

Pour conclure, certaines des mesures mises en place par le gouvernement pour faire face à la pandémie de COVID-19 ont eu de lourdes conséquences sur la santé mentale et physique de la plupart des personnes âgées vivant dans les CHSLD. Ce mémoire permet de comprendre à quel point bon nombre d'entre elles en subissent encore les effets.

J'ai choisi d'examiner la question au moyen de l'approche structurelle, car elle permet de comprendre la cause des impacts des mesures sanitaires sur les personnes âgées vivant dans les CHSLD. Il importe de rappeler que c'est en remettant en question l'idéologie dominante qu'il est possible de sensibiliser la société à cette problématique et d'amorcer un changement social (Moreau, 1979).

Pour résumer ce mémoire, les mesures sanitaires devaient protéger les aînés, mais certaines d'entre elles ont eu l'effet inverse à cause du sous-financement chronique au niveau structurel. Les contextes social, politique et économique jouent un grand rôle sur la santé des personnes âgées qui vivent dans les CHSLD. Les impacts de la COVID-19 résultent en partie de ces structures sociales (Centrale des syndicats du Québec, 2020; Hamel-Roy et collab., 2021; Picard, 2021). L'État d'investissement social limite les mesures de protection sociale et rejette aux familles la responsabilité de prendre soin de leurs proches (Centrale des syndicats du Québec, 2020). Le manque de programmes sociaux rend les personnes âgées plus vulnérables, et les CHSLD peinent à leur offrir des soins de qualité faute de financement adéquat (Centrale des syndicats du Québec, 2020; Hamel-Roy et collab., 2021).

Le fait que les décisions gouvernementales ne tiennent pas compte des besoins des personnes âgées influence la façon dont chacun d'entre nous perçoit le vieillissement (Lagacé et

collab., 2011). Cela explique pourquoi plusieurs individus ont tendance à avoir une perception négative des aînés (Adam et collab., 2013; Billette et collab., 2012; Bizzini, 2007).

L'impuissance, la fragilité et l'incapacité sont associées aux personnes âgées (Billette et collab., 2012; Bizzini, 2007), et cette stigmatisation mène à l'exclusion de cette population.

Cette façon de voir les personnes âgées a eu un réel impact sur la façon dont elles ont été traitées durant la pandémie et explique pourquoi elles sont victimes de maltraitance organisationnelle (Beaulieu et collab., 2020; Maamar et collab., 2020; Rylett et collab., 2020).

De plus, le grand manque de prévention au niveau structurel explique pourquoi la pandémie de COVID-19 a été difficile à gérer dans les CHSLD. L'absence de plans d'urgence en cas de pandémie dans les CHSLD, le manque d'accès aux soins à domicile et la mauvaise gestion des mesures sanitaires sont des facteurs qui ouvrent la voie à plus de maltraitance organisationnelle. Ces facteurs ont contribué à dégrader les conditions de travail dans les CHSLD durant la pandémie, ce qui a eu pour résultat d'augmenter le nombre de cas de maltraitance exercée par des employés envers les résidents (Beaulieu et collab., 2020; Centrale des syndicats du Québec, 2020; Hamel-Roy et collab., 2021). La maltraitance exercée par les employés explique pourquoi certains résidents ont des comportements violents envers les employés. Cela affecte la santé mentale et physique de plusieurs de ces personnes âgées (Beaulieu et collab., 2020; Falardeau et collab., 2021).

La santé mentale et physique des personnes âgées qui vivent dans les CHSLD a aussi été affectée par certaines des mesures sanitaires décrites dans l'introduction du mémoire. En effet, l'isolement imposé par les mesures sanitaires a fait en sorte que les aînés ont fait moins d'activités physiques, causant chez eux de nombreux troubles physiques et psychologiques.

(Maamar et collab., 2020; Cruz-Jentoft et Sayer, 2019; Maamar et collab., 2020; Roschel et collab., 2020). La baisse des contacts sociaux a entraîné un déclin cognitif chez plusieurs personnes âgées, ce qui peut affecter leur santé mentale (Meisner et collab., 2020; Suarez-Gonzalez et collab., 2021). La dépression, l'anxiété et les troubles du sommeil sont également très fréquents chez celles-ci (Cunningham et collab., 2020; Sepúlveda-Loyola et collab., 2020).

Il est impératif d'agir étant donné le vieillissement de la population (Statistique Canada, 2021). Je propose dans ce mémoire quelques pistes de solutions pour diminuer les impacts des mesures sanitaires sur les personnes âgées qui vivent dans les CHSLD. J'y souligne notamment l'importance des soins à domicile, d'un financement adéquat des CHSLD, de la bonification de la formation en gérontologie et de l'utilisation accrue des moyens technologiques dans ces établissements. À cela s'ajoutent les gestes à plus petite échelle que chacun de nous peut poser pour encourager l'inclusion et la participation sociale des personnes âgées. L'entraide intergénérationnelle est aussi importante pour créer des liens avec les aînés (Sainani et collab., 2021).

### **Sur une note plus positive...**

Nous pouvons tous comprendre que la pandémie de COVID-19 a affecté la santé mentale et physique de nombreuses personnes âgées vivant dans les CHSLD. Bien que ma recherche porte sur les impacts négatifs de la pandémie, je tiens à souligner qu'elle a aussi apporté du positif dans la vie de certaines personnes. Elle a en effet permis à certaines familles de se rapprocher (Simard, 2020). Même si les familles ne pouvaient pas aller voir leurs proches aînés dans les

CHSLD dans les CHSLD, elles ont pu leur offrir un soutien moral à distance. Le témoignage de Claudette Roy permet de comprendre les côtés positifs de cette pandémie :

« C'est un événement que nous n'aurions jamais pensé vivre, un grand bouleversement dans nos vies. Ce n'est certainement pas facile, mais ça nous rapproche, mon mari et moi. Après 56 ans de vie commune, deux enfants et cinq petits-enfants, cet événement a créé un rapprochement très fort qui nous unit et qui nous aide à tenir le coup. Ça nous fait réaliser à quel point nous avons besoin l'un de l'autre, à quel point on apprécie chacun ce que nous sommes. Le confinement imposé, c'est aussi l'occasion de se rappeler notre vie, nos souvenirs, nos voyages. La parfaite occasion pour enfin prendre le temps de relire toutes ces cartes postales sur lesquelles mon mari décrivait nos récits de voyage. Mon Dieu qu'on a eu une belle vie! Je trouve cela extraordinaire d'avoir cette chance de reconnaître comment nous avons été, plutôt que comment nous sommes, heureux ensemble » (Simard, 2020, paragr. 2).

Bref, ce témoignage permet de constater que, malgré cette période difficile, il est possible d'en ressortir du positif. Même si certaines mesures sanitaires ont eu de nombreux impacts négatifs sur plusieurs aînés vivant dans les CHSLD, la pandémie a permis à ces derniers de se rapprocher de leur famille. Les mesures sanitaires ont aussi renforcé leur résilience, ce qui leur permet de rester forts et de traverser des situations difficiles comme la pandémie (Simard, 2020).

Cela étant dit, quels sont les autres bienfaits de la pandémie de COVID-19 sur les personnes âgées vivant dans les CHSLD? Pouvons-nous dire qu'elle aura fait prendre conscience au gouvernement que l'État ne répond pas à leurs besoins? Nous aura-t-il fallu une pandémie pour apporter des changements dans les CHSLD? Espérons que les leçons tirées de la pandémie apporteront des changements positifs pour l'avenir.

## BIBLIOGRAPHIE

- Adam, S., Joubert, S. et Missotten, P. (2013). L'âgisme et le jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheurs. *Revue de neuropsychologie*, 5(1), 4-8.  
<https://doi.org/10.3917/rne.051.0004>
- Agence QMI (2020, 20 mai). *COVID-19 : Une étude se penche sur l'impact du confinement chez les aînés*. Journal de Montréal. <https://www.journaldemontreal.com/2020/05/20/covid-19-une-etude-se-penche-sur-limpact-du-confinement-chez-les-aines>
- Agence QMI (2021, 25 mai). *COVID-19 : Mesurer le niveau de stress par les cheveux*. Journal de Montréal. <https://www.journaldemontreal.com/2020/05/25/covid-19--mesurer-le-niveau-de-stress-par-les-cheveux>
- Allard, J. P., Keller, H., Jeejeebhoy, K. N., Laporte, M., Duerksen, D. R., Gramlich, L., Payette, H., Bernier, P., Vesnaver, E., Davidson, B., Teterina, A. et Lou, W. (2016). Malnutrition at hospital admission—contributors and effect on length of stay. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40(4), 487-497. <https://doi.org/10.1177/0148607114567902>
- Association québécoise des médecins du sport et de l'exercice. (2020). *Les effets de l'activité physique chez les personnes âgées*. <https://aqmse.org/les-effets-de-lactivite-physique-chez-les-personnes-agees/>
- Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B. R., Neupert, S. D., Rothermund, K., Tesch-Römer, C. et Wahl, H.-W. (2021). Aging in times of the COVID-19 pandemic: Avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), 49-52.  
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>
- Banerjee, A., Daly, T., Armstrong, H., Armstrong, P., Lafrance, S. et Szebehely, M. (2022). « Hors de contrôle : » La violence contre le personnel de soutien des établissements de soins de longue durée. *ResearchGate*, 1-22.

- Beaulieu, M., Cadieux Genesse, J. et St-Martin, K. (2020). La maltraitance en CHSLD en contexte de COVID-19. *Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées*. 1-15.  
[https://maltraitecedesaines.com/wp-content/uploads/2020/10/2020\\_Memoire\\_Protecteur-du-citoyen\\_ChairMaltraitance.pdf](https://maltraitecedesaines.com/wp-content/uploads/2020/10/2020_Memoire_Protecteur-du-citoyen_ChairMaltraitance.pdf)
- Billette, V., Lavoie, J.-P., Séguin, A.-M. et Van Pevenage, I. (2012). Réflexions sur l'exclusion et l'inclusion sociale en lien avec le vieillissement. L'importance des enjeux de reconnaissance et de redistribution. *Frontières*, 25(1), 10-30. <https://doi.org/10.7202/1018229ar>
- Bizzini, L. (2007). L'âgisme : une forme de discrimination qui porte préjudice aux personnes âgées et prépare le terrain de la négligence et de la violence. *Gérontologie et société*, 30(123), 263-278.  
<https://doi.org/10.3917/g.s.123.0263>
- Briot, K., Cortet, B., Thomas, T., Audran, M., Blain, H., Breuil, V., Chapuis, L., Chapurlat, R., Fardellone, P., Feron, J.-M., Gauvain, J.-B., Guggenbuhl, P., Kolta, S., Lespessailles, E., Letombe, B., Marcelli, C., Orcel, P., Seret, P., Trémollières, F. et Roux, C. (2012). Actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique. *Revue du Rhumatisme*, 79(3), 264-274.  
<https://doi.org/10.1016/j.rhum.2012.02.006>
- Brown, E. E., Kumar, S., Rajji, T. K., Pollock, B. G. et Mulsant, B. H. (2020). Anticipating and mitigating the impact of the COVID-19 pandemic on Alzheimer's disease and related dementias. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(7), 712-721.  
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.04.010>
- Canadiens branchés (2018). *Nos programmes*. <https://www.connectedcanadians.ca/fr/nos-programmes>
- Cap Retraite (2016, mars 31). *L'activité physique, clé du bien vieillir*.  
<https://www.capretraite.fr/prevenir-dependance/sante-grand-age/l-activite-physique-cle-du-bien-vieillir/>
- Centrale des syndicats du Québec (2020). *Enquête sur la performance des soins aux aînés/COVID-19 Un drame social évitable qui confirme l'importance du rôle de l'État* (publication n° D13510).

Fédération de la Santé du Québec. [https://www.siiial.com/wp-content/uploads/Memoire\\_D13510.pdf](https://www.siiial.com/wp-content/uploads/Memoire_D13510.pdf)

Chu, C. H., Ronquillo, C., Khan, S., Hung, L. et Boscart, V. (2021). Technology recommendations to support person-centered care in long-term care homes during the COVID-19 pandemic and beyond. *Journal of Aging & Social Policy*, 33(4-5), 539-554. <https://doi.org/10.1080/08959420.2021.1927620>

Comeau, Y. (1994). *L'analyse des données qualitatives* [mémoire de maîtrise, Université Laval]. Cahiers du CRISES. <https://crises.uqam.ca/wp-content/uploads/2018/10/ET9402.pdf>

Comparaisons santé (2022). *Surmortalité hebdomadaire de 2020 à 2022 en lien avec la COVID-19 au Québec et ailleurs dans le monde*. <https://comparaisons-sante-quebec.ca/exces-hebdomadaires-de-deces-en-2020-en-lien-avec-la-covid-19-au-quebec-et-ailleurs-dans-le-monde/>

Comtois, I. (2021). *Vulnérabilité et résilience sociales en contexte de pandémie* [mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Laboratoire de recherche en relations interculturelles. <http://labrii.net/wp-content/uploads/2021/01/Linterculturel-en-temps-de-pande%CC%81mie.pdf>

Crohn et Colite Canada (2021). *Qu'est-ce que COVID-19*. <https://crohnetcolite.ca/A-propos-de-ces-maladies/COVID-19-et-les-MII/A-Propos-de-COVID-19/Quest-ce-que-COVID-19>

Cruz-Jentoft, A. J. et Sayer, A. A. (2019). Sarcopenia. *The Lancet*, 393(10191), 2636-2646. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31138-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31138-9)

Cunningham, C., O' Sullivan, R., Caserotti, P. et Tully, M. A. (2020). Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. *Scandinavian Journal of Medicine et Science in Sports*, 30(5), 816-827. <https://doi.org/10.1111/sms.13616>

Dancing With Parkinson's (2018). *Free dance classes for seniors*. <https://www.dancingwithparkinsons.com>

- Ducharme, J.-F. (2020, 30 avril). *Sédentarité chez les aînés confinés*. UQAM.  
<https://www.actualites.uqam.ca/2020/inactivite-physique-nefaste-aines-confinement>
- Falardeau, M.-C., Beaulieu, M., Carbonneau, H., Levasseur, M. et Belley, R. (2021). Maltraitance entre résidents en temps de pandémie : Effets dans les résidences privées pour aînés au Québec. *La Revue canadienne du vieillissement*, 40(4), 619-627.  
<https://doi.org/10.1017/S0714980821000428>
- Fraser, S., Lagacé, M., Bongué, B., Ndeye, N., Guyot, J., Bechard, L., Garcia, L., Taler, V., Adam, S., Beaulieu, M., Bergeron, C. D., Boudjemadi, V., Desmette, D., Donizzetti, A. R. ethier, S., Garon, S., Gillis, M., Levasseur, M., Lortie-lussier, Marier, P., Robitaille, A., Sawchuk, K., Lafontaine, C., Tougas, F. (2020). Ageism and COVID-19 : What does our society's response say about us? *Age and Ageing*, 49(5), 692-695. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097>
- Garon, R. et Roy, N. (2013). La reconnaissance de la recherche qualitative dans les champs scientifiques. *Recherches qualitatives*, 32(1), 154-180.
- Gouvernement du Québec (2021). *Maltraitance envers les aînés*. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/violences/maltraitance-aines>
- Gouvernement du Canada (2021). *Prestation canadienne d'urgence*.  
<https://www.canada.ca/fr/services/prestations/ae/pcusc-application.html>
- Guillette, M. (2020). *Une exploration des activités effectuées par les intervenants sociaux québécois pendant la première vague de COVID-19*. 19 [thèse de doctorat, Université de Sherbrooke].  
Revue Intervention. [https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2020/12/ri\\_hs1\\_2020.2\\_Guillette\\_Boulianne\\_Couturier.pdf](https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2020/12/ri_hs1_2020.2_Guillette_Boulianne_Couturier.pdf)
- Hamel-Roy, L., Fauvel, M., Laurence-Ruel, C. et Noiseux, Y. (2021). Le « Grand confinement » et l'action publique durant la première vague de la COVID-19 au Québec : Regards croisés sur les rapports de genre, de race et de classe dans quatre secteurs d'emploi. *Cahiers de recherche du GTEPS*. (11), 1-73. [Le-Grand-confinement-et-laction-publique-durant-la-premiere-vague-de-la-COVID-19-au-Quebec-Regards-croises-sur-les-rapports-de-genre-de-race-et-de-classe-dans-quatre-secteurs-demploi.pdf \(researchgate.net\)](https://www.researchgate.net/publication/354111111_Le-Grand-confinement-et-laction-publique-durant-la-premiere-vague-de-la-COVID-19-au-Quebec-Regards-croises-sur-les-rapports-de-genre-de-race-et-de-classe-dans-quatre-secteurs-demploi)

Hirdes, J. P., Declercq, A., Finne-Soveri, H., Fries, B. E., Geffen, L., Heckman, G., Lum, T., Meehan, B., Millar, N. et Morris, J. N. (2020). The long-term care pandemic: international perspectives on COVID-19 and the future of nursing homes. *Balsillie Papers*, 2(4), 1-13.

Hubbard, R. E., Maier, A. B., Hilmer, S. N., Naganathan, V., Etherton-Ber, C. et Rockwood, K. (2020). Frailty in the face of COVID-19. *Age and Ageing*, 49(4), 499-500.  
<https://doi.org/10.1093/ageing/afaa095>

Index Santé (2022). *Les CHSLD publics, privés conventionnés et privés*.  
<https://www.indexsante.ca/chroniques/296/chsld-publics-privés-conventionnés-et-privés.php#:~:text=Un%20CHSLD%20est%20un%20centre,devenu%20impossible%20et%20non%20s%C3%A9curitaire.>

Institut national de santé publique du Québec (2021). *COVID-19 – Pandémie et conséquences pour les personnes âgées de 60 ans et plus* (publication n° 3044). Gouvernement du Québec.  
<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sondages-attitudes-comportements-quebecois/60-ans-et-plus-juillet-2020>

Institut national de santé publique du Québec (2021). *Données COVID-19 par vague selon l'âge et le sexe au Québec*. Gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/age-sexe>

Kennedy-Behr, A., Rosso, E., McMullen-Roach, S., Berndt, A., Hauschild, A., Bakewell, H., Boshoff, K., Antonello, D., Jeizan, B. et Murray, C. M. (2021). Intergenerational virtual program: promoting meaningful connections across the lifespan during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health*, 9, 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.768778>

Kirwan, R., McCullough, D., Butler, T., Perez de Heredia, F., Davies, I. G. et Stewart, C. (2020). Sarcopenia during COVID-19 lockdown restrictions: long-term health effects of short-term muscle loss. *GeroScience*, 42(6), 1547-1578. <https://doi.org/10.1007/s11357-020-00272-3>

Lachapelle, M. D. (2020). Réapproprions-nous le management : Organisations et post-croissance. *Revue Possibles*, 44(01), 36-44.

- Lacoursière, A. (2021, 10 octobre). *Tout un système pour vieillir chez soi*. La Presse.  
<https://www.lapresse.ca/contexte/2021-10-10/la-presse-au-danemark/tout-un-systeme-pour-vieillir-chez-soi.php>
- Lacoursière, A. (2021, 11 octobre). *Des CHSLD nouveau genre pour contrer la vague*. La Presse.  
<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-10-11/la-presse-au-danemark/des-chsld-nouveau-genre-pour-contrer-la-vague.php>
- Lagacé, M., Laplante, J. et Davignon, A. (2011). Construction sociale du vieillir dans les médias écrits canadiens : De la lourdeur de la vulnérabilité à l'insoutenable légèreté de l'être. *Communication et organisation. Revue scientifique francophone en Communication organisationnelle*, 40, 87-102. <https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.3553>
- Lagacé, M. et Rodrigues-Rouleau, P. (2021). Pandémie : pour sortir du paradigme de l'âgisme. *Nouveaux Cahiers du socialisme*, 25, 26-33.
- Lapierre, S. et Levesque, J. (2013). 25 ans plus tard... et toujours nécessaires ! Les approches structurelles dans le champ de l'intervention sociale. *Reflets : Revue d'intervention sociale et communautaire*, 19(1), 38-64. <https://doi.org/10.7202/1018041ar>
- Le Figaro Santé (s.d). *L'activité physique*. <https://sante.lefigaro.fr/mieux-etre/sports-activites-physiques/generalites-activite-physique/quelle-est-definition-sedentarite#:~:text=La%20s%C3%A9dentarite%C3%A9%20est%20un%20des,Sports%20%2D%20Activit%C3%A9s%20physiques>
- Lepage, G. (2020). *Pénurie de personnel et mauvaise gestion en CHSLD*. Le Devoir.  
<https://www.ledevoir.com/societe/sante/581908/sante-penurie-de-personnel-et-mauvaise-gestion>
- LeVasseur, A. L. (2021). Effects of social isolation on a long-term care resident with dementia and depression during the COVID-19 pandemic. *Geriatric Nursing*, 42(3), 780-781.  
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.04.007>

Lévesque, J. et Panet-Raymond, J. (1994). L'évolution et la pertinence de l'approche structurelle dans le contexte social actuel. *Service social*, 43(3), 23-39. <https://doi.org/10.7202/706666ar>

Maamar, M., Khibri, H., Harmouche, H., Ammouri, W., Tazi-Mezalek, Z. et Adnaoui, M. (2020). Impact du confinement sur la santé des personnes âgées durant la pandémie COVID-19. *Npg*, 20(120), 322-325. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2020.10.006>

Malakoff Humanis (2018, 20 mai). *Dénutrition des personnes âgées : Conséquences et prévention*. <https://www.malakoffhumanis.com/s-informer/sante/denutrition-des-personnes-agees-consequences-et-prevention/>

Maurer, D. (2016, 12 octobre). *iPrescribe Exercise : helping your patients meet recommended fitness goals*. IMedicalApps. <https://www.imedicalapps.com/2016/10/iprescribe-exercise-helping-patients-meet-recommended-fitness-goals/>

Meisner, B. A., Boscart, V., Gaudreau, P., Stolee, P., Ebert, P., Heyer, M., Kadowaki, L., Kelly, C., Levasseur, M., Massie, A. S., Menec, V., Middleton, L., Taucar, L. S., Thornton, W. L., Tong, C., Hoonard, D. K. Van Den, et Wilson, K. (2020). La nécessité des approches interdisciplinaires et collaboratives pour évaluer l'impact de la COVID-19 sur les personnes âgées et le vieillissement : Déclaration conjointe de l'ACG / CAG et de la RCV / CJA. *La Revue canadienne du vieillissement*, 39(4), 487-499. <https://doi.org/10.1017/S071498082000032X>

Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec (2020). *Consignes pour les CHSLD*. Gouvernement du Québec. <https://www.ciass-gaspesie.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2020/04/Directives-CHSLD-1.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). *Établissement de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/#chsls>

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2020). *Politique sur les visites pendant la pandémie de la COVID-19-Foire aux questions*. Gouvernement de l'Ontario. [https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ltc/faq\\_20200902.aspx](https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ltc/faq_20200902.aspx)

Moreau, M. J. (1979). A structural approach to social work practice. *Canadian Journal of Social Work Education* 5(1), 78-94. <http://www.jstor.org/stable/41670012>

M-OTAGO (s. d.). *Otago Classic*. <https://m-otago.com/home/otagoapps-1/otagoclassic>

Ouihelp (s.d.). *Comment faire face à la perte d'autonomie*. <https://www.ouihelp.fr/conseils/services-a-domicile/perte-autonomie/>

-

Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, (23), 147-181. <https://doi.org/10.7202/1002253ar>

-

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11 - L'analyse thématique. Dans : P. Paillé et A. Mucchielli (Dir), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 231-314). Paris: Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01.0231>

-

Palier, B. (2005). Vers un État d'investissement social. *Informations sociales*, 128(8), 118-128.

Pérodeau, G. (2020). *Avis sur le vieillissement dans l'après COVID-19* [mémoire de maîtrise, Université du Québec en Outaouais]. Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. <https://aprfae.com/personnes-ainees-et-pandemie/>

Picard, A. (2021). *Les grands oubliés. Repenser les soins de nos aînés* (1<sup>ère</sup> éd.). Les Éditions de l'Homme.

Piccoli, M., Tannou, T., Hernandorena, I. et Koeberle, S. (2020). Une approche éthique de la question du confinement des personnes âgées en contexte de pandémie COVID-19 : La prévention des fragilités face au risque de vulnérabilité. *Ethics, Medicine and Public Health*, 14, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2020.100539>

- Retraite à domicile (2015). *Coûts de soins à domicile et comparaison des options*.  
<https://retraiteadomicile.com/cout-et-comparaison-des-options/>
- Roschel, H., Artioli, G. G. et Gualano, B. (2020). Risk of increased physical inactivity during COVID-19 outbreak in older people: a call for actions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(6), 1126-1128. <https://doi.org/10.1111/jgs.16550>
- Rylett, R. J., Alary, F., Goldberg, J., Rogers, S. et Versteegh, P. (2020). La COVID-19 et les priorités de recherche sur le vieillissement. *La Revue canadienne du vieillissement*, 39(4), 506-512.  
<https://doi.org/10.1017/S0714980820000343>
- Sainani, V., Liu, S. et Liu N. (2021). *Aging through a pandemic. The impact of COVID-19 on Ontarian seniors* (1<sup>re</sup> ed.). Édition à compte d'auteur.
- Santo, S. G. D., Franchini, F., Filiputti, B., Martone, A. et Sannino, S. (2020). The effects of COVID-19 and quarantine measures on the lifestyles and mental health of people over 60 at increased risk of dementia. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.578628>
- Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V. et Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: Mental and physical effects and recommendations. *The Journal of Nutrition, Health et Aging*, 24, 938-747. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1469-2>
- Simard, V. (2020, 19 avril). *La parole aux aînés*. La Presse. <https://www.lapresse.ca/societe/2020-04-19/la-parole-aux-aines>
- Statistique Canada (2020). *Comorbidités liées aux décès impliquant la COVID-19 au Canada*.  
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00087-fra.htm>
- Statistique Canada (2021). *Statistiques sur les adultes âgés et le vieillissement démographique*.  
[https://www.statcan.gc.ca/fra/sujets-debut/adultes\\_ages\\_et\\_vieillissement\\_demographique](https://www.statcan.gc.ca/fra/sujets-debut/adultes_ages_et_vieillissement_demographique)

- Suárez-González, A., Rajagopalan, J., Livingston, G. et Alladi, S. (2021). The effect of COVID-19 isolation measures on the cognition and mental health of people living with dementia: A rapid systematic review of one year of quantitative evidence. *EClinicalMedicine*, 39, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101047>
- Tahira, A. C., Verjovski-Almeida, S. et Ferreira, S. T. (2021). Dementia is an age-independent risk factor for severity and death in COVID-19 inpatients. *Alzheimer's & Dementia*, 17(11), 1818-1831. <https://doi.org/10.1002/alz.12352>
- Tanimoune, N. A. (2015). *Des outils pour le changement : Une approche critique en études du développement* (H. Veltmeyer, Ed.). Presses de l'Université d'Ottawa. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt16xwbjg>
- Turcotte, M. (2014, 12 décembre). *Les Canadiens dont les besoins en soins à domicile sont non comblés* (publication no 75-006-X). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/75-006-x/2014001/article/14042-fra.pdf?st=mQDmEamo>
- TVA nouvelles, (2021, 20 octobre). *Recherche en santé mentale : les cheveux du personnel de santé scrutés à la loupe pendant la pandémie*. Journal de Montréal. <https://www.journaldemontreal.com/2021/10/20/recherche-en-sante-mentale-les-cheveux-du-personnel-de-sante-scrutes-a-la-loupe-pendant-la-pandemie>
- TV5MONDE. (2020, 8 mai). *Peste, choléra, coronavirus... Une épidémie surviendrait-elle tous les 100 ans ? [À vrai dire]*. <https://information.tv5monde.com/video/peste-cholera-coronavirus-une-epidemie-surviendrait-elle-tous-les-100-ans-vrai-dire>
- Wagner, L et Rust, T. (2008). La sécurité dans les établissements de soins de longue durée : élargir l'étendue de la sécurité des patients au Canada pour y inclure les soins de longue durée. *Institut canadien pour la sécurité des patients*. 1-63.