



## Énoncé de position sur les soins de santé mentale en milieu de soins de longue durée pendant la pandémie de COVID-19

### PRINCIPAUX POINTS

1. Les soins de santé mentale constituent un service médical essentiel qui doit être maintenu lors d'une pandémie.
2. Les personnes âgées résidant en établissement de SLD ont droit à des soins de santé mentale, à des soins médicaux et à des services sociaux, sans égard à leur âge, à la présence de démence ou à un diagnostic d'autres problèmes ou troubles de santé mentale.
3. Les établissements de SLD doivent avoir la technologie et les ressources nécessaires pour fournir les services médicaux virtuels essentiels et maintenir les liens familiaux et sociaux lorsque les visites en personne sont restreintes.
4. Il faut également que les mesures de lutte contre les infections visant à réduire la propagation des maladies infectieuses soient prises de façon à tenir compte des répercussions de ces mesures sur la qualité de vie et la dignité des résidents de centres de SLD.
5. Le soutien de la santé mentale du personnel des centres de SLD est crucial pour une gestion efficace d'une pandémie en milieu de SLD.

### INTRODUCTION

Tout au long de la pandémie, le Canada a constamment présenté l'un des taux globaux les plus élevés de décès dû à la COVID-19 chez les résidents en milieu de SLD<sup>1-3</sup>. Bien que de nombreuses recommandations liées à l'amélioration des soins aux résidents en milieu de SLD en temps de COVID-19 aient été élaborées autant à l'échelle nationale<sup>(4-8)</sup> qu'internationale<sup>(9,10)</sup>, aucune ne porte sur les répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale des résidents en milieu de SLD. Les troubles de santé mentale, tels que la démence, la dépression et l'anxiété, sont fréquents en milieu de SLD<sup>(11,12)</sup>. Malgré ce grand besoin de soutien en santé mentale chez les résidents des centres de SLD, l'accès de ces derniers aux soins de santé mentale était faible même avant la pandémie<sup>(13,14)</sup>.

Plusieurs facteurs ont contribué à la dégradation potentielle de la santé mentale des résidents de centres de SLD pendant la COVID-19. L'âgisme<sup>(15)</sup>, datant d'avant la COVID-19, contribue aux conséquences indésirables de la COVID-19 sur la santé mentale en milieu de SLD au Canada<sup>(16,17)</sup>. La pandémie de COVID-19 a mis en lumière les conséquences de longue date de l'âgisme en milieu de SLD en partie en raison des mesures de gestion de la COVID-19 mise en place dans ce milieu<sup>(9,18)</sup>. En outre, les pénuries chroniques de personnel, la formation limitée du personnel sur la démence et la santé mentale ainsi que le manque d'accès aux services psychiatriques en milieu de SLD sont tous des facteurs ayant contribué à la crise sévissant actuellement dans les milieux de SLD<sup>(19)</sup>. Bien que ces graves problèmes aient attiré l'attention des médias<sup>(20)</sup>, ces préoccupations ne se reflètent pas adéquatement dans les recommandations visant à atténuer les répercussions de la COVID-19 en milieu de SLD. Déjà, des inquiétudes ont été soulevées à l'effet que la qualité des soins de santé mentale dans les établissements de SLD s'est dégradée davantage<sup>(21)</sup>.

Le présent exposé de position met en lumière les besoins en soins de santé mentale des personnes âgées résidant en milieu de SLD pendant la COVID-19 et peut s'appliquer à d'autres épidémies graves.

## MÉTHODOLOGIE

L'Académie canadienne de gérontopsychiatrie (ACGP) et la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) ont mis sur pied un groupe de travail pour rédiger des énoncés de position sur les soins de santé mentale pour les personnes âgées en milieu de SLD pendant la COVID-19. Un appel visant à recruter des participants potentiels au groupe de travail a été lancé aux membres de l'ACGP. Un groupe de travail final, composé de 14 personnes comprenant des gérontopsychiatres et des stagiaires provenant de différentes provinces, travaillant dans différents milieux de soins et se trouvant à différents stades de leur carrière, a été mis sur pied. Ce groupe de travail s'est réuni pour la première fois en juillet 2020 pour définir la portée et les résultats anticipés de ce projet et s'est réuni à trois autres reprises au cours du processus d'élaboration des énoncés de position.

Le groupe de travail a examiné les recommandations existantes portant sur les soins des personnes âgées pendant la COVID-19, y compris des documents traitant des SLD. Le groupe de travail a rédigé des énoncés de position préliminaires et passé en revue les données probantes liées à chaque énoncé. Une recherche a été effectuée dans la base de données électronique MEDLINE pour trouver des articles pertinents publiés à partir de 2020. À cette recherche se sont ajoutées des recherches manuelles dans des revues qui ont publié beaucoup d'articles au sujet de la COVID-19. Les moteurs de recherche Google Scholar et Google ont également été utilisés pour trouver d'autres documents pertinents, y compris des articles dans les médias. Les

énoncés de position finaux et les données probantes connexes ont été établis par consensus au sein du groupe de travail.

## **ÉNONCÉS DE POSITION**

### **Énoncé 1 : Les soins de santé mentale en milieu de SLD constituent un service essentiel.**

Même s'il se peut que l'accès aux services médicaux doive être ajusté pendant la pandémie de COVID-19 ou toute autre épidémie conformément aux exigences de la santé publique, les soins de santé mentale en milieu de SLD demeurent un service essentiel. Lors de l'éclosion initiale de COVID-19 au Canada, les préparatifs en vue de l'afflux anticipé de patients souffrant de la COVID-19 dans les services de soins urgents a entraîné l'annulation de nombreux services médicaux et chirurgicaux jugés non essentiels à l'époque. De plus, la prestation de nombreux programmes et interventions pour patients externes offerts par les hôpitaux, tels que l'ECT, a été suspendue ou réduite pour éviter la propagation du virus de la COVID-19<sup>(22)</sup>. Par conséquent, l'évaluation ou le traitement de nombreuses personnes souffrant de problèmes de santé mentale en milieu de SLD a été reporté ou annulé au cours des six premiers mois de la pandémie de COVID-19 au Canada.

Bien que l'évaluation ou le traitement de troubles mentaux puisse être retardé pour certaines personnes en raison des mesures de lutte contre les infections, bon nombre de résidents d'établissements de SLD souffrant de maladies ou de troubles mentaux doivent avoir accès en urgence aux services de soins en santé mentale. Ces services peuvent comprendre les consultations en clinique externe, les services de proximité, l'admission à l'hôpital et la possibilité d'entreprendre ou de poursuivre un traitement de santé mentale en milieu hospitalier comme l'ECT<sup>(23)</sup>. La COVID-19 a perturbé les services de santé mentale dans la plupart des pays<sup>(24)</sup>. Bien que les restrictions des consultations de professionnels de la santé liées à la COVID-19 aient perturbé les services de santé mentale dans la plupart des établissements de SLD, les répercussions de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé mentale en milieu de SLD ne sont pas connues. Par conséquent, les systèmes de santé doivent offrir les mesures de protection et les processus nécessaires pour permettre le maintien des soins de santé mentale aux personnes âgées en milieu de SLD tout en protégeant les résidents de centres de SLD des risques associés à l'infection au virus de la COVID-19.

### **Énoncé 2 : Des facteurs tels que l'âge, la présence de démence ou un diagnostic de maladie ou de troubles mentaux ne constituent pas des raisons d'empêcher une personne d'avoir accès à des ressources comme le département des urgences ou l'hospitalisation.**

La pandémie de COVID-19 a forcé les établissements de soins de santé à se préparer à une

demande accrue pour les soins urgents. Des protocoles de triage en période de crise ont été mis en place, mais se fondent souvent sur le potentiel de survie pour déterminer la répartition des ressources de soins de santé<sup>(25)</sup>. Cette façon de procéder peut stigmatiser les aînés et les personnes souffrant d'une maladie chronique ou d'un handicap<sup>(26)</sup>. Les personnes âgées qui contractent la COVID-19 présentent un taux de mortalité accru, en particulier si elles souffrent d'un problème médical chronique<sup>(26)</sup>. Les résidents de milieu de SLD présentent souvent ces problèmes et le fait qu'ils souffrent de fragilité et de démence ne fait qu'ajouter à leur vulnérabilité<sup>(27,28)</sup>.

À l'admission dans un établissement de SLD, les patients, les mandataires et les équipes de soins doivent discuter de la planification préalable des soins et des objectifs des soins. Il faut en outre revenir périodiquement sur ces sujets<sup>(29)</sup>. Les patients et les mandataires doivent recevoir les renseignements nécessaires pour faire des choix éclairés sur le maintien en milieu de SLD ou le transfert vers les services de soins urgents de même que sur le niveau de soins qui doit être prodigué. Les patients et leur famille doivent être soutenus pendant ce processus et être en mesure d'exprimer leurs désirs, tout en étant informés du taux de survie considérablement réduit des personnes âgées qui souffrent de plusieurs états comorbides et qui contractent la COVID-19. La présence ou l'absence d'un déficit cognitif ne doit pas constituer un facteur empêchant l'accès au traitement mais doit être prise en considération dans les décisions au sujet des objectifs des soins. Il est primordial que ces décisions ne soient pas influencées par la stigmatisation et l'âgisme.

**Énoncé 3 : La restriction des visites en milieu de SLD doit comprendre des mesures pour atténuer les effets potentiellement négatifs de ces mesures de restriction sur la santé mentale, la qualité de vie et la dignité des résidents de centres de SLD et de leur famille.**

Il se peut que les établissements de SLD et les agences de santé publique doivent rapidement mettre en œuvre des mesures de restriction des visites en milieu de SLD pour réduire au minimum la propagation de la COVID-19 dans la communauté ou en milieu de SLD où le risque de transmission est élevé. Bien qu'un certain degré de restriction des visites en milieu de SLD soit requis pendant une éclosion de maladie infectieuse, les mesures restreignant le moins les visites permises pendant une pandémie doivent être offertes à tous les résidents de centres de SLD. Les mesures de restriction visant à empêcher la propagation de la COVID-19 ont une grande influence sur le réseau social des résidents de milieu de SLD; des mesures pour minimiser les conséquences potentiellement négatives de l'isolement social doivent être prévues en association avec toute restriction des visites en milieu de SLD.

Des mesures pour atténuer les conséquences négatives de l'isolement de ces personnes et de leur famille doivent être mises en place, notamment l'adoption de pratiques humanitaires pour

assurer les liens sociaux et les soins<sup>(30)</sup>. Les interventions non pharmacologiques les plus efficaces contre la démence dans les établissements de SLD, y compris les visites individuelles de membres de la famille ou d'autres personnes, requièrent 2 ou 3 interactions par semaine pour que des bienfaits soutenus sur l'humeur et le comportement soient observés entre les interactions<sup>(31)</sup>. Bien que les mesures de restriction des visites prises par l'établissement ne permettent peut-être pas cette fréquence de visites pendant la pandémie de COVID-19 ou une autre épidémie, les établissements de SLD doivent permettre au minimum un contact hebdomadaire avec un membre de la famille ou les personnes de soutien désignées de façon virtuelle ou lors d'une visite en personne sécuritaire au cours de laquelle l'équipement de protection individuelle est porté. Idéalement, les patients devraient pouvoir recevoir des visites en fonction de leurs besoins plutôt que d'être limités à un nombre arbitraire.

Les plans spécifiques pour toutes les éclosions de maladie infectieuse en milieu de SLD doivent comprendre non seulement des mesures de prévention des infections, mais également un plan pour maintenir les soins infirmiers, les contacts sociaux et les activités qui soutiennent la santé mentale des résidents et empêchent le déclin physique et cognitif inutile. La famille et les aidants des résidents de milieu de SLD doivent participer à l'élaboration de ces plans. Bien que ces mesures de restriction soient souvent mises en œuvre lors d'une éclosion de maladie infectieuse en centre de SLD, elles ont été longtemps maintenues pendant la COVID-19 et ont eu de graves répercussions sur les résidents de milieu de SLD : par exemple, solitude, anxiété, sentiment d'insécurité, pensées suicidaires et déclin physique et cognitif<sup>(13)</sup>.

Les aidants ont également subi beaucoup de stress lorsqu'ils ne pouvaient être présents physiquement pour soutenir leur proche en établissement de SLD. Ce stress a été exacerbé dans de nombreuses situations par le manque d'information et de communication de la part des établissements de SLD au sujet des êtres chers. Les centres de SLD doivent mettre en œuvre des procédures pour fournir à leurs résidents, aux membres de la famille, aux aidants et au personnel l'information liée à la pandémie de COVID-19 dans les meilleurs délais. Les établissements de SLD pourraient envisager d'offrir aux membres de la famille l'accès aux dossiers électroniques ou à un moyen sécurisé de communication. Tous les établissements de SLD doivent avoir des membres du personnel agissant comme personnes-ressources principales pouvant fournir rapidement de l'information aux résidents de l'établissement, aux membres de leur famille et aux aidants.

**Énoncé 4 : Des technologies de communication appropriées et des ressources humaines doivent être offertes pour permettre la communication entre les résidents de milieu de SLD et les personnes de l'extérieur de l'établissement de SLD.**

L'accès aux technologies de communication virtuelle (p. ex., téléphone, tablette ou

vidéoconférence sur ordinateur) a été jugé essentiel pour assurer aux résidents de centres de SLD la possibilité de communiquer avec leur famille, leurs amis et les professionnels de la santé qui ne peuvent pas leur rendre visite en personne en milieu de SLD<sup>(32,33)</sup>. Le recours aux services de télémédecine (fournis par les médecins) et de télésanté (fournis par d'autres professionnels de la santé) a été défini comme un élément essentiel au maintien de l'accès aux soins de santé pendant la pandémie de COVID-19<sup>(34)</sup> et à la diminution de la transmission de la maladie<sup>(35)</sup>. Les personnes âgées en établissement de SLD peuvent souffrir des effets du « double fardeau de l'exclusion » provoqués par la restriction des visites en personne et l'accès limité aux technologies requises pour les autres moyens de communication<sup>(36)</sup>. Malheureusement, bon nombre d'établissements de SLD ont un accès limité à la technologie, à l'expertise et aux ressources humaines requises pour offrir cette forme de communication ou l'offrir aussi souvent qu'il le faudrait pour les besoins d'une personne<sup>(33)</sup>.

Chaque établissement de SLD doit avoir l'infrastructure pour permettre les visites virtuelles des membres de la famille et des professionnels de la santé. Au minimum, cette infrastructure doit comprendre une connexion Internet haute vitesse et le prêt d'appareils portatifs (p. ex., tablettes ou ordinateurs portatifs) aux résidents qui n'ont pas accès à leur propre appareil personnel. Tout le personnel de milieu de SLD devrait avoir les connaissances de base pour encadrer les visites virtuelles sur les plateformes couramment utilisées. On doit pourvoir aux besoins particuliers des personnes âgées souffrant de démence, d'une maladie mentale ou d'un déficit sensoriel comorbide lors de ces visites. Dans chaque établissement de SLD, au moins deux membres du personnel par unité de soins aux résidents devraient être formés à l'encadrement des visites de soins de santé virtuelles privées et sécurisées qui respectent les règlements en matière de confidentialité. Les équipes interprofessionnelles de l'extérieur des établissements de SLD doivent également recevoir une formation sur la réalisation d'évaluations virtuelles et obtenir les outils technologiques requis pour réaliser ces évaluations.

**Énoncé 5 : Des procédures pour permettre des exceptions aux restrictions des visites des aidants doivent être offertes aux personnes dont la santé mentale et la qualité de vie pourraient être gravement affectées par la restriction des visites en milieu de SLD.**

Des politiques limitant les visites en milieu de SLD pourraient être requises de temps à autre selon l'établissement pendant la pandémie de COVID-19; dans la mesure du possible, les mesures les moins contraignantes doivent être mises en œuvre. Cependant, même lorsque les mesures les moins contraignantes sont mises en œuvre, il se peut que certains résidents du milieu de SLD en particulier présenteront une dégradation disproportionnée de leur santé mentale ou de leur qualité de vie en raison de ces politiques spécifiques aux établissements. Lorsque de nouvelles politiques sont élaborées sur l'intégration des aidants qui font partie de la famille dans les établissements de SLD, elles doivent être fondées sur une approche axée sur la

personne. Des procédures doivent être mises en place pour les circonstances exceptionnelles, où la contribution des aidants qui font partie de la famille est requise dans le cadre du plan de soins de santé mentale d'une personne. Les membres de la famille, les aidants, les gérontopsychiatres et les fournisseurs de services de soins en santé mentale en milieu de SLD doivent être consultés lors de l'élaboration de ces politiques et mis à contribution dans l'examen des cas exceptionnels.

Les établissements de SLD n'ont autorisé aucun visiteur dans les premières étapes de la pandémie de COVID-19, ce qui a provoqué une réaction massive de la part des résidents de milieu de SLD, de leur famille et de leurs aidants au sujet des répercussions négatives de ces restrictions<sup>(37)</sup>. Les premières études ayant examiné la reprise des visites en milieu de SLD par le biais de politiques soigneusement mises en œuvre ont montré que cela s'est fait avec succès et que les visites n'avaient pas entraîné une hausse significative du taux d'infection au virus de la COVID-19<sup>(38)</sup>. De nouvelles recommandations sur le retour en milieu de SLD des aidants qui font partie de la famille doivent être rapidement diffusées pour permettre l'adoption de politiques de visites fondées sur des données probantes qui offrent un meilleur équilibre entre les mesures de lutte contre les infections et la qualité de vie<sup>(39)</sup>.

Le fait de ne pas se servir de la présence des membres de la famille dans les établissements de SLD pour soutenir les personnes âgées exacerbe la pénurie actuelle de main-d'œuvre en milieu de SLD. On estime qu'environ 750 000 Canadiennes et Canadiens fournissent des soins à un membre de leur famille en milieu de SLD et que plus de 20 % d'entre eux prodiguent plus de 10 heures de soins par semaine, y compris les soins personnels<sup>(40)</sup>. Certains résidents de centres de SLD ayant parlé de ce qu'ils ont vécu au cours des six derniers mois ont décrit une expérience « dévastatrice, émotive, qui les faisait se réveiller en état de terreur, étouffante, un sentiment d'être pris au piège, qui sapait le moral et qui causait de l'ennui »<sup>(37)</sup>. Les études de recherche sur les répercussions des mesures de restriction en milieu de SLD doivent comprendre des entrevues directes avec les résidents et les aidants qui font partie de leur famille<sup>(37)</sup>.

**Énoncé 6 : Tous les établissements de SLD doivent avoir suffisamment de formation, de personnel et de ressources pour évaluer et traiter les problèmes courants de santé mentale pendant la pandémie de COVID-19 et toute autre éclosion de maladie infectieuse.**

Bien que les troubles de santé mentale soient courants en milieu de SLD<sup>(11)</sup>, l'accès aux services de santé mentale et de soins psychiatriques y est limité<sup>(14)</sup>. Le Canada est aux prises avec une pénurie de gérontopsychiatres et il est peu probable que cette situation s'améliore de façon substantielle au cours des prochaines années<sup>(41)</sup>. Des études de recherche indiquent que la COVID-19 a provoqué une hausse des symptômes comportementaux de démence en milieu de

SLD qui a entraîné une augmentation accrue des besoins en soins de santé mentale<sup>(42,43)</sup>. Il est donc important que tous les établissements de SLD aient du personnel adéquatement formé et des ressources suffisantes pour évaluer et traiter les problèmes courants de santé mentale pendant la pandémie de COVID-19 et d'autres périodes semblables d'écllosion de maladies infectieuses lorsque l'accès aux ressources en santé mentale est encore plus restreint.

Les méthodes de formation du personnel font partie des interventions qui ont fait leurs preuves pour la prise en charge des symptômes comportementaux de la démence en milieu de SLD<sup>(31)</sup>. Les lignes directrices recommandent que tous les établissements de SLD fournissent à leur personnel de la formation sur l'évaluation et la prise en charge des troubles courants de santé mentale<sup>(44,45)</sup>, tels le délirium et la dépression<sup>(44)</sup>, la prise en charge des symptômes neuropsychiatriques et la réponse à l'apparition de crises de santé mentale<sup>(46)</sup>. La prestation de ces programmes de formation nécessite l'accès à des formateurs de même qu'à des ressources pour permettre au personnel d'assister à ces cours dans le cadre de leur emploi rémunéré tout en s'assurant qu'un nombre adéquat d'employés soient disponibles pour répondre aux besoins courants des résidents du milieu de SLD. Certains centres de SLD peuvent bénéficier de promoteurs de la santé mentale ou de ressources intégrées en santé mentale offertes soit par l'établissement de SLD ou par l'entremise de partenariats avec des programmes provinciaux de santé mentale. Les soins de santé mentale fournis par le personnel du centre de SLD peuvent être complétés par des programmes de proximité régionaux ou des services de télémédecine<sup>(47)</sup>.

**Énoncé 7 : Les gouvernements, les centres de SLD et les prestataires de services de santé mentale doivent s'assurer que le personnel travaillant en milieu de SLD pendant la pandémie de COVID-19 ait un accès adéquat à des programmes de soutien en santé mentale pour favoriser le bien-être du personnel.**

Avant la COVID-19, le personnel en milieu de SLD souffrait déjà d'un degré important de stress et de dévalorisation en raison des pénuries chroniques de personnel dans les établissements de SLD. La COVID-19 a ajouté d'autres facteurs de stress liés à l'aggravation du manque de personnel, à la pénurie initiale d'EPI, au risque que court toujours le personnel de contracter la COVID-19 et au taux élevé de mortalité dans les établissements touchés par la COVID-19<sup>(48,49)</sup>. La réaction aux nouveaux facteurs de stress associés à la COVID-19 peut différer d'une personne à l'autre et bon nombre d'entre elles subissent des conséquences sur le plan de la santé mentale<sup>(50)</sup>.

Pour atténuer ces répercussions négatives, les établissements de SLD doivent favoriser et maintenir la santé mentale et le bien-être du personnel de première ligne en s'assurant que des mesures sont prises pour soutenir adéquatement les membres de leur personnel, assurer



leur sécurité et reconnaître l'importance de leur travail<sup>(49)</sup>. Ces mesures comprennent l'accès à de l'équipement de protection individuelle approprié et à des programmes de formation pour assurer son utilisation adéquate<sup>(5)</sup>. Des programmes de psychoéducation sur l'épuisement des aidants, la gestion du stress et les troubles de santé mentale doivent être intégrés à la formation professionnelle en milieu de SLD et revus périodiquement pour favoriser la résilience du personnel. Des congés de maladie et des programmes d'aide aux employés doivent être offerts au personnel travaillant dans les établissements de SLD touchés par la COVID-19. Des directives claires de la direction d'établissement de SLD, l'optimisation de la planification des ressources humaines et l'adoption de pratiques cliniques pour réduire les répercussions de la COVID-19 en milieu de SLD sont également des éléments importants pour soutenir le personnel de ces établissements<sup>(49)</sup>.

**Énoncé 8 : La santé mentale et la qualité de vie en milieu de SLD doivent être systématiquement évaluées pendant la pandémie de COVID-19 et si des issues indésirables sur la santé mentale sont relevées, des stratégies doivent être mises en œuvre pour les comprendre et les corriger.**

La santé mentale et la qualité de vie doivent être systématiquement évaluées pour mesurer les effets de la pandémie de COVID-19 sur les résidents en milieu de SLD. Ce suivi permettra de détecter les premiers signes d'une dégradation des symptômes de troubles mentaux chez les résidents de milieu de SLD et au sein de ces établissements et d'identifier les personnes et les centres qui pourraient avoir besoin de soutien ou de ressources supplémentaires, d'une manière similaire à la façon dont les milieux de SLD aux prises avec une éclosion de COVID-19 sont actuellement mis en ordre de priorité pour recevoir du soutien supplémentaire en fonction de leurs besoins.

Bien que le taux de mortalité et le taux d'infection puissent constituer les mesures les plus importantes de suivi des conséquences de la COVID-19 dans d'autres milieux, ils ne permettent de saisir qu'une partie des effets de cette maladie en milieu de SLD. Un des effets les plus dramatiques de la COVID-19 dans les centres de SLD est l'augmentation de l'isolement social des résidents en raison des mesures visant à restreindre les visites et la capacité des résidents à sortir de leur centre de soins. L'isolement social a des effets indésirables sur la santé mentale, telles que l'aggravation de la dépression, du déclin cognitif et des symptômes comportementaux de la démence<sup>(51)</sup>.

La mesure est la base du suivi de la qualité des soins et de l'état de santé global et permet de relever les possibilités d'amélioration de la qualité des soins pendant la pandémie de COVID-19. Le suivi de la qualité de vie, du fonctionnement et de la santé mentale peut souvent se faire sans recourir à des processus nouveaux ou dispendieux de collecte de données. Par exemple,

l'outil MDS-RAI (« Minimum Dataset Resident Assessment Instrument » – outil d'évaluation des résidents pour un ensemble de données minimal) est une mesure régulièrement utilisée en milieu de SLD qui comprend des indicateurs de qualité pour mesurer la dépression<sup>(52)</sup>, les symptômes comportementaux<sup>(53)</sup> et les fonctions cognitives<sup>(54)</sup>. L'intégration de ces paramètres et d'autres mesures pertinentes de l'état de santé des résidents en milieu de SLD dans le cadre du suivi des issues liées à la COVID-19 donnerait un portrait plus exact des effets de la COVID-19 en milieu de SLD.

## **CONCLUSION**

La pandémie de COVID-19 a touché toute la population canadienne, mais particulièrement les résidents en milieu de SLD. Comme cette pandémie se poursuit, nous nous attendons que la santé mentale des résidents en milieu de SLD, des membres de leur famille et du personnel subisse encore des conséquences importantes. Nos énoncés de position définissent les priorités et fournissent des stratégies pouvant être mises en œuvre pour réduire les répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale des personnes en milieu de SLD. Collectivement, nous pouvons apprendre des gestes posés dans le passé et nous préparer à un avenir où nous répondrons mieux aux besoins en santé mentale des personnes en milieu de SLD pendant la pandémie de COVID-19 et d'autres épidémies semblables.

**Déclaration de conflit d'intérêts :** Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

## RÉFÉRENCES

1. Gouvernement du Canada. Mise à jour sur l'épidémiologie du coronavirus 2019 (COVID-19). 28 septembre 2020.
2. Barnett ML, Grabowski DC. Nursing homes are ground zero for COVID-19 pandemic. JAMA Health Forum, 24 mars, 2020-03-24, Vol. 1 (3), p.e200369 doi : doi:10.1001/jamahealthforum.2020.0369
3. Hsu AT, Lane N, Sinha SK. Impact of COVID-19 on residents of Canada's long-term care homes—ongoing challenges and policy response. Int Long Term Care Policy Netw. 2020. Accessible à l'adresse : <https://ltccovid.org/2020/04/15/impact-of-covid-19-on-residents-of-canadas-long-term-care-homes-ongoing-challenges-and-policy-response/>
4. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Meilleurs ensemble : Réintégration des proches aidants comme partenaires de soins essentiels pendant la pandémie de COVID-19. Ottawa (Ontario), juillet 2020. Accessible à l'adresse : <https://www.cfhi-fcass.ca/about/news-and-stories/news-detail/2020/07/08/re-integration-of-family-caregivers-as-essential-partners-in-care-in-a-time-of-covid-19>
5. Centre canadien de politiques alternatives. Re-imagining Long-term Residential Care in the COVID-19 Crisis. 2020. <https://www.policyalternatives.ca/publications/reports/re-imagining-long-term-residential-care-covid-19-crisis>
6. Institut canadien d'information sur la santé. La pandémie dans le secteur des soins de longue durée : Où se situe le Canada par rapport aux autres pays? Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2020. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/covid-19-rapid-response-long-term-care-snapshot-fr.pdf>
7. Gouvernement du Canada. Lignes directrices provisoires sur les soins aux résidents des établissements de soins de longue durée pendant la pandémie de COVID-19. Santé Canada, 2020.
8. Société canadienne de la Croix-Rouge et National Institute on Ageing. Closing the Gaps: Advancing Emergency Preparedness, Response and Recovery for Older Adults. Décembre 2020. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/guidance-documents/residents-long-term-care-homes-covid-19.html>
9. International Longevity Centre. Protecting Human Rights during and After Covid-19: Challenges to the Human Rights of Older People in Canada. The International Longevity Centre (ILC) Canada Report to the United Nations Human Rights Commission. 2020.
10. Organisation des Nations Unies. Note de synthèse : Les conséquences de la COVID-19 sur les personnes âgées. Rapport de l'Organisation des Nations Unies. 2020.

- [https://www.ilccanada.org/images/Final\\_Independent\\_Expert\\_on\\_Aging\\_-\\_report\\_on\\_the\\_Pandemic\\_in\\_Canada\\_202006\\_10\\_FINAL-converted.pdf](https://www.ilccanada.org/images/Final_Independent_Expert_on_Aging_-_report_on_the_Pandemic_in_Canada_202006_10_FINAL-converted.pdf)
11. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatric*. 2010; 22(7) : 1025.
  12. Organisation mondiale de la Santé. Santé mentale et vieillissement : principaux repères. Centre des médias de l'Organisation mondiale de la Santé <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/santé-mentale-et-vieillessement>. Publié en décembre 2017; 12.
  13. Flint AJ, Bingham KS, Iaboni A. Effect of COVID-19 on the mental health care of older people in Canada. *Int Psychogeriatr*, 2020; 32(10) : 1113-1116.
  14. Perlman C, Kirkham J, Velkers C et coll. Access to psychiatrist services for older adults in long-term care: A population-based study. *J Am Med Assoc*. 2019; 20(5) :610-616.
  15. Kuruvilla S, Sadana R, Montesinos EV et coll. A life-course approach to health: synergy with sustainable development goals. *Bulletin of the World Health Organization*. 2018; 96(1) : 42-50.
  16. Graham N, Lindesay J, Katona C et coll. Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders: a technical consensus statement. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003; 18(8) : 670-678.
  17. Holm AL, Lyberg A, Severinsson E. Living with Stigma: Depressed Elderly Persons' Experiences of Physical Health Problems. *Nurs Res Pract*. 2014, 2014 : 527920 doi : 10.1155/2014/527920
  18. Monahan C, Macdonald J, Lytle A, Apriceno M, Levy SR. COVID-19 and ageism: How positive and negative responses impact older adults and society. *Am Psychol*. 2020; 75(7) : 887-896.
  19. Le Protecteur du citoyen du Québec. Rapport d'étape du protecteur du citoyen sur la COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie. Apprendre de la crise et passer à l'action pour respecter les droits et la dignité des personnes hébergées. Québec, 10 décembre 2020. <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/rapport-detape-sur-la-crise-liee-a-la-covid-19-dans-les-chsld-apprendre-de-la-premiere-vague-et-passer-a-laction/>
  20. Picard A. Human rights don't have a best-before date': COVID-19 lays bare rampant ageism. *Globe and Mail*. 13 avril 2020.
  21. Alkenbrach K. Doctors concerned about rise in dangerous medications in long-term care homes during pandemic. *CTV News*. 3 décembre 2020.
  22. Wiseman SM. Surgical wait list management in Canada during a pandemic: many challenges ahead. *Can J Surg*. 2020; 63(3) : E226-E228.
  23. Hayer L, Singh M, Correll CU. Adapting to the impact of COVID-19 on mental health: an

- international perspective. *J Psychiatry Neurosci.* 2020; 45(4) : 229-233.
24. Rosenberg S, Mendoza J, Tabatabaei-Jafari H et coll. International experiences of the active period of COVID-19-Mental health care. *Health Policy Technol.* 2020; 9(4) : 503-509.
  25. Joebges S, Biller-Andorno N. Ethics guidelines on COVID-19 triage—an emerging international consensus. *Crit Care* 2020; 24(1) : <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02927-1>.
  26. Solomon MZ, Wynia MK, Gostin LO et coll. Covid-19 crisis triage—optimizing health outcomes and disability rights. *N Eng J Med.* 2020; 383 : e27. DOI : 10.1056/NEJMp2008300.
  27. Holman N, Knighton P, Kar P et coll. Risk factors for COVID-19-related mortality in people with type 1 and type 2 diabetes in England: a population-based cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2020; 8(10) : 823-833.
  28. Brown EE, Kumar S, Rajji TK et coll. Anticipating and Mitigating the Impact of COVID-19 Pandemic on Alzheimer's Disease and Related Dementias. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2020; 28(7) : 712-721. doi : 10.1016/j.jagp.2020.04.010. Publié en ligne le 18 avril 2020.
  29. Van Rensbergen G, Nawrot T. Medical conditions of nursing home admissions. *BMC Geriatr.* 2010; 10(1) : 46. doi : 10.1186/1471-2318-10-46
  30. Iaboni A, Cockburn A, Marcil M et coll. Achieving Safe, Effective and Compassionate Quarantine or Isolation of Older Adults with Dementia in Nursing Homes. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2020; 28(8) : 835-838.
  31. Seitz DP, Brisbin S, Herrmann N et coll. Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: a systematic review. *J Am Med Assoc.* 2012; 306(6) : 503-506. e502.
  32. Tupper SM, Ward H, Parmar J. Family Presence in Long-Term Care During the COVID-19 Pandemic: Call to Action for Policy, Practice, and Research. *Can Geriatr J.* 2020; 23(4) : 335-339.
  33. Seifert A, Batsis JA, Smith AC. Telemedicine in Long-Term Care Facilities During and Beyond COVID-19: Challenges Caused by the Digital Divide. *Front Public Health.* 2020; 8 : 601595. doi : 10.3389/fpubh.2020.601595
  34. Organisation mondiale de la Santé. Strengthening the health system response to COVID-19- Recommendations for the WHO European Region Policy brief (1 April 2020). WHO Regional Office for Europe. 2020. [www.who.int/iris/handle/10665/333072](http://www.who.int/iris/handle/10665/333072)
  35. Centres for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019->

- ncov/hcp/infection-control-recommendations.html
36. Seifert A, Cotten SR, Xie B. A double burden of exclusion? Digital and social exclusion of older adults in times of COVID-19. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 16 juillet 2020. doi : 10.1093/geronb/gbaa098
  37. Regional Geriatric Programs of Ontario. Listening to Older Adults about Long Term Care on the International Day of Older Persons. 2020. <https://rgps.on.ca/initiatives/provincial-geriatrics-leadership-office/>
  38. Verbeek H, Gerritsen DL, Backhaus R et coll. Allowing visitors back in the nursing home during the COVID-19 crisis: a Dutch national study into first experiences and impact on well-being. *J Am Med Dir Assoc*. 2020; 21(7) : 900-904.
  39. Stall NM, Johnstone J, McGeer AJ et coll. Finding the Right Balance: An Evidence-Informed Guidance Document to Support the Re-Opening of Canadian Nursing Homes to Family Caregivers and Visitors during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *J Am Med Direc Assoc*. 2020; 21(10) : 1365-1370. e1367.
  40. Statistique Canada. Soins aux aînés : différences selon le type de logement. 2015. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2015001/article/14142-fra.htm>
  41. Borrie M, Cooper T, Basu M et coll. Ontario Geriatric Specialist Physician Resources 2018. *Can Geriatr J*. 2020; 23(3) : 219-227.
  42. Cagnin A, Di Lorenzo R, Marra C et coll. Behavioral and psychological effects of coronavirus disease-19 quarantine in patients with dementia. *Front Psychiatry*. 2020; 11 : 916. doi : 10.3389/fpsyt.2020.578015
  43. Shea YF, Shum CK, Wan WH et coll. Worsening behavioural and psychological symptoms of dementia during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Psychogeriatrics*. 2020; 20(6) : 916-917.
  44. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. The Assessment and Treatment of Mental Health Issues in Long-Term Care Homes: (Focus on Mood and Behavior Symptoms). Toronto (Ontario), Canada, 2014. [www.ccsmh.ca](http://www.ccsmh.ca)
  45. Commission de la santé mentale du Canada. Lignes directrices relatives à la planification et à la prestation de services complets de santé mentale pour les aînés canadiens. 2011. <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/09/Lignes-directrices-relatives-a-la-planification-et-a-la-prestation-de-services-complets-de-sante-mentale-pour-les-aines-canadiens.pdf>
  46. Premiers soins en santé mentale – Aînés. Premiers soins en santé mentale – Aînés. <https://www.mhfa.ca/fr/course-type/aines>. Publié en 2020. Consulté.
  47. Soares WB, Silvestre IT, Lima AMdO et coll. The influence of telemedicine care on the management of behavioral and psychological symptoms in dementia (BPSD) risk factors induced or exacerbated during the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry*. 15 sept. 2020; 11 : 577629 doi : 10.3389/fpsyt.2020.577629

48. Waypoint Centre de soins de santé mentale. Discussion Paper: The Need for a Multi-Dimensional Strategy to Address the Care of Older Adults & Their Caregivers in COVID-19. 2020.  
<https://www.nsmgs.ca/Uploads/ContentDocuments/Multi%20Dimensional%20Strategy%20Discussion%20Paper%20May13-20.pdf>
49. McGilton KS, Escrig-Pinol A, Gordon A et coll. Uncovering the devaluation of nursing home staff during COVID-19: are we fuelling the next health care crisis? J Am Med Direc Assoc. 2020; 21(7) : 962-965.
50. World Psychiatric Association. Psychiatry and the COVID-19 Pandemic. 2020. www.  
[https://3ba346de-fde6-473f-b1da-536498661f9c.filesusr.com/ugd/e172f3\\_43fb0fa815ef495e9fdaaf331da6ff97.pdf](https://3ba346de-fde6-473f-b1da-536498661f9c.filesusr.com/ugd/e172f3_43fb0fa815ef495e9fdaaf331da6ff97.pdf)
51. Bethell J, Aelick K, Babineau J et coll. Social connection in long-term care homes: A scoping review of published research on the mental health impacts and potential strategies during COVID-19. J Am Med Direc Assoc. 2020; 26(20) : 30991-30999. doi : 10.1016/j.jamda.2020.11.025. En ligne avant publication.
52. Burrows AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Phillips C. Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. Age Aging. 2000; 29(2) : 165-172.
53. Perlman CM, Hirdes JP. The aggressive behavior scale: a new scale to measure aggression based on the minimum data set. J Am Geriatr Soc. 2008; 56(12) : 2298-2303.
54. Morris JN, Fries BE, Mehr DR et coll. MDS cognitive performance scale©. J Gerontol. 1994; 49(4) : M174-M182.

**Annexe A**  
**Membres du comité sur la COVID de**  
**l'ACGP/CCSMPA**

Claire Checkland	Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, Toronto (Ontario), Canada
Sophiya Benjamin, MBBS	Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, Faculté de médecine DeGrootte, Université McMaster, Ontario
Marie-Andrée Bruneau	Division de gérontopsychiatrie, Département de psychiatrie, Université de Montréal

Antonia Cappella, MD	Département de psychiatrie, Université de l'Alberta
Beverley Cassidy, MD	Santé mentale des personnes âgées, Département de psychiatrie, Université Dalhousie
David Conn, MB	Baycrest Health Sciences et Université de Toronto
Cindy Grief, MD MSc	Baycrest Health Sciences et Université de Toronto
Alvin Keng, MD	Programme de résidence en gérontopsychiatrie, Université de Toronto
Julia Kirkham, MD MSc	Département de psychiatrie, Faculté de médecine Cumming, Université de Calgary
Popuri Krishna	Département de psychiatrie, École de médecine du Nord de l'Ontario, Sudbury (Ontario)
Lisa McMurray, MD	Département de psychiatrie, Université d'Ottawa
Kiran Rabheru, MD	Département de psychiatrie, Université d'Ottawa
Marie-France Tourigny-Rivard	Département de psychiatrie, Université d'Ottawa
Dallas P. Seitz, MD PhD	Département de psychiatrie, Faculté de médecine Cumming, Université de Calgary